

2021



Prevenção e cuidados pós cirurgias ortopédicas nos idosos

Organizadores:

Luciana Constantino Silvestre
Kecyani Lima dos Reis
Ivete Furtado Ribeiro Caldas
Mauro de Souza Pantoja



LUCIANA CONSTANTINO SILVESTRE
KEYYANI LIMA DOS REIS
IVETE FURTADO RIBEIRO CALDAS
MAURO DE SOUZA PANTOJA

PREVENÇÃO E CUIDADOS PÓS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS NOS IDOSOS

EDITORA PASCAL
2021

2021 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Autores

Conselho Editorial

Dr. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

Dra. Ildenice Nogueira Monteiro

Dra. Mireilly Marques Resende

Dra. Samantha Ariadne Alves de Freitas

Dra. Elba Pereira Chaves

Dr. Fabio Antonio da Silva Arruda

Dra. Anna Christina Sanazario de Oliveira

Dr. José Ribamar Neres Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587

Coletânea Prevenção e cuidados pós cirurgias ortopédicas nos idosos / Luciana Constantino Silvestre, Kecyani Lima dos Reis, Ivete Furtado Ribeiro Caldas, Mauro de Souza Pantoja (Orgs.) — São Luís: Editora Pascal, 2021.

174 f. ; il.:

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-86707-70-0

D.O.I.: 10.29327/553903

1. Prevenção. 2. Cirurgia. 3. Ortopedia. 4. Idoso. 5. Saúde. I. Silvestre, Luciana Constantino. II. Reis, Kecyani Lima dos. III. Caldas, Ivete Furtado Ribeiro. VI. Pantoja, Mauro de Souza. V. Título.

CDD: 616-089:617:3-053.9

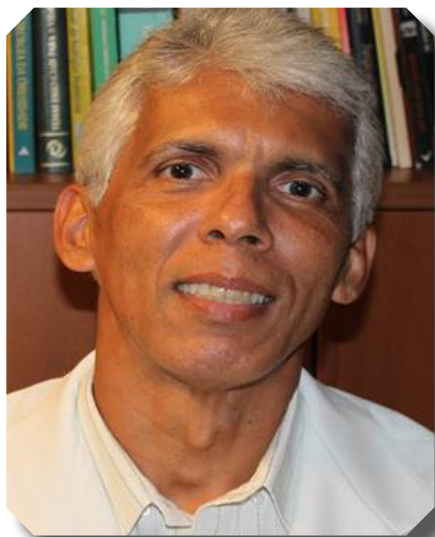
O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2021

www.editorapascal.com.br

ORGANIZADORES

Mauro de Souza Pantoja

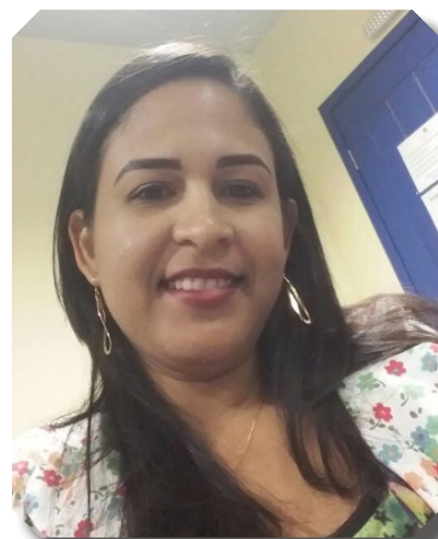


Médico, Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984), Mestrado em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (1988), Doutorado em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (2005). Atualmente é coordenador clínico - Nutrir Prestadora de Serviços Médicos Ltda. e Coordenador da EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional), Professor Adjunto IV da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia, Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral. Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP/Anhembí Morumbi, Docente Permanente do Mestrado Profissional

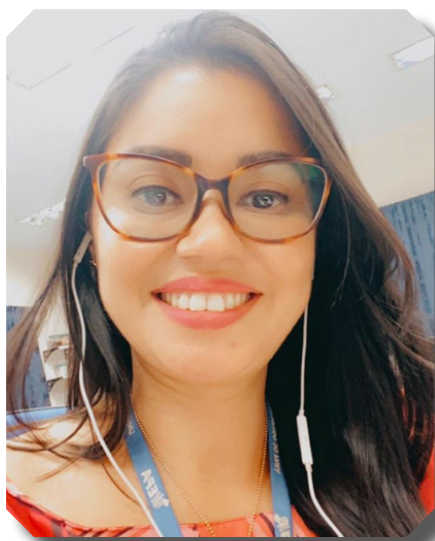
em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia e Gastroenterologia Clínica com Área de Atuação em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

Kecyani Lima dos Reis

Enfermeira, possui Título de Mestre pelo Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA-2018), graduação em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (2008). Atualmente é docente permanente da Faculdade dos Carajás e enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Marabá. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em Saúde da mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança, assistência de enfermagem e prevenção. Responsável pelo projeto de extensão e pela Liga LISAMU, Liga Interdisciplinar Saúde da Mulher.



Ivete Furtado Ribeiro Caldas



Fisioterapeuta, Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); Especialista em Fisioterapia Respiratória Pediatria e Neonatal pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva em Neonatologia e Pediatria pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); Mestrado em Pesquisa e Teoria do Comportamento e Doutorado em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Membro da Unidade Regional Pará da ASSOBRAFIR. Docente e coordenadora do Laboratório de Desenvolvimento Infantil (LADIN) da Universidade do Estado do Pará (UEPA - Campus Marabá). Docente permanente dos Programas de Pós-graduação Mestrado

Profissional Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) e Ensino e Saúde na Amazônia (ESA) CCBS/UEPA. Líder do grupo de pesquisa Saúde e Interdisciplinaridade na Amazônia. Atua principalmente nos seguintes temas e linhas de pesquisa: Desenvolvimento cerebral, neurociência e educação, comportamento infantil; interação mãe-bebê e fisioterapia cardiorrespiratória e estimulação precoce.

Luciana Constantino Silvestre

Fisioterapeuta, Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Padrão- GO (2007), Especialista em Cardiopulmonar e Terapia Intensiva (PUC-GO), Especialista em Acupuntura (IMES), Especialista em Traumatismo-Ortopédica com ênfase em terapias manuais e posturais (UNIDERP), Formação em Pilates (MetaCorpus). Servidora Pública Municipal contratada no cargo de Fisioterapeuta no período de 2009 a 2012 e 2021 até dias atuais no Hospital Municipal de Marabá-HMM, Prestadora terceirizada de Serviço do Hospital Regional do Sudeste do Pará desde 2011 até dias atuais, atuando nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatal e Adulto, Docente Permanente da Faculdade Pitágoras de Marabá no curso de Graduação em Fisioterapia, Supervisora do estágio de Fisioterapia Cardiorrespiratória da instituição nos anos de 2015 a 2020, Docente e tutora permanente da Faculdade UNIP de Marabá, no curso de Graduação de Enfermagem, no período de 2018 a 2019. Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental- CIPE pela Universidade do Estado do Pará-UEPA.



AUTORES

Ana Paula Aparecida do Santos Varela

Graduação em Fisioterapia pela Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul (2004), Especialista em UTI Neonatal e Pediatria, Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Mestranda em Pesquisa e cirurgia experimental na UEPA.

Anderson Bentes de Lima

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Pará (2004), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará (2008) e doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (2016). Atualmente é professor assistente IV da Universidade do Estado do Pará. Docente do programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental do CCBS/UEPA. É integrante do Laboratório de Morfofisiologia Aplicado a Saúde, onde desenvolve pesquisa na área de farmacologia de plantas medicinais, farmacologia da nocicepção, farmacologia da inflamação, farmacologia do câncer. Também desenvolve pesquisa na área de toxicologia e com nanocarreadores de drogas. Pertence ao grupo de pesquisa Morfofisiologia: Ensino e Pesquisa Aplicada a Saúde. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental. Membro do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - BASIS (MEC).

Ariadne Cabral dos Anjos de Alencar

Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará, Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde pela Escola Superior da Amazônia, Pós Graduada em UTI adulto e neonatal pela Faculdade Integrada da Amazônia.

Aricia Calixto de Souza

Especialização em Saúde do Idoso pela Faculdade FAVENI. Enfermeira graduada pela Universidade da Amazônia.

Ariel Tavares Santiago

Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Carla Nogueira Soares

Fisioterapeuta graduada pela universidade de Uberaba (2006), pós graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo centro brasileiro de especializações (CBES)

Belém/PA, Pós graduada em Anatomia Funcional (2019) pela Faculdade Unyleya, Pós graduada em Fisioterapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (2020), Pela Faculdade Unyleya, Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia intensiva (SOBRATI) São Paulo/SP (2012). Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) dos Cursos de Fisioterapia e Educação Física. Mestranda da UEPA no Mestrado Profissional de Cirurgia e Pesquisa Experimental.

Carlos Jaime Oliveira Paes

Graduacao em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela faculdade Unileya, Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará- UEPA.

Charles Alberto Villacorta de Barros

Médico formado pela Universidade do Estado do Pará em 2002, residência médica em urologia realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo finalizado em janeiro de 2009, urologista Titulado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Doutor em Ciências (Urologia) pela UNIFESP em 2011. Professor da disciplina de Habilidades Profissionais V do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Professor Coordenador da disciplina Habilidades Clínicas V do curso de medicina da Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ). Coordenador do mestrado profissional de Cirurgia Experimental e Pesquisa Experimental (CIPE).

Cristiane de Melo Figueiredo

Especialista em UTI adulto, Ginecologia e Obstetrícia, Residente Em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal Estado Do Pará, Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará.

Dhonnell Oliveira da Silva

Discente do Mestrado em Cirurgia e pesquisa experimental pela Universidade do Estado do Pará, Docente da Faculdade Bico em Augustinópolis-To, Coordenador do Núcleo Interno de Regulação do Hospital Regional de Augustinópolis-To, Discente do Mestrado em Cirurgia e pesquisa experimental pela Universidade do Estado do Pará.

Douglas da Silva Rodrigues

Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Edson Yuzur Yasojima

Graduou em Medicina pela Universidade Federal do Pará - (1982), Mestrado em Gastroenterologia Cirúrgica (2000) e Doutorado em Ciência Cirúrgica Interdisciplinar - (2012) pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Treinamento em Cirurgia Geral, Oncologia e Endoscopia Digestiva no Hospital da Universidade de Keio, em Tokyo - Japão (1984-1986). Curso de Especialização em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade Federal do Pará (1996-1997). Treinamento em Vídeo cirurgia no Hospital da Universidade de Keio, em Tokyo - Japão (1991). Médico cooperado - Unimed Belém, desde 1994. Experiência na área de Cirurgia Geral com ênfase em Cirurgia do Trauma e Cirurgia do Aparelho Digestivo com ênfase em Video Cirurgia. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica. Membro Titular da Academia Paraense de Medicina. Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará no período de 2003 a 2013. Diretor Presidente da Beneficência Nipo Brasileira da Amazônia no período de 2013 e 2014. É Professor Permanente e Vice Coordenador do Mestrado Profissional em Pesquisa e Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará. É Professor Adjunto IV de Habilidades Cirúrgicas do Curso de Medicina. É Conselheiro Efetivo do Conselho Regional de Medicina do Pará desde 2018 e Conselheiro Federal Suplente do Conselho Federal de Medicina desde 2019. Coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Geral do Conselho Regional de Medicina do Pará. É Diretor Vice Presidente da Beneficência Nipo Brasileira da Amazônia desde 2015. É médico cirurgião do Hospital Amazônia da Beneficência Nipo Brasileira da Amazônia, desde 1986.

Felipe do Carmo Silva

Graduado em Fisioterapia pela Faculdade Metropolitana de Marabá-PA. Pós-graduado em Terapia Intensiva Adulto pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein-SP. Coordenador do Serviço de Fisioterapia do Hospital Público Regional dos Caetés (HPRC).

Gabriela e Silva Silvestre

Graduada em Nutrição pela Faculdade Anhanguera de Anápolis, Graduanda em Metabolismo e Emagrecimento- UNIGUAÇU.

Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira

Possui graduação em medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (1986). Tem experiência na área da medicina, com ênfase em medicina ginecológica e obstétrica. Especialista em ginecologia e obstetrícia. Mestranda do Programa de Cirurgia e Pesquisa experimental CIPE/UEPA.

Hugo Santana dos Santos Junior

Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas – GAMALIEL. Graduando em Enfermagem oncológica – CECAM e Enfermagem e Saúde da Família e Estomaterapia – UNIBF

Ícaro Gabriel Calixto de Souza

Mestre em Cirurgia Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Especialização em Fisioterapia em Gerontologia e Geriatria pela Faculdade FAVENI. Fisioterapeuta graduado pela Universidade do Estado do Pará.

Jamille Cristina Conceição Santos

Graduada em bacharelado em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará-UEPA, Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar. Atua no Hospital Municipal de Marabá-HMM nas áreas de Pronto Socorro em Urgência e Emergência e Unidade de Cuidados Especiais-UCE, e nos setores de Clínica Médica, Cirúrgica e Pediátrica.

Jânio de Jesus Gonçalves Júnior

Mestrando em cirurgia e pesquisa experimental pela Universidade do Estado do Pará.

Jaqueline Miranda de Oliveira

Graduada em Medicina pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Especialista em Endocrinologia (ISMD), Nutrologia (ABRAN), Medicina de Família (UNA-SUS). Mestranda do Programa de Cirurgia e Pesquisa experimental CIPE/UEPA.

João Vitor Dias Pereira

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário do Espírito Santo-UNESC e em Fisioterapia em Vila Velha-UVV, Residência multiprofissional em Gerontologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, Especialista em Geriatria e Gerontologia pela UEPA, Especialização médica pela UEPA.

José Antônio Cordero da Silva

Graduação Medicina- FAMED UFPA (1979). Doutor em Bioética e Ética em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2013). Revalidação título de Doutor em Bioética Universidade de Brasília 2016. Especialização Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo (1980). Atualmente Professor do curso de Medicina Universidade do Estado do Pará, Professor do Curso

de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia e Coordenador do Ambulatório de especialidades médicas, Médico do Ministério da Saúde, Coordenador de Integração de ensino e Serviço do UNIFAMAZ. Professor dos Programas de Pós-graduação Mestrado e Doutorado Ensino e Saúde na Amazônia e do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental Universidade do Estado do Pará. Vice-Reitor da Universidade do Estado do Pará (2000-2008), Diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPA (1996-2000). Presidente do Conselho Regional de Medicina do Pará(1998-2008), Sócio efetivo TE da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sócio efetivo TE da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Membro Sociedade Médico Cirúrgica do Pará. Membro da Academia de Medicina do Pará cadeira nº 37. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Pneumologia, Clínica Médica, Bioética, Ética Médica. Pneumologista do Hospital da Ordem Terceira. Coordenador do Comitê de Especialidades Médicas da Unimed Belém.

José Flávio Borges Gomes

Docente da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão, Discente do Mestrado em Cirurgia e pesquisa experimental pela Universidade do Estado do Pará.

Kellfily Nascimento Ramos dos Santos

Possui graduação em Terapia Ocupacional pelo Centro de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC (2017), Especialista em Neurociências e Comportamento através da Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande da Serra. Atualmente é terapeuta ocupacional - SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO, na Residência Inluisa Monsenhor Antunes. Durante sua trajetória vivenciou experiências na reabilitação neurológica com adultos e idosos, reabilitação cognitiva funcional em idosos e no âmbito social.

Kimberly Marques Silva Policeno

Graduação em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina do ABC (2017), Pós Graduação em Terapia Ocupacional: Uma visão dinâmica em neurologia pela Faculdade Método de São Paulo (2020). Atualmente é terapeuta ocupacional - Complexo Hospitalar Municipal São Bernardo do Campo. Tem experiência na área hospitalar com ênfase em neurologia adulto.

Lívio José Falcão De Medeiros

Especialista em Acupuntura pela China Beijing International Acupuncture Training Center(CBIATC) e Acupuntura Avançada pela China Academy of Chinese Medical Sciences(CACMS). Fisioterapeuta formado pela Universidade de Amazônia-UNAMA, pós-graduado Lato Sensu em Acupuntura pelo Centro Integrado de Estudos e pesquisa do Homem (CIEPH), pós graduado Lato Sensu em Cinesiologia, Biomecânica e treinamento físico pela Estácio de Sá, Pós-Graduado Lato Sensu em Fisioterapia

Esportiva pela Uninter, pós-graduando em Gerontologia Albert Einstein(HIAE).

Lorena de Oliveira Tannus

Possui Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2008). Pós Graduação em Cardiopulmonar e Terapia Intensiva pelo CEAFI/PUC/GO. Mestranda em Pesquisa e cirurgia experimental na UEPA. Docente do curso de Fisioterapia na Faculdade Metropolitana de Marabá, Orientadora do estágio Supervisionado de Fisioterapia da Faculdade Pitágoras em Unidade Hospitalar e cardior-respiratória no hospital Municipal de Marabá.

Luana da Silva Freitas

Residente Em Enfermagem Obstétrica Pela Universidade Federal Estado do Pará.

Luanda da Silva Brasil

Graduação em Enfermagem pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (2011), Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Carlos Chagas -INCAR, Mestra em Cirurgia e Pesquisa Experimental – UEPA.

Lucas Altino de Sousa

Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Metropolitana de Marabá (2017), Especialização em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Fisioterapia Desportiva pela Faculdade Conhecimento e Ciência - FCC/Belém (2019), Formação complementar em tratamento de Disfunção Temporomandibular (DTM), Dry Needling e Liberação Miofascial Instrumental – IASTM, Docente do Centro Universitário Pitágoras de Marabá.

Luiz Augusto Costa Duarte

Fisioterapeuta graduado pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA), Especialista em Geriatria e Gerontologia, pós graduando em Fisiologia do Exercício e Musculação Terapêutica em Grupos Especiais.Fisioterapeuta Membro da Associação Brasileira de Alzheimer Pará (ABRAZ PA).

Marcus Vinicius Henriques Brito

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984), Mestrado (1996) e Doutorado (2000) em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é Prof. Titular da Universidade do Estado do Pará; Coordenador dos Mestrados Profissionais da Área de Medicina III da CAPES; Avaliador de Cursos, IES e do “Programa Mais Médicos” pelo MEC e

Avaliador internacional pelo ARCU-SUR; professor convidado da Universidade Estadual de Campinas; Presidente da Regional Pará da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Pesquisa em Cirurgia; Prof. Associado Doutor da Universidade Federal do Pará; membro efetivo da Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva, Revisor da Para Research Medical Journal - Santa Casa de Misericórdia do Pará e Editor associado da Acta Cirúrgica Brasileira; consultor 'ad hoc' da Universidade Federal do Paraná; Diretor clínico - Clínica Unigastro Pará Ltda; Revisor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Revista de Ciências Médicas; Delegado efetivo junto a AMB da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará; Coordenador dos Programas de Mestrado Profissional da MED III da CAPES; professor convidado da pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso; professor convidado da Universidade Federal de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia Experimental e Gastroenterologia, atuando principalmente nos seguintes temas: ratos, clínica cirúrgica, Choque, Transplante hepático, Síndrome de isquemia-reperfusão e ensino e educação médica.

Maria Beatriz Miranda Alves

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas do Pará.

Maurício Roberto Ribeiro Guimarães

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (2005), Residência em Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto (2007), Pós-graduação em Medicina Intensiva pela Universidade Gama Filho (2011) e Residência em Urologia pelo Hospital Ophir Loyola (2013).

Marla Cavalca Pantoja

Graduanda do 9º período do curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ). Atual vice-presidente da Liga Acadêmica de Gastroenterologia (LIGASTRO). Ligante da Liga Acadêmica de Pediatria Clínica e Cirúrgica (LAPPECC). Diretora Financeira da Liga Acadêmica de Medicina de Precisão (LAMEP) (2019-2022).

Mônica de Aguiar Moussallem

Graduação em bacharel em Ciências Contábeis pela universidade norte do Paraná Unopar.

Natália Ramalho Figueredo

Graduada em Fisioterapia pelo centro Pitágoras de Marabá-PITÀGORAS, Residente em Atenção Básica/Saúde da Família pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

Nayara Rocha de Faria

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário UNIRG- 2014/2, Formação em Pilates na Conduta Cinesioterapêutica- D&D, Pós graduada em Acupuntura-IEES, (MTC) Mulligan - Manual Therapy Concept- MULLIGAN PHYSIOSCIENCE, Pós graduada em Geriatria e Gerontologia- FAVENI. Desde 2015 atuando diretamente no tratamento da dor física e emocional, fazendo uso das terapias complementares (ênfase na acupuntura) e restauração e manutenção da funcionalidade em jovens adultos e idosos.

Priscila dos Santos Bezerra

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas - GAMALIEL.

Rennan Adonis Pinheiro da Silva

Graduado em Fisioterapia (2013), Pós-graduado em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva (2016), Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará.

Romário Batista da Silva

Fisioterapeuta Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) - UEPA. Graduado pela Universidade da Amazônia (UNAMA), Especialista em fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva. Pós Graduado em Musculação Terapêutica e Fisiologia do exercício aplicados a grupos especiais. Possui Curso de formação profissional em Quiropraxia e Osteopatia Clínica, método Pilates e método Sling Training, bandagem e treinamento funcional.

Rui Sérgio Monteiro de Barros

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1983), mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1989) e doutorado em Ortopedia E Traumatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1994). Tem Fellowship em Cirurgia da Mão e Microcirurgia na Universidade de Louisville, EUA, 1992. Atualmente é professor adjunto 4 doutor da Universidade do Estado do Pará. É Membro Titular das Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Membro Internacional da Sociedade Americana de Cirurgia da Mão (American Society for Surgery of the Hand). É Coordenador dos Programas de Residência Médica de Cirurgia da Mão e Ortopedia e Traumatologia UEPA-Porto Dias. É Professor Efetivo do Programa de Mestrado Profissional CIPE (Cirurgia e Pesquisa Experimental) da UEPA. Atua profissionalmente nas áreas de Cirurgia da Mão e Ombro, Microcirurgia, Artroscopia e Fraturas. Pesquisador na área de Microcirurgia Vascular e de Nervo Periférico.

Sarah Souza dos Santos

Graduada em Terapia Ocupacional pela Pontifícia Católica de Goiás (2008), Pós graduada em Terapia da Mão pela Universidade de São Paulo – IOT HC FMUSP, Extensão em Neuropsicóloga- UNINTER, Pós graduanda em MBA em Gestão da Saúde- São Camilo, Prestadora terceirizada de Serviço do Hospital Regional do Sudeste do Pará- HRSP, atuando na assistência ambulatorial adulto e infantil em reabilitação física e suporte a gestão de processos institucionais para a equipe de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Consultoria para inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e confecção de órteses.

Thais de Oliveira Cardoso Brandão

Mestranda no Programa de mestrado profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará (2018). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Federal do Pará (2008). Graduada em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade do Estado do Pará (2006). Atualmente é Preceptora da disciplina Estágio Supervisionado em Atenção Básica/NASF-AB no curso Bacharel em Educação Física no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ). Professora Efetiva no Município do Acará, lotada na Secretaria de Educação, compondo comissão técnica de elaboração de Documento Curricular conforme a BNCC/PA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Educação Física , com ênfase em formação de professores e prática pedagógica da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente referente a atuações multiprofissionais em Atenção Básica e educação em saúde nas escolas.

APRESENTAÇÃO

A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos. Embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de senescência ou indicar doença aguda. Além dos problemas médicos, as quedas apresentam custo social, econômico e psicológico enormes, aumentando a dependência e a institucionalização.

A prevenção de quedas é tarefa difícil devido à variedade de fatores que as predis põem. Os riscos dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional do idoso.

O envelhecimento populacional é uma realidade, sendo assim, os serviços de saúde, bem como os seus profissionais, necessitam estruturar-se para atender à demanda vigente.

Cair, portanto, tem de ser reconhecido como um problema extremamente sério para os serviços de saúde, para a sociedade e, principalmente, para o bem-estar das pessoas que caem. Para que as estratégias preventivas de quedas em idosos tenham sucesso, é necessário identificar populações com risco aumentado, instituir intervenções padronizadas para múltiplos fatores de risco e moldar tais intervenções a cada indivíduo ou situação particular.

Neste manual você conhecerá estratégias de redução de múltiplos fatores de risco, que poderão contribuir para a prevenção da queda nos idosos, dicas que nortearão às medidas de prevenção no ambiente familiar, onde ocorre a maioria das quedas.

Esperamos que o livro possa ser amplamente utilizado, contribuindo para a qualidade da assistência prestada à população idosa, para entendimento e atuação na prevenção de quedas de pessoas da terceira idade.

Luciana Constantino Silvestre

Fisioterapeuta e Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental

SUMÁRIO

ORGANIZADORES	4
AUTORES	6
CAPÍTULO 1.....	21
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL DA PESSOA IDOSA	
Ana Paula Aparecida do Santos Varela	
Carla Nogueira Soares	
Lorena de Oliveira Tannus	
Natália Ramalho Figueredo	
Luciana Constantino Silvestre	
CAPÍTULO 2.....	30
DOENÇAS COMUNS NO ENVELHECIMENTO	
Dhonnell Oliveira da Silva	
Luciana Constantino Silvestre	
Mauro de Souza Pantoja	
Ivete Furtado Ribeiro Caldas	
Marla Cavalca Pantoja	
CAPÍTULO 3.....	37
ALTERAÇÕES COMUNS NO ENVELHECIMENTO	
José Flávio Borges Gomes	
Luciana Constantino Silvestre	
Anderson Bentes de Lima	
Edson Yuzur Yasojima	
CAPÍTULO 4.....	41
COMO A FAMÍLIA AJUDA OU DIFICULTA OS CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA	
Ariadne Cabral dos Anjos de Alencar	
Luciana Constantino Silvestre	
Marla Cavalca Pantoja	
José Antônio Cordero da Silva	

CAPÍTULO 5.....45

PREVENÇÃO DE QUEDAS E FATORES DE RISCO: COMO ESTAMOS?

Romário Batista da Silva
Lívio José Falcão de Medeiros
Luiz Augusto Costa Duarte
Rui Sergio Monteiro de Barros
Marcus Vinicius Henriques Brito
Luciana Constantino Silvestre

CAPÍTULO 6.....50

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA QUANTO A PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Romário Batista da Silva
Lívio José Falcão De Medeiros
Luiz Augusto Costa Duarte
Luciana Constantino Silvestre
Mauro de Souza Pantoja

CAPÍTULO 7.....59

CONSEQUÊNCIAS E COMPLICAÇÕES POR QUEDA DO IDOSO

Ícaro Gabriel Calixto de Souza
Aricia Calixto de Souza
Luciana Constantino Silvestre
Marcus Vinicius Henriques Brito

CAPÍTULO 8.....64

EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE

Felipe do Carmo Silva
Luciana Constantino Silvestre
Rui Sergio Monteiro de Barros
Thais de Oliveira Cardoso Brandão
Edson Yuzur Yasojima

CAPÍTULO 9.....86

SARCOPENIA E NUTRIÇÃO EM IDOSOS: VAMOS VIVER MAIS?

Gabriela e Silva Silvestre
Luciana Constantino Silvestre
Mauro de Souza Pantoja
Charles Alberto Villacorta de Barros

CAPÍTULO 10.....95

ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS OPERATÓRIO

Rennan Adonis Pinheiro da Silva
Douglas da Silva Rodrigues
Luciana Constantino Silvestre
Marcus Vinicius Henriques Brito

CAPÍTULO 11.....107

ABORDAGEM DA MOBILIDADE, POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS POSTURAIS DE IDOSOS

João Vitor Dias Pereira
Luciana Constantino Silvestre
Charles Alberto Villacorta de Barros
Anderson Bentes de Lima

CAPÍTULO 12.....123

MEDICAMENTOS À POPULAÇÃO IDOSA NA ATENÇÃO DE SAÚDE

Cristiane de Melo Figueiredo
Luciana Constantino Silvestre
Anderson Bentes de Lima

CAPÍTULO 13.....129

VACINAS DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO À SAÚDE

Cristiane de Melo Figueiredo
Jânio de Jesus Gonçalves Júnior
Luana da Silva Freitas
Luciana Constantino Silvestre

CAPÍTULO 14.....135

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

Luanda da Silva Brasil
Maurício Roberto Ribeiro Guimarães
Luciana Constantino Silvestre

CAPÍTULO 15.....140

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA

Jaqueline Miranda de Oliveira
Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira
Hugo Santana dos Santos Junior
Priscila dos Santos Bezerra
Maria Beatriz Miranda Alves
Carlos Jaime Oliveira Paes
Ariel Tavares Santiago
Mônica de Aguiar Moussallem
Luciana Constantino Silvestre

CAPÍTULO 16.....146

COMO ESTIMULAR A MEMÓRIA E A ATENÇÃO NA PESSOA IDOSA

Jamille Cristina Conceição Santos
Luciana Constantino Silvestre
Mauro de Souza Pantoja
Marcus Vinicius Henriques Brito

CAPÍTULO 17.....151

A IMPORTÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Lucas Altino de Sousa
Luciana Constantino Silvestre
Ivete Furtado Ribeiro Caldas

CAPÍTULO 18.....160

DIREITOS HUMANOS DA PESSOA IDOSA

Nayara Rocha de Faria
Luciana Constantino Silvestre
José Antônio Cordero da Silva
Kecyani Lima dos Reis

CAPÍTULO 19.....166

O OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Kellfily Nascimento Ramos dos Santos
Kimberly Marques Silva Policeno
Sarah Souza dos Santos
Luciana Constantino Silvestre

DEDICATÓRIA

Dedico este livro primeiramente a Deus, Fonte da minha vida.

Aos meus filhos queridos Luan e Helena, Minha força diária.

À minha família, que souberam entender os momentos de ausência, permitindo assim, que esta obra fosse concluída.

Aos meus Mestres e Colaboradores, que me auxiliaram durante o processo de construção, apoio necessário para que eu chegasse até aqui.

Aos meus queridos Idosos, que serão cuidados com mais amor, respeito e dedicação que vocês merecem.

Agradeço a todos. Muito Obrigada!



CAPÍTULO 1

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL DA PESSOA IDOSA

Ana Paula Aparecida do Santos Varela

Carla Nogueira Soares

Lorena de Oliveira Tannus

Natália Ramalho Figueredo

Luciana Constantino Silvestre

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional já é uma realidade a nível mundial, sendo caracterizada pela queda da taxa de natalidade e diminuição da taxa de mortalidade. Estima-se que o alto crescimento da população de idosos que tem 60 anos vem ocorrendo em países em desenvolvimento como Brasil. Segundo os dados do IBGE, a população que mais cresce no Brasil é de idosos, tendo sua taxa de crescimento estimada em mais de 4% ao ano entre 2012 a 2022. A população que possui 60 aos completos ou mais ou mais, subiu de 14,2 milhões no ano de 2000 para 19,6 milhões em 2010, estima-se que em 2030 alcançará o número de 41,5 milhões e em 2060 73,5 milhões¹.

No Brasil estima-se que a perspectiva de vida atualmente é de 75,7 anos e está em 2030 e 2060 aumentará para 78,7 e 81,2 anos respectivamente. O impacto desse crescimento no Brasil em 2030 será de 40 milhões e em 2060 poderá ultrapassar 60 milhões de pessoas no Brasil, este aumento terá forte impacto na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde².

Com o envelhecimento, as doenças que antes acometiam a população idosa mudaram, saímos de um quadro em que as doenças que predominavam eram infecciosas e parasitárias para um cenário com predomínio de doenças crônicas e degenerativas. As doenças crônicas e degenerativas exigem uma visão ampla e completa da rede de assistência à saúde, que vai desde a rede de atenção primária até o nível de atenção terciária da saúde. As doenças crônicas e degenerativas exigem uma alteração completa da rede de assistência à saúde. É um novo momento, são doenças que necessitam de ações voltadas para a prevenção e para um acompanhamento constante. A rede de assistência médica do Brasil ainda é muito voltada para ações curativa e reabilitadoras, deverá haver uma adaptação do sistema para atender um número cada vez maior de idosos portadores de doenças que não se solucionam com vacinas ou medicamentos³.

O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Envelhecer é um evento biológico que acontece de forma universal e particular em cada indivíduo. Ocorre uma redução da reserva e das atividades funcionais com propensão a certas enfermidades. No entanto, a velhice não deve ser considerada uma doença, embora existam várias patologias que acometem os idosos, porém estão são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis em sua grande maioria⁴.

A expectativa de vida no Brasil hoje é de 76 anos, projeta-se que a população idosa irá superar a população de jovens, alterando então a pirâmide etária. Há dois conceitos importantes que acompanham o processo de envelhecimento que são a senescência e a senilidade⁵.

A senescência é caracterizada pelo processo de envelhecimento natural do organismo, onde apresentam alterações fisiológicas e estruturais, como: adelgaçamento da pele, o enrijecimento dos vasos sanguíneos, osteopenia, alterações posturais, entre outros. A senilidade por sua vez tem uma justaposição de fenômenos da senescência e conseqüentemente de fatores externos, apresentando alterações que decorrem de doenças crônicas, como: diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras doenças do sistema mioarticular⁶.

As alterações fisiológicas intrínsecas ao envelhecimento são tênues, incapaz de gerar algum tipo de incapacidade em sua fase inicial, porém, com o passar dos anos, essas alterações são capazes de causar limitações importantes na realização das atividades de vida diária básicas.

Constata-se que houve um crescimento relacionado aos fatores de risco associados às doenças ditas crônico e degenerativas, isso ocorreu com o aumento da estimativa de vida, essas patologias comprometem a qualidade de vida dos idosos. Essas enfermidades são responsáveis pelas alterações funcionais do idoso, e concomitantemente o desempenho das suas atividades de vida diária, esse fenômeno é denominado como incapacidade funcional⁷.

A análise da capacidade funcional vem sendo um dos principais determinadores da saúde do idoso e vem surgindo como ponto-chave para avaliar a saúde dos idosos⁸.

ENVELHECIMENTO DO SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR

O tecido ósseo é denominado um sistema orgânico que está em processo constante de remodelação, isto ocorre devido o processo de formação pelos osteoblastos e reabsorção pelos osteoclastos. Nos primeiros 20 anos de vida, predomina a formação, tendo um incremento de massa óssea, quando as epífises se soldam ainda persiste um predomínio construtivo ósseo, porém em um ritmo diminuído, que irá atingir o homem em sua maior massa por volta dos 35 anos, o que é denominado de pico de massa óssea. A partir deste momento praticamente a taxa de formação óssea estabiliza enquanto a de reabsorção aumenta. Em decorrência passa a ocorrer a perda progressiva e absoluta de massa óssea levando a osteopenia fisiológica⁹.

A atrofia óssea com o processo de envelhecimento não ocorre de forma uniforme, antes dos 50 anos ocorre à perda do osso trabecular e após essa idade a perda acontece de forma mais predominante no osso cortical. De 7 a 10 todo nosso esqueleto é "renovado". O declínio da perda de massa óssea irá ocorrer principalmente nas mulheres na pós menopausa e no velho. Outro ponto relevante é que os idosos são extremamente vulneráveis a um balanço negativo de cálcio e aparecimento de osteopenia/osteoporose em decorrência da hipovitaminose D9.



O envelhecimento da cartilagem traz uma redução na agregação dos proteoglicanos, que estão aliados a uma resistência menor da mecânica cartilaginosa. O colágeno apresenta-se com uma hidratação diminuída, uma resistência aumentada ao colágeno e uma afinidade maior ao cálcio. A cartilagem possui uma capacidade de reparar limitada, que piora como o envelhecimento ou frente a condições degenerativas. Há evidências que comprovam que a síntese e a degradação do colágeno do tipo II está associadas com a matriz pericelular e que mantém se equilibrada no decorrer de muitos anos, não apresentando alterações nas moléculas que em sua normalidade se associam a osteoartrite. Nos idosos os condróciotos possuem menor capacidade para reparação e manutenção da cartilagem. Observa-se que o estresse oxidativo contribui para a senescência dos condróciotos, o que explica em parte o risco aumentado de osteoartrite com a idade¹⁰.

O sistema músculo esquelético é a maior massa tecidual do corpo humano. Com a chegada do envelhecimento, ocorre de forma progressiva e lenta uma diminuição da massa muscular, onde o tecido nobre é vagarosamente substituído por colágeno e gordura. Este decréscimo está diretamente relacionado com a redução da força muscular idade-relacionada. A força do quadríceps, por exemplo, aumenta de forma progressiva até meados dos 30 anos e entra em declínio após os 50 anos e diminui de forma acentuada após os 70 anos. Dados coletados indicam que a força muscular tendência a diminuir cerca de 15% por década, até por volta da sétima década, e aproximadamente 30% após essa margem. Observa-se a relação inversa entre a força muscular e a velocidade de deambulação tanto no sexo masculino quando no feminino. A capacidade oxidativa do aparelho músculo esquelético, por volta da sétima década de vida, mantém se preservada. A essa queda da força muscular idade-relacionada que se designa sarcopenia, termo esse que marca esse processo do envelhecimento muscular associado a diminuições da massa, da força e da velocidade de contração⁹.

AValiação MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

A avaliação multidimensional do idoso vai muito além de um instrumento de diagnóstico de doenças, é utilizado para averiguar a real necessidade do idoso. Os objetivos alcançados com esta avaliação melhoram a precisão do diagnóstico, diminuição das iatrogênias, e adequação do prognóstico, levando a facilitação das condutas de prevenção, orientações dos tipos de ações preventivas; orientação sobre intervenção; seleção das medidas assistenciais e pôr fim a melhoria da qualidade de vida¹⁰.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que pode ser utilizado para a avaliação multidimensional do idoso. A mesma possibilita identificar agravos por meio dos instrumentos de rastreio disponibilizados para preenchimento, permite o acompanhamento longitudinal, possui orientações gerais e de estímulo ao autocuidado, além disso, o registro dessas informações ficam sob domínio

do usuário o que possibilita que o mesmo transporte as informações para onde for, proporcionando a comunicação do histórico do usuário entre os profissionais, nos diferentes níveis de atenção¹¹.

AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

A dimensão psicossocial é composta pela investigação da cognição, humor e os aspectos relacionados a suporte social e familiar e também saúde mental. A preservação das funções cognitivas e o humor estão ligadas com a manutenção da autonomia do idoso e refletem diretamente na execução das suas AVD's, sendo assim, o rastreamento de tais condições são de suma importância para manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso bem como, para o planejamento das ações em saúde do território¹².

Para o rastreio do comprometimento cognitivo nos idosos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa apresenta três perguntas simples para serem utilizadas para triagem: "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?"¹⁰.

Outra opção indicada pela OMS na estratégia Atenção Integrada para os Idosos, a Integrated care for older people (ICOPE), possui as seguintes abordagens: o teste de "lembrança de três palavras", que compreende falar para o idoso 3 palavras simples no início da avaliação, seguido da investigação quanto a orientação no tempo perguntando qual é a data do dia, a orientação no espaço indagando se o idoso sabe em qual local se encontra no momento da avaliação e por último perguntar se recorda as 3 palavras ditas anteriormente¹³.

A resposta positiva a uma das questões acima sugerem a aplicação de outros instrumentos de rastreio validados, como o Mini exame do estado mental (MEEM), Desenho do Relógio, Teste de fluência verbal e Questionário PFEFFER, sendo estes presentes na caderneta do idoso, para uma avaliação mais detalhada¹⁴.

De acordo com Martins et al. (2019) os instrumentos de rastreio que tem sido mais utilizados no Brasil é o MEEM (versão de Brucki e colaboradores), seguido pelo teste de Fluência Verbal (categoria animais) que é específico para função executiva, e o Teste Span de dígitos (ordem direta e inversa) para a memória e atenção¹⁴.

A quantidade de instrumentos disponíveis são inúmeros e para escolha do mais adequado deve-se levar em consideração a situação de cada caso através de uma escuta qualificada e sensível, a expertise do profissional que irá aplicar estando de acordo com sua capacitação profissional e que seja uma ferramenta validada no meio científico para garantir a confiabilidade dos resultados¹⁵.



Testes com alta sensibilidade privilegiam o rastreamento, enquanto com alta especificidade priorizam o diagnóstico. Dessa forma, neste estudo, o ACE-R foi mais sensível que o MEEM, demonstrando que o pode ser utilizado como teste de rastreamento. O teste de figuras e a fluência semântica para animais da BBRC foram mais específicos que os demais, indicando sua maior contribuição para o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve (CCL) ou demência. Num olhar global, o ACE-R parece ser o melhor teste para rastreamento de declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde¹⁶.

HUMOR E CONDIÇÕES EMOCIONAIS DO IDOSO

De acordo com o National Institute on Aging-sponsored Healthy Brain Workshop, saúde emocional não se define apenas pela ausência de doença psiquiátrica ou por não haver a existência de afetos negativos. Nesta visão a saúde mental deve ser compreendida de uma forma mais positiva, incluindo aspectos como regulação e inteligência emocional, sendo que a regulação emocional refere à habilidade para regular as emoções, enquanto que inteligência emocional diz respeito à capacidade de identificar as emoções de forma construtiva¹⁷.

Na população idosa a depressão é bem comum, frequentemente recorrente, sub-diagnosticada e sub-tratada. A depressão tem uma porcentagem bem alta quando se fala de doenças psiquiátricas nos indivíduos que atingem os 60 anos de idade, podendo estar associado a alterações físicas, econômicas e sociais que irá acompanhar o envelhecimento¹⁸.

A capacidade dos profissionais de saúde em detectar de forma precoce os sinais e sintomas da depressão, estes contribuem significativamente na identificação da depressão facilitando o tratamento, tornando-o satisfatório, tornando-o assim fundamental para avaliar o humor/estado emocional dos idosos. Utilizar escalas de depressão na avaliação é de suma importância, pois as mesmas podem facilitar a detecção do problema, de forma a fornecer informações rápidas e objetivas, uma vez que os sintomas depressivos alertem para a necessidade de um diagnóstico clínico.

ASPECTOS SOCIOFAMILIARES

Os idosos representam um grupo mais frágil, com maior possibilidade de desenvolver morbidades e como consequência apresentarem alterações a nível funcional, o suporte da família e o suporte social é de grande relevância. O idoso que possui esta rede de suporte tem respaldo em outras áreas como a saúde mental, estado psicológico, autoestima e auto percepção de saúde. É extremamente relevante o benefício que o tem do contato e da proximidade da relação com os

familiares, amigos e comunidade, desenvolvendo maior resiliência e bem-estar psicológico, auxiliando na manutenção de respostas perante situações que podem comprometer a sua saúde¹⁹.

Vários estudos apontam que para o idoso, o suporte da família é a principal responsável pelo atendimento das suas necessidades sociais e de saúde, sendo essencial e fundamental ao cuidado da pessoa idosa, entender a dinâmica do funcionamento do sistema familiar bem como o modo que a família consegue cumprir de forma harmoniosa as funções apropriadas a identidade da pessoa idosa, atuando em relação aos perigos e às oportunidades que preponderam no meio²⁰.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Define-se capacidade funcional como propriedades que os idosos detêm para tomada decisão e atuação em sua vida de forma não dependente, no decorrer do seu dia a dia. Essa dificuldade ou necessidade de ajuda que o idoso apresenta para realizar as suas tarefas básicas do dia a dia abrangem dois tipos de atividades: As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)²¹.

Dentre inúmeras escalas de avaliação opta-se por duas escalas que irão avaliar e classificar o nível de complexidade. Para avaliar as AIVD há a escala de Lawton e Brody, escala com oito atividades: preparo das refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, mexer com dinheiro, utilizar o telefone, tomar os remédios diariamente, fazer compras e usar os meios de transporte²².

Para mensurar as ABVD o Índice de Katz é uma escala muito utilizada e tem como o objetivo avaliar o desempenho funcional do indivíduo idoso. Katz estabelece uma lista que contém seis itens que estão organizados e relacionados de forma a refletir os padrões de desenvolvimento infantil, entende-se com essa organização, que a perda funcional do idoso inicia pelas atividades mais complexas, como vestir-se, tomar banho, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de contenção urinária e fecal. Por conseguinte, baseia-se no princípio de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, perdendo primeiro a capacidade para tomar banho, seguida de vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e da cama para a cadeira e alimentar-se. A melhora dá-se na ordem inversa²².

Portanto, observa-se que idosos avaliados como mais ativos e independentes estão cada vez maior devido a longevidade. De forma organizada as perdas irão ocorrer de atividades instrumentais de vida diária para atividades básicas de vida diária, pois às AIVD exigem maior integridade física e cognitiva comparada às ABVD.



Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro; 2015.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Rio de Janeiro, 2013.
3. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. HYGIEIA: 69-79, 2019a.
4. CAMACHO Alessandra Conceição Leite Funchal; COELHO Maria José. Políticas Públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.
5. IBGE / DPE / COPIS. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 Unidades da Federação 2000-2030.
6. CIOSEK, S.; BRAZ, E.; COSTA, M. et al. Senescence and senility: the new paradigm in Primary Health Care. 2011.
7. MATTOS IE, DO CARMO CN, SANTIAGO, LM, LUZ LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. BMC Geriatric [Internet]. 2014[cited 2016 Mar 18]; 14:47. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-47>.
8. FAUSTINO AM, GANDOLFI L, MOURA LBA. Functional capability and violence situations against the elderly. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014[cited 2016 Aug 20];27(5):392-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n5/1982-0194-ape-027-005-0392.pdf>
9. ROSSI E, SADER CS. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: Freitas EV, PyL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.792-7.
10. VERISSIMO, 2006. Avaliação multidimensional do idoso in psicogeriatria.
11. YUDOH K, NGUYEN T, NAKAMURA H, HONGO-Masuko K, KATO T, NISHIOKA K. Potential involvement of oxidative stress in cartilage senescence and development of osteoarthritis: oxidative stress induces chondrocyte telomere instability and downregulation of chondrocyte function. Arthritis Res Ther. 2005;7(2):R380-91.
12. COIMBRA: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde-SUS. 2018.
14. SILVA, Jenifer Nogueira Martins Araujo da et al. Dimensões preditoras das condições clínico-funcionais e cognição em idosos. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.
15. MARTINS, Núbia Isabela Macêdo et al. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos cinco anos em idosos brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2513-2530, 2019.
16. DE SOUSA, Marcelo José; MARQUES, Ana Cecília Alves Silva; PEREIRA, Marcos Leandro. Acurácia diagnóstica dos instrumentos de avaliação da cognição na atenção primária à saúde. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 6735-6747, 2021.
17. HENDRIE, et all. 2006. The NIH Cognitive and Emotional Health Project. Report of the Critical Evaluation Study Committee. Alzheimers Dement. 2(1):12-32.
18. MORAES, 2012. Atenção à Saúde do Idoso. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília.
19. CHAVES, 2015. Bem-estar subjetivo e percepção de suporte familiar em idosos institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora. Évora, Portugal.
20. RODRIGUEZ, et all. 2010. Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. BMC Public Health.10: 559-64

21. FIEDLER MM, PERES KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saude Publica 2008; 24(2):409-415.
22. BARBOSA, BR et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciências e Saúde Coletiva, 2014; 19(8) 3317-3325.
23. FREITAS RS, FERNANDES MH, COQUEIRO RS, REIS Júnior WM, ROCHA SV, BRITO TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. Acta Paul Enferm 2012; 25(6):933-939.





CAPÍTULO 2

DOENÇAS COMUNS NO ENVELHECIMENTO

Dhonnell Oliveira da Silva
Luciana Constantino Silvestre
Mauro de Souza Pantoja
Ivete Furtado Ribeiro Caldas
Marla Cavalca Pantoja

INTRODUÇÃO

Define-se uma pessoa idosa àquela que tenha a partir de 60 anos de idade para países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos (MESQUITA, 2017). Estima-se que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com idade de 60 anos ou mais, sendo que os idosos mais velhos - com 80 anos ou mais - constituirão um intervalo de idade de expressiva importância numérica (BARROS, BRANCOS, 2017). A Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico "Previsões sobre a população mundial", conjecturou que nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será maior três vezes do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões) (MESQUITA, 2017; BARROS, BRANCOS, 2017).

No Brasil, a conjuntura não será diferente uma vez que a senilidade da população está diretamente ligada a um fenômeno mundial (CARLOS, 2015). A mudança demográfica e epidemiológica pela qual passou o país alterou a pirâmide etária da população (MARTINS, 2015). Segundo informações da OMS, o Brasil se tornará, no ano de 2025, o sexto país do mundo a conviver com uma população com maior número de idosos e o novo desafio da saúde do idoso brasileiro será preservar sua independência e manter sua capacidade funcional (CARLOS, 2015; MARTINS, 2015).

Na verdade, o alongamento da vida é o desejo de qualquer pessoa e sociedade e, deve ser amplamente celebrado. Entretanto, só pode ser considerada uma conquista real se houver qualidade de vida (BARROS, BRANCOS, 2017; CARLOS, 2015). Isto posta, qualquer política para o idoso deve considerar sua capacidade funcional, autonomia, participação, autossatisfação e necessidades de cuidado. Deve também abrir espaços para a possibilidade de atuação em diferentes ambientes sociais e para a elaboração de novos significados na vida da terceira idade (MESQUITA, 2017). E ainda incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas idosas (CARLOS, 2015).

O aumento da proporção de idosos resulta na elevação das demandas causadas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT - cardiovasculares respiratórias crônicas, cânceres e diabetes - são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais (MELO, 2019). Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (CARLOS, 2015; MELO, 2019).



DOENÇA CARDIOVASCULAR

Doença Cardiovascular é a principal causa de morte na população idosa. São encontradas evidências de doenças cardíaca em aproximadamente 50% das pessoas entre 65 e 74 anos e em 60% daqueles com mais 75 anos (BOYD, 2019). Com uma maior parcela da população alcançando uma idade avançada, a doença cardiovascular continuará a ser uma ameaça significativa à saúde e ao bem-estar da população idosa (MARTINS, 2015).

O aparelho cardiovascular serve como um sistema fechado para o fluxo de sangue. Esse aparelho funciona para distribuir oxigênio, nutrientes e outras substâncias para todas as células do corpo e para remover os resíduos produzidos pelo metabolismo celular. Funcionando como uma bomba muscular, o coração conduz o sangue por meio dos vasos sanguíneos por dois sistemas separados, mas, inter-relacionados (MARTINS, 2015). O lado direito do coração está envolvido na circulação pulmonar e bombeia sangue para os pulmões. O coração pesa menos de meio quilo e tem aproximadamente o tamanho de um punho. O lado esquerdo bombeia sangue para a circulação do aparelho cardiovascular por meio da aorta, suprimindo sangue para todas as áreas do corpo, exceto pulmões (MELO, 2019). Os lados direito e esquerdo do coração estão inter-relacionados; ao voltar dos pulmões, o sangue do lado direito passa para o ventrículo esquerdo, onde é bombeado para circulação sistêmica por meio da aorta. O septo intraventricular separa os dois lados do coração (BOYD, 2019).

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES RELACIONADOS À IDADE

A camada muscular do ventrículo esquerdo torna-se 25% mais espessa, a elasticidade miocárdica diminui e há um aumento na rigidez do músculo cardíaco. Isso resulta em uma diminuição da força contrátil dos ventrículos. Fibras musculares diminuem, são substituídas por tecido fibroso (BOYD, 2019). O débito cardíaco diminui em 25%. A aorta e outras artérias grandes perdem a elasticidades. A capacidade dos vasos de esticar-se diminui em aproximadamente 50% aos 80 anos. As valvas das veias tornam-se menos eficientes, aumentando o risco de veias varicosas ou úlceras de estase (MELO, 2016; MELO, 2019). Os vasos sanguíneos tornam-se menos elásticos e mais estreitos, em parte em virtude dos depósitos de cálcio que se acumulam nas paredes dos vasos, aumentando gradualmente a pressão arterial (MARTINS, 2015).

O aumento da pressão é resultado de uma diminuição na elasticidade arterial, um aumento na resistência periférica e uma diminuição do fluxo sanguíneo por meio dos rins. Esses também são responsáveis pelo aumento gradual da pressão arterial (MINAYO, 2019).

A lipofuscina, pigmento encontrado nas fibras miocárdicas que produz uma cor

marrom-amarelado no tecido do coração, aumenta no coração do idoso (MINAYO, 2019).

As artérias coronárias suprem de sangue o músculo cardíaco. Esses vasos têm diminuição de 35% no fluxo sanguíneo entre as idades de 20 a 60 anos. Com essa diminuição desenvolve-se a circulação colateral, é um método pelo qual o coração compensa a aterosclerose desenvolvendo caminhos alternados de vasos para prover de sangue a parte superior do músculo cardíaco (BOYD, 2019; MELO, 2019). As valvas cardíacas enrijecem-se e tornam-se mais espessas, à medida que o colágeno degenera e a gordura se acumula. As duas valvas mais afetadas são mitral e aórtica. Acontece também a diminuição das células de marca-passo no nodo sinotrial (SA) (MARTINS, 2015).

Mesmo com as inúmeras mudanças que ocorrem no aparelho cardiovascular com a idade, o coração é extraordinariamente capaz de se adaptar. Talvez seja impossível determinar se as mudanças no aparelho cardiovascular são resultado de alterações patológicas (MARTINS, 2015; NASCIMENTO, 2015). As mudanças no aparelho cardiovascular resultam numa diminuição da capacidade do coração envelhecido de retornar rapidamente a um ritmo normal de repouso após um exercício (NASCIMENTO, 2015).

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA - ICC

É um problema que ocorre quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para atender às necessidades do corpo. É o diagnóstico mais comum para pacientes idosos hospitalizados (MINAYO, 2019). Estima-se que no Brasil 6 milhões de pessoas sofrem de insuficiência cardíaca (dados de 2015). Além de causar morte, ICC pode diminuir significativamente a qualidade de vida e a capacidade funcional (NSCIMNTO, 2015).

Sintomatologia: edema (geral ou dependente), fadiga, pouca tolerância ao exercício, dispneia de esforço (1º sintoma), dispneia paroxísmica noturna, ortopneia, estado mental alterado (confusão), tosse seca ou produtiva (SILVA, 2015).

A função cardíaca pode ser dividida em duas partes: sístole e diástole. A ICC pode ocorrer em consequência de insuficiência sistólica ou diastólica. A sístole é definida como a fase de contração do ciclo cardíaco e a diástole é a fase de relaxamento (SILVA, 2015; TEIXEIRA, 2020).

A insuficiência sistólica ocorre quando o ventrículo esquerdo não consegue contrair-se efetivamente gerando uma quantidade inadequada de sangue na circulação sistêmica, reduzindo o débito cardíaco e diminuindo a contratilidade, formando-se uma pressão no sistema venoso pulmonar, resultando em congestão pulmonar e dispneia (VERAS, OLIVEIRA, 2018; SAAD, 2016).



Já a insuficiência diastólica (ID), ocorre com menos frequência do que a sistólica. A ID decorre da fase de relaxamento da função cardíaca diminuída (BARROS, BRANCOS, 2017; CARLOS, 2015). O ventrículo esquerdo fica “rígido” e incapaz de encher-se de forma adequada, resultando em congestão pulmonar e diminuição no débito cardíaco. A hipertensão arterial é uma causa comum de disfunção diastólica (CARLOS, 2015; MARTINS, 2015).

Os fatores que aumentam o risco da ICC são, angina, infarto agudo do miocárdio, diabetes (não controlado), hipertensão, doença coronariana (MESQUITA, 2017; BARROS, BRANCOS, 2017).

DOENÇA CORONARIANA

A doença coronariana é o distúrbio mais comum que afeta o coração. Mais de 50% das mortes de pessoas com idade acima de 60ª são causadas por doença coronariana. As artérias coronárias suprem de sangue e oxigênio os músculos cardíacos (MELO, 2016; MELO, 2019). Com a idade, as artérias, inclusive as coronárias, acumulam placas amareladas de colesterol. Lipídios e outros debris sobre suas superfícies internas. Esse estado é denominado aterosclerose (VERAS, OLIVEIRA, 2018; SAAD, 2016).

À medida que o lúmen acumula debris e se estreita, diminui o fluxo sanguíneo para áreas que normalmente recebem quantidades adequadas de sangue (SILVA, 2015; TEIXEIRA, 2020). A aterosclerose é progressiva e, com o tempo, o suprimento de sangue para certas áreas supridas pelas artérias reduz suficientemente para causar isquemia (BOYD, 2019; MELO, 2019).

A isquemia resulta em dor, à medida que os tecidos são privados do oxigênio e sangue necessários. Quando a isquemia ocorre nas artérias coronárias, o problema é denominado Angina Pectoris. Essa se refere à dor no peito causada por um suprimento de sangue inadequado temporário ao músculo cardíaco (VERAS, OLIVEIRA, 2018; SAAD, 2016). Quando o coração é privado de sangue, ocorre dor no peito. Se a isquemia se tornar grave, causando lesão e morte do tecido cardíaco isso será chamado de infarto agudo do miocárdio (BOYD, 2019; MELO, 2019). Quando a lesão do músculo cardíaco é extensa, o coração pode ser incapaz de atender às demandas do corpo para manter o débito cardíaco adequado, o que resultara em uma ICC (SILVA, 2015; TEIXEIRA, 2020).

A isquemia do músculo cardíaco pode produzir dor ou outros sintomas, cuja gravidade varia desde uma indigestão leve até uma sensação de sufocação ou peso na parte superior do tórax, incluindo desde desconforto até dor agonizante, acompanhada de intensa apreensão e sensação de morte iminente (MARTINS, 2015; NASCIMENTO, 2015). A dor é, com frequência, sentida profundamente no tórax, atrás do esterno (retroesternal) (BOYD, 2019; MELO, 2019). Tipicamente, a dor

ou desconforto é mal localizado e pode irradiar-se para o pescoço, a mandíbula, os ombros e a face interna dos braços, habitualmente no braço esquerdo (MARTINS, 2015; NASCIMENTO, 2015).

TIPOS DE ANGINAS

Angina estável, dor previsível e consistente que ocorre ao esforço, mas é aliviada pelo repouso e/ou pelo uso de nitroglicerina. Angina instável, também chamada de angina pré-infarto ou angina em crescendo, os sintomas aumentam de frequência e gravidade, podem não ser aliviadas com o repouso nem com o uso de nitroglicerina (BOYD, 2019; MELO, 2019). Angina intratável ou refratária, dor torácica intensa e incapacitante. Angina variante, também denominado de Prinzmetal, dor em repouso, com elevação reversível do segmento ST (MARTINS, 2015; NASCIMENTO, 2015). Acredita-se que seja causada por vasoespasma da artéria coronária. Isquemia ou angina silenciosa, evidência objetiva de isquemia - com alterações eletrocardiográficas na prova de esforço - porém o paciente não relata nenhuma dor (MINAYO, 2019).

Fatores precipitantes da angina segundo Minayo (2019): esforço físico; temperaturas extremas; emoções fortes; consumo de refeições pesadas; tabagista ativo e passivo; atividade sexual; estimulantes (p. Ex. Cocaína, metanfetamina); padrões de ritmo circadiano.

Referências

- BARROS, C.A., BRANCOS, S. I. D. Envelhecimento da população negra, desigualdade racial e qualidade de vida. **Rev. Tema UNIESP**. 2017.
- BOYD, C. et al. Decision making for older adults with multiple chronic conditions: executive summary for the American Geriatrics Society guiding principles on the care of older adults with multimorbidity. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 665-673, 2019.
- CARLOS, F. S. A. et al. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. **Rev. Cong. Inter. De Envelhec. Hum.** 2015.
- MARTINS, L. C. G., et al. Sedentary lifestyle in individuals with hypertension. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 697-704, 2015.
- MELO, L. A., et al. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2019.
- MELO, N. V., et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 19, n. 1, p. 139-151, 2016.
- MESQUITA, A. A. **Envelhecimento populacional e relações de gênero: velhos dilemas e novos desafios**. 2017.
- MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciênc e Saúde Col.** v. 1, p. 247-252, 2019.



NASCIMENTO, L.S., et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e variáveis sociodemográficas de servidores públicos. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 28, n. 2, p. 230-39, 2015.

SAAD, P. M. **Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. Séries Demográficas**. 2016.

SILVA, J. V. F., et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde** - UNITALAGOAS, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social e Sociedade**, p. 135-154, 2020.

VERAS, R. P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc e Saúde Col.**, v. 6, p. 23, 2018.



CAPÍTULO 3

ALTERAÇÕES COMUNS NO ENVELHECIMENTO

José Flávio Borges Gomes
Luciana Constantino Silvestre
Anderson Bentes de Lima
Edson Yuzur Yasojima

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento sempre foi e continuará sendo um desafio muito grande para todos nós. Não em todas, mas, na grande maioria das pessoas a partir dos 60 anos de idade passamos a nos deparar com novos eventos e situações que transformarão nossas vidas para sempre, e em muitos deles são situações degenerativas.

Durante toda a nossa vida vamos participar além do envelhecimento físico envolvendo-nos interna e externamente, o envelhecimento mental, e o envelhecimento sociológico.

E qual é a nossa missão frente a todo esse processo? O que resta para nós? Aceitar e manter as transformações considerando como normais?

ENTENDENDO AS ALTERAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECER

O nosso corpo sofre transformações à medida que o tempo passa, desde o nascimento até a morte. Algumas alterações são tão evidentes que acabam por definir a fase em que se encontra o ser humano, por exemplo: as transformações que ocorrem no corpo de um bebê, desde o nascimento até o terceiro ano de idade. Ao nascer, o nosso corpo é composto por cerca de 26 bilhões de células, já na idade adulta possui 50 trilhões de células (ALVES, 2001).

À medida que envelhecemos vão ocorrendo várias mudanças no nosso organismo tidas como “fisiológicas” e, por tanto entendidas como normais que afetam não apenas nossa aparência externa – o nosso aspecto como também uma série de alterações internas que afetam o nosso desempenho nas tarefas cotidianas e a nossa capacidade para reagir convenientemente a estímulos e necessidades inesperadas que solicitam um pouco mais dos nossos órgãos e sistemas. Os sinais externos mais comuns e característicos do envelhecimento envolvem a pele, cabelos e as unhas. Quando adultos temos cerca de 100 mil fios de cabelos, ao envelhecer, os cabelos tornam-se branco por falta de melanina na raiz e bulbo capilar. Na pele observamos as rugas, o ressecamento e a perda da elasticidade (BRASIL, 2001).

A estatura começa a diminuir a partir dos 40 anos, um centímetro por década, porque os pés perdem a curvatura natural, os espaços entre as vertebrae diminuem e a postura tende a se tornar cifótica (corcunda). O tórax e o crânio aumentam em diâmetro, o nariz e os pavilhões auditivos continuam a crescer. Os pelos diminuem pelo corpo todo (BRASIL, 2001).

O coração bate cerca de 100 mil vezes ao dia, 3 milhões de vezes por mês e 36 milhões de vezes por ano. Há diminuição no bombeamento de sangue, especialmente a partir da oitava década de vida, pela atrofia normal da musculatura

cardíaca, especialmente do ventrículo esquerdo que bombeia sangue oxigenado para todas as partes do organismo. O coração de um jovem bombeia em um minuto, 5 litros de sangue. Aos 80 anos bombeia 2,5 litros. Como consequência há um menor aporte de oxigênio e de nutrientes especialmente rins e fígado o que induz maior toxicidade aos medicamentos. Ocorre a calcificação das válvulas cardíacas e a perda da elasticidade das artérias. O conjunto dessas modificações favorece o aparecimento da hipertensão arterial aumentando o risco de derrames cerebrais (AVCs) e de infarto do miocárdio e da temida ocorrência de falência cardíaca esquerda (edema agudo de pulmão) (SMELTER: BARE 2005):

Os órgãos reprodutores também sofrem transformações. A menstruação, na mulher, termina entre os 40 e 50 anos, ocorrendo a menopausa. Com a vinda da menopausa, a mulher cessa sua capacidade reprodutiva não podendo mais engravidar. Nos homens o número de espermatozoides cai sensivelmente, porém, continuam com a capacidade de gerar filhos.

O cérebro é formado por cerca de 100 bilhões de neurônios, a partir dos 40 anos de idade começa a perder cerca de 100 mil neurônios todos os dias. Depois 25 anos de idade todos perdemos células nervosas. Ao passar dos anos essa perda se intensifica afetando a capacidade de aprender e de memorizar. Essas perdas podem ser graduais e não comprometerem o cotidiano. Mudam o padrão do sono encurtando sua duração. Quando essas perdas passam a limitar as ações coordenadas e o raciocínio, deixam de ser consideradas normais e passam a representar doenças.

A perda de dentes causa modificação na consistência da dieta e suas consequências. A musculatura do esôfago sofre alterações e modificam seus movimentos. Redução da produção de saliva, ácido clorídrico e das enzimas digestivas. Diminuição do paladar por perdas de células gustativas, diminuição da velocidade de esvaziamento do estômago. Essas alterações em conjunto comprometem a absorção adequada de nutrientes resultando em problemas nutricionais relacionados com o déficit de vitaminas (B, C e K) podendo determinar até quadro de desnutrição. Se não houver correção pode resultar em: queda de cabelo, câimbras, hematomas, pele frágil e ressecada, redução de apetite, unhas quebradiças, fraqueza e confusão mental.

A atividade sexual está mais relacionada com os antecedentes dessa atividade do que com o envelhecimento propriamente dito. A frequência diminui, porém, o desejo e o desempenho são mantidos até a nona década de vida. Nas senhoras verifica-se a atrofia dos ovários, perda da elasticidade e lubrificação vaginal. Nos homens diminuição da quantidade de esperma e aumento da próstata. Ambos necessitam de maior quantidade de estímulos e de maior tempo para atingirem o orgasmo. Os sentidos são muito importantes e garantem a nossa interação com o meio ambiente e com outras pessoas (ALVES, 2001).

De uma maneira geral ocorre uma diminuição funcional de órgãos e sistemas pelo declínio da atividade celular. Essas mudanças, entretanto, variam enorme-



mente de indivíduo para indivíduo sendo rápida e dramática em alguns e lentas e leves em outros.

Os efeitos dessas mudanças também variam sendo que segundo o IBGE/2004, cerca de 85% dos idosos apresentando doenças crônicas, apenas aproximadamente 20% estarão comprometidos para desempenhar suas atividades para a vida diária com independência.

Muitas dessas alterações negativas e esperadas, tidas até hoje como “normais”, podem e devem ser combatido por toda a vida, um hábito, um estilo de vida, “antienvelhecimento”. O envelhecimento não seja sinônimo de doença, várias alterações atualmente, não são normais.

Referências

ALVES JUNIOR. Eduardo Soares. **O Idoso e a educação física informal em Niterói**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro Escola de Educação Física e Desportos, jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atendimento do idoso**, DF: Secretaria de Assistência à Saúde. 2001.

CANÇADO, F.A.X. E HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral In E.V. Freitas. L. Py. A.L. Néri. F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni, M.L. e S.M. Rocha (Eds), **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 112 – 127, 2002.

SMEALTER B, BARE S. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2005.



CAPÍTULO 4

COMO A FAMÍLIA AJUDA OU DIFICULTA OS CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA

Ariadne Cabral dos Anjos de Alencar

Luciana Constantino Silvestre

Marla Cavalca Pantoja

José Antônio Cordero da Silva

INTRODUÇÃO

Com a população envelhecendo em maior quantidade, encontramos um desafio instaurado que é de prevenir quedas, que é um dos problemas de saúde pública que mais atinge a população idosa. Esse problema em questão pode ocasionar consequências não somente para o idoso, como também para a família e sociedade. Pode resultar em uma lesão ou fratura pós queda que causa déficit na autonomia e no desempenho funcional, desta maneira diminuindo o grau de independência desse idoso, deixando-o mais ou totalmente dependente, além do risco de desenvolver um impacto psicológico pós queda, como: ansiedade, medo de ficar sozinho e andar sozinho. Como também pode aumentar o número de internações e até mesmo o nível de mortalidade.

A cada ano aumentam o número de quedas, cerca de 28% a 35% das pessoas com faixa etária acima de 60 anos caem, e esse valor aumenta a proporção de acordo com a fragilidade existente e a idade (MAMANI et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2021; ROGRIGUES; ALVARENGA, 2020).

FATORES QUE INFLUENCIAM NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS

Existem fatores extrínsecos e intrínsecos para o risco de queda, dentro dos extrínsecos temos: condições inadequadas no próprio domicílio como superfícies escorregadias sem piso antiderrapante, terrenos desnivelados, má iluminação no ambiente, ausência de barras de apoio no banheiro, tapetes soltos no chão, uso de escadas.

E nos intrínsecos temos: o que é relacionado ao sujeito, processos fisiológicos naturais do envelhecimento, como o declínio visual, cognitivo, déficit do equilíbrio e da marcha, assim como a questão patológica, com o surgimento de comorbidades, doenças crônicas, consumo de medicamentos que afetam funções orgânicas (MAMANI et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2021; ROGRIGUES; ALVARENGA, 2020).

INCIDÊNCIA DE QUEDAS

Estipula-se que o número de casos seja ainda maior, mas há muita subnotificação ainda. O local de maior ocorrência das quedas é em primeiro lugar: o domicílio e em segundo lugar: a rua. E o maior percentual ocorre com pessoas idosas do sexo feminino em decorrência dos processos fisiopatológicos de diminuição de massa muscular e óssea, também por estarem mais expostas a desequilíbrio relacionado a riscos ambientais no domicílio durante as tarefas domésticas, além de serem o grupo mais vulnerável por fatores relacionados a longevidade, como o desenvolvimento natural de doenças crônicas e incapacitantes, que necessitam de

tratamento constante, como diabetes mellitus, osteoporose e osteoartrite (MAMANI et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2021; ROGRIGUES; ALVARENGA, 2020).

OS FAMILIARES NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os familiares que são, em maior parte, os cuidadores, mesmo sem ter experiência em como cuidar desse público que em muitas ocasiões sofrem com algum déficit cognitivo ou possuem algum grau de dependência.

Estudos relatam que é no ambiente domiciliar e adjacências que ocorre o maior número de incidência de quedas com idosos. O familiar nesse contexto é fundamental, pois, pode estar somando com informações preventivas ao idoso que ele cuida, identificando os fatores de risco existentes e já desenvolvendo atitudes preventivas. Entretanto, muito desses familiares não tem preparo e nem habilidade para cuidar, e algumas vezes, nem conhecimento suficiente. Eles assistem ao idoso fundamentado na experiência de vida, no que observam outras pessoas próximas realizarem, nas crenças, intuição e algumas vezes por orientações profissionais. Com isso, há uma dificuldade.

Temos os familiares que refere praticar as medidas de prevenção a queda no dia a dia. A principal medida mencionada é a vigilância ao idoso, alertar para a caminhada cautelosa e a restrição de atividades. Já as medidas de prevenção relacionadas ao ambiente são em primeiro lugar evitar deixar tapetes pela casa, depois evitar piso molhado e instalar barras de apoio no banheiro.

É comprovado que o nível de conhecimento familiar ainda é muito superficial para a prevenção desse risco, apesar de coletarem informações de meios de informação, ainda há de se considerar que o conhecimento é limitado no quesito científico e reduzido quanto a variedade de medidas preventivas existentes.

A educação em saúde nesse tema serve para aperfeiçoar as informações que esses familiares tem realizar uma seleção do que deve ou não ser de aplicabilidade no cotidiano, ajudar a mapear os fatores de risco específicos que cada idoso tem, sejam considerados extrínsecos ou intrínsecos, a partir disso gerar diversas formas de prevenção para a queda, tanto gerais, quanto específicas para aquele indivíduo e família que o cuida, para que desta forma o conhecimento se torne o suficiente para evitar de fato o risco de queda.

Nesse sentido, a atenção primária a saúde, com a estratégia saúde da família, tem influência por ser um meio mais científico e adequado para a multiplicação da educação, tanto para os familiares, quanto para os próprios idosos.

Além disso, é constatado que existe uma parcela de familiares que não cumprem as medidas mais adequadas para prevenção por falta de condição econômi-



ca, por exemplo, no caso de precisarem mudar o piso, instalar barras de apoio, são iniciativas que necessitariam de investimento financeiro. O profissional de saúde é responsável por identificar a condição socioeconômica do familiar desse idoso, para que possa indicar as medidas que são realmente mais necessárias e agir como mediador entre os familiares e as instituições de suporte social (MAMANI et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2021; ROGRIGUES; ALVARENGA, 2020).

O FAMILIAR QUE CUMPRE AS MUDANÇAS RECOMENDADAS NO AMBIENTE DOMICILIAR

Um ambiente seguro dispõe de aspectos ergonômicos ideais para a circulação segura, permitindo a independência do indivíduo, estimulando autonomia e preservando sua dignidade, a fim de evitar agravos em saúde com o evento de queda.

O domicílio é onde esse idoso passará a maior parte do seu tempo, por isso que há maiores ocorrências de queda neste ambiente. Dentre os ambientes da casa, o banheiro apresenta o risco mais frequente de quedas, visto que apresentam piso molhado na maior parte do tempo. A utilização de barras de apoio perto da pia, na área do box e piso antiderrapante minimiza o risco.

O segundo em patamar de risco são as escadas que são uns dos itens mais inadequados de ser ter em uma casa com idosos. O ideal é a utilização de rampas, de forma estável e com corrimão para segurar.

O hábito de deixar a luz apagada torna-se um risco ambiental, pois eles não têm a mesma capacidade visual, portanto, necessitam de um ambiente bem iluminado em todo seu trajeto.

Os móveis devem estar estáveis no ambiente, impedindo oscilação e possibilidade de cair. O mesmo é válido para os tapetes soltos que aumentam as chances do idoso tropeçar (MAMANI et al., 2019; NOGUEIRA et al., 2021; ROGRIGUES; ALVARENGA, 2020).

Referências

MAMANI, A.R.N et al. Cuidador de idosos: conhecimentos, atitudes e práticas sobre quedas e sua prevenção. **Rev. Bras. Enferm**, v.72, Suppl. 2, p: 119-26, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0276>

NOGUEIRA, I.S. et al. Environmental risks for falls of elderly attended by the Family Health Strategy team. **Rev Rene**, v.22, 2021. Doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260796>

RODRIGUES, I.I; ALVARENGA, M.R.M. Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados. **Enferm. Foco**, v.11, n.6, p: 72-77, 2020. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3357>.



CAPÍTULO 5

PREVENÇÃO DE QUEDAS E FATORES DE RISCO: COMO ESTAMOS?

Romário Batista da Silva

Lívio José Falcão De Medeiros

Luiz Augusto Costa Duarte

Rui Sergio Monteiro de Barros

Marcus Vinicius Henriques Brito

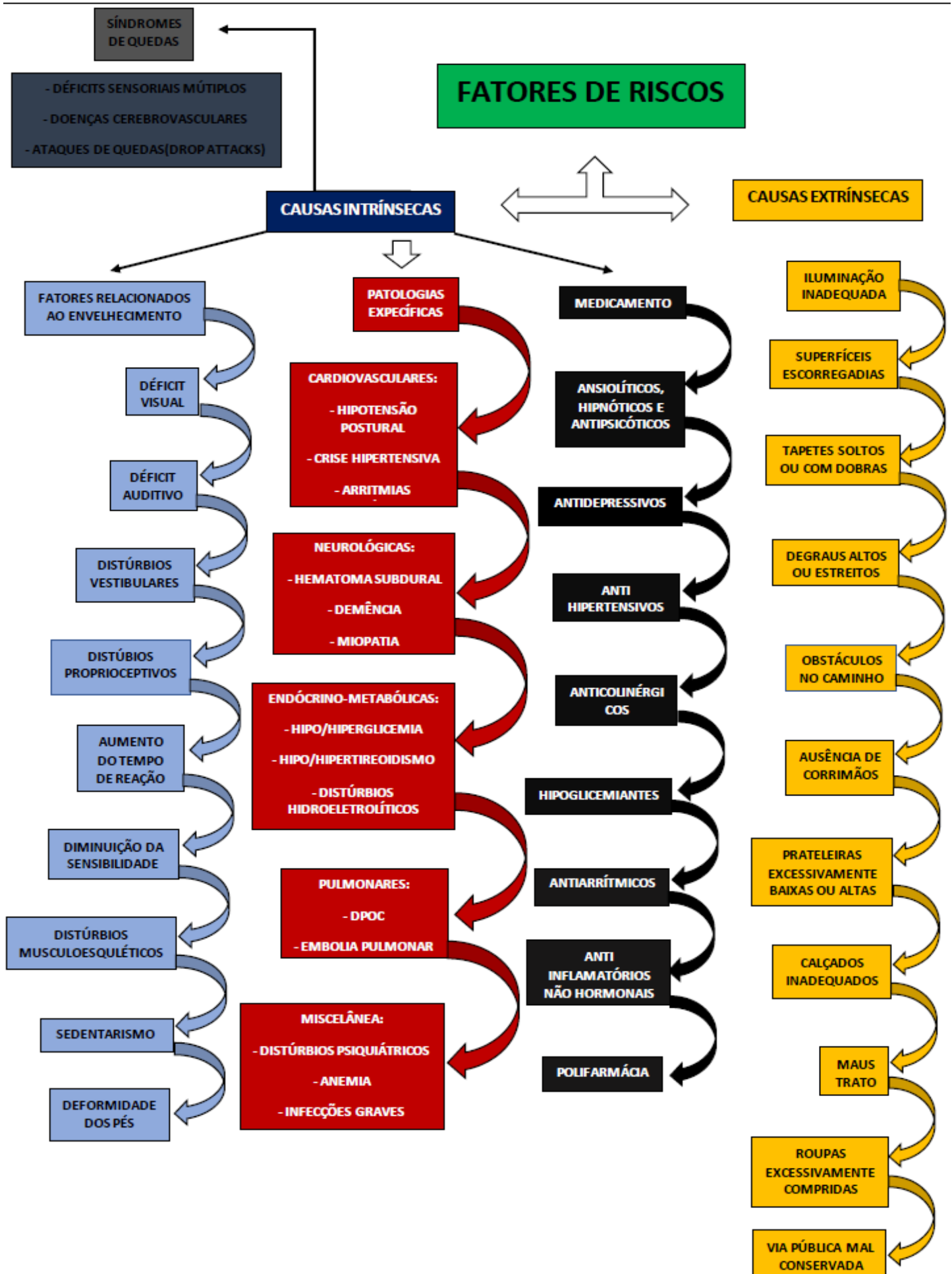
Luciana Constantino Silvestre

INTRODUÇÃO

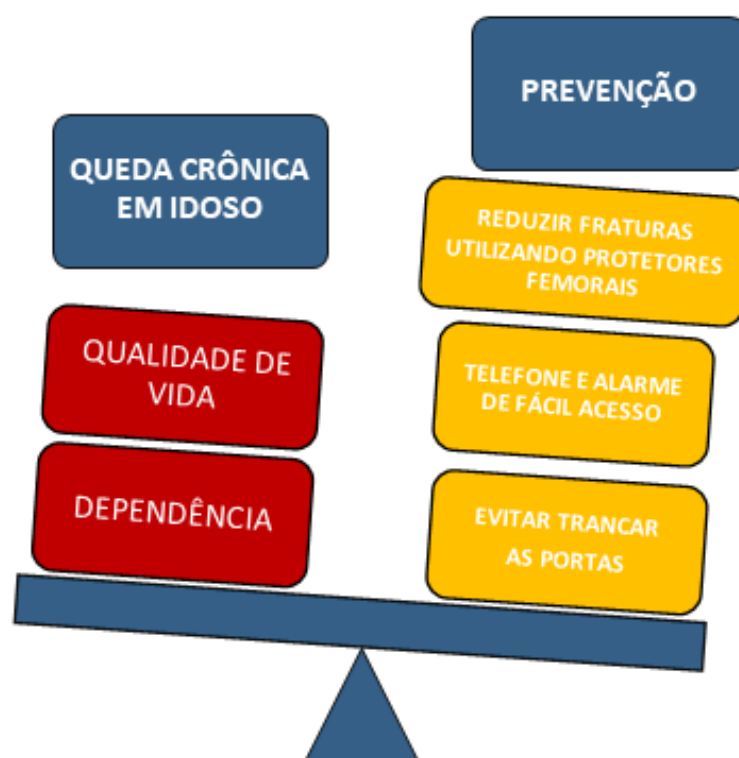
Levar uma queda promove enormes consequências quando se é idoso e a preocupação na prevenção é primordial, pois um episódio simples como um escorregão no piso liso do banheiro ou um tropeço no pano da cozinha acarretam pequenos transtornos e grandes complicações. As incapacidades decorrentes de um primeiro episódio afetam psicologicamente as futuras ações prejudicando a qualidade de vida e independência; por isso há uma grande importância na prevenção de quaisquer situações que levem riscos para um idoso, principalmente dentro de casa (RIBEIRO et al., 2020).

A alta incidência de quedas evidenciada pelo Relatório Global da Organização Mundial da Saúde sobre prevenção de quedas confirma este grande problema, gerando na maioria das vezes altos custos financeiros para se obter cuidados médicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Cerca de mais de um terço dos adultos acima de 60 anos caem inadvertidamente no chão ao ano, revelando que as recidivas levam a chances maiores de complicações graves, tais como traumatismo craniano ou fratura de quadril, devido às alterações físicas, cognitivas e sensoriais relacionadas ao processo do envelhecimento. Sendo assim, as evidências apontam a implementação das estratégias de prevenção como a principal ação na redução da incidência de quedas em idosos (MACIEL, 2010).

A formação e o treinamento do profissional são fatores essenciais para a prática preventiva, visto que muitas das vezes o cuidador e o familiar não têm o preparo suficiente de assistência ao idoso, requerendo habilidade aprimorada e conhecimento, conquistada com experiência, observação e orientações profissionais. A estratégia de aprimoramento na educação em saúde gera uma melhora nesta informalidade relacionada principalmente ao conhecimento dos fatores de risco para prevenir quedas e os profissionais da saúde de atenção primária devem participar deste processo de orientação, para promover educação em saúde, abrindo espaço para diálogo no primeiro contato, orientação e troca de conhecimento, bem como, assistência ao cuidador; exibimos assim um fluxograma indicando os fatores de riscos e os tipos de intervenções adequadas para orientação (VIEIRA et al., 2011; MORENO-CÁMARA et al., 2016; DE OLIVEIRA; WAJMAN; BERTOLUCCI, 2014).







Referências

DE LAZZARI, F. **Tai Chi Chuan: saúde e equilíbrio**, 2ª edição. Editora São Gabriel Ltda. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

DE OLIVEIRA, F. F.; WAJMAN, J. R.; BERTOLUCCI, P. H. F. Conhecimento dos cuidadores acerca do risco cerebrovascular de pacientes com síndrome demencial da doença de alzheimer em são paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 41, n. 3, p. 77–81, 2014.

GOMES, I. C. OLIVEIRA, L. N. **Saúde do Idoso: um olhar de profissionais de educação física**, 1ª Edição. Lura Editorial, São Paulo, 2018.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 554–557, 2010.

MORENO-CÁMARA, S. et al. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 3, p. 201–207, 2016.

RIBEIRO, A. P. et al. **Boas Práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS**. [s.l.: s.n.].

TREW, M. EVERETT, T. **Movimento Humano**, 4ª Edição, Editora Premier, São Paulo, 2018.

VIEIRA, C. P. DE B. et al. Practices of elderly's informal caregiver at home. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 3, p. 570–579, 2011.

WAYNE, P. M. **Guia de Tai Chi da Faculdade de Medicina de Harvard: 12 semanas para ter um corpo saudável, coração forte e mente alerta**. Editora Pensamento, São Paulo, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. **Community Health**, p. 53, 2007.



CAPÍTULO 6

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA QUANTO A PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

**Romário Batista da Silva
Lívio José Falcão De Medeiros
Luiz Augusto Costa Duarte
Luciana Constantino Silvestre
Mauro de Souza Pantoja**

INTRODUÇÃO

As quedas são a causa principal da hospitalização em idosos (Naseri et al., 2018). A prevenção dessas quedas no dia a dia é um fator desafiante, pois envolve vários fatores que fazem parte de uma avaliação inicial, intervenção profissional e condutas funcionais. As pessoas idosas estão inseridas e são reconhecidas, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), majoritariamente por mulheres, pois tendem a viver mais do que os homens.

A avaliação recomendada pela American Geriatric Society demonstra os riscos multifatoriais, relacionados à população idosa, como; avaliação do equilíbrio e da funcionalidade, além das atividades rotineiras. Através desses fatores podemos criar estratégias para redução das quedas na população idosa, visando o processo de envelhecimento.

Para Naseri et al. (2018), lesões físicas, devido as quedas têm um impacto negativo nesta população, diminuindo sua qualidade de vida. Segundo Ishigaki, Ramos, Carvalho e Lunardi (2014) e Cheung et al. (2008), as quedas são consideradas uma síndrome geriátrica ligada a alguns fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos são diminuição da força muscular, desequilíbrios na marcha, diminuição da amplitude de movimento, diminuição cognitiva, alterações vestibulares e/ou visuais. Já os fatores extrínsecos estão ligados ao ambiente que esse idoso está inserido como as escadas, tapetes, pavimento irregular, obstáculos e etc.

Existem fatores de risco predisponentes nesta população; as consequências mais comuns são decorrentes da primeira queda. Em seguida vem o medo de novas quedas, que conseqüentemente levam a perda de funcionalidade causando uma diminuição na qualidade de vida (Bjerk, Brovold, Skelton e Bergland, 2017).

As intervenções para a prevenção de quedas estão relacionadas através do treino de equilíbrio e no fortalecimento de membros inferiores e superiores, além de estimular a estabilidade postural; este fato mostra na prática a importância de uma abordagem fisioterapêutica.

Segundo Lee e Kim (2017), um programa de exercícios, pode ajudar os idosos a melhorar suas atividades, aumentando a capacidade de produção de força, melhora muscular e de equilíbrio. Um fato importante é promover treinos funcionais de marcha e para o fortalecimento muscular dos membros inferiores. (Caballer et al., 2016; Cho et al., 2018).

O treinamento de força é uma alternativa para diminuir os declínios relacionados com a idade, um programa individualizado pode resultar em melhoria da saúde e na qualidade de vida (MENDONÇA, MOURA e LOPES, 2018), pois idosos submetidos a esse treinamento apresentam aumento significativo na ativação e melhora da massa e força muscular (MARIANO et al., 2013).



Os benefícios desse tipo de treinamento melhoram o tamanho e resistência muscular (SAKAMOTO; SINCLAIR, 2006 apud PINTO et al, 2012, p. 22), da densidade mineral óssea, da espessura de tecidos conectivos e diminuição da gordura corporal total, além da prevenção e manejo de diversas condições patológicas e da saúde em geral (WOLFE et al., 2004; BIRD et al., 2005 apud PINTO et al., 2012, p. 22).

Para Campos (2008, apud AGUIAR et al., 2014, p. 203), podemos destacar efeitos positivos do treinamento de força, especificamente com a introdução de exercícios físicos resistidos realizados na musculação, seus efeitos analgésicos, preventivos e no tratamento de várias lesões.

O alongamento é uma atividade específica para a melhora da flexibilidade muscular, provocando um aumento da elasticidade; esse alongamento pode ter resultados benéficos na melhora da amplitude de movimento das articulações do corpo (SILVA; MARTINS, 2010).

O alongamento possui diversos benefícios para os idosos, pois melhora a flexibilidade. Além de serem normalmente movimentos de fácil execução, também são considerados seguros (GALLO et al., 2012). Silva e Martins (2010) ainda trazem como benefícios do alongamento a diminuição de possíveis dores provocadas, ativação da circulação sanguínea e melhora postural.

PROPOSTA DE ALONGAMENTOS PARA IDOSOS

Trata-se de uma sequência básica de movimentos para os membros inferiores e superiores. Com o tempo, você pode incluir outras opções na lista de atividades físicas. Na dúvida, procure um profissional especializado em lidar com exercícios e alongamentos para idosos.

Alongamento 1



Em pé, com as pernas afastadas, eleve as mãos esticadas acima da cabeça. Faça um espreguiçamento, projetando as mãos unidas para o alto, como se o objetivo fosse alcançar o teto. Conte 15 segundos e retorne à posição inicial.

Alongamento 2

Em pé, com as pernas afastadas, estique o braço direito para o lado esquerdo, mais ou menos na altura do ombro. Com a mão esquerda, encoste no cotovelo direito e permaneça nessa posição por 15 segundos. Repita do outro lado.



Alongamento 3

Sentado, com as pernas unidas e pouco flexionadas, flexione o corpo para a frente, até que as mãos se aproximem o máximo possível da ponta dos pés. Conte 15 segundos e retorne.



Considero que tanto as imagens quanto os textos poderiam estar mais explicativos para quem ler e não conhece o alongamento a fim de evitar a execução errônea do alongamento, por mais simples que pareça (e pensar se esses três alongamentos realmente irão ajudar na prevenção e tratamento de quedas nos idosos)

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO PARA IDOSOS

Segundo RASO (2007): exercícios para os grandes grupamentos musculares, multi-articulares e de maior intensidade devem ser os principais parâmetros para se determinar a ordem dos exercícios em um programa de treinamento.

A estimulação dos grandes grupos musculares nas extremidades inferiores (agachamento) e superior (supino, remada) deve ser uma prioridade em um programa de força para adultos mais velhos. Segundo WESTCOTT e BAECHLE (2001) deve-se exercitar os músculos maiores primeiro e tentar treinar os grupos musculares antagonistas em conjunto.

Exercício 1: Agachamento

Sentado em uma cadeira, com as pernas paralelas, apoie as mãos com braços esticados em outra cadeira. Em seguida, levante-se segurando na cadeira e torne a sentar. Repita 3 séries de 8-10 repetições.

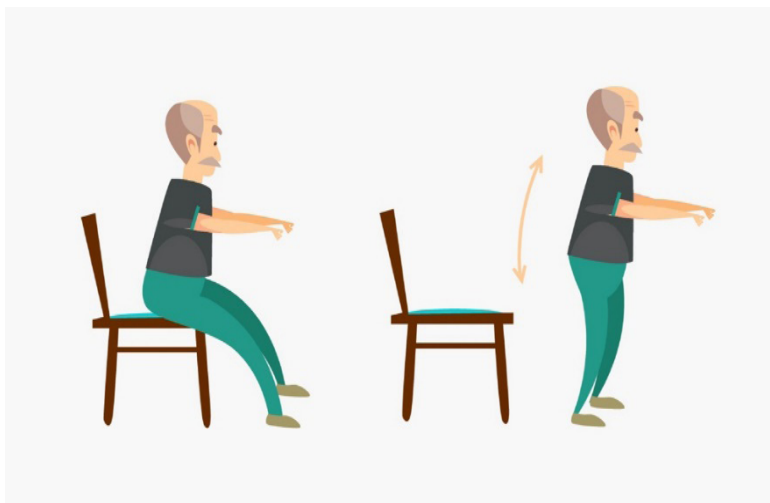


Foto: Divulgação/PMC.

Exercício 2: Extensão de quadril

Posicione-se em pé de frente para uma cadeira, apoie uma de suas mãos na cadeira. Estenda uma das pernas para trás, tirando o pé do chão. Repita 3 séries de 8-10 repetições.

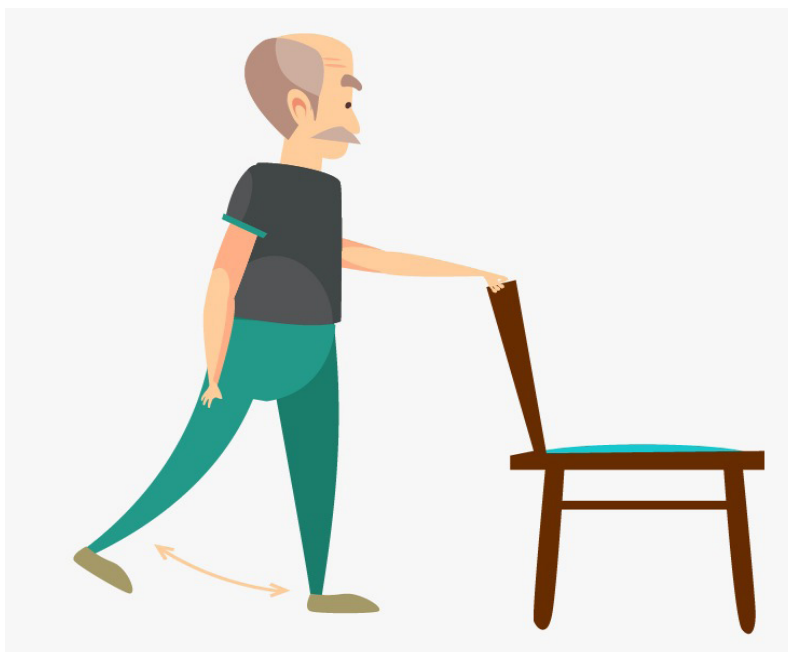


Foto: Divulgação/PMC.

Exercício circulatório

Posicione-se em pé de frente para uma cadeira, apoie ambas as mãos na cadeira ou parede. Suba nas pontas dos pés, realizando o movimento de subir e descer. Repita 3 séries de 8-10 repetições.

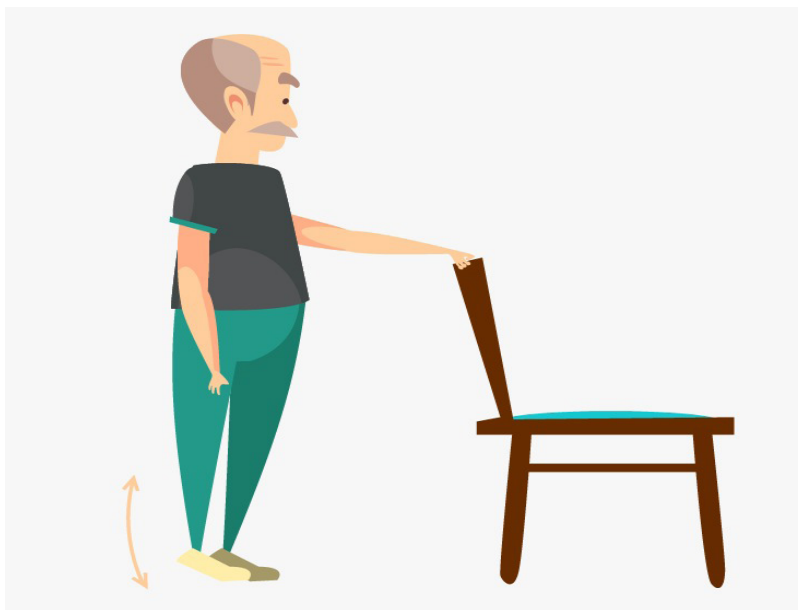
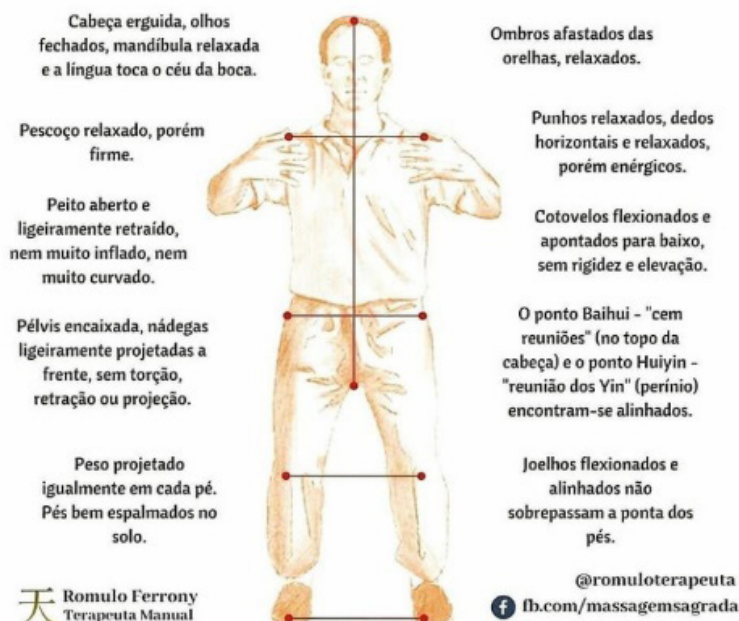


Foto: Divulgação/PMC

TAI CHI CHUAN NO EQUILÍBRIO DO IDOSO

Zhan Zhuang

Meditação "em pé como uma árvore"



O Tai Chi proporciona um benefício duplo na redução do risco de fraturas – além de melhorar o equilíbrio e reduzir as quedas, estudos preliminares indicam que o tai chi também pode diminuir a perda da densidade mineral óssea (DMO), sobretudo em mulheres na pós-menopausa (PETER, 2016).

Para (PETER, 2016), as pessoas idosas, frágeis e sem condicionamento físico, que costumam ter pouco equilíbrio, acharam o tai chi bastante seguro, fazendo da atividade um novo programa de exercícios para idosos com baixa densidade mineral óssea, perda de equilíbrio e fraqueza em membros inferiores.

Body Alignment: During Transitions

The amount of space taken during movement

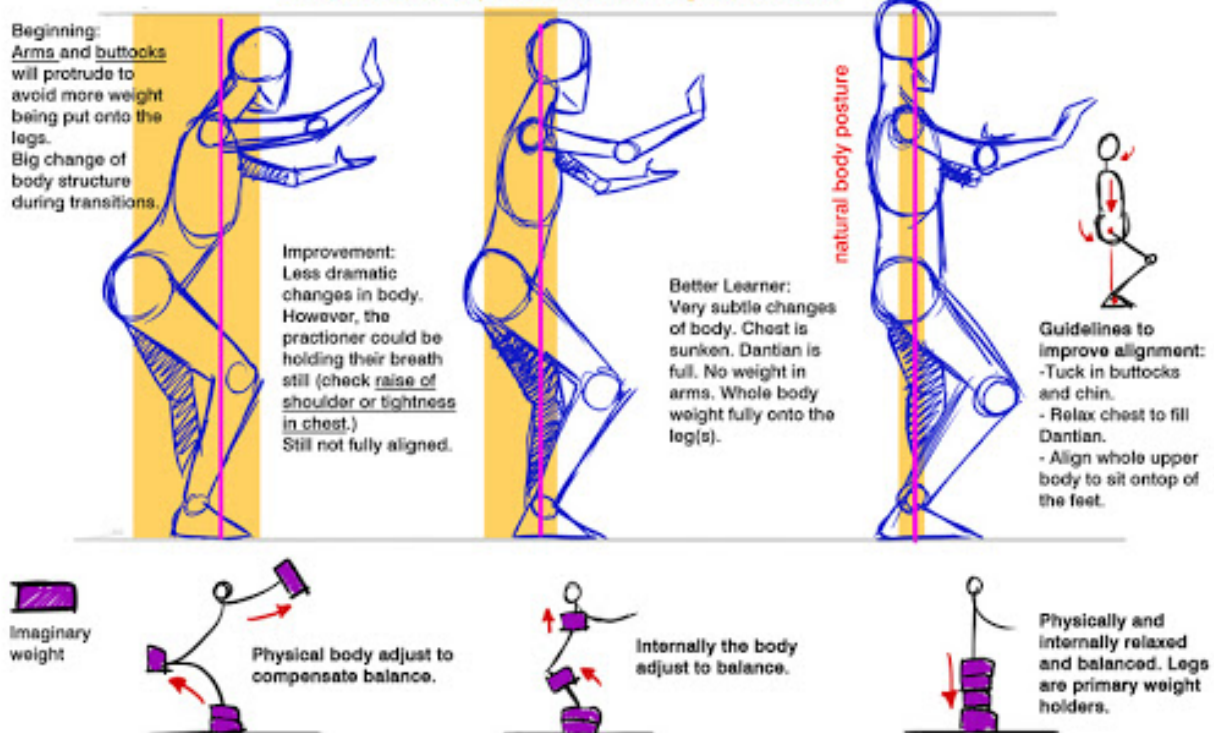


Foto: Divulgação/PMC

Segundo (LAN et al., 2000), o tai chi melhora a resistência muscular em indivíduos idosos, principalmente dos músculos extensores do joelho, melhorando sua capacidade funcional, previne quedas, fraturas e melhora significativamente a qualidade de vida dos idosos.

Initial Stage of Rooting - Part 2

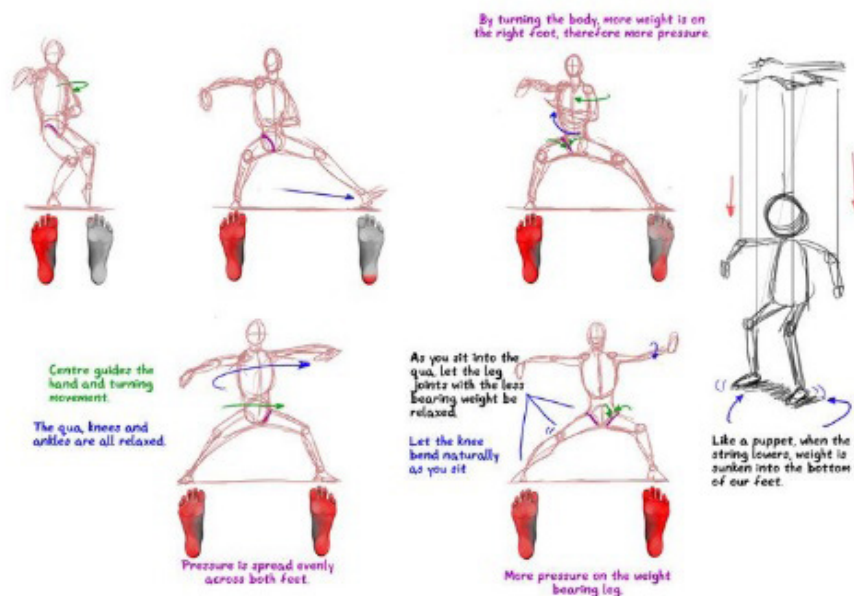


Foto: Divulgação/PMC

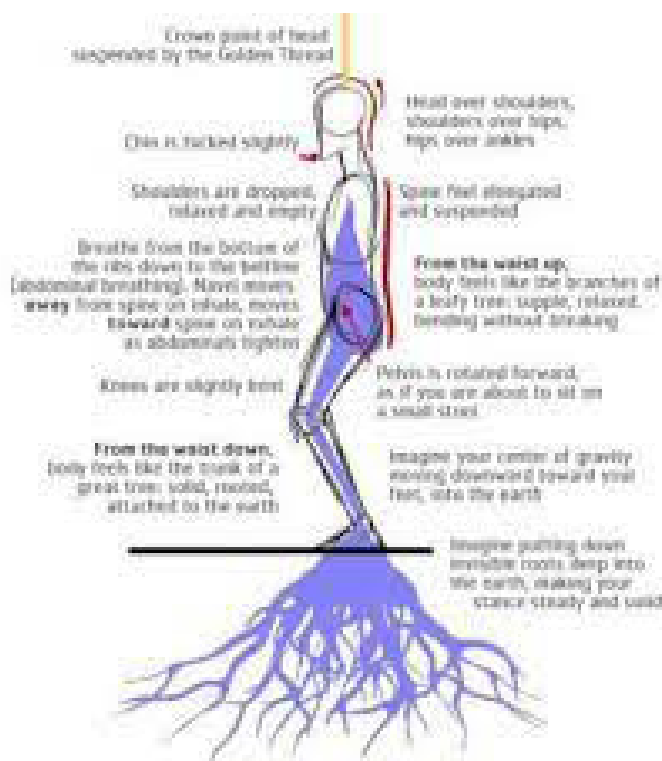


Foto: Divulgação/PMC

Referências

- AGUIAR, P. P. L. et al. Avaliação da influência do treinamento resistido de força em idosos. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 201-217, 2014. Disponível em. Acesso em: 10/10/2019.
- BJERK, M., BROVOLD, T., SKELTON, D., E BERGLAND, A. (2017). A falls prevention programme to improve quality of life, physical function and falls efficacy in older people receiving home help services: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Health Services Research**. 17, 559;
- CABALLER, V., CALATAYUD, P., ORTÍ, E., CUENCA, A., E LISÓN, J. (2016). The effectiveness of a vídeo-supported group-based Otago exercise programme on physical performance in community-dwelling older adults: a preliminary study. **Physiotherapy** 102, 280-286;
- CHEUNG, C., AU, K., LAM, W., E JONES, A. (2008). Effects of a Structured Exercise Programme on Functional Balance in Visually Impaired Elderly Living in a Residential Setting. **Hong Kong Physiotherapy**, 26, pp. 45-50;
- CHO, Y., MOHAMED, O., WHITE, B., CARLSON, S., E KRISHNAN, V. (2018). The effects of a multicomponent intervention program on clinical outcomes associated with falls in healthy older adults. **Aging Clinical and Experimental Research**.
- DE LAZZARI, F. **Tai Chi Chuan: saúde e equilíbrio**, 2ª edição. Editora São Gabriel Ltda. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.
- GALLO, Luiza Herminia, et al. Alongamento no Programa de Atividade Física para Terceira Idade (PROFIT): promovendo a melhora da capacidade funcional em idosos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 1-6, jan./abr. 2012.
- ISHIGAKI, E., RAMOS, L., CARVALHO, E., E LUNARDI, A. (2014). Effectiveness of muscle strengthening and description of protocols for preventing falls in the elderly: a systematic review. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. 18(2), 111-118;

JOSHUA, A., SOUZA, V., UNNIKRISHNAN, B., MITHRA, P., KAMATH, A., ACHARYA, V., E VENUGOPAL, A. (2014). Effectiveness of Progressive Resistance Strength Training Versus Traditional Balance Exercise in Improving Balance Among the Elderly – A Randomised Controlled Trial. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. vol-8(3), 98-102

LEE, S., E KIM, H. (2017). Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. 14:1, 74-80;

MARIANO, E. et al. Força muscular e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 805-811, dez/2013. Disponível em: Acesso em: 10/10/2019.

MENDONÇA, C.; MOURA, S.; LOPES, D. Benefícios do treinamento de força para idosos: revisão bibliográfica. **Rev. Campo do Saber**, v. 4, n. 1, p. 74-87, jan-jun/2018. Disponível em: Acesso em: 10/10/2019.

NASERI, C., MCPHAIL, S., NETTO, J., HAINES, T., MORRIS, M., BEER, C., FLICKER, L., LEE, D., COAD, J., E HILL, A.. (2018). Impact of tailored falls prevention education for older adults at hospital discharge on engagement in falls prevention strategies postdischarge: protocol for a process evaluation. **British Medical Journal Open**.

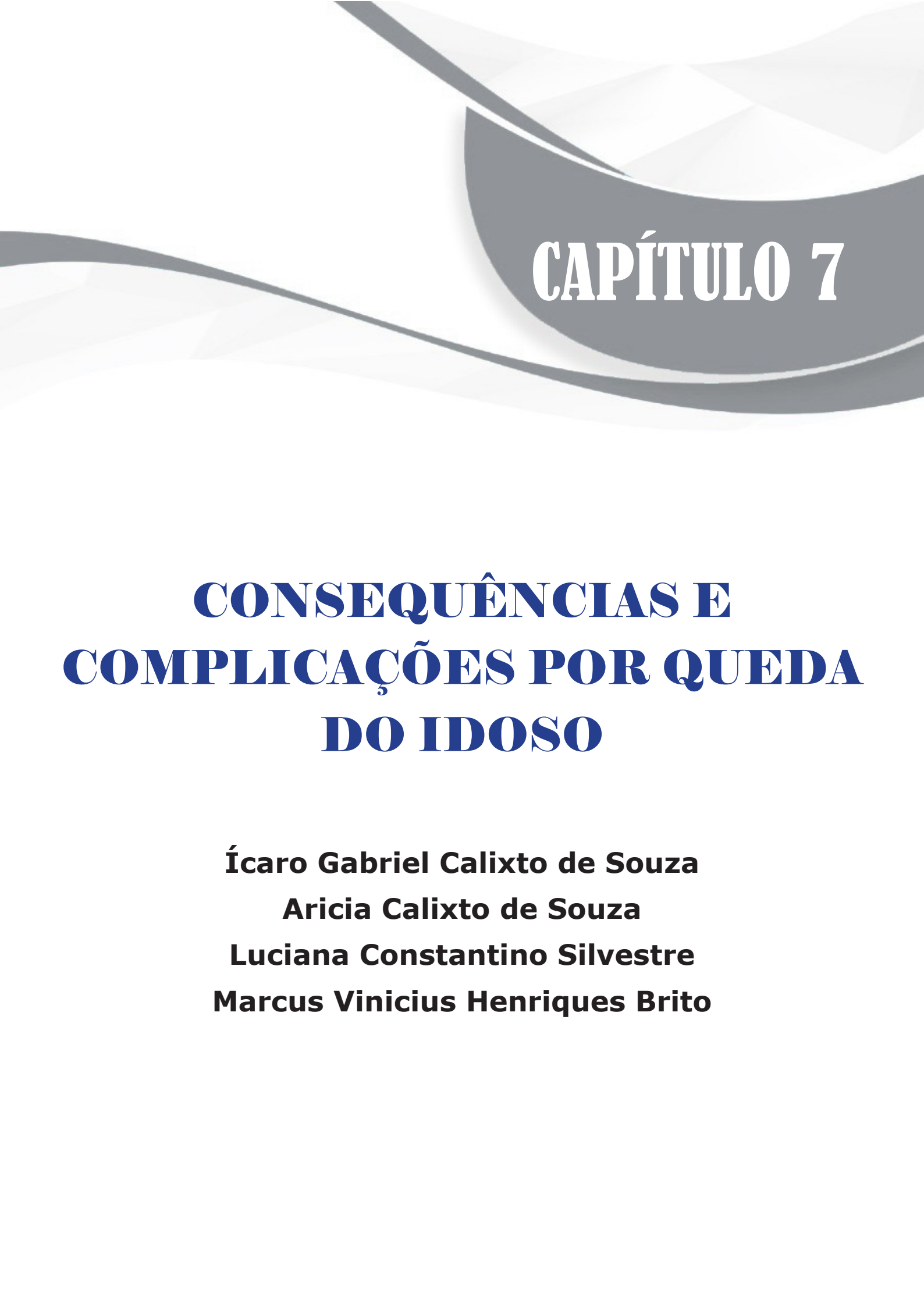
PINTO, R. et al. Determinação da carga de treino nos exercícios supino e rosca bíceps em 23 mulheres jovens. Motriz: **Rev. Educ. Fís.**, Rio Claro-SP, v. 18, n. 1, p. 22-33, mar/2012. Disponível em: Acesso em: 10/10/2019.

RASO, V. **Envelhecimento Saudável**: Manual de exercícios com pesos. 1ª edição, São Paulo, 2007.

SILVA, Ana Carolina; MARTINS, Talita Marinho. **Influência do alongamento na flexibilidade e estatura de crianças entre 6 e 11 anos**. Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Educação Física, 2010.

WAYNE, P. M. **Guia de Tai Chi da Faculdade de Medicina de Harvard**: 12 semanas para ter um corpo saudável, coração forte e mente alerta. Editora Pensamento, São Paulo, 2016.

WESTCOTT, W.; BAECHLE, T. **Treinamento de Força para a Terceira Idade**: Para condicionamento físico e performance ao longo dos tempos. 1ed brasileira, Barueri-SP, Manole, 2001.



CAPÍTULO 7

CONSEQUÊNCIAS E COMPLICAÇÕES POR QUEDA DO IDOSO

Ícaro Gabriel Calixto de Souza

Aricia Calixto de Souza

Luciana Constantino Silvestre

Marcus Vinicius Henriques Brito

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento vem provocando uma mudança abrupta na faixa etária da pirâmide populacional no Brasil e no mundo. O indivíduo com 60 anos ou mais vem crescendo com taxas de mais de 4% ao ano, se estima para o ano de 2025, uma população brasileira em torno de 31,8 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade. Deste modo ocupando o 6º lugar no ranque mundial da população idosa. Neste sentido essa população idosa formada e em potencial está sendo foco num todo pela sociedade contemporânea (MIRANDA; SANTOS et al., 2017; FERREIRA, ANDRADE et al, 2020).

Contudo o envelhecimento é um processo sequencial e individual, podendo ser gradativo para alguns indivíduos e acelerado para outros, o qual pode ter graus de comprometimento fisiológico. As principais alterações fisiológicas sensorio-motor são: aumento da vulnerabilidade e fragilidade, diminuição da massa muscular, diminuição do equilíbrio, descoordenação da marcha, diminuição auditiva e diminuição visual. Tais comprometimentos são gatilhos para ocorrência de quedas do idoso no ambiente domiciliar (MORAES; ROTHEBARTH et al., 2021).

A ocorrência de quedas do idoso apresenta a seguinte característica nacional: cerca de 28% a 35% de idosos a partir de 60 anos sofreram episódios de queda, 32% a 42% de idosos acima de 70 anos tiveram quedas e mais de 50% de idosos com 80 anos ou mais sofrem episódios de quedas. As principais lesões sofridas na queda são: fratura de quadril/fêmur (48,7%), fraturas de membros superiores (43,42%) e fraturas de outras partes dos membros inferiores (7,9%) (SÁ; SANTOS, 2019; MORAES; ROTHEBARTH et al., 2021).

Os novos casos de internação por fraturas proximal de fêmur e quadril de idosos em decorrência de quedas na região norte do Brasil no ano de 2019, apresentaram-se: Rondônia (300), Acre (54), Amazonas (423), Roraima (21), Amapá (124), Pará (1137) e Tocantins (169), num total de 2228 novos casos (LEITE et al., 2020).

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

As quedas são definidas como um deslocamento não intencional do corpo a uma posição inferior a inicial, tal mudança se dá abruptamente sem tempo de estabilização postural do indivíduo. Essa é uma das principais intercorrências domésticas entre a população idosa (MARINHO; NASCIMENTO et al., 2020).

Os fatores de risco para quedas são classificados como intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos são aqueles oriundos das modificações fisiológicas, como: o processo do envelhecimento, patologias de base, distúrbios de percepção, equilíbrio e hipotensão postural, acrescido aos efeitos da polifarmácia. Os extrínsecos são aqueles relacionados aos ambientes domiciliares como: cômodos mal adaptados

(camas baixas, móveis soltos, sofás altos e outros), pouca iluminação, banheiros sem barras de proteção, tapetes em excesso ou sem antiderrapantes e calçados inadequados (FERREIRA; ANDRADE et al., 2020).

Outro fator relacionado ao risco de queda nos idosos é a polifarmácia, visto que essa população apresenta diversas condições patológicas associadas, resultando em alterações na marcha, acuidade visual, intoxicação e sedação (CARVALHO; SANTOS; LOCKS, 2018). Também existe o fator de risco psicológico após o primeiro episódio de queda, no qual acarreta o medo da possibilidade de reincidência do trauma ocorrido. Assim como a sensação de insegurança, fragilidade e sofrimento (SENA et al., 2021).

PREVENÇÃO DE QUEDA

De acordo com dados referidos pelo Sistema de Informação Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) os casos totais de internações por queda de idosos com idade entre 60 a 80 anos chegou a 66.573, no período de 2008 a 2019, representando um custo total ao Sistema Único de Saúde (SUS) de R\$ 104.147.581,00. Deste modo a prevenção de quedas em idosos mostra-se como um dos maiores desafios na saúde pública no âmbito da atenção primária (SILVA et al., 2020).

Um critério de prevenção é o cuidado e a atenção nos aspectos da polifarmácia um agente de prevenção de quedas, haja vista que cerca de 50% dos idosos possuem prescrição com quatro ou mais medicações, as quais podem ter interação medicamentosa com graus de confusão mental e lentidão, enquanto que idosos com uso de sete ou mais medicamentos podem estar sujeitos à efeitos graves. Sendo que tal prevenção pode ocorrer por meio dos agentes comunitários (ACS) na atenção básica, por meio de lembrança e sugestões de consultas médicas periódicas de revisão (VAZ et al., 2020).

A adaptação ambiental também é um dos itens a serem destacados na prevenção de quedas em idosos. Tais adaptações podem ser feitas a partir da iluminação adequada, um ambiente mais espaçoso, disponibilizar seus pertences a uma altura ou proximidade a vista, uso de órteses como facilitador na locomoção e deixar os pisos nivelados e livres de objetos pelo chão (como tapes, sapatos, sandálias e outros). O item incorporado nesse conjunto de prevenções é o uso de órteses como os andadores, bengalas e as muletas, cujo objetivo é auxiliar na sustentação, equilíbrio e estabilidade postural (PEREIRA; OLIVEIRA; SILVA et al., 2019).

Dentre os diversos itens e recursos de prevenção de quedas, a prática de exercícios físicos frequente e rotineiro é o mais importante no que tange atenção na saúde do idoso. Deste modo a prática regular de programas de exercícios físicos guiados e orientados pela equipe de fisioterapia na atenção básica é fundamental



na diminuição das altas incidências de quedas em idosos; os programas de exercícios fisioterapêuticos deverão conter os principais requisitos: cinesioterapia ativa livre, cinesioterapia resistida, hidrocinestoterapia, cinesioflexibilidade, treino de equilíbrio, treino de marcha e velocidade, treino de propriocepção, treino funcional e treino de mobilidade e relaxamento (SILVA; NETO SILVA; VIDAL, 2020).

CONSEQUÊNCIAS DA QUEDA

As consequências físicas em virtude da queda no idoso são as mais evidentes e marcantes, sendo tal problemática com maior índice de busca por atendimento em unidades de urgência e emergência, cuja posterior busca por atendimentos especializados na ortopedia e fisioterapia. A fratura é a principal ocorrência, sendo os membros inferiores mais acometidos, bem como a queda pode levar a cortes, lacerações e perfurações que implicam em cuidados mais prolongados; as lesões cerebrais e as lesões de quadril e fêmur são os mais fatais e dispendiosos do trauma de queda, onde 79% dos casos está relacionado a queda (SILVA et al., 2020).

Após o primeiro episódio de queda a presença de consequências psicológicas também é marcante para o desenvolvimento e manutenção de um ciclo vicioso de inatividade física no âmbito domiciliar e extradomiciliar. O medo por parte do idoso na ocorrência de novos episódios de queda gera um quadro de imobilidade, desencadeando uma fraqueza muscular e desequilíbrio, predispondo novos casos de queda, fechando assim o ciclo queda-lesão-medo-queda (VAZ et al., 2020).

O estado de hospitalização prolongada do idoso após o trauma é uma consequência propícia para surgimento de complicações na saúde, em decorrência do histórico de doenças crônicas de base do mesmo. Tais complicações podem estar representadas da seguinte forma, onde 77,8% dos casos progredem para complicações diversas (lesão por pressão, infecções bacterianas secundárias e insuficiência renal) e 33,3% dos casos progredem para complicações irreversíveis, como óbito (LUCARELLI-ANTUNES et al., 2020).

Referências

CARVALHO, A. A. SANTOS, S. M. A. LOCKS, M. O. H. **Cuidados de enfermagem frente às quedas de idosos hospitalizados: uma prática segura**. Trabalho de conclusão de curso. UFSC, 2018.

FERREIRA, L. C. B. ANDRADE, P. R. C. et al. Índice de trauma ortopédico no idoso em hospital de referência. **Revista de Enfermagem UFPI**. N9, ed. 9044, p.2, 2020.

LEITE, C. O. TAVARES, J. P. et al. Internações e óbitos por fratura de fêmur em idosos na região norte do Brasil. **Revista Amazônia: Science and Health**. N4, v8. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n4p10-17.

LUCARELLI-ANTUNES, P. S. PIVETTA, L. G. A. et al. Filtros de qualidade: uma maneira de identificar pontos

de atenção no atendimento ao idoso traumatizado. **Rev Col Bras Cir.** 2020. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202533.

MARINHO, C. L. NASCIMENTO, V. BONADIMAN, B. S. R. TORRES, S. R. F. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Brazilian Journal of Health Review.** may-jun, Curitiba. N3(v3): p. 6880-6896, 2020.

MIRANDA, D. P. SANTOS, T. D. et al. Quedas em idosos em ambiente familiar: uma revisão integrativa. **Revista enfermagem atual.** edição especial, p.121-123, 2017.

MORAES, S. L. V. A. ROTHEBARTH, A. P. et al. Riscos e ocorrências de quedas em idosos atendidos na estratégia da saúde da família no interior do mato grosso. **Research, Society and Development.** N10, v4, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14584>.

PEREIRA, B. M. OLIVEIRA, C. H. D. et al. **Guia de prevenção de quedas em idosos.** Porto Velho. Centro Universitário São Lucas, 2019.

SÁ, G. G. M. SANTOS, A. M. R. Independência funcional de idosos que sofreram queda: estudo de seguimento. **Revista Brasileira de Enfermagem,** n72, v6, p1795-1802, 2019.

SENA, C. A. ALVAREZ, M. A. et al. Cuidados de enfermagem relacionados a prevenção do risco de quedas de idosos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem,** n74, (suppl 2), e2021.

SILVA, J. S. SILVA, J. L. L. et al. Ações na atenção básica para a prevenção de quedas em idosos. **Brazilian Journal of Development.** N5, v6, p22798-22808, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n5-002.

SILVA, J. P. F. NETO SILVA, F. S. VIDAL, G. P. Recursos fisioterapêuticos empregados na prevenção de quedas na população idosa. **Research, Society and Development.** N8, v9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5567>.

VAZ, A. M. GONÇALVES, C. L. M. D. et al. Prevenção de quedas em idosos em uso de polifarmácia: uma abordagem educativa para idosos e equipes da estratégia saúde da família. **Brazilian Journal Health Review.** N3, v3, p5517-5524, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-123.



CAPÍTULO 8

EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE

Felipe do Carmo Silva

Luciana Constantino Silvestre

Rui Sergio Monteiro de Barros

Thais de Oliveira Cardoso Brandão

Edson Yuzur Yasojima

INTRODUÇÃO

Segundo o *guideline* do ACSM (*The American College of Sports Medicine*) exercício físico é um tipo de atividade que consiste em movimentos corporais planejados, estruturados e repetitivos realizados para melhorar e/ou manter um ou mais componentes da aptidão física.

Para as diretrizes da OMS (Organização Mundial da Saúde) a atividade física nos idosos reduz a mortalidade por todas as causas, doenças cardiovasculares, reduz a incidência de hipertensão, diabetes tipo 2, melhora a saúde mental (reduz os sintomas de ansiedade e depressão), saúde cognitiva e o sono. A gordura corporal também pode melhorar. Em idosos, a atividade física ajuda a prevenir quedas e lesões relacionadas, e o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional.

A Sociedade Brasileira de medicina do esporte junto com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia recomendam para a realização de uma sessão de exercícios todos os participantes da atividade estar fazendo uso de roupas e calçados adequados; Realizar o exercício somente quando houver bem estar físico; Não se exercitem em jejum; Evitem o fumo e sedativos; Evitar extremos de temperatura e umidade; Respeitar os limites pessoais de cada idoso; Iniciar a atividade lenta e gradativamente; Promover hidratação adequada antes, durante e após o exercício.

FREQUÊNCIA, INTENSIDADE E TEMPO

A sigla "FIIT" utilizada nas recomendações do ACSM é composta por: "Frequency" (frequência); "Intensity" (intensidade); "Time" (tempo) e "Type" (tipo de exercício).

A Frequência do exercício físico no idoso deve ser ≥ 5 dias por semana para intensidade moderada; ≥ 3 dias por semana para intensidade vigorosa; 3 - 5 dias por semana para combinação entre intensidade vigorosa e moderada.

A Intensidade do exercício físico no idoso em uma escala de 0 – 10 para o nível do esforço físico devem ser: 5 – 6 para intensidade moderada e 7 – 8 para intensidade vigorosa.



Tabela 1 – Escala para avaliação de intensidade do exercício no idoso

0	Nada cansado
1	Muito fácil
2	Fácil
3	Moderado
4	Moderadamente difícil
5	Difícil
6	Difícil
7	Muito difícil
8	Muito difícil
9	Muito, muito difícil
10	Máximo, não aguento mais

Disponível em Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição / **American College of Sports Medicine**; tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

O Tempo deve corresponder de 30 – 60 minutos por dia para exercício de intensidade moderada; 20 – 30 minutos por dia para exercício de intensidade vigorosa; Ou uma combinação equivalente de exercício de intensidade moderada e vigorosa (pode ser acumulado pelo menos 10 minutos de cada).

O Tipo de exercício deve ser qualquer modalidade que não imponha estresse ortopédico excessivo, como a caminhada. Os exercícios aquáticos e os exercícios de bicicleta estacionária podem ser vantajosos para aqueles indivíduos com limitações nas atividades de sustentação de peso.

As diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário nos idosos recomendam que este grupo deva realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde.

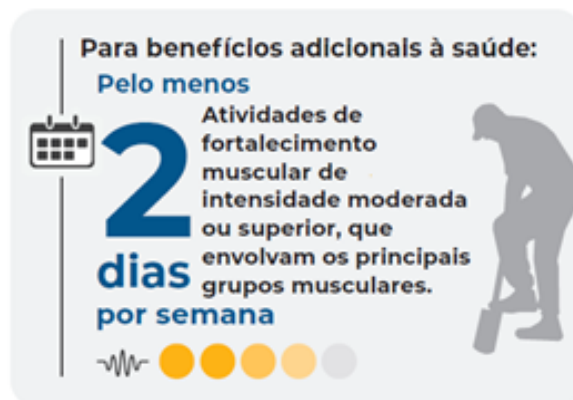
Ilustração 1 – Recomendação do tempo e intensidade do exercício físico



Disponível em ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário:** Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance] Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020].

Recomenda-se também as atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana, pois estes proporcionam benefícios adicionais à saúde.

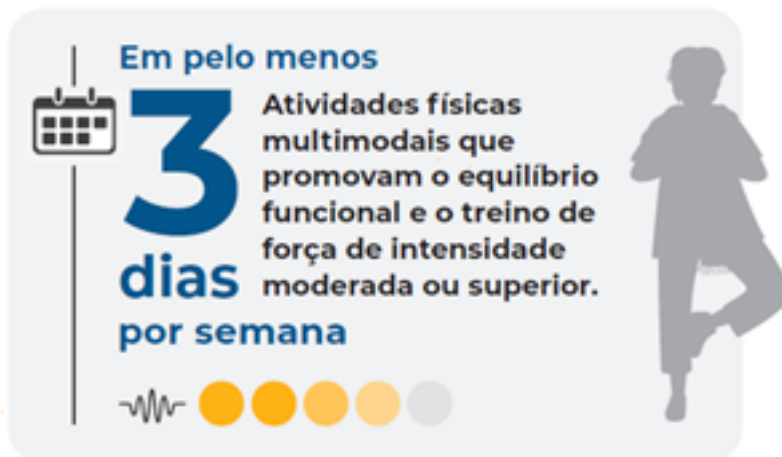
Ilustração 1.2 – Para benefícios adicionais do exercício físico em idosos



Disponível em ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário:** Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance] Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020].

Então, idosos devem realizar atividades físicas multimodais que promovam o equilíbrio funcional e o treino de força de intensidade moderada ou superior, em 3 ou mais dias da semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas.

1.3 – Ilustrações recomendação OMS para atividades multimodais

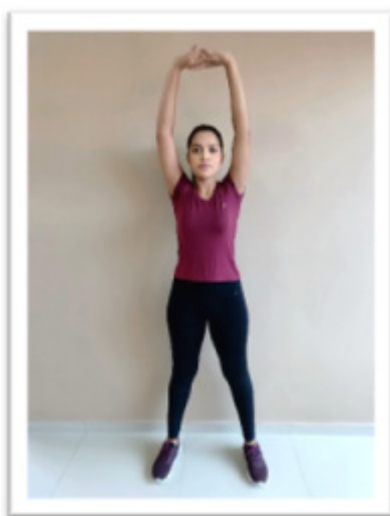


Disponível em ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário:** Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance] Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020].

ALONGAMENTO MUSCULAR ATIVO

O alongamento muscular ativo está indicado para melhorar a extensibilidade das fibras musculares; melhorando a flexibilidade, o equilíbrio, a coordenação motora, a força muscular, o relaxamento de tensões musculares e melhora do quadro funcional no idoso. Fácil de ser aprendido e praticado, não necessita de alto custo financeiro, nem de um grande espaço para sua execução, apenas dados vitais do praticante estáveis e disposição para se alongar.

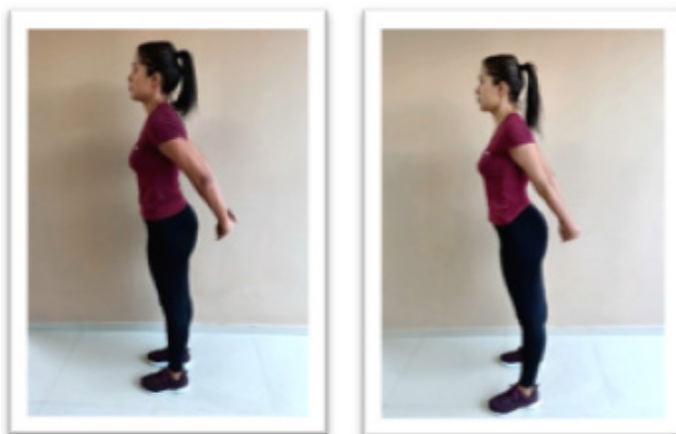
Alongamento 1 – Na posição em pé deve-se entrelaçar os dedos e voltar as palmas das mãos para cima realizando a tradicional forma de se “espreguiçar” durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



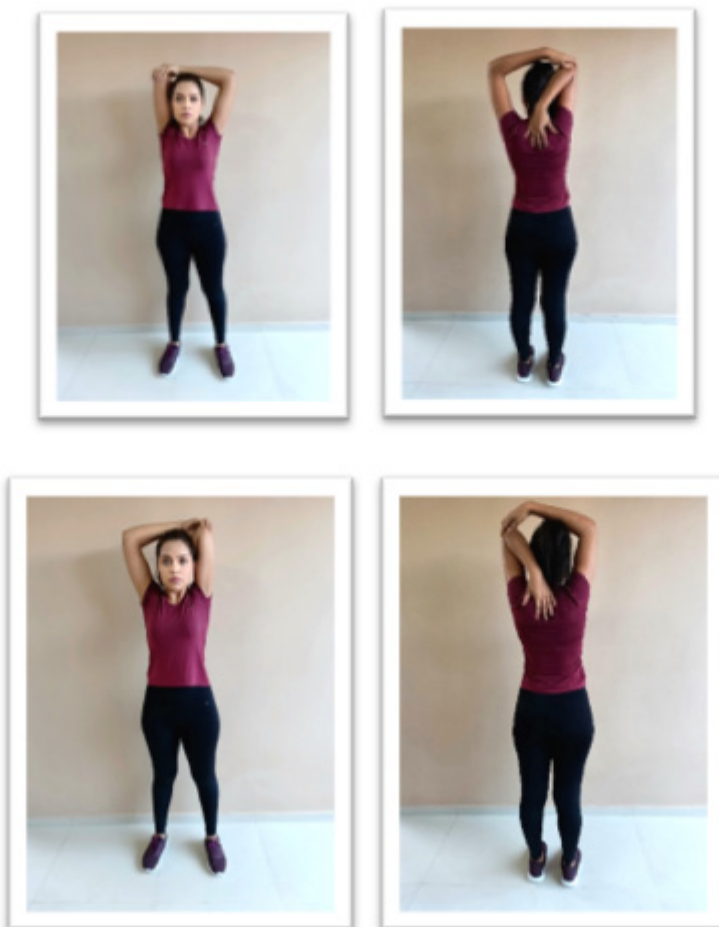
Alongamento 2 – Na posição em pé deve-se estender o cotovelo do membro superior a ser alongado e trazê-lo a frente do tronco com o apoio do outro membro superior durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 3 – Na posição em pé deve-se estender os cotovelos entrelaçar os dedos das mãos na região posterior afastando dos glúteos com a face palmar das mãos voltadas contra ou no mesmo sentido das costas durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



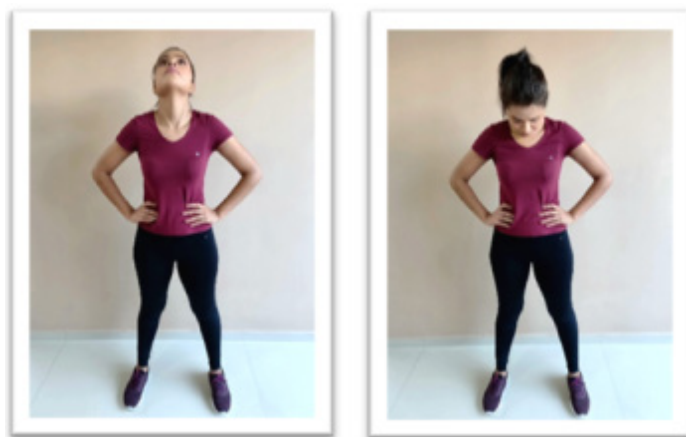
Alongamento 4 – Na posição em pé deve-se elevar o ombro com flexão do cotovelo que proporcione a palma da mão tocar a região dorsal com o apoio do membro contralateral no cotovelo do membro em alongamento durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 5 – Na posição em pé deve-se fazer a inclinação lateral da cabeça com a ajuda do membro superior contralateral a inclinação da cabeça durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 6 – Na posição em pé deve-se elevar a cervical no sentido de estendê-la e depois deve-se flexioná-la no sentido de colocar a face no peito durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



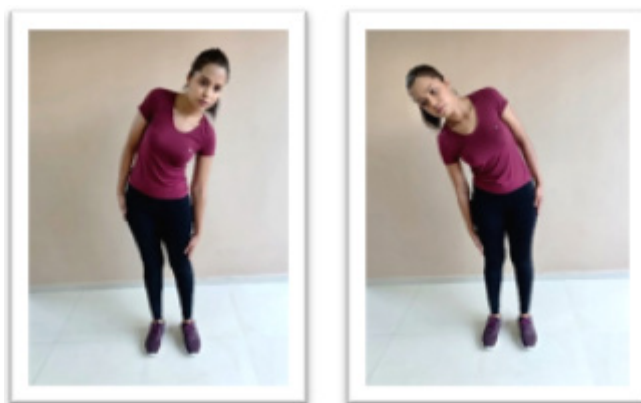
Alongamento 7 – Na posição em pé deve-se realizar a inclinação lateral da coluna com o membro superior otimizando o movimento durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 8 – Na posição em pé deve-se realizar a inclinação lateral da coluna com os membros superiores em elevação com os dedos entrelaçados e inclinados para o mesmo lado de inclinação da coluna durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 9 – Na posição em pé com os braços laterais junto ao tronco deve-se inclinar-se lateralmente durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 10 – Na posição em pé com as mãos no quadril deve-se rotacionar (girar) a coluna com as pernas afastadas umas das outras sem movê-las durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 11 – Na posição sentada deve-se cruzar uma perna sobre a outra com uma mão no quadril e a outra na articulação do joelho realizando resistência no sentido de “abaixar o joelho” durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



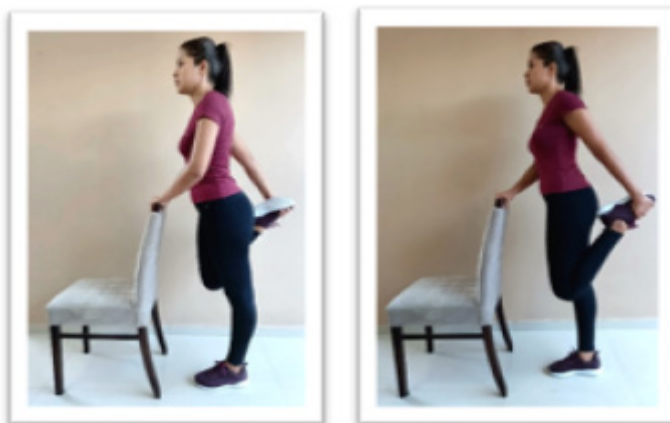
Alongamento 12 – Na posição sentada deve-se cruzar uma perna sobre a outra rotacionando (girando) a coluna para o lado contrário das pernas durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



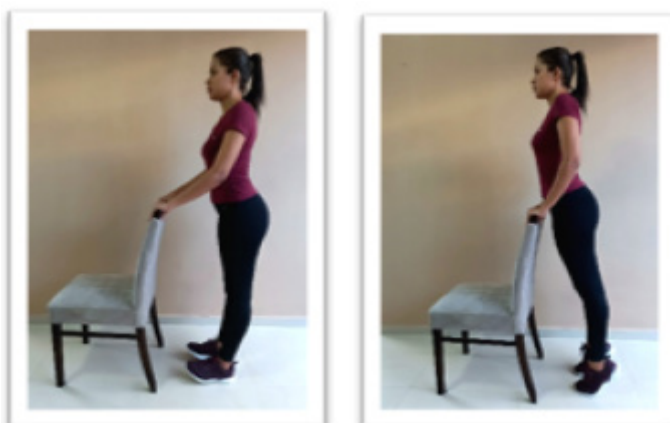
Alongamento 13 – Na posição sentada deve-se abraçar a perna flexionando o joelho e o quadril durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



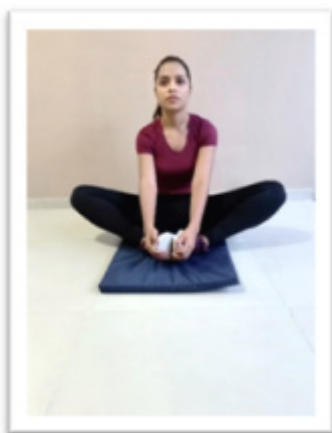
Alongamento 14 – Na postura em pé com o apoio do assento deve-se flexionar o joelho encostando o calcanhar o mais próximo possível dos glúteos com o apoio do membro superior durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 15 – Na postura em pé com apoio do assento deve-se elevar as pontas dos pés colocando o peso corporal sobre os calcanhares e em seguida na ponta dos pés durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



Alongamento 16 – Na posição sentada sobre um colchonete colocando os pés juntos abaixando os membros inferiores na “posição de rã” durante um tempo que possa sentir os músculos internos do quadril alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.

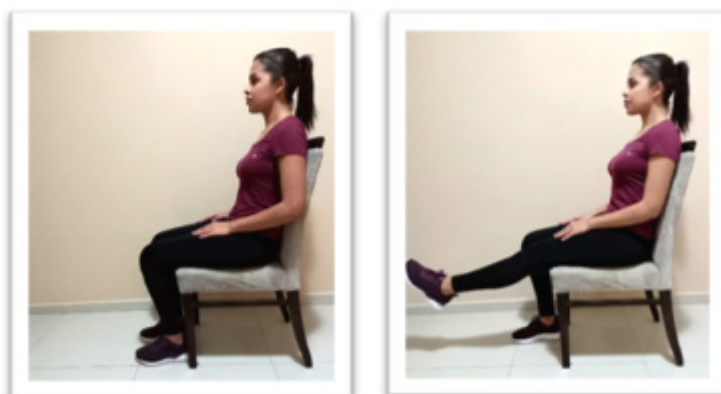


Alongamento 17 – Na posição sentada sobre um colchonete com os membros inferiores estendidos deve-se direcionar os membros superiores ao alcançar os pés durante um tempo que possa sentir os músculos alongarem-se (10 – 30 segundos) como ilustrado na imagem abaixo.



EXERCÍCIO ATIVO LIVRE E RESISTIDO

Exercício 1 - Na postura sentada deve-se estender e flexionar o joelho do membro entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva em cada membro por vez como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 2 - Na postura sentada deve-se levantar os calcanhares do chão

apoiando o peso dos membros inferiores sobre a ponta dos pés entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



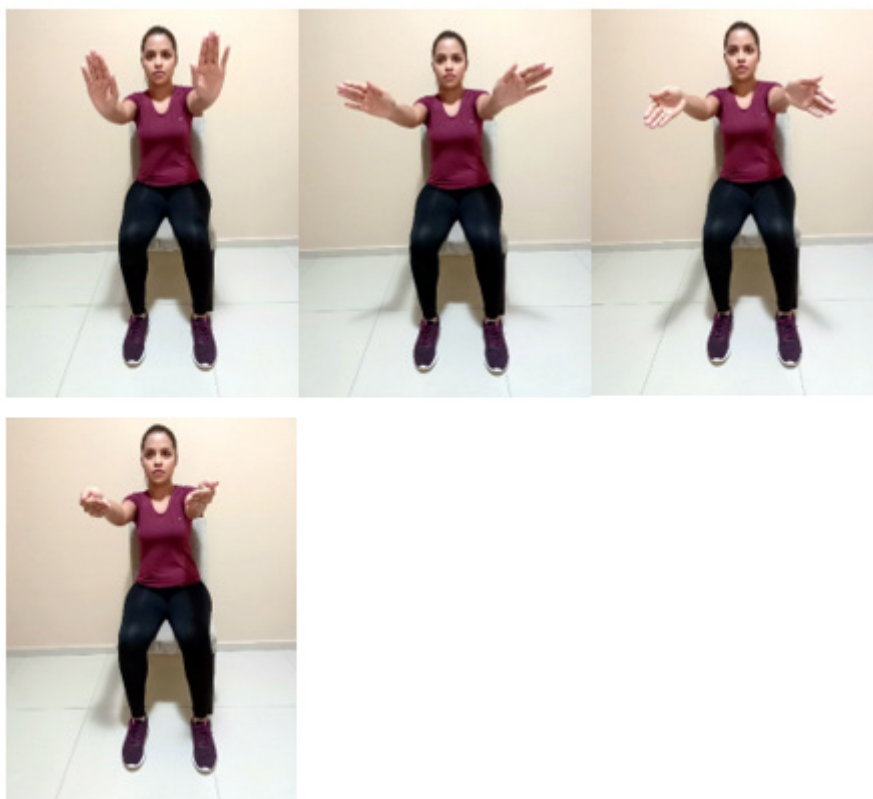
Exercício 3 – Na postura sentada deve-se fechar e abrir as mãos com a elevação dos membros superiores entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 4 – Na postura sentada deve-se flexionar e estender os punhos entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



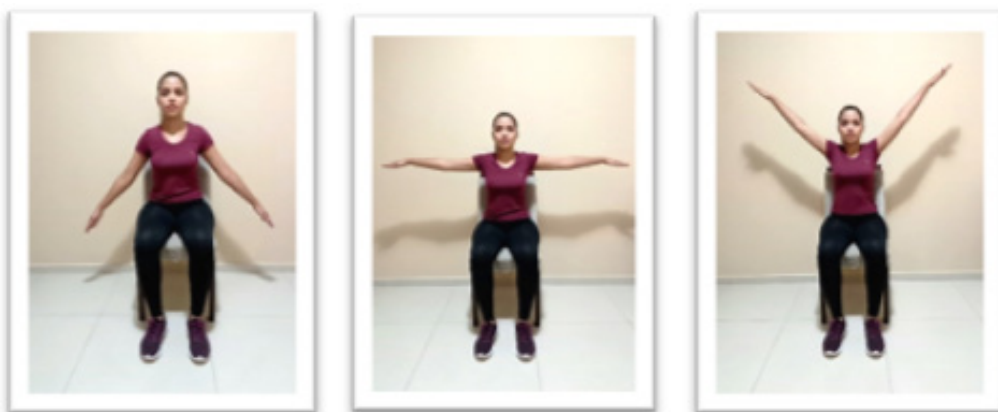
Exercício 5 – Na postura sentada deve-se girar os punhos com a mão aberta no sentido horário e anti-horário de forma simultânea entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 6 – Na postura sentada com os cotovelos estendidos deve-se elevar e abaixar os membros superiores entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



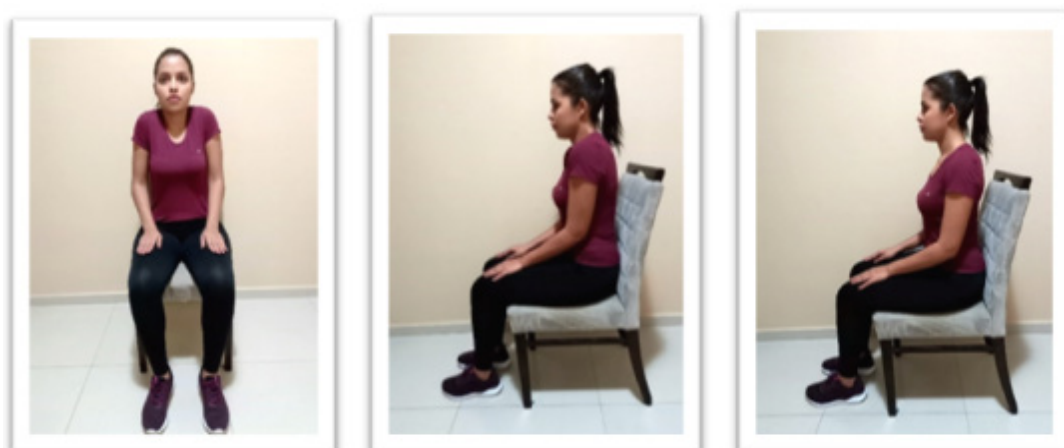
Exercício 7 – Na postura sentada deve-se deixar os braços laterais juntos do tronco realizando a elevação lateral dos membros superiores entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 8 – Na postura sentada com os dois braços abertos com as palmas das mãos para frente deve-se realizar o movimento de fechar e abrir os braços entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.

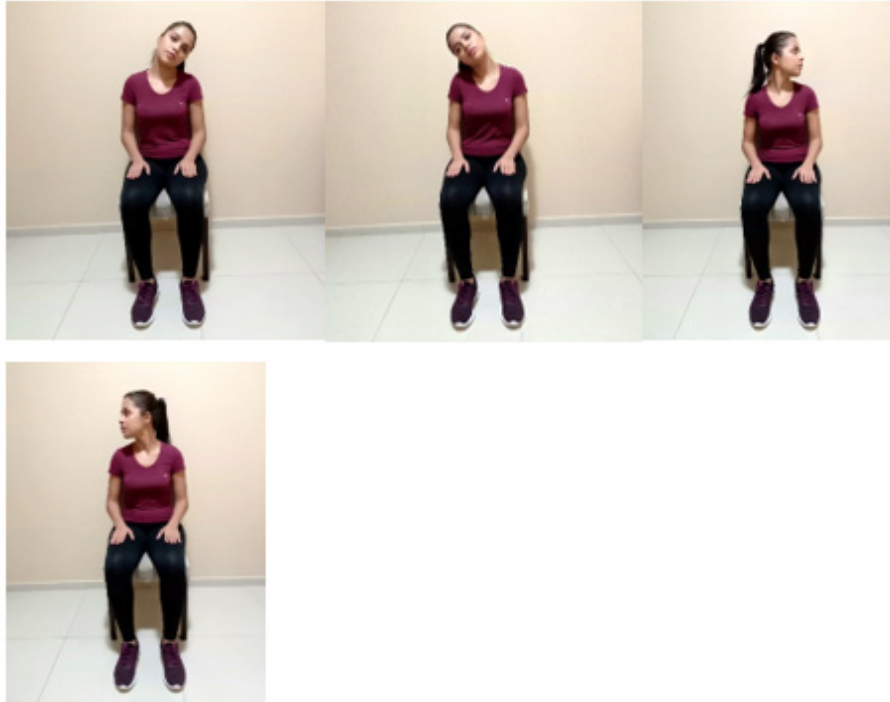


Exercício 9 – Na postura sentada deve-se elevar os ombros, anteriorizá-los e posteriorizá-los com os braços apoiados sobre as pernas entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 10 – Na postura sentada deve-se realizar inclinação lateral da coluna cervical para direita, esquerda e rotacionando (girando) de um lado ao outro sem movimentação do tronco entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como

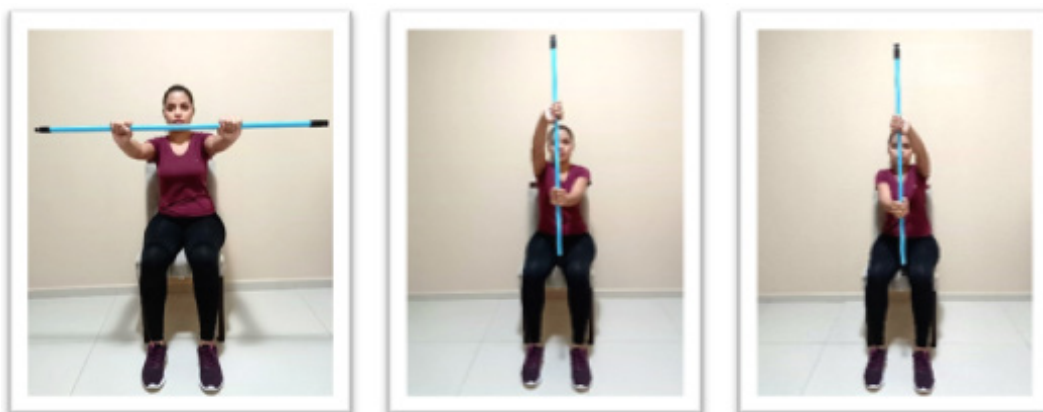
ilustrado na imagem abaixo.



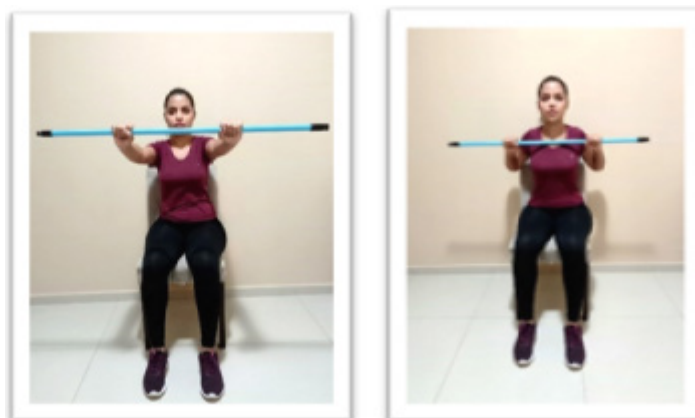
Exercício 11 – Na postura sentada com o apoio de um bastão nas mãos deve-se realizar a elevação dos membros superiores entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 12 – Na posição sentada com apoio de um bastão nas mãos deve-se girar o bastão rotacionando os ombros internamente e externamente entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 13 – Na posição sentada com o apoio do bastão deve-se trazê-lo até o tronco e estendê-lo entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.

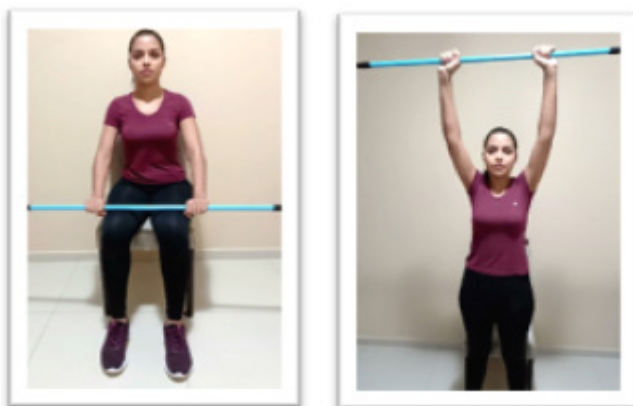


Exercício 14 – Na posição sentada com o auxílio do bastão em elevação dos membros superiores deve-se girar o tronco para direita e esquerda entre (6 – 12 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 15 – Na posição em pé com o apoio das mãos no bastão deve-se sentar e levantar com a elevação dos membros superiores na postura em pé entre

(4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 16 – Na postura sentada com uma resistência de 1kg nos membros superiores deve-se realizar o movimento de flexão e extensão dos cotovelos entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



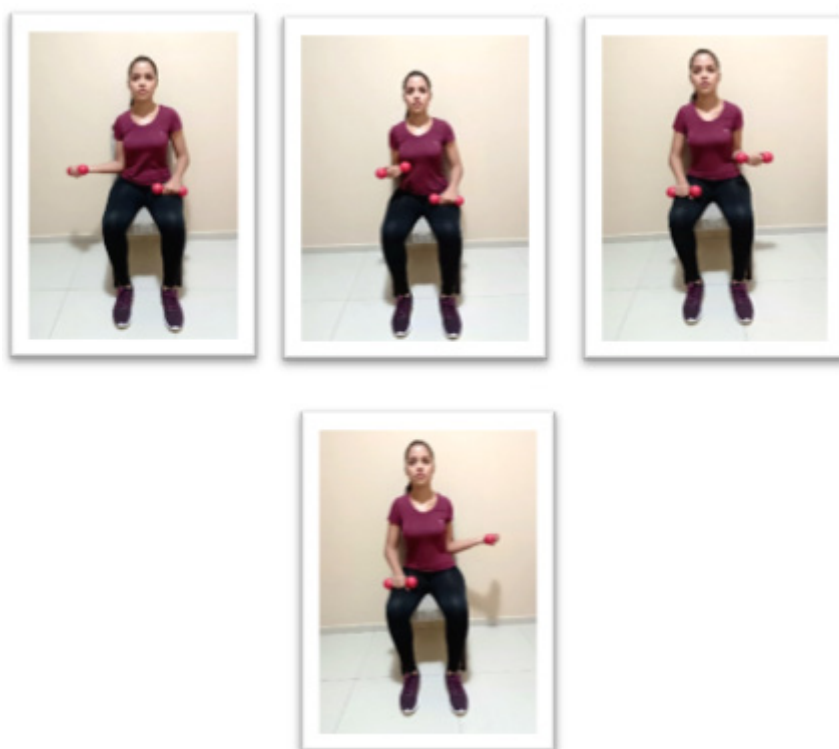
Exercício 17 - Na postura sentada com uma resistência de 1kg nos membros superiores deve-se realizar o movimento de flexão de um braço e extensão do outro alternando os movimentos entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 18 - Na postura sentada com uma resistência de 1kg nos membros superiores deve-se realizar o movimento de elevação lateral do membro superior entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 19 – Na postura sentada com a resistência de 1kg nos membros superiores com o cotovelo flexionado junto ao tronco deve-se realizar o movimento de abertura lateral do membro proporcionando rotação do ombro entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



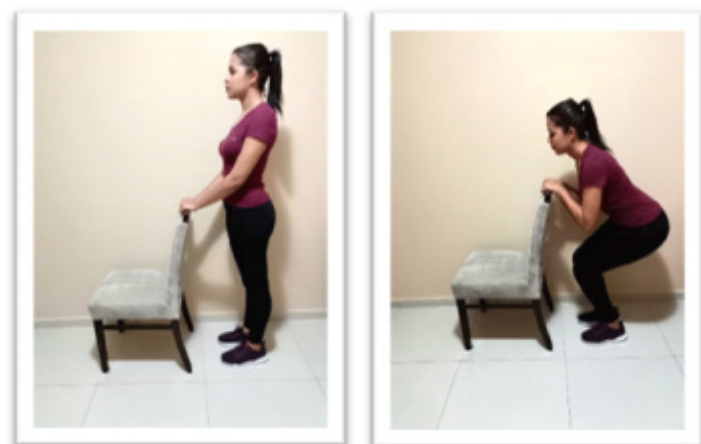
Exercício 20 – Na postura sentada com resistência de 1kg nos membros superiores e os punhos voltados para frente deve-se elevar os membros superiores entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



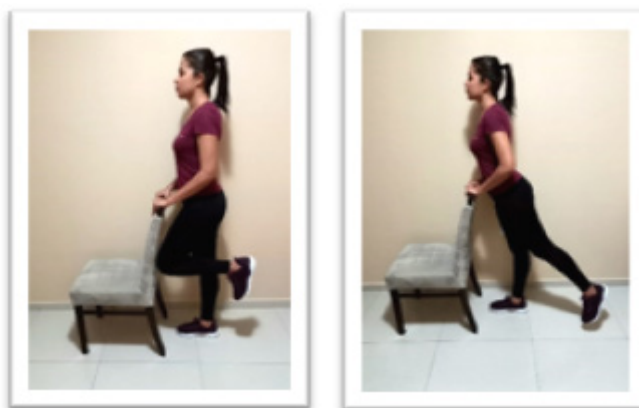
Exercício 21 - Na postura sentada com resistência de 1kg nos membros superiores e os punhos na posição neutra com elevação dos membros superiores deve-se ficar na postura em pé com a extensão dos membros superiores entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



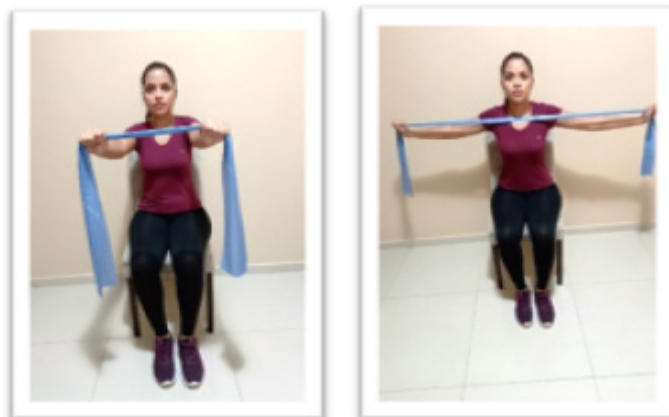
Exercício 22 – Na postura em pé com o apoio de uma cadeira deve-se realizar agachamento entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 23 – Na postura em pé com apoio da cadeira deve-se dobrar o joelho e estender o quadril entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 24 – Na postura sentada com uma faixa elástica como resistência nos membros superiores realizando o movimento de abertura dos mesmos entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.

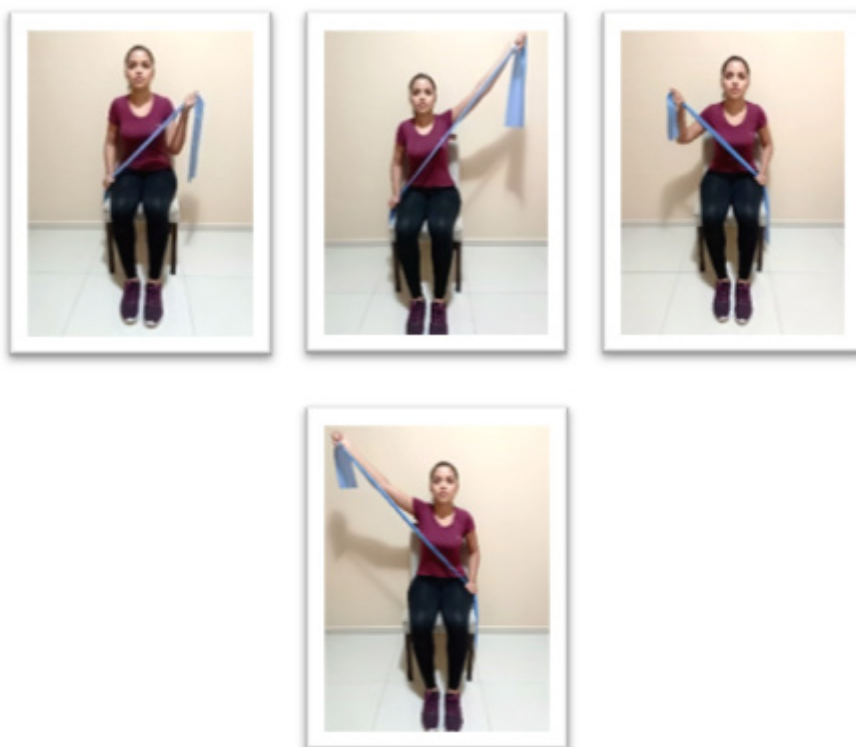


Exercício 25 – Na postura sentada com flexão do joelho em resistência de uma faixa elástica no pé deve-se realizar a extensão do joelho entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na imagem abaixo.



Exercício 26 – Na postura sentada com resistência de uma faixa elástica fixa com um membro superior em extensão e o outro com flexão movimentando-o para extensão entre (4 – 10 repetições) de forma progressiva como ilustrado na ima-

gem abaixo.



Referências

DIRETRIZES do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição / **American College of Sports Medicine**; tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

MAREN S Fragala et al. Resistance Training for Older Adults: Position Statement from the National Strength and Conditioning Association. **J. Strength Cond. Res.** 2019 Aug;33(8):2019-2052.doi: 10.1519/JSC.0000000000003230. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31343601/>. Acessado em 09/06/2021.

NÓBREGA ACL, FREITAS EV, OLIVEIRA MAB, LEITÃO MB, LAZZOLI JK, NAHAS RM, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Rev Bras Med Esporte**, 1999;5(6):207-211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/xFJMX3ScLr5mrZMZPkFrtqM/?lang=pt>. Acessado em 10/06/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário**: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance] Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf?sequence=102&isAllowed=y#:~:text=Para%20sa%C3%BAde%20e%20bem%20Destar,dia%20para%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes>. Acessado em: 10/06/2021.

ROCHA DE OLIVEIRA, Jurandy. **Os benefícios do alongamento muscular na pessoa idosa**. Universidade Estadual da Paraíba. João Pessoa, 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/9625/1/PDF%20-%20Jurandy%20Rocha%20de%20Oliveira.pdf>. Acessado em 18/06/2021.



CAPÍTULO 9

SARCOPENIA E NUTRIÇÃO EM IDOSOS: VAMOS VIVER MAIS?

Gabriela e Silva Silvestre

Luciana Constantino Silvestre

Mauro de Souza Pantoja

Charles Alberto Villacorta de Barros

INTRODUÇÃO

Devido à redução nas taxas de mortalidade e fertilidade, a estrutura demográfica mundial está envelhecendo, (SÁNCHEZ-RUIZ et al., 2014) o que repercute, portanto, com acréscimo proporcional e quantitativo da população idosa (MARQUES et al., 2015). No Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgadas no ano de 2014, os idosos representaram uma parcela de 34% da população até 2060, atualmente 13% da população é considerada idosa (SÁ, 2016). Além disso, considera-se que até 2025 o Brasil seja o sexto país com maior número de pessoas idosas no mundo (MELO, 2014).

Envelhecer é um processo natural e progressivo, caracterizado por alterações físicas, funcionais, morfológicas, psicológicas e sociais (SASS e MARCON, 2015), de caráter irreversível (MELO, 2014). Essa fase da vida reserva grandes desafios, principalmente para os profissionais de saúde que lidam com este grupo (TAVARES et al., 2015), uma vez que o idoso é um grande usuário dos serviços de saúde, devido adoecerem mais frequentemente (MELO, 2014). Indivíduos com mais de 60 anos de idade possuem em média 3,5 doenças crônicas, além de apresentarem incapacidade de se ajustar ao meio, o que torna mais vulnerável a incidência de processos patológicos que provocam a morte (JOBIM e JOBIM, 2015; ASSUMPÇÃO et al., 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento é um conjunto de alterações que são características ao indivíduo após a idade adulta e ultrapassada a idade de desempenho máximo, o que conduz a uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho (JOBIM e JOBIM, 2015).

A Sarcopenia pode ser definida como a uma síndrome caracterizada pela perda progressiva de força e massa muscular acometida por idosos (FREITAS et al., 2015). É um processo multifatorial, estando relacionado, dentre outras causas, à perda de fibras musculares, atrofia em razão do desuso, acúmulo de tecido conjuntivo, redução da quantidade e da função das células-satélite em reparar o músculo lesionado e redução da produção de hormônios anabólicos (LAMBERTUCCI, 2013), sua taxa de prevalência varia entre 7 e 50% entre os idosos (FREITAS et al., 2015). A alimentação tem grande importância no tratamento e prevenção nesse processo (BORREGO et al., 2012). De modo que, se torna fundamental avaliar aspectos relacionados à nutrição adequada no processo de envelhecimento (SÁNCHEZ-RUIZ et al., 2014; MENEZES et al., 2015).

Assim, o interesse ou motivação em pesquisar os diferentes aspectos relacionados à prevenção e tratamento da sarcopenia relacionados à nutrição do idoso surgiu ao se observar que na promoção da alimentação adequada dessa população, algumas peculiaridades relacionadas ao envelhecimento e à sarcopenia, são determinantes para o sucesso de um plano alimentar e/ou podem influenciar de maneira direta nessa condição clínica, constituindo-se um desafio. Portanto, podemos analisar referências que relacionem os principais aspectos do envelhecimento e sua



relação com a sarcopenia e nutrição, contextualizando as alterações fisiológicas, morfológicas, sociais e ambientais ao qual este grupo populacional está inserido.

ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo contínuo, caracterizado principalmente pelas mudanças físicas e psicológicas que provocam diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo a sociedade (MARI et al., 2016). Este não ajustamento ao meio acaba por torná-lo mais vulnerável à incidência de processos patológicos (JOBIM e JOBIM, 2015), consequentemente, envelhecer causa grande temor na maioria das pessoas, o que leva à utilização dos mais diversos métodos na “busca pela vida eterna”, com relatos na história da humanidade desde os egípcios antigos até os dias atuais (LAMBERTUCCI, 2013).

No Brasil, a configuração da pirâmide etária populacional sofreu mudanças, deixou de ser predominantemente jovem, iniciando um processo progressivo de envelhecimento (PEREIRA, ESPYRIDES e ANDRADE, 2016), tal fato é resultado, além da redução da taxa de natalidade, dos avanços tecnológicos, melhora no saneamento básico e na assistência médica (LAMBERTUCCI, 2013), o que repercute com acréscimo da população idosa (MARQUES et al., 2015) de maneira díspar e rápida entre as diferentes regiões do Brasil (TAVARES et al., 2015).

Podendo ser classificado como senescência, o envelhecimento normal ou primário é o processo que atinge todos os seres humanos no período pós-reprodutivo, o que é uma característica típica da genética da espécie, sendo esta a velhice “sadia”, já o envelhecimento secundário é aquele que está relacionado aos sintomas clínicos, onde estão inclusos os efeitos das doenças e do ambiente (JOBIM e JOBIM, 2015; LAMBERTUCCI, 2013). Nesse contexto, o processo de envelhecimento tem se tornado um assunto de interesse de vários estudos para identificar fatores que propiciem a senescência, uma velhice em que seja possível gerenciar sua própria vida de maneira autônoma e independente, em detrimento do envelhecimento com limitações físicas e mentais (JOBIM e JOBIM, 2015). Autonomia e independência do idoso são aspectos tão significantes que o Ministério da Saúde, na portaria que defende os direitos do idoso, considera que para este grupo populacional, devido à complexidade de suas relações com a sociedade e o meio, a saúde vai além da ausência de doença e inclui a capacidade funcional do indivíduo (CASSOL et al., 2012).

A definição do envelhecimento, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o conjunto de alterações fisiológicas, biológicas e sociais que são impostas ao indivíduo após a idade adulta e ultrapassada a idade de desempenho máximo, o que conduz a uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho (JOBIM e JOBIM, 2015). Porém, faz-se necessário entender que o processo de envelhecimento não acontece apenas a partir da idade adulta, mas ao

longo de toda a vida, sendo que se torna mais perceptível no decorrer dos anos, próximo aos 60 anos (MARI et al., 2016).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, 60 anos é a idade utilizada como limite cronológico entre a vida adulta e a velhice, enquanto em países desenvolvidos este limite é de 65 anos (JOBIM e JOBIM, 2015), porém, não há consenso quanto a uma idade específica que caracterize um indivíduo como idoso (LAMBERTUCCI, 2013).

PREVALÊNCIA MUNDIAL E NACIONAL DE IDOSOS

Em 1980 os idosos representavam apenas 8% da população mundial, em 2010 esse percentual passou para 11% e estima-se que em 2050, chegará a cerca de 22% (LAMBERTUCCI, 2013; BORREGO et al., 2012).

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgadas no ano de 2014, os idosos representarão uma parcela de 34% da população até 2060, atualmente essa representação é de 13% (SÁ, CURY e RIBEIRO, 2016). Além disso, considera-se que a até 2050 a expectativa de vida seja de 81,3 anos e que até 2025 o Brasil seja o sexto país com maior número de pessoas idosas no mundo (MELO et al., 2014).

ALTERAÇÕES MORFOFISIOLÓGICAS DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Em termos fisiológicos, o envelhecimento é um processo que se inicia desde a concepção (LAMBERTUCCI, 2013), compreende várias mudanças das funções orgânicas em decorrência, unicamente, do envelhecimento do organismo, tornando-o incapaz de manter-se em equilíbrio homeostático e fazendo com que todas as funções fisiológicas gradualmente declinem (CHAGAS e ROCHA, 2012). É claro que toda essa sequência de acontecimentos e alterações ocorre de forma diferenciada e individualizada podendo sofrer influência de fatores genéticos e estilo de vida (MARI et al., 2016), mas com características que incluem necessariamente alterações na composição corporal, principalmente com redução de massa muscular concomitante ao aumento da quantidade e do volume de tecido adiposo (CALUÊTE et al., 2015).

Com o passar dos anos pode ser observado o desenvolvimento de doenças crônicas, sendo as mais comumente encontradas: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoporose, osteoartrite, câncer e a doença renal crônica (LAMBERTUCCI, 2013; FREITAS et al., 2015). As doenças cardiovasculares, por exemplo, são as maiores causas de mortes dos idosos (ARONOW, 2001). Os idosos também



estão mais propícios a desenvolverem síndromes geriátricas, como demência, quedas, fragilidade, incontinência e sarcopenia (FREITAS et al., 2015).

SARCOPENIA

O termo sarcopenia é derivado do grego e significa “pobreza de carne” (LEITE et al., 2012), pode ser definido como a perda progressiva de massa muscular esquelética em idosos, onde há redução do número e tamanho das fibras musculares e diminuição paralela da força e resistência muscular. Essa condição clínica está diretamente relacionada à perda de funcionalidade do indivíduo (MENDES et al., 2016).

A sua taxa de prevalência varia entre 7 e 50% entre os idosos, essa ampla variação explica-se por não existir consenso para o seu diagnóstico. Dentre os processos utilizados para identifica-la estão a absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA), bioimpedância elétrica (BIA) e força de preensão palmar (FREITAS et al., 2015).

Este processo é multifatorial, estando relacionado, dentre outras causas, à perda de fibras musculares, atrofia em razão do desuso, acúmulo de tecido conjuntivo, redução da quantidade e da função das células-satélite em reparar o músculo lesionado e redução da produção de hormônios anabólicos (LAMBERTUCCI, 2013). Sexo masculino, envelhecimento, desnutrição, inatividade física, deficiência de vitamina D e baixa ingestão de proteína, também estão diretamente relacionados à maior incidência de sarcopenia (FREITAS et al., 2015). A sarcopenia tem, no entanto, caráter reversível, e a alimentação têm grande importância nesse processo (BORREGO et al., 2012).

MÁ NUTRIÇÃO X SARCOPENIA

A desnutrição proteico-calórica é o distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos e a sarcopenia está diretamente relacionada a essa condição clínica (BORREGO et al., 2012; SILVA et al., 2006). Vários são os fatores que levam o idoso a alimentar-se mal, dentre eles estão os distúrbios gastrointestinais (LAMBERTUCCI, 2013).

Dentre os problemas que acometem o sistema gastrointestinal no idoso, a disfagia orofaríngea neurogênica está entre os mais comuns (LAMBERTUCCI, 2013; JACQUES e CARDOSO, 2011), pode ser definida como um distúrbio da deglutição resultante da perda da funcionalidade e da independência para alimentar-se, trazendo prejuízos nutricionais, da hidratação, da função pulmonar, do prazer e do equilíbrio social do indivíduo (MOURÃO et al., 2015).

Outras consequências do envelhecimento, no sistema gastrointestinal, são a redução na produção de enzimas digestivas e ácido gástrico, levando à deficiências de vitaminas, como por exemplo, vitaminas B, C e K, redução de lipase pelo pâncreas ocasionando redução na absorção de gorduras, redução das vilosidades intestinais, diminuindo a superfície de absorção. No idoso ocorre também uma leve redução da mobilidade intestinal, levando, em alguns casos, à constipação intestinal (LAMBERTUCCI, 2013).

É comum a ocorrência de obstipação intestinal entre os idosos, o que leva à dificuldade na aceitação das refeições. Além da redução da motilidade intestinal, outros fatores estão relacionados a ela, como, por exemplo, ingestão baixa de líquidos, uso de suplementos de ferro, depressão, dieta pobre em fibras, uso de medicamentos e a inatividade física (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000).

Causas psicossociais também estão relacionadas com o declínio do consumo alimentar, como a perda do conjugue, isolamento social e depressão (BORREGO et al., 2012).

CUIDADO NUTRICIONAL NO IDOSO COM SARCOPENIA

A ingestão calórica adequada deve ser considerada como um requisito essencial para a prevenção e tratamento da sarcopenia (LANDI et al., 2012), a deficiência na ingestão proteica leva à redução da massa e força muscular (SILVA et al., 2006). Para garantir uma síntese proteica adequada, os idosos devem consumir, pelo menos, 0,8 g/kg/dia de proteínas (FREITAS et al., 2015), porém, para um sarcopênico, a exigência de proteínas é mais elevada (BORREGO et al., 2012), entre 1 e 1,2 g/kg/dia (LANDI et al., 2012). É interessante a suplementação de proteínas de fácil digestão, como, por exemplo, as proteínas do soro do leite (FREITAS et al., 2015).

A suplementação com creatina também tem sido sugerida como alternativa no tratamento ou prevenção da sarcopenia, especialmente quando associada ao exercício (SILVA et al., 2006; GUALANO, ARTIOLI e LANCHÁ JÚNIOR, 2009).

A deficiência de vitamina E e B12 também está relacionada à maior fragilidade em idosos (BORREGO et al., 2012).

Alguns estudos encontraram relação positiva entre a suplementação de ácidos graxos ômega 3 e o estímulo da síntese de proteínas musculares (SMITH et al., 2011; DI GIROLAMO et al., 2014; PAIM et al., 2014). Por isso, tem sido sugerida para a prevenção e tratamento da sarcopenia (SMITH et al., 2011; DI GIROLAMO et al., 2014).



Quando à disfagia, deve haver tratamento em conjunto entre nutrição e fono-terapia, deve se avaliar a necessidade de mudança de consistência da dieta, conforme avaliação do tipo e gravidade da disfagia (BORREGO et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer é um processo contínuo heterogêneo que não apresenta um rito de passagem como observado em outras faixas etárias e que, portanto, não tem um limite cronológico bem definido. Apresenta grande relevância no meio científico devido o envelhecimento da população mundial e das diversas alterações fisiológicas e sociais que representa.

Assim, a velhice é uma condição em que é necessário considerar a perspectiva de acesso, autonomia, participação da decisão, cuidado, risco, autossatisfação, ressignificação do comer. Além das mudanças na composição corporal e na necessidade nutricional para promoção de alimentação saudável.

Os idosos são um grupo populacional que apresenta grande risco nutricional devido sua inadequação ao meio e aos processos de catabolismo. E nutrir o idoso constitui um desafio, pois esse processo não se resume em indicar e ofertar os nutrientes de maneira suficiente, mas perceber a personificação e individualização nesse processo. Onde, o isolamento social e familiar, a falta de adaptação para prótese dentária, à diminuição da autonomia social e financeira, entre outros, são determinantes para a nutrição eficiente desse indivíduo.

Logo, o profissional da saúde deve ter percepção multifatorial para cuidar dessa população a fim de promover um envelhecimento saudável, senescência, em que a autonomia, independência e a redução de associações de condições clínicas patológicas sejam possíveis, ou seja, promover a longevidade.

Referências

- ARONOW, W.S. Treatment of Older Persons With Hypercholesterolemia With and Without Cardiovascular Disease. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, New York, v. 56, n. 3, p. 138-145, 2001.
- ASSUMPÇÃO, D.; DOMENE, S.M.A.; FISBERG, R.M.; BARROS, M.B.A. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.8, p.1680-1694, 2014.
- BORREGO, C.C.H.; LOPES, H.C.B.; SOARES, M.R.; BARROS, V.D.; FRANGELLA, V.S. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. **Rev. Assoc. Bras. Nutr.**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 54-58, 2012.
- BOSCATTO, E.C.; DUARTE, M.F.S.; COQUEIRO, R.S.; BARBOSA, A.R. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 40-47, 2013. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

CALUÊTE, M.E.E.; NÓBREGA, A.J.S.; GOUVEIA, R.A.; GALVAO, F.R.O.; VAZ, L.M.M. Influência do estado nutricional na percepção da imagem corporal e autoestima de idosas. **Rev. Bras. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 319-326, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CASSOL, K.; GALLI, J.F.M.; ZAMBERLAN, N.E.; DASSIE-LEITE, A.P. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **J. Bras. Fonoaudiol.**, Irati, n. 24, v. 3, p. 223-232, 2012. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

CHAGAS, A.M.; ROCHA, E.D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 94-6, 2012.

DI GIROLAMO, F.G.; SITULIN, R. MAZZUCO, S.; VALENTINI, R.; TOIGO, G.; BIOLO, G. Omega-3 fatty acids and protein metabolism: enhancement of anabolic interventions for sarcopenia. **Clinical Nutrition & Metabolic Care**, London, v. 17, n. 2, p. 145-150, 2014.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; CASTRO, M.A.; JUNIOR, E.V.; ARAUJO, M.C.; BEZERRA, I.N.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Ingestão Inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.1, p. 222-230, 2013. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

FREITAS, A.F.; PRADO, M.A.; CAÇÃO, J.C.; BERETA, D.; ALBERTINI, S. Sarcopenia e estado nutricional de idosos: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 1, p. 09-13, 2015.

GUALANO, B.; ARTIOLI, G.G.; LANCHÁ JÚNIOR, A.H. Efeitos terapêuticos da suplementação de creatina. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 57-81, 2009.

JACQUES, A.; CARDOSO, M.C.A.F. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. **Rev. Neurociênc.**, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 229-236, 2011.

JOBIM, F.A.R.C.; JOBIM, E.F.C. Atividade física, nutrição e estilo de vida no envelhecimento. **Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Jardim Alegre, v. 17, n. 4, p. 298-308, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

LAMBERTUCCI, R.H. Envelhecimento. In: PITHON-CURI, T.C. **Fisiologia do Exercício**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 290-299.

LANDI, F.; LIPEROTI, R.; FUSCO, D.; MASTROPAOLO, S.; QUATTROCIOCCHI, PROIA, A.; RUSSO, A.; BERNABEI, R.; ONDER, G. Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, New York, v.67, n. 1, p. 48-55, 2012.

LEITE, L.E.A.; RESENDE, T.L.; NOGUEIRA, G.M.; CRUZ, I.B.M.; SCHNEIDER, R.H.; GOTTLIEB, G.V. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 365-380, 2012.

MARI, F.R.; ALVES, G.G.; AERTS, D.R.G.C.; CAMARA, S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

MARQUES, E.B.; BARROS, R.B.M.; ROCHA, N.N.; SCARAMELLO, C.B.V. Envelhecimento e alterações Cardíacas, bioquímicas, moleculares e funcionais: estudo experimental. **International Journal of Cardiac Sciences**, Niterói, v. 28, n. 1, p. 42-50, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

MELO, B.M.; MORAES, H.S.; SILVEIRA, H.; OLIVEIRA, N.; DESLANDES, A.C.; LAKS, J. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 2, p.205-214, 2014.

MENDES, G. S.; TEIXEIRA, T.H.M.M.; SOUZA, V.C.; NEIVA, T.S.; PEREIRA, K.P.; LANDIM, M.F.T.; MELO, G.F.; ROMÃO, J.F.F.; NÓBREGA, O.T.; CARVALHO, G.A. Sarcopenia em idosos sedentários e sua relação com funcionalidade e marcadores inflamatórios (IL-6 e IL-10). **Geriatr Gerontol Aging**, Brasília, v. 10, n.1, p.23-28, 2016.

MENEZES, M.F.G.; PRADO, S.D.; CARVALHO, M.C.V.S.; FERREIRA, F.R. Reflexões sobre alimentação sau-



dável para idosos na agenda pública brasileira. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.599-610, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

MONTEIRO, M.A.M.; MAIA, I.Z.M.P. Perfil alimentar de idosos em uma instituição de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Rev. APS.**, Belo Horizonte, n. 18, v. 2, p. 199 – 204, 2015.

MOREIRA, D.S.; KNIFFIS, F.W.; MACHADO, M. Suplementação de creatina em exercício alteram a composição corporal e índices da síndrome metabólica em idosos. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, v. 7, n. 10, 2007.

MORETTO, M.C.; ALVES, R.M.A.; NERI, A.L.; GUARIENTO, M.E. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 267-271, 2012.

MOURÃO, A.M.; LEMOS, A.M.A.; ALMEIDA, E.O.; VICENTE, L.C.C.; TEIXEIRA, A.L. Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral. **CoDas**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 66-70, 2016.

PAIM, J.A.; LOPES, A.L.; FERREIRA, T.R.; CONCEIÇÃO, M.C.A. Síntese proteica muscular e influência da suplementação de ômega 3: aspectos atuais. **Revista destaques acadêmicos**, Salvador, v. 6, n. 3, p. 80-88, 2014.

PEREIRA, I.F.S.P.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-12, 2016.

PONTES, A.L.F.; SILVA, L.M.; SILVA, C.S.O.; ASCUITTI, L.S.R.; SILVA, A.O.; GONÇALVES, M.C.R. Perfil demográfico de idosos não institucionalizados e sua percepção sobre alimentos funcionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 310-3017, 2015.

SÁ, P.H.V.; CURY, G.C.; RIBEIRO, L.C.C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 545-558, 2016.

SALGUEIRO, M.M.H.A.O.; FILHO, W.J.; CERVATO-MANCUSO, A.M. Intervenção nutricional em idosos com constipação intestinal funcional. **Rev. Cienc. Med.**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 117-127, 2013.

SÁNZHES-RUIZ, F.; CRUZ-MENDOZA, F.D.L.; CORECEDA-BUJAICO, M.; ESPINOZA-BERNARDO, S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional com El nivel socioeconômico em adultos mayores que asisten a um programa municipal. **An. Fac. Med**, Lima, v. 75, n. 2, p. 107-111, 2014. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

SASS, A.; MARCON, S.S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 361-372, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

SILVA, T.A.A.; JUNIOR, A.F.; PINHEIRO, M.M.; SZEJNFELD, V.L. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n.6, p. 391-397, 2006.

TAVARES, E.L.; SANTOS, D.M.; FERREIRA, A.A.; MENEZES, M.F.G. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 643-650, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.

VENTURINI, C.D.; ENGROFF, P.; SGNAOLIN, V.; KIK, R.M.E.; MORRONE, F.B.; FILHO, I.G.S.; CARLI, G.A. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 20, n. 12, p. 3701-3711, 2015. Disponível em: www.lilacs.com. Acessado em: 19 de abril de 2016.



CAPÍTULO 10

ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS OPERATÓRIO

Rennan Adonis Pinheiro da Silva

Douglas da Silva Rodrigues

Luciana Constantino Silvestre

Marcus Vinicius Henriques Brito

INTRODUÇÃO

A cirurgia de artroplastia total do quadril é considerada um dos maiores avanços no tratamento das doenças no quadril e de alta incidência em todo mundo (JONES et al., 2000). Por conta da recuperação rápida pelo paciente e retorno à praticamente todas as atividades da vida diária, é considerada como um dos poucos procedimentos médicos que beneficiam o paciente como um todo e considerada a cirurgia com melhores resultados na ortopedia (LAUPACIS et al., 1993).

A Osteoartrose no quadril configura a condição clínica com maior frequência de indicação para artroplastia total do quadril (ATQ). Apesar de ser um procedimento invasivo e considerado de grande proporção, a ATQ garante para o paciente uma melhora na qualidade de vida, funcionalidade e retorno precoce às atividades de vida diária (STOCKTON; MENGERSEN, 2009). É importante levar em consideração que a recuperação clínica e funcional do paciente submetido a ATQ passa por um processo longo e com isso a fisioterapia tem mostrado de extrema importância para esses pacientes, visando recuperar o ganho de amplitude de movimento, melhora da dor e dos deficit funcionais, redução das complicações causadas pelo procedimento cirúrgico, retorno o mais rápido possível para as atividades, melhora da dor e de deficit funcionais (UMPIERRES et al., 2014).

Apesar da evolução no procedimento cirúrgico, ainda tem se buscado o aperfeiçoamento e aprimoramento para obter melhores resultados para o paciente, sobretudo a longo prazo, principalmente no desenvolvimento de novas superfícies, materiais cirúrgicos com maior biocompatibilidade e técnicas menos invasivas. Estudos recentes observaram que pacientes que participam de intervenção fisioterapêutica após ATQ conseguem obter uma maior recuperação da função física e melhora da qualidade de vida, quando comparados aos que não realizam nenhuma intervenção fisioterapêutica (GALEA et al., 2008; GREMEAUX et al., 2008; STOCKTON; MENGERSEN, 2009).

Embora a fisioterapia tenha evoluído nos últimos anos e dispõem de diversos recursos terapêuticos para a reabilitação pós-cirurgia de ATQ, as informações quanto à eficácia de protocolos de tratamento ainda são incipientes.

A ATQ é uma das melhores abordagens de tratamento no alívio da dor e melhora do funcional do paciente com doença degenerativa graves da articulação do quadril (TAVARES RABELLO et al., 2008).

Com o avanço das técnicas cirúrgicas e principalmente dos tipos de prótese, existem hoje variáveis opções para se utilizar neste tipo de cirurgia, e dentre as opções de próteses desenvolvidas nos últimos anos existem alguns tipos de fixação ao osso, podendo ela ser cimentada, híbrida ou não cimentada (GOMES, 2010).

A prótese não-cimentada é comumente praticada hoje em dia e é indicada quando há um bom grau de preservação óssea, pois ela utiliza-se do crescimento

ósseo dentro dos microporos da prótese para sua fixação. Este método, porém, ainda carece de estudos sobre efeitos em longo prazo (STREIT et al., 2014).

A ARTICULAÇÃO DO QUADRIL

O quadril é uma articulação formada pela cabeça do fêmur que se encaixa na cavidade acetabular. Para uma boa congruência articular é importante que a cabeça do fêmur e a cavidade acetabular estejam revestidas pela cartilagem articular sadia que diminui o atrito e assim permite os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa. Caso a cartilagem articular esteja comprometida, tem-se o risco de desenvolver desgaste articular (artrose de quadril ou coxartrose) (figura 1) (CHANG et al., 2014).

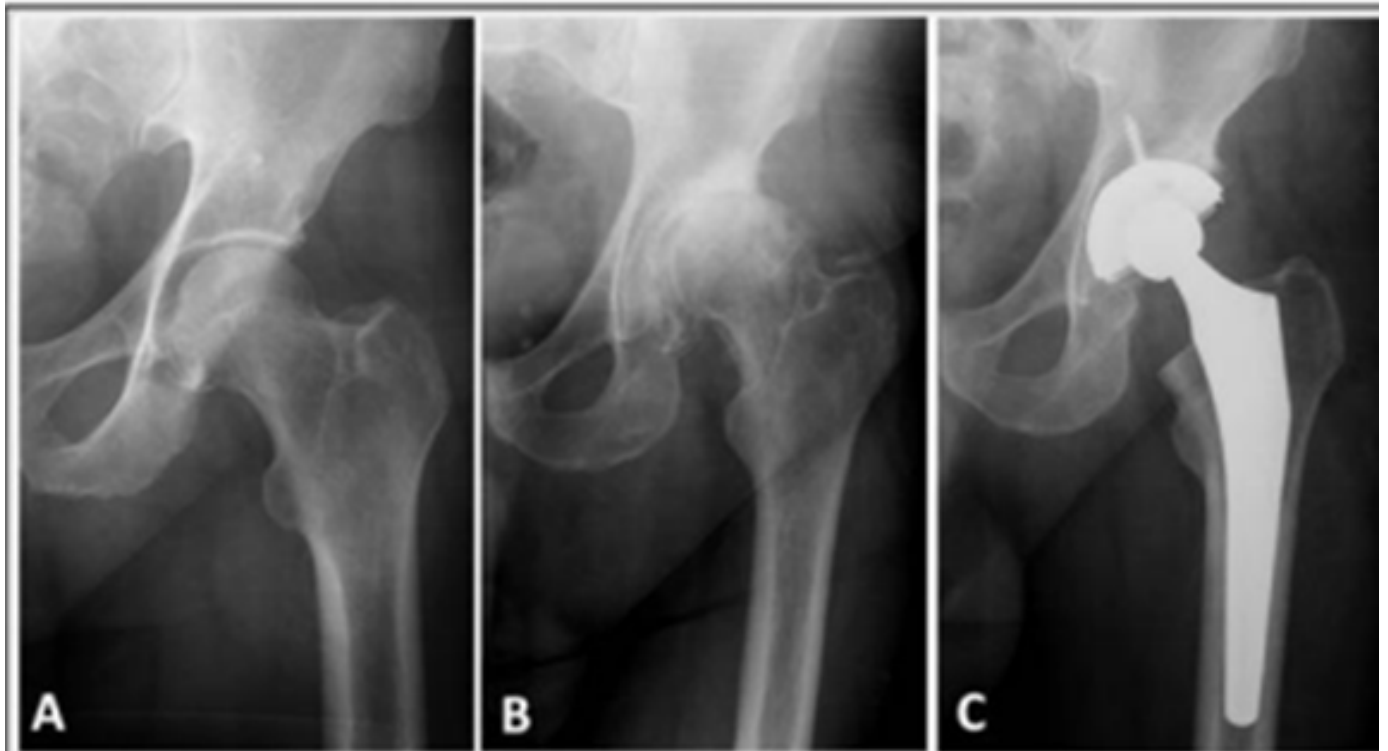


Figura 1: A evolução do desgaste no quadril em um paciente. A- Quadril normal. B- Redução do espaço articular evidenciando artrose. C- Após artroplastia realizada no mesmo paciente mostrado em B.

A porção proximal do fêmur é constituída pela cabeça, colo, trócanter maior, trócanter menor, e colo cirúrgico. A cabeça do fêmur é uma estrutura arredondada sendo que sua superfície é coberta por cartilagem hialina, exceto por uma depressão rugosa chamada fôvea da cabeça do fêmur, essa região da fôvea é considerada como um círculo ao contrário do acetábulo onde sua forma é mais irregular. É uma estrutura na qual não possui cartilagem, sendo ela o ponto onde se fixa um dos ligamentos da articulação do quadril, o ligamento da cabeça do fêmur (MENEZES et al., 2013).

A articulação do quadril é envolvida por uma cápsula articular forte composta por quatro ligamentos, o mais importante é o iliofemoral, um feixe bastante re-

sistente, situado anteriormente à articulação, está intimamente unido à cápsula e serve para reforçá-la. Estes tecidos mantêm o quadril em movimento para uma posição extrema, que poderia deslocar a articulação (ALBINO et al., 2012).

FRATURA EM IDOSOS

Em idosos a fratura do quadril tem um papel muito importante no que se refere a quedas, o quadril é a maior região articular do corpo, formado pelo osso da pelve e do fêmur (osso da coxa), localizado ao lado da pelve, assim o osso do fêmur é a maior estrutura do corpo humano, dando sustentação e equilíbrio para o indivíduo suportar toda a carga proveniente de seu peso (MENEZES et al., 2013). A radiografia é uma das principais modalidades para evidenciar tais fraturas, contudo, um posicionamento adequado é essencial para garantir que a lesão não seja agravada. Anatomicamente o fêmur é constituído por uma diáfise, que é a parte mais longa do osso e possui duas epífises, cuja parte proximal irá se articular com o osso do quadril e a parte distal irá se articular com a tíbia e a patela. Ocorrendo a fratura, o indivíduo perde sua capacidade de manter-se em equilíbrio o que consequentemente resulta em queda, desta forma a fratura pode ser definida como uma interrupção contínua do osso. Essas fraturas ocorrem devido a fatores associados que contribuem significativamente para que ela aconteça. Na maioria das vezes os idosos que sofrem essas fraturas tendem a ter uma recuperação mais lenta se 10 comparados a indivíduos mais jovens que sofreram o mesmo tipo de lesão (MOURA et al., 2015).

Com isso tem-se a preocupação com os cuidados e bem estar com essas pessoas que tem uma maior vulnerabilidade de sofrer uma queda que podem resultar em algum tipo de fratura, o que é considerado um problema de saúde pública, na maioria das fraturas do quadril, essas ocorrências tem maior frequência na região proximal, ou na diáfise femoral, onde estas ocorrem na região proximal do fêmur deixando o mesmo imobilizado por longo período, algumas alterações podem estar relacionadas ao processo de envelhecimento, podendo eles ser associados a fatores que podem ter ligação com o uso de medicamentos, fatores domiciliares, baixa acuidade visual, fatores externos, como calçadas irregulares, iluminação inadequadas, dentre outros. Estudos apontam que cerca de aproximadamente 225.000 fraturas na região do quadril ocorrem a cada ano e que na maioria das vezes em indivíduos acima dos 70 anos de idade. Visto que a população idosa vem aumentando e consequentemente o problema os acompanham também (SANTOS PIRES et al., 2012). A média de idade para os pacientes com fraturas proximais do fêmur é de 75 a 80 anos, para mulheres, e 70 a 75 anos para os homens, sendo a maior parte predominante as mulheres, isso se dá pelo fato que a expectativa de vida entre as mulheres supera a do homem e, além disso, fatores como a osteoporose é comumente associado no qual prolonga o período de exposição a fraturas patológicas.

Segundo Ferreira e colaboradores (2013) a fratura de quadril representa um

dos tipos mais prevalentes de lesões de quadril podendo ela ser classificada de acordo com a região anatômica em: Fraturas do acetábulo: são consideradas muito complexas, geralmente ocorrem em indivíduos politraumatizados e causadas por traumas de grande deslocamento de energia, ou seja, grandes impactos; Fraturas do colo do fêmur: tem uma representatividade de 45% de todas as fraturas do quadril e podem prejudicar o aporte sanguíneo da cabeça do fêmur caracterizando o quadro de necrose; Fraturas intertrocantericas (extra capsular): ocorre entre o grande e o pequeno trocanter e também são muito comuns em indivíduos idosos; Subtrocantericas: são as de menor incidência (FERREIRA et al., 2013).

ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL (APQ)

O objetivo da operação era restabelecer a distribuição de cargas na superfície articular, nas áreas de compressão da cabeça femoral, aliviando a dor e implementando os movimentos da articulação, mas novamente a evolução desta técnica cirúrgica demonstrou vários problemas que acabaram levando ao insucesso, pois ocorria formação de tecido de granulação entre o osso subcondral e o molde (NEGREIROS et al., 1998).

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (ATQ)

Este procedimento consiste na substituição da articulação degenerada pela implantação de uma prótese com componente femoral e acetabular. A prótese total de quadril (PTQ) com componentes femorais e acetabulares metálicos foi introduzida por John Charnley, em 1958. Três anos depois, esse autor apresentou a PTQ com componentes femoral metálico e acetabular de polietileno, com vantagens em relação ao desgaste das peças. Atualmente, os componentes femorais das PTQ são feitos de titânio, vanádio ou ligas de níquel e cobalto e os componentes acetabulares são feitos de polietileno de alta densidade (PEREIRA et al., 2000; TORRIANI et al., 1998).

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL CIMENTADA

O uso do cimento acrílico denominado polimetilmetacrilato, em 1950, trouxe um profundo efeito no subsequente desenvolvimento da artroplastia. Seu emprego minimizou as frequentes solturas dos componentes em próteses metal-metal observadas anteriormente. A partir de 1961, John Charnley difundiu o uso de uma PTQ baseada no princípio do baixo torque friccional, caracterizada pelo diâmetro reduzido da cabeça femoral e componente acetabular com diâmetro externo máximo, aumentando, dessa forma, a relação cabeça-polietileno (MIRANDA et al.,



1998; NEGREIROS et al., 1998).

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA

O uso do componente acetabular não cimentado permite diminuir a quantidade de substância óssea removida do teto acetabular e o componente de forma hemisférica deve ser empregado com esse objetivo. As próteses mais utilizadas são a PCA (*Porous Coated Anatomic*), Roy – Camille, Harris – Galante, *Resurfacing* ou Em copa e *Parhofer – Monch* (CARNEIRO DE ALBUQUERQUE; VIDAL, 1997; DE MORAES et al., 2008; FRANCO FILHO et al., 1995; SILVA et al., 2005; TAVARES RABELLO et al., 2008; TURIBIO et al., 1996).

REABILITAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL

A artroplastia é um procedimento cirúrgico de alto custo que vem gerando gastos substanciais nos sistemas de saúde internacionalmente. Por outro lado, é possível obter bons resultados precocemente, através da intervenção fisioterapêutica no período pós-operatório, visando melhorar a saúde física das pessoas e restaurar a função normal do indivíduo para um retorno mais rápido às suas atividades de vida cotidiana. Além disso, a fisioterapia contribui na prevenção, minimização e restauração de possíveis impactos psicológicos, emocionais e sociais provenientes da dependência funcional, e o atendimento multidisciplinar é crucial. Porém, os protocolos e tecnologias atualmente utilizados durante a reabilitação estão desatualizados ou tem valor limitado. Levando em consideração o aumento no número de cirurgias de artroplastia e a importância da fisioterapia na fase pós-operatória (BROWN et al., 2016; HAAS et al., 2018; MAEMPEL et al., 2016; RAABEN; VOGELY; BLOKHUIS, 2018; RAMPAZO-LACATIVA; D'ELBOUX, 2015).

Desta forma, a atuação fisioterapêutica desempenha papel importante no pós-operatório da ATQ, pois intervenções como mobilização precoce do membro operado, exercícios metabólicos e estimular deambulação precoce nas primeiras 48 horas podem auxiliar na diminuição do risco de TVP e minimizar o tempo de permanência hospitalar e as consequências negativas da internação prolongada. Além disso, a fisioterapia é importante para auxiliar o paciente a retomar sua força muscular e a qualidade da marcha após a ATQ, auxiliando também na educação do paciente para os cuidados necessários no pós-cirúrgico e para manutenção dos implantes (UMPIERRES et al., 2014).

O programa fisioterapêutico também deve compreender medidas de educação pré-operatória visando o preparo da musculatura abduutora para o procedimento a ser realizado, além de orientação dos cuidados domiciliares necessários para evitar complicações pós-operatórias e permitir maior ganho funcionais. Assim a fisiotera-

pia pode diminuir o custo total de cuidados durante a fase de internação e acelerar o tempo de reabilitação total.

PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PO ARTROPLASTIA DE QUADRIL

(Baseado em Ferreira, 2019)

ATQ cimentada – carga total progressiva após a cirurgia

0-4 semanas: marcha toque de artelhos

ATQ híbrida / não cimentada

4-8 semanas: marcha com carga parcial conforme liberação médica

1º e 2º PO

- Posicionamento (férula de abdução / neutro)
- Exercícios isométricos de quadríceps
- Exercícios metabólicos
- Exercícios respiratórios
- Fortalecimento de membro contra-lateral

3º e 4º PO

- Manter posicionamento
- Exercícios metabólicos
- Exercício de tríplice flexão até 60º
- Exercícios isométricos de quadríceps



- Exercícios respiratórios
- Colocar paciente sentado
- Deambulação com auxílio
- Fortalecimento do membro contra-lateral
- Provável alta hospitalar

5º - 10º PO

- Manter/ganhar ADM 27
- Realizar exercícios de fortalecimento
- Manter deambulação com auxílio

Após 10º dia PO

- Retirada dos pontos
- Liberação para deambulação com carga total (ATQ cimentada)
- Exercícios de fortalecimento ativo/resistido progressivo (evitar para abdutores de quadril)
- Exercício de cadeia cinética fechada (CCF) (ATQ cimentada) – sentar-levantar, subidas de degraus, elevação dos calcanhares
- Treino sensório-motor (ATQ cimentada)
- Bicicleta ergométrica com banco elevado

Orientações gerais Paciente deitado:

- Não dormir sobre o lado operado até retirada dos pontos
- Após retirada dos pontos dar preferência para deitar em decúbito lateral sobre

o lado operado

Paciente sentado:

- Não cruzar as pernas
- MMII separados
- Evitar inclinar-se para sair da cadeira. Deve-se escorregar o quadril para frente e depois ficar em pé

Paciente em pé:

- Evitar rotação interna dos MMII 28
- Deambular com bases mais alargadas Obs:
- Manter esses cuidados até força abdução de quadril der no mínimo grau 3 (Trendelenburg negativo)
- Orientar uso de meia elástica até 3 meses PO
- Explicar sobre estratégias que aumentam a durabilidade da prótese (atividade física, sobrepeso, etc)
- Orientar atividade física de baixo impacto (hidroginástica)

Orientações pré-operatórias ambulatoriais:

- Adquirir a meia de compressão elástica 7/8 para uso no pós-operatório por até 3 meses, orientar utilização diária da meia, colocação pela manhã e retirada a tarde, cuidado para não colocar a meia com dobras;
- Providenciar dispositivos auxiliares de acordo com a fase de recuperação pós-operatória
- Explicar sobre estratégias que aumentam a durabilidade da prótese (encorajar atividade física regular sem impacto, evitar sobrepeso, evitar esportes de impacto como corrida, caminhadas longas, saltos, esportes coletivos)

- Entregar cartilha com orientações e exercícios para o pós operatório imediato (primeiros 10 dias) 29 Orientações em relação à descarga de peso no período

Pós-operatório: ATQ cimentada: carga total progressiva após a cirurgia ATQ híbrida / não cimentada:

- 0-4 semanas: marcha com carga toque de artelhos com andador
- 4-8 semanas: marcha com carga parcial (50%) com dispositivo auxiliar contralateral, conforme liberação médica
- Após 8 semanas: marcha com carga total progressiva sem dispositivos auxiliares

Precauções pós-operatórias (0-8 semanas):

- Evitar dormir sobre o lado operado até retirada de pontos;
- Após retirada de pontos orientar deitar em decúbito lateral sobre o lado operado e evitar decúbito contralateral devido ao risco de adução do quadril operado;
- Cuidado com posicionamento para sentar-se e sair da cadeira – não cruzar as pernas, manter membros inferiores separados, evitar inclinar-se para se levantar (deve-se escorregar o quadril para frente e depois ficar em pé), e dar preferência a superfícies mais altas (quadril flexionado).

Referência

ALBINO, I. L. R. et al. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 17–25, 2012.

BROWN, C. K. et al. The Effectiveness of Exercise on Recovery and Clinical Outcomes in Patients with Soft Tissue Injuries of the Hip, Thigh, or Knee: A Systematic Review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 39, n. 2, p. 110–120.e1, 2016.

CARNEIRO DE ALBUQUERQUE, H. P.; VIDAL, P. C. Artroplastia total do quadril com protese não cimentada. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 32, n. 10, p. 751–759, 1997.

CHANG, H. et al. Arthritic Periosteal Tissue From Joint Replacement Surgery: A Novel, Autologous Source of Stem Cells. **STEM CELLS Translational Medicine**, v. 3, n. 3, p. 308–317, 2014.

DE MORAES, M. et al. Resultados preliminares da artroplastia do quadril metal-metal de superfície (análise dos primeiros 40 casos com seguimento médio de 3 anos). **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 16, n. 1, p.

19-22, 2008.

FERREIRA, A. C. et al. Incidência e caracterização de idosos na clínica ortopédica do Hospital Regional Cáceres por fratura de fêmur. **Revista eletrônica gestão e saúde**, v. 2, p. 1932-1941, 2013.

FRANCO FILHO, N. et al. Dor na coxa pós-artroplastia total de substituição do quadril não cimentada tipo PCA. **Rev. bras. ortop**, v. 30, n. 7, p. 473-80, 1995.

GALEA, M. P. et al. A targeted home- and center-based exercise program for people after total hip replacement: A randomized clinical trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 89, n. 8, p. 1442-1447, 2008.

GOMES, L. Biomateriais em Artroplastia de Quadril - Propriedades, Estrutura e Composição. In: **O Quadril**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 121-143.

GREMEAUX, V. et al. Low-Frequency Electric Muscle Stimulation Combined With Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty for Hip Osteoarthritis in Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 89, n. 12, p. 2265-2273, 2008.

HAAS, R. et al. Effectiveness of a weekend physiotherapy service on short-term outcomes following hip and knee joint replacement surgery: a quasi-experimental study. **Clinical Rehabilitation**, v. 32, n. 11, p. 1493-1508, 2018.

JONES, C.A.; VOAKLANDER, D.C.; JOHNSTON, D.W.; SUAREZ-ALMAZOR, M.E. Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. **J Rheumatol**. v.27, n.7, p.1745-52, 2000.

Julia Kortstee Ferreira, UMA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PÓS OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP . 2019.

LAUPACIS, A. et al. The Effect of Elective Hip Replacement of Life on Health-Related Quality. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 75, n. 11, p. 1619-1626, 1993.

MAEMPEL, J. F. et al. Enhanced recovery programmes after total hip arthroplasty can result in reduced length of hospital stay without compromising functional outcome. **Bone and Joint Journal**, v. 98B, n. 4, p. 475-482, 2016.

MENEZES, T. et al. Epífises proximal do fêmur: Morfometria manual X Morfometria digital. JEPEX 2013- UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro.

MIRANDA, F.G.; BELLIBONI, D.; STRAFACCI, L.J.; CORRÊA, J.V.B.; GONÇALVES, A.; CROCI, A.T. A artroplastia parcial e total do quadril. Sua evolução e a experiência no Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo. **An Paul Med Cir**. v.125, n.2, p.76-82, 1998.

MOURA, S. R. B. et al. Factors associated with the fall of elderly which may result in femoral fracture. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 720-726, 2015.

NEGREIROS, J. R. et al. Artroplastia total do quadril cimentada de Charnley: Estudo retrospectivo de 115 casos. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 33, n. 10, p. 773-776, 1998.

PEREIRA, J.M.; FERNANDES, E.O.; NEVES, E.A. Artroplastia total cimentada do quadril com prótese de Muller – Avaliação pós-operatória de 15 pacientes. **Rev Para Med**. v.4, n.3, p.34-38, 2000.

RAABEN, M.; VOGELY, H. C.; BLOKHUIS, T. J. Real-time visual biofeedback to improve therapy compliance after total hip arthroplasty: A pilot randomized controlled trial. **Gait and Posture**, v. 61, n. January, p. 306-310, 2018.

RAMPAZO-LACATIVA, M. K.; D'ELBOUX, M. J. Effect of cycle ergometer and conventional exercises on rehabilitation of older patients with total hip arthroplasty: STUDY protocol for randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 1, p. 1, 2015.

SANTOS PIRES, R. E. et al. Radiographic anatomy of the proximal femur: Correlation with the occurrence of fractures. **Acta Ortopedica Brasileira**, v. 20, n. 2, p. 79-83, 2012.

SILVA, S. S. DA et al. Análise do comportamento cinemático da marcha de um indivíduo submetido a artro-



plastia total de quadril. **Fisioter. Bras**, v. 6, n. 3, p. 230–233, 2005.

STOCKTON, K. A.; Mengersen, K. A. Effect of Multiple Physiotherapy Sessions on Functional Outcomes in the Initial Postoperative Period After Primary Total Hip Replacement: A Randomized Controlled Trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 90, n. 10, p. 1652–1657, 2009.

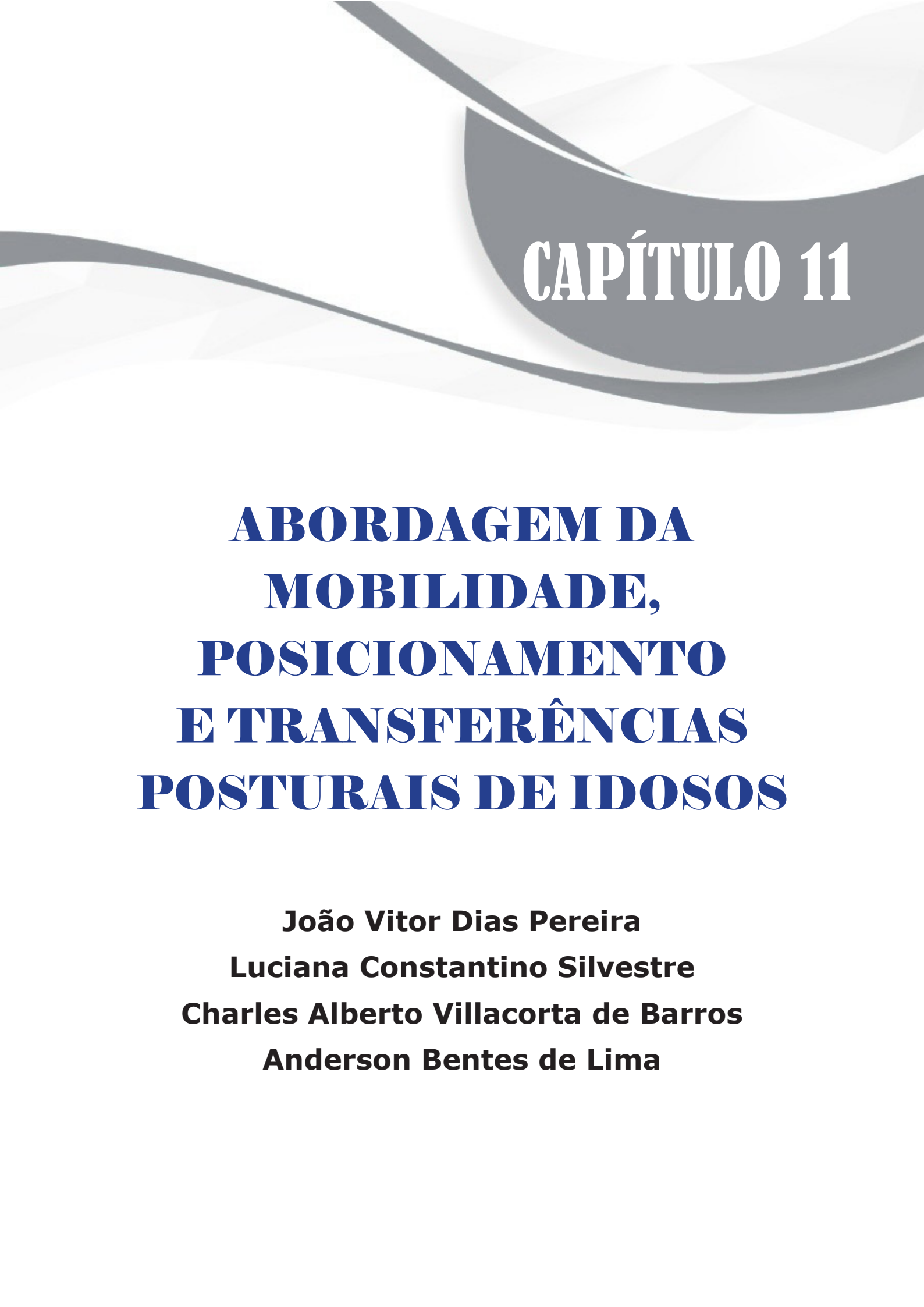
STREIT, M. R. et al. 10-year results of the uncemented Allofit press-fit cup in young patients. **Acta Orthopaedica**, v. 85, n. 4, p. 368–374, 2014.

TAVARES RABELLO, B. et al. Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatóide * Uncemented total hip arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. **Rev Bras Ortop**, v. 43, n. 8, p. 336–378, 2008.

TORRIANI, M.; MONTANDON JUNIOR, M.E.; SABEDOTTI, I.F.; ZANARDI, V.A. Radiologia da prótese total do quadril e suas complicações. **Radiol Brasb**. v.31, p.379-383, 1998.

TURIBIO, F. M. et al. Alterações radiográficas no fêmur após artroplastia não cimentada de Parhofer-Mönch. **Rev Bras Ortop**, v. 31, n. 10, p. 785–791, 1996.

UMPIERRES, C. S. et al. Rehabilitation following total hip arthroplasty evaluation over short follow-up time: Randomized clinical trial. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 51, n. 10, p. 1567–1578, 2014.



CAPÍTULO 11

ABORDAGEM DA MOBILIDADE, POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIAS POSTURAIS DE IDOSOS

**João Vitor Dias Pereira
Luciana Constantino Silvestre
Charles Alberto Villacorta de Barros
Anderson Bentes de Lima**

INTRODUÇÃO

Avanço técnico e científico tem aumentado à sobrevivência de idosos críticos. Situação que é acompanhada de altos custos com terapia intensiva e pós-alta hospitalar. Reabilitação precoce minimiza complicações inerentes a internação e trata disfunções primárias relacionada a repouso no leito e longa internação¹.

É sabido que a mobilidade é fundamental para a independência e funcionalidade, já o repouso prolongado pode trazer sérios agravos à saúde de idosos, sendo que tais agravos constituem uma importante síndrome geriátrica, a Síndrome do imobilismo ou do desuso e são identificados como sequelas, complicações, efeitos deletérios da inatividade, do repouso prolongado, com impacto negativo na morbidade e qualidade de vida do idoso. Mobilização precoce para idosos acamados é importante e deve ser realizada após avaliação diária de cada paciente e discussão de caso com a equipe multidisciplinar, o objetivo é prevenção das disfunções musculares. É importante que o programa de reabilitação seja individual, diário, progressivo e com atividades que respeitem cada paciente e sua condição clínica atual².

O envelhecimento e as transformações pelas quais os sistemas corporais passam ao adquirirem algumas doenças crônicas ou agudas incapacitantes como a COVID-19, promovem incapacidade e imobilismo. A mudança para atividades mais elaboradas deve ser incentivada diariamente, a motivação é um fator muito importante para idosos, considerando sua propensão a incapacidades e sensação de deficiência. A imobilidade caracteriza-se pela perda de capacidade funcional, pela supressão dos movimentos articulares e, pela incapacidade de mudança postural, geralmente decorrente de doenças crônico-degenerativas, de doenças agudas graves, incapacidade ou inatividade³.

O declínio funcional nos pacientes que se encontram restritos ao leito desenvolve a imobilidade que pode culminar na suspensão de movimentos articulares, comprometendo a mobilidade e resultando principalmente em sequelas neurofuncionais e musculoesqueléticas, levando a limitações do movimento no leito, dificultando as atividades básicas de vida diária do paciente idoso. O processo de reabilitação deve iniciar no momento mais precoce possível, pois envolve aprendizado do paciente e da família diante de uma nova situação de vida, onde o foco será a prevenção das complicações e da vulnerabilidade secundárias, que se tratadas de forma multiprofissional e integradas, podem melhorar gradativamente a funcionalidade e qualidade de vida dos acometidos. Um programa de reabilitação e atividade física nessa população é segura e viável, além de prover incrementos na força e no endurance muscular, bem como melhora no desempenho nas atividades funcionais após alta da uti e hospitalar. A intervenção pretende capacitar o doente com déficit para que melhore as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ ou sociais. Compreende um programa durante o qual o doente progride ou mantém o máximo grau de independência possível. Através do processo de reabilitação o doente pode readquirir capacidades e aprender novas formas de realizar determinadas tarefas de modo a compensar qualquer disfunção residual⁴.

O imobilismo gera complicações nos diversos sistemas do corpo, em associação com uma maior ocorrência de acidentes, traumas e complicações de doenças como hipertensão, diabetes, dislipidemia, muitas vezes combinadas com outros fatores de risco como ausência de atividade física, tabagismo, alcoolismo, má alimentação e obesidade podem ocasionar sérias doenças, que geram um período provisório ou de total grave limitação funcional ou fragilidade. Seja qual for a sua causa, o repouso prolongado pode trazer sérios agravos à saúde do idoso. Por ser um problema complexo, torna-se necessária a atenção de um número maior de profissionais, de procedimentos clínicos e medicações trazendo gastos expressivos para a família e para o sistema de saúde. Por si só, é uma causa de morbidade no idoso, porém o imobilismo completo pode levar a perda de aproximadamente 6% de massa muscular e de força por dia. Essa síndrome, causada por vários fatores, inclusive psicológicos, onde estão incluídos: delirium, depressão, demência e medo de quedas; e também sociais: visto que idosos com restrição física sofrem isolamento social e falta de estímulo. O repouso pode até beneficiar a região lesada, mas seu prolongamento prejudica o resto do organismo, causando falta de condicionamento e o desuso, sendo necessário seu rastreo a partir de perdas funcionais precoces ⁵.

A mensuração da vulnerabilidade geriátrica pode ser considerada marcador de idoso saudável, se comparado idosos com as mesmas doenças, porém com e sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. O decúbito prolongado gera pontos onde a pressão externa é superior a pressão capilar, resultando em isquemia dos tecidos subjacentes e tornando o indivíduo propenso a desenvolver úlceras de pressão. O sacro, trocanteres maiores, tuberosidades isquiáticas, calcanhares e tornozelos, são os pontos com maior índice de desenvolvimento de úlceras de pressão e de maior impacto negativo no prognóstico desses doentes, sobretudo nos idosos com história de COVID-19⁶.

A contratura pode ser definida como redução da amplitude de movimento em decorrência de limitações articulares, musculares ou de partes moles. A articulação contraturada apresenta menor fluidez do líquido sinovial e de seus nutrientes (pela ausência do efeito bomba causado pela movimentação) e proliferação do tecido conjuntivo. Durante o repouso prolongado, muito frequente no acometido por COVID-19, há uma tendência para a formação de contraturas em posição de conforto (flexão de quadris e joelhos, tornozelos em flexão plantar, adução e rotação interna do ombro, flexão do cotovelo, punho e dedos). Embora as contraturas possam ter origem nas articulações, nas partes moles ou nos músculos, todos estes tecidos acabam por desenvolver limitações secundárias, o que dificulta a mobilidade, o autocuidado e os procedimentos da equipe. Limitações anteriores a estas podem ser reconhecidas precocemente e seu reconhecimento pode modificar a evolução desses pacientes⁶.

Para o tratamento da Síndrome do Imobilismo e sobrevivência de idosos frágeis, em especial os acometidos por COVID-19, é notória a necessidade da participação multiprofissional integrada visto que frequentemente os pacientes são enca-



minhados à reabilitação com diversos agravos em todos os sistemas do organismo, evidenciando assim a importância da atuação de toda a equipe de saúde junto ao paciente acamado. Uma necessidade importante e que merece intervenção das equipes de saúde diz respeito à quantidade de pacientes acamados que necessitam de assistência fisioterapêutica e multiprofissional, que por sua limitação física apresentam complicações graves. Uma maior interação entre a equipe e a família desses pacientes poderia incentivá-los a realizar a mobilização do paciente no leito e minimizar as complicações e males secundários decorrentes do imobilismo. Ações para conscientização da família sobre a necessidade de participação familiar para melhora da qualidade de vida do paciente acamado⁷.

Idosos que sobrevivem e recebem alta de UTI apresentam alto risco de fraqueza muscular e prejuízo funcional. Esses problemas são graves e persistentes, podendo ser muitas vezes irreversíveis. A prática clínica atual necessita de revisão sobre conduta, objetivo de tratamento e o momento do início do programa de reabilitação e suas influências. Medidas sobre mobilidade, transferência e posicionamento de idosos críticos diminuem tempo de internação hospitalar e promovem o retorno das atividades funcionais executadas antes da internação⁸.

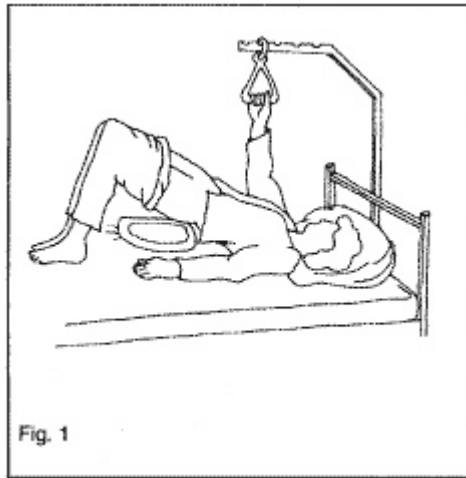
MOVIMENTAÇÃO DE CLIENTES NO LEITO

O paciente deve ser estimulado a movimentar-se de uma forma ativa, sempre que não existir contraindicações para isso. Faz-se necessário ter materiais disponíveis como camas e colchões, dependendo das condições e necessidades do cliente. O ideal são camas com altura regulável, que possam ser ajustadas, dependendo do procedimento que será realizado ^{9,10}.

Durante a movimentação, sempre que possível, utilizar elementos auxiliares, tais como: barra tipo trapézio no leito, plástico antiderrapante para os pés, plástico facilitador de movimentos, entre outros.

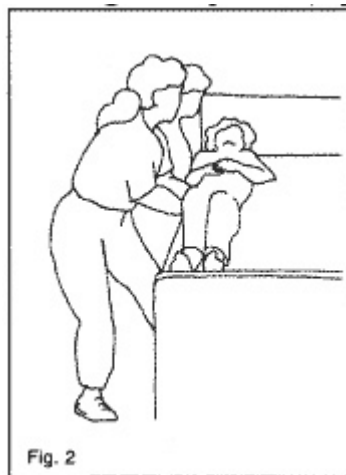
1. Colocar ou retirar comadres

Quando o paciente pode ajudar, deve-se utilizar o trapézio, no leito, e solicitar que eleve o quadril, evita-se assim, a necessidade de erguê-lo (Figura 1):



2. Trazer o cliente para um dos lados da cama

Lembrar que a movimentação no leito deve ser realizada, de preferência, por duas pessoas, seguindo-se os seguintes passos (Figura 2):



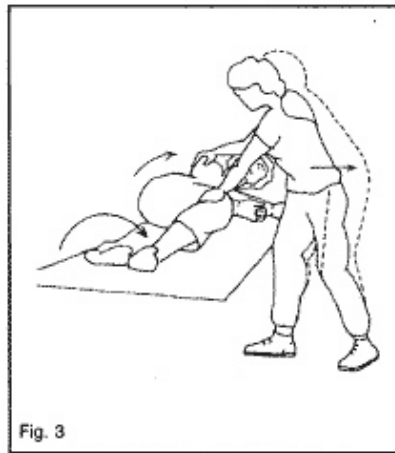
- O ajudante deve ficar do mesmo lado da cama, de frente para o paciente
- Permanecer com uma das pernas em frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo os braços ao nível da cama:
- Se com duas pessoas, a primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça e, o outro, na região lombar
- A segunda pessoa coloca um dos braços também sob a região lombar e, o outro, na região posterior da coxa

- Trazer o paciente, de um modo coordenado, para este lado da cama

Se for necessário mover o paciente sem ajuda, deve-se fazê-lo em etapas, utilizando-se o peso do corpo como um contrapeso e plásticos facilitadores de movimentos.

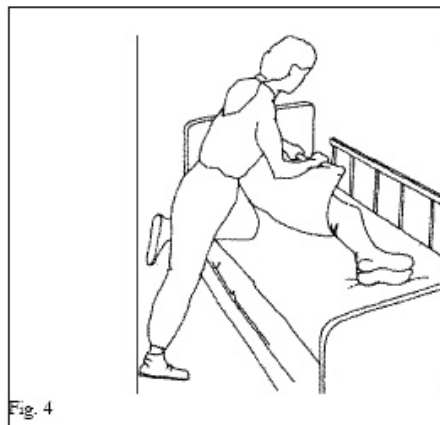
3. Colocar o cliente em decúbito lateral

Quando o paciente não é obeso, podem-se seguir as seguintes fases (Figura 3):



- Permanecer do lado para o qual você vai virar a pessoa
- Cruzar seu braço e sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flexionando o joelho. Observar o posicionamento do outro braço
- Fazer o paciente virar a cabeça em sua direção
- Rolar a pessoa gentilmente, utilizando seu ombro e joelho como alavancas

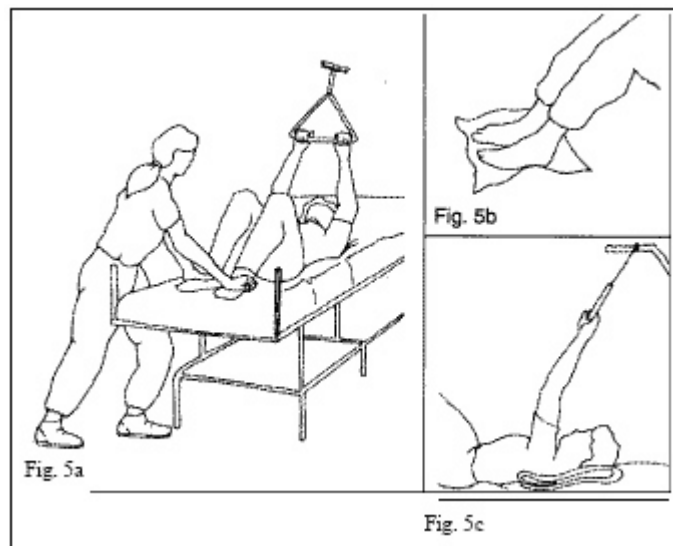
Uma outra forma de realizar esse procedimento é usando-se plásticos deslizantes e resistentes, da seguinte forma (Figura 4):



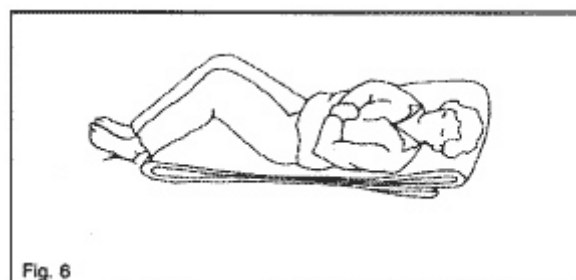
- Virar o paciente e colocar o plástico sob seu corpo. Voltar o paciente e puxar o plástico
- Ficar no lado oposto ao que o paciente será virado
- Puxar o plástico, movendo o paciente em sua direção e para a beira da cama. Manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo
- Elevar o plástico, fazendo o paciente virar devagar e manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção

4. Movimentar o cliente, em posição supina, para a cabeceira da cama

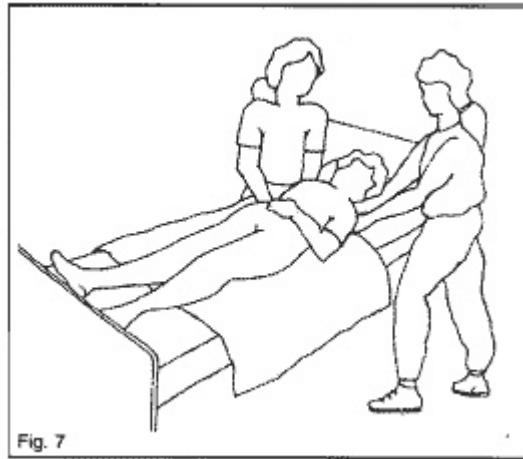
Se o paciente tem condições físicas, ele pode mover-se sozinho, com a ajuda de um trapézio. O paciente flexiona os joelhos e dá um impulso, tendo como apoio um plástico antiderrapante sob seus pés (Figura 5b) ou uma pessoa segurando-os (Figura 5a). Pode-se também colocar um plástico deslizante sob as costas e a cabeça do paciente (Figura 5c).



Outra maneira de movimentação independente é colocar um plástico deslizante sob o corpo do paciente e pedir que ele realize o mesmo impulso com os pés (Figura 6).

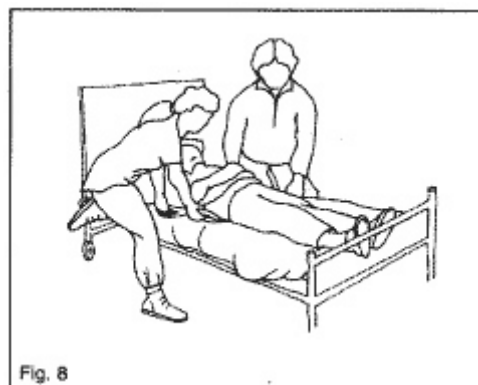


Quando o paciente é dependente funcional, segue a alternativa (Figura 7):



- Deixar a cama em posição horizontal
- Colocar um travesseiro na cabeceira da cama
- Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do paciente
- Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, e olhando em direção dos pés da cama
- Segurar firme no lençol ou plástico e, num movimento sincronizado, movimentar o paciente

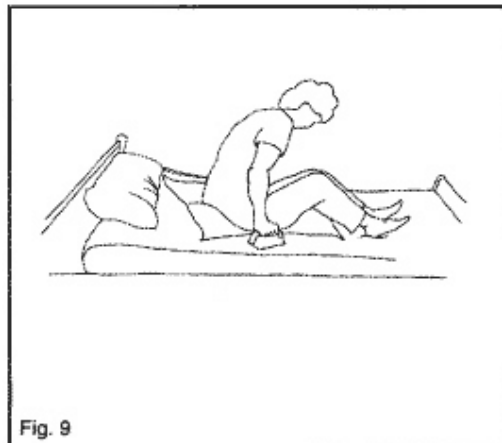
Se a altura da cama for ajustável, pode-se proceder da seguinte maneira (Figura 8):



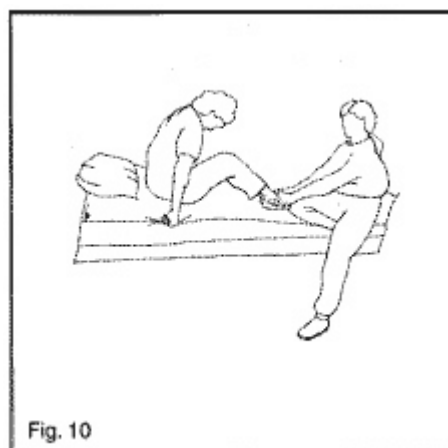
- Abaixar a altura da cama pra que possa apoiar um joelho na cama e manter a outra perna firme no chão
- Segurar o plástico e, de forma coordenada, sentar sobre seus calcanhares, movendo ao mesmo tempo o cliente

5. Movimentar o cliente em posição sentada para a cabeceira da cama

O paciente deve ser estimulado a movimentar-se sozinho, com a ajuda de um plástico que facilite o movimento. Neste caso, o paciente fica sentado sobre o plástico, podendo deslizar com o auxílio de blocos de mão antiderrapantes (Figura 9).



Se assim necessitar receber a ajuda de outra pessoa, o ajudante segura seus pés, estando suas pernas flexionadas. Neste caso, o cliente apoie uma mão de cada lado do corpo e ele mesmo dá um impulso, ao ajustar as pernas (Figura 10).



Quando o paciente não pode ajudar, duas pessoas devem realizar o procedimento. Deve-se também usar um plástico deslizante e procede-se da seguinte maneira (Figuras 11a e 11b):



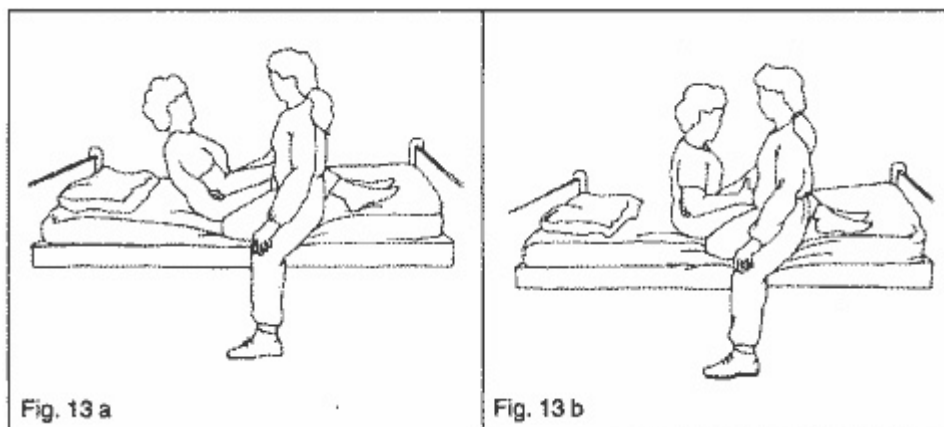
- As duas pessoas devem ficar uma de cada lado do leito, olhando na mesma direção
- Abaixar a altura da cama, de uma forma tal que os colaboradores possam colocar um joelho na cama, mantendo a outra perna firmemente no chão, permitindo segurança
- Segurar a mão do paciente com uma das mãos e agarrar no local apropriado do plástico com a outra
- Usando movimento coordenado, sentar sobre os calcanhares, movendo, ao mesmo, tempo o cliente

6. Sentar o paciente no leito

O cliente deve ser estimulado e orientado a sentar-se sozinho, quando isso for possível, ficando de lado e levantando-se com a ajuda dos braços. Pode utilizar materiais simples, como uma corda com nós ou uma escada de cordas que, fixadas nos pés da cama, permitindo que o cliente sente sem ajuda (Figura 12).

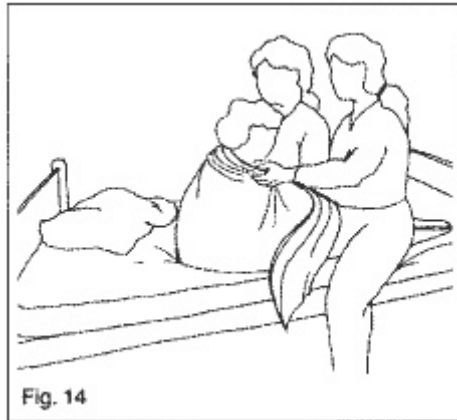


Quando o cliente é auxiliado por outra pessoa, pode realizar da seguinte maneira (Figuras 13a e 13b):



- A pessoa fica de frente para o cliente, colocando um dos seus joelhos ao nível do quadril do paciente sentando sobre seu próprio tornozelo
- Segurar no cotovelo do paciente, que também apoia o cotovelo da pessoa. O paciente deve se sentir seguro e apoiar na pessoa

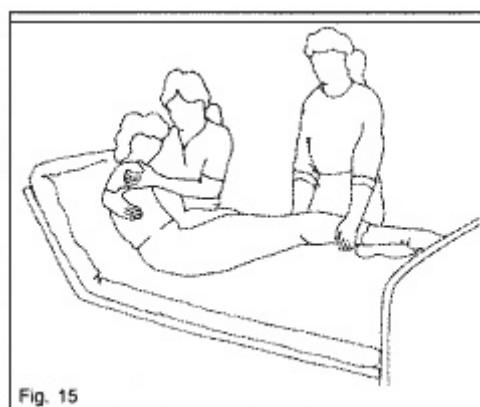
Se o paciente não consegue auxiliar, outra alternativa é realizar o procedimento com duas pessoas (Figura 14):



- Permanecer uma pessoa de cada lado da cama, olhando em direção da cabeceira
- Ficar ajoelhada, mantendo o joelho ao nível do quadril do cliente
- Segurar nos cotovelos e trazer o paciente para frente, enquanto senta em seus calcanhares. Pode-se usar, como um auxílio nessa manobra, uma toalha resistente, que é colocada nas costas do paciente

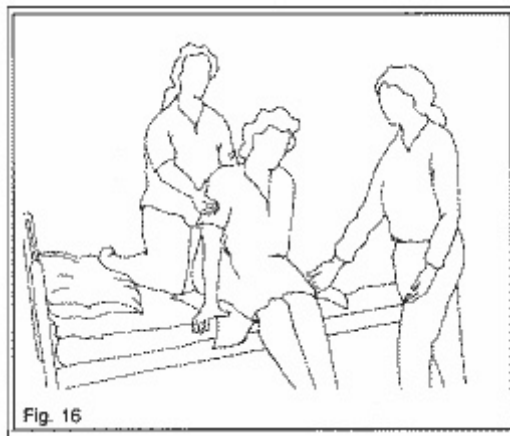
7. Sentar o paciente na beira da cama

Quando estiver deitado (Figura 15):



- Colocar o paciente em decúbito lateral, sobre um plástico deslizante, e de frente para o lado em que vai irá sentar
- Elevar a cabeceira da cama acima de 30°
- Uma pessoa apoia a região dorsal e o ombro do paciente e a outra segura as pernas
- De uma forma rítmica, elevar e girar o paciente até ele ficar sentado paciente e sentando-se sobre seu próprio tornozelo

Outra alternativa é levantar o paciente, apoiando no cotovelo, estando o cliente sobre um plástico deslizante. Depois, mover os seus membros inferiores para fora do leito (Figura 16).



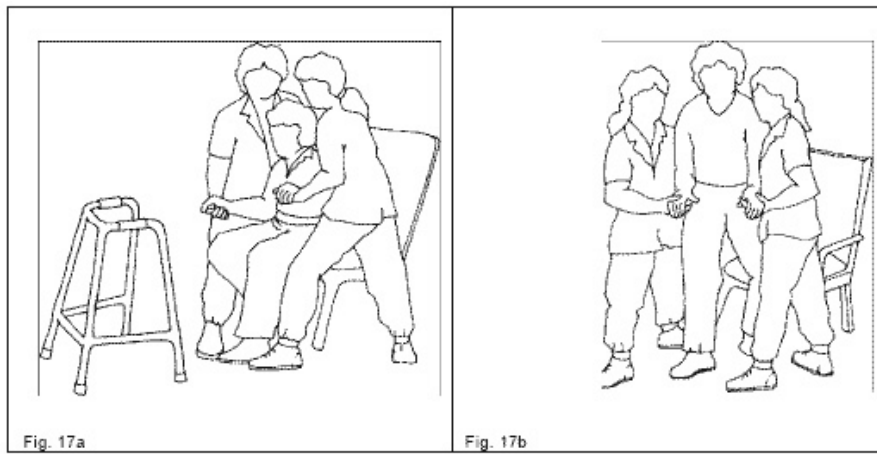
8. Transporte de pacientes

O transporte de pacientes deve ser realizado com a ajuda de dispositivos auxiliares, como cintos e pranchas de transferência, discos giratórios e auxílios mecânicos.

8.1 Auxiliar o cliente a levantar de cadeira ou poltrona

Nesta etapa é importante escolher cadeiras ou poltronas de acordo com as necessidades de cada pessoa, garantindo o conforto e independência. Devem-se utilizar equipamentos auxiliares, como andadores e bengalas.

Quando o paciente necessita de ajuda, deve-se usar um cinto de transferência e proceder da seguinte maneira (Figuras 17a e 17b):



- Colocar o cliente para frente da cadeira, puxando-o alternadamente pelo quadril
- Permanecer ao lado da cadeira, olhando do mesmo lado que o paciente
- O cliente deve colocar uma mão no braço mais distante da cadeira e a outra é apoiada pela mão do ajudante. Com o outro braço, o ajudante segura a cintura do paciente, segurando no cinto de transferência
- Levantar de uma forma coordenada, com movimentos de balanço.
- Dependendo das condições do cliente, pode ser necessária a participação de outra pessoa, do outro lado da cadeira

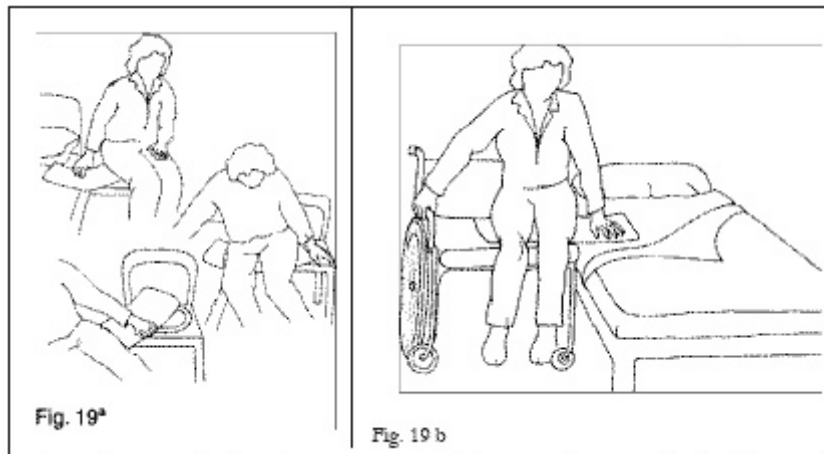
8.2. Auxiliar o cliente a deambular

Realizar uma avaliação detalhada e verificar se o paciente tem condições de deambular. A pessoa deve permanecer bem próxima do paciente, do lado em que ele apresenta alguma deficiência e/ou perda da funcionalidade motora, colocando um braço em volta da cintura e o outro apoiando a mão, para garantir maior segurança ao cliente (Figura 18).



8.3. Transferir o cliente do leito para uma poltrona ou cadeira de rodas

O paciente pode realizar essa transferência de uma forma independente ou com uma pequena ajuda, utilizando uma tábua de transferência, da seguinte maneira (Figuras 19a e 19b):



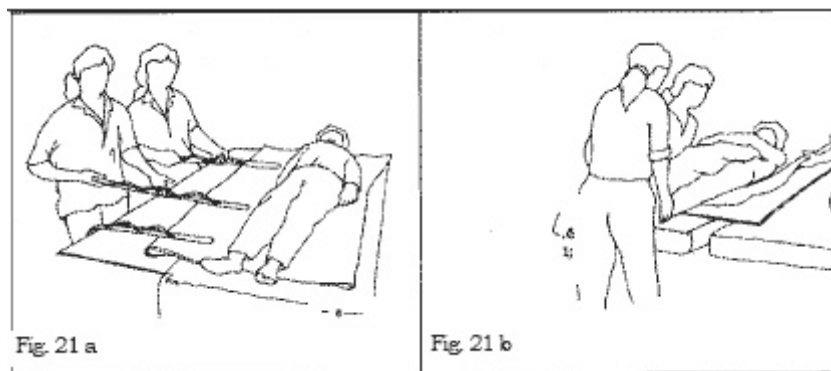
- Posicionar a cadeira próxima à cama, estando ambas na mesma altura
- Travar a cadeira e o leito, remover o braço da cadeira e elevar o apoio dos pés (Figuras 20a, 20b, 20c e 20d):



- Colocar a cadeira ao lado da cama, com as costas para o pé da cama
- Travar as rodas e levantar o apoio para os pés
- Sentar o cliente na beira da cama
- Calçar o cliente com sapato ou chinelo antiderrapante
- Segurar o cliente pela cintura, auxiliando-o a levantar, virar-se e sentar-se na cadeira

8.4. Transferir o paciente do leito para uma maca

Não há uma forma segura para realizar uma transferência manual do leito para uma maca. Existem equipamentos que devem ser utilizados, como as pranchas e os plásticos resistentes de transferências nesse caso, o paciente deve ser virado para que se acomode o material sob ele. Volta o paciente para a posição supina, puxando para a maca com a ajuda do material ou do lençol (Figuras 21a e 21b). Deve participar nesta fase quantas pessoas forem necessárias, dependendo das condições e do tamanho do cliente. Nunca se esquecer de travar as rodas da cama e do leito e de ajustar sua altura.



Fonte: Exercise and physical activity for old adults. M Med Sci Sports Exerc. 1998 Jun; 30(6):992-1008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores têm despertado a atenção sobre a importância das orientações e cuidados, sobre os procedimentos de movimentação e transferência de idosos. A implementação de treinamentos e reciclagem é parte necessária de programas de atenção aos idosos. Esses procedimentos devem ser aprendidos, praticados de uma forma a cessar dúvidas e propiciar maior segurança ao cliente.

Referências

1. Exercise and physical activity for old adults. *M Med Sci Sports Exerc.* 1998 Jun; 30(6):992-1008.
2. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med.* 2008 Aug; 36(8):2238-43.
3. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med.* 2007 Jan;35(1):139-45.
4. de JB, Lacherade JC, Sharshar T, et al. Intensive care unit-acquired weakness: risk factors and prevention. *Crit Care Med.* 2009 Oct.37(10suppl):S309-315.
5. Poco PC, Aliberti MJ, Dias MB, et al. Divergent: age, frailty, and atypical presentations of COVID-19 in hospitalized patients. *J Gerontol A Biol Sci.* 2020 Nov 10.1093-280.
6. Aliberti MJ, Covinsky KE, Garcez FB, et al. A fuller Picture of COVID-19 prognosis: the added value of vulnerability measures to predict mortality in hospitalized older adults. *Age and ageing* 2021 Oct; (50)32-39.
7. Hewitt B, Carter B, Moraga AV, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *The Lancet* 2020. Jun (30)30146-8.
8. Moraga AV, Price A, Braude P, et al. Increased care at discharge from COVID-19: frailty and increased care needs after observational cohort study. *BMC Medicine* 2020. Oct (18)408.
9. BELL, F. Ergonomic aspects of equipment. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 24, n. 4, p. 331-7, 1987.
10. NATIONAL BACK PAIN ASSOCIATION. Royal College of Nursing. **The guide to the handling of patients.** London, 1997.



CAPÍTULO 12

MEDICAMENTOS À POPULAÇÃO IDOSA NA ATENÇÃO DE SAÚDE

**Cristiane de Melo Figueiredo
Luciana Constantino Silvestre
Anderson Bentes de Lima**

ATENÇÃO A SAÚDE: PESSOA IDOSA

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfatizar o direito social à saúde pública no Brasil, apresentando a sua estrutura em três níveis: primário, secundário e terciário. Os níveis são organizados de maneira articulada e ordenada, intencionando o oferecimento de uma atenção em saúde integral, proporcionando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como campo privilegiado para o desenvolvimento dessas ações, a APS é a principal porta de entrada do SUS, como centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando à reorganização, o Ministério da Saúde programou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como parâmetro de expansão, qualificação e consolidação da APS.

A APS tem como principal objetivo realizar promoção e prevenção à saúde, ou seja, é uma porta de entrada aos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, solucionando possíveis agravos e direcionando os casos mais graves para níveis de atendimento especializado. Dessa maneira, a APS oferta atendimento abrangente, acessível, individuais e famílias da comunidade, proporcionando atendimento de 80% a 90% das inevitabilidades de saúde do indivíduo ao longo da vida.

Em contexto, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários com os SUS, em especial a população idosa devido à maior proximidade de acesso e maior vínculo criado com os profissionais de saúde. Neste contexto, mediante o envelhecimento populacional e a crescente proporção de idosos acarreta novos desafios para o setor da saúde, pois a pessoa idosa apresenta necessidades específicas decorrentes da presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que interferem em sua qualidade de vida. A população idosa com 60 anos ou mais, em sua maioria, é acometida por DCNT que requerem acompanhamento constante.

A adesão ao tratamento das DCNT, mediante a assistência dos profissionais na atenção primária e de suma importância o acompanhamento regular e efetivo nos serviços de APS, podendo evitar complicações nessa população para que consigam viver com qualidade de vida. A assistência multidisciplinar dos profissionais de saúde desenvolve ações de promoção e prevenção na APS, no qual acarreta impactos positivos na redução de morbimortalidade da doença. Ademais, as práticas de educação em saúde são desenvolvidas pela equipe multiprofissional, consomem por incluir uma maior diversidade de saberes, contribuindo para a criatividade e a maior adesão dos usuários.

Sobretudo, um acompanhamento regular e efetivo nos serviços de APS pode evitar complicações nessa população, adequado enfrentamento das demandas causadas pelo envelhecimento da população. A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pela lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 Cap. IV, art. 10, dispondo sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, inte-

gração e participação efetiva na sociedade.

O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, incluindo ações de cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento domiciliar incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, os idosos que vivem em abrigos e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público nos meios urbano e rural tem direito ao atendimento domiciliar dos profissionais de saúde. O poder público fornece gratuitamente de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. O SUS preveem a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento a população idosa, visando a promoção, reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os idosos que são portadores de patologias.

Diante do cenário pandêmico ocorrendo pelo vírus da covid-19, a pessoa idosa faz parte do grupo de risco por inúmeros comorbidades preexistentes, os idosos precisam se proteger contra o coronavírus utilizando medidas preventivas respaldadas pelas autoridades de saúde, tais como: higienização de mãos com água e sabão ou álcool 70%, manter o distanciamento social e utilizar máscaras em locais públicos. A assistência dos profissionais de saúde da APS nesse momento, tendo em vista que é iminente a necessidade de reorganizar os fluxos de atendimento, priorizando as medidas de controle e diminuição do contágio e exposição das pessoas idosas, contudo, sem prejuízo na assistência e atenção à saúde dos mesmos.

Em síntese, é essencial que os familiares fiquem atentos aos idosos nesse período de maior solidão por distanciamento. A prevalência de sintomas psiquiátricos tem se mostrado alta nessa faixa etária. Além disso, os familiares devem auxiliar no transporte para campanhas de vacinação e em consultas médicas eletivas para avaliação das comorbidades.

IDOSOS E OS MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO A SAÚDE

Atualmente uma grande percentagem da população depara-se com a necessidade de consumir medicação face ao crescimento acentuado das doenças, necessitando medidas para controlá-las e tratar. Entre os problemas que costumam ocorrer no uso de medicamentos em idosos, podemos citar os seguintes: escolha inadequada do medicamento, falha ao receber o medicamento, uso inadequado (esquecimento), dose sub-terapêutica, superdosagem, efeitos adversos, interações farmacológicas e automedicação



Com o envelhecimento pode aumentar as doenças crônicas degenerativas com consequente aumento do consumo de fármacos. Os idosos são provavelmente o grupo mais medicalizado na sociedade. Eles podem apresentar comprometimento de mais de um órgão ou sistema, o que os faz candidatos da polifarmacoterapia, prática na qual podem surgir sinergismos e antagonismos não desejados, descumprimento das prescrições dos produtos essenciais na clínica e gastos excessivos com os de uso supérfluos.

O Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades crônicas e múltiplas, sobretudo nas faixas etárias mais avançadas, o que exige acompanhamento médico e farmacológico constante. O farmacêutico torna-se o profissional responsável pela orientação e educação dos pacientes sobre temas relacionados ao uso racional de medicamentos, ações que são facilitadas pelo fácil acesso ao usuário de medicamentos e ao inegável conhecimento a respeito das diversas peculiaridades dos fármacos.

Estudos indicam que a maioria dos usuários que frequenta a atenção básica é mulher, com ensino fundamental e renda que os classifica na classe social tipo C, como já observado em estudos nacionais e internacionais. Embora os homens possuam maiores taxas de morbimortalidade, eles resistem mais a buscar a assistência primária, um dos motivos da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde.

No âmbito da assistência farmacêutica que é fornecida na atenção básica encontram-se os serviços clínicos prestados pelos farmacêuticos, contextualizados no modelo de prática do Cuidado Farmacêutico, nos diversos pontos de atenção à saúde no Brasil, na tentativa de suprir a carência de padronização de procedimentos e de instrumentos de avaliação de desfechos, sendo esta carência uma das responsáveis pela ineficiência na detecção, prevenção e resolução dos problemas apresentados pelos pacientes em relação ao uso de medicamentos e na mensuração dos desfechos em saúde.

COVID-19 EM PESSOA IDOSA: MEDICAMENTOS

O Sars-Cov-2 se manifesta desproporcionalmente a população idosa, tendo em vista que desde o começo da pandemia do covid-19, declarada em março pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a terceira idade se mostrou uma das mais vulneráveis ao vírus, por muitos idosos apresentar senescência e senilidade.

Os sintomas associados à infecção pelo coronavírus são mais graves em pessoas idosas e entre aquelas com doenças crônicas preexistentes, ocasionando evoluções nas taxas de hospitalizações, internações em Unidades de Terapia e ocorrendo a imprevisibilidade do decréscimo de óbitos em idosos. A infecção pela corona vírus causa uma condição chamada de síndrome respiratória aguda grave, dados recen-

tes mostram que no Brasil 51,4% do vírus decorrente da COVID-19 ocorrem em idosos acima dos 60 anos de idade, concentrando cerca de 73% dos óbitos.

Os idosos são mais suscetíveis às complicações do Sars-Cov-2 pela circunstância das alterações no sistema imunológico naturais da idade. A pessoa idosa de maneira geral costuma ser mais vulnerável a diversas doenças infectocontagiosas, as variações do processo da imunossenescência do idoso se torna enfraquecido ao longo da idade. Dessa maneira, a consequência deste processo, o corpo vai perdendo a capacidade de responder a infecções e ocorre uma diminuição na capacidade de produzir anticorpos.

As características clínicas da infecção por COVID-19 são bastante diversificadas, sendo capazes de variar de um simples resfriado até um quadro mais grave de pneumonia. A grande maioria da população idosa faz a automedicação, a polifarmácia ou o uso de muitos medicamentos diferentes é comumente observada entre idosos por conta das múltiplas comorbidades. Os medicamentos ajudam a enfrentar as múltiplas doenças que podem ocorrer com o envelhecimento.

A assistência farmacêutica é responsável pela disponibilização de medicamentos à população, prezando pelos princípios de segurança e eficácia. Durante a pandemia de COVID-19, o padrão de consumo de medicamentos no Brasil foi denominado “tratamento precoce” ou “kit-covid” no qual era uma combinação de medicamentos sem evidências científicas conclusivas inclui a hidroxicloroquina ou cloroquina, associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, além dos suplementos de zinco e das vitaminas C e D.

Devido à necessidade de um tratamento significativo para os pacientes acometidos pelo vírus da covid-19, em 27 de março de 2020, o Ministério da Saúde estipulou a utilização de Cloroquina e Hidroxicloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves da COVID-19 em pacientes hospitalizados (FILHO et al., 2020).

A cloroquina tem sido o medicamento prioritariamente utilizado para o tratamento dos pacientes com a COVID-19, por conta da sua disponibilidade, registro de segurança e custo relativamente baixo. Porém, de acordo com análises realizadas, foi possível relatar que a Cloroquina e a Hidroxicloroquina atuam bloqueando o transporte de SARS - COV-2 dos endossomas precoces para os endolisossomos, considerado o ponto principal para os vírus liberarem o genoma viral, como no caso do SARS-CoV (LIU et al., 2020).

Os medicamentos para tratar as infecções da corona vírus podem acarretar diversas reações à pessoa idosa, o uso dos medicamentos de maneira correta é capaz de reduzir o risco de graves quadros infecciosos, de prevenir o descontrole e agravamento de doenças crônicas.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020**. Brasília – DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. [Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 5 ed., Brasília – DF, 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>

CALENDÁRIO de Vacinação SBIm Idoso, c2021. Calendários. Disponível em: <https://sbim.org.br/imagens/calendarios/calend-sbim-idoso.pdf>

CIM- **Centro de Informação de Medicamento**. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/cim-informa0101.pdf>> acesso em: 20/06/2021.

CIM-**Centro de Informação de Medicamento**. Disponível em: < <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/cim-informa0101.pdf> > acesso em: 18/09/2017.

EGLE LEONARDI. **Atenção farmacêutica Especializada em Geriatria**. Disponível em: <<http://www.ictq.com.br/varejo-farmaceutico/247-a-atencao-farmaceutica-especializada-emgeriatria>> acesso em: 20/06/2021.

GAETA P.; TONIOLO C. **Guia Prático: vacinação no idoso** [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/guia-pratico-vacinacao-do-idoso.pdf>

IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta** /–Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf> > acesso em: 29/10/2017.

SBGGRJ. **Vacinação em idosos**, c2019. Notícias. Disponível em: <<http://www.sbggrj.org.br/rj/arquivos/13836>>SBIm.



CAPÍTULO 13

VACINAS DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO À SAÚDE

**Cristiane de Melo Figueiredo
Jânio de Jesus Gonçalves Júnior
Luana da Silva Freitas
Luciana Constantino Silvestre**

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população se deve ao aumento da expectativa de vida por melhoria das condições de saúde, bem como à redução da taxa de fecundidade observada nos últimos anos. Esse cenário contribui para o aumento do contingente de pessoas que desenvolvem condições crônicas de saúde, o que dificulta o manejo terapêutico para os profissionais de saúde e pacientes, comprometendo os resultados de saúde.

O Ministério da Saúde compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades, para a manutenção e melhoria de sua capacidade funcional, garantindo atenção integral à sua saúde.

Durante os últimos anos, o Brasil vem passando por mudanças em seu perfil social, onde a população idosa apresenta-se em ascensão. Este crescimento acentuado de indivíduos com mais de 60 anos promove, também, um novo modelo de morbimortalidade entre este grupo etário, ocasionado por doenças infecciosas e neurodegenerativas, e assim provocando o aumento na taxa de internações hospitalares por indivíduos idosos.

O envelhecimento populacional requer inovações na área de diagnóstico precoce e na terapêutica de diversas doenças. Diante disso, a vacinação entre os idosos é uma das principais formas de prevenir agravos a saúde, uma vez que o sistema imunológico desses indivíduos apresenta deficiências fisiológicas e necessitam de um maior suporte.

O calendário de imunização para os idosos, é baseado na vacina contra Influenza H1N1 que possui as maiores taxas de adesão durante as campanhas, vacina contra Difteria e Tétano (dT), Pneumocócica e Febre Amarela. Evidências científicas comprovam os benefícios das vacinações entre os idosos e portadores de doenças crônicas, no entanto esta medida preventiva mostra-se ainda com baixa adesão entre estes indivíduos.

Por este fato, os profissionais de saúde que atuam na atenção primária devem realizar busca ativa deste grupo populacional, com o intuito de viabilizar a cobertura vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde, e consequentemente, buscando promover um envelhecimento ativo e de qualidade.

Um bom envelhecimento perpassa por vários aspectos socio-psico-biológicos, preservar uma boa saúde é um aspecto a ser considerado. Muito se discute sobre a vacinação hoje em dia, porém deve-se lembrar que esta discussão não é recente. Desde que as populações começaram a ser vacinadas, se discute sobre as vantagens e desvantagens de receber vacina.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 18 de setembro de 1973, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, por meio da vacinação da população de todo o território nacional, desde a infância à velhice, erradicando ou mantendo sob controle doenças que podem ser preveníveis através das vacinas que estão disponíveis em todas as unidades básicas de saúde.

A partir da criação da PNI foram desenvolvidas diversas ações, estratégias e campanhas de vacinação para a erradicação de diversas doenças infecciosas, como em 1973 com a erradicação da febre amarela urbana, em 1989 com a poliomielite, além do controle do sarampo, tétano neonatal, coqueluche.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o Programa Nacional de Imunização é referenciado mundialmente pela Organização Pan-Americana da Saúde, comprovando a sua importância no contexto da saúde pública, o PNI ajudou na organização de campanhas de vacinação no Timor Leste, Palestina, Cisjordânia e Faixa de Gaza. Também estabeleceu cooperação técnica com diversos países, dentre eles os Estados Unidos, México e Argentina.

Neste sentido, o Brasil é um dos países que tem a maior disponibilidade de imunobiológico, de forma gratuita, a todos os grupos populacionais-alvo. Atualmente está sendo distribuída cerca de 19 vacinas na rede pública em todo território nacional, desta forma, contribui com a melhor qualidade de vida dos brasileiros e com a redução da morbimortalidade por doenças preveníveis.

ATENÇÃO AO IDOSO NA SALA DE VACINA

A vacinação das pessoas idosas é da mais alta importância em termos de prevenção de mortalidade e de morbidade nessa população. A vacinação previne as doenças infecto-contagiosas, promovendo qualidade de vida, saúde e bem estar. No entanto, são necessários alguns cuidados que devem ser tomados para que a execução da vacina no idoso na sala de vacina seja realizada da forma mais segura possível. Para isso, uma prática centrada na segurança do paciente deve ser realizada de forma objetiva, sucinta e que se amolde ao local em que se trabalha no caso em questão, nas unidades básicas de saúde.

A identificação do idoso que está na sala de vacinação é a etapa onde se verifica se as informações contidas na caderneta de vacinação do idoso se referem a aquele paciente idoso em questão que está adentrado na sala de vacina. Erros nessa etapa podem causar danos graves ao paciente, como por exemplo, a possibilidade de se aplicar uma vacina diferente da que o paciente deveria receber. Nessa etapa é importante checar o nome do paciente, data de nascimento e qual vacina ele deve



receber. No que o paciente ou acompanhante daquele paciente devem responder seu nome completo e data de nascimento, para confirmação e checagem.

A higienização das mãos é medida crucial e importante na segurança do paciente idoso na sala de vacina, visto que, as mãos são meios de disseminação de infecção. Nos pacientes idosos, esse cuidado deve ser sempre lembrado e realizado, visto que geralmente essa população tem a imunidade mais fragilizada contra infecções. Deve ser realizada antes e após o contato com o paciente e para tal pode ser utilizado tanto álcool gel quanto água e sabão.

A prevenção de quedas durante a estadia do idoso na sala de vacinação deve também ser executada. A queda é a situação em que o paciente vai de encontro ao solo em momento inesperado e abrupto causando sofrimento emocional e físico. O paciente idoso por si só é um fator de risco, cuja chance de queda aumenta linearmente com a idade. Outras situações aumentam a chance de queda como visão reduzida, tremores, uso de sedativos e confusão e agitação mental. Para isso deve se retirar se possível toda situação na sala de vacinação que aumente o risco de queda da pessoa idosa, tais como chão liso e molhado, excesso de equipamentos e materiais pelo chão da sala que dificultem a deambulação do idoso, cadeiras e macas com pernas soltas ou quebradas, escadas ou degraus de acesso a sala de vacina. Nesse caso, devemos dar preferência para se montar a sala de vacina em local de fácil acesso e plano, ao paciente idoso.

Como vemos cuidados simples, mas extremamente importantes são necessários para se permitir que a atenção ao idoso na sala de vacina seja realizada da forma mais segura e objetiva.

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS

As doenças infecciosas ainda são grandes causadores de mortalidade entre a população, em destaque para o público idoso. Assim, a vacinação é um instrumento fundamental, de baixo custo e disponível tanto na rede privada como na rede pública, para o controle e até mesmo na erradicação das doenças infecciosas.

Os idosos são um grupo no qual estão mais suscetíveis às infecções, devido às alterações imunológicas associadas ao envelhecimento, apresentar mais doenças crônicas, como também as alterações naturais que acontecem ao decorrer da idade. Desta forma, é recomendada a vacinação à pessoa idosa uma vez que geram benefícios para esta população, por meio da redução de mortes, internações hospitalares e melhoria da qualidade de vida.

As vacinas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Imunizações e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em que estão disponíveis na atenção básica de saúde, são: Influenza, DT, Hepatite B, Febre Amarela. Além disso, foi incluída a vacina contra a Covid-19 de caráter emergencial devido a pandemia.

A vacina da influenza é realizada em dose única anual durante as campanhas de vacinação promovidas pelo Ministério da Saúde. A vacina compõe o vírus inativado e fragmentado, contendo três cepas de influenza. A prevenção através da vacinação é o meio mais eficaz para a redução da morbimortalidade associada à infecção nos idosos.

A vacina dT previne contra a infecção pela difteria e tétano, doenças que podem levar a óbito pessoas nunca vacinadas, principalmente na pessoa idosa. O esquema a ser realizado em idosos não vacinados ou com história vacinal desconhecida: fazer 3 doses; idosos vacinados anteriormente com 3 doses das vacinas: fazer dose de reforço, dez anos após a data da última dose.

A infecção pelo vírus da Hepatite B ainda é muito recorrente e pode levar o indivíduo a morte. A prevenção através da vacina, no qual contém o vírus inativado, se dá com a realização de 3 doses, de acordo com a situação vacinal.

A vacina da febre amarela contém o vírus atenuado e é realizada em dose única. A imunização se dá somente quando há indicações para a sua execução, tais como residir em regiões classificadas como área de risco pelo Ministério da Saúde e os que pretendem viajar para estes locais, porém somente após avaliação do risco/benefício da vacinação, uma vez que o idoso é mais suscetível a apresentar efeitos adversos da vacina.

O vírus da Covid- 19-está provocando a maior pandemia da história recente, este que causa uma infecção respiratória aguda, possui alto grau de letalidade, levando muitos indivíduos a óbito em toda parte do mundo. Em decorrência disto, foram desenvolvidas diversas vacinas de caráter emergente para o enfrentamento da emergência de saúde pública. A vacinação se iniciou com o público idoso, priorizando-os, uma vez que estes possuem maior risco de desenvolver a forma mais grave da doença, além de muitas das vezes serem pessoas com histórico de comorbidades.

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações, a pessoa idosa deve seguir o calendário vacinal descrito na tabela abaixo:

CALENDÁRIO VACINAL DO IDOSO*

Influenza	Dose única anual
DT	3 doses de acordo com situação vacinal – reforço a cada 10 anos
Hepatite B	3 doses no esquema 0 - 1 - 6 meses - verificar situação vacinal anterior
Febre Amarela	Dose única. Para não vacinados e residentes em áreas de vacinação, após avaliação de risco/ benefício.
Covid-19	Em situação de emergência em saúde pública

*Disponíveis na unidade básica de saúde



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020**. Brasília – DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília – DF, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 5 ed., Brasília – DF, 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>
- GAETA P.; TONIOLO C. **Guia Prático: vacinação no idoso** [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/guia-pratico-vacinacao-do-idoso.pdf>
- MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília:OPAS, 2012.
- ROMERO et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020, no prelo.
- REIS, Sara Alexandre Araújo dos. **A importância da vacinação no idoso**. Orientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo. 2015. Artigo de revisão (Mestrado integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, [S. l.], 2015.
- SBGGRJ. **Vacinação em idosos**, 2019. Notícias. Disponível em: <http://www.sbggrj.org.br/rj/arquivos/13836>
- SBIIm. **Calendário de Vacinação SBIIm Idoso**, 2021. Calendários. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-idoso.pdf>
- VERAS et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção a saúde dos idosos frágeis. **Rev Saúde Pública**. 2014.;48(2): 357-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>.



CAPÍTULO 14

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

**Luanda da Silva Brasil
Maurício Roberto Ribeiro Guimarães
Luciana Constantino Silvestre**

INTRODUÇÃO

Em decorrência do aumento da longevidade e como consequência a expectativa de vida ter aumentado nos últimos anos, observa-se o envelhecimento da população junto com as doenças crônicas, sendo considerada a causa de mais procura de atendimentos de idosos, já que devido aos problemas de saúde há a necessidade da busca frequente do sistema de saúde, por atendimentos especialidades e por uma melhor qualidade de vida.

O processo de envelhecimento torna a morbidade mais alta em comparação aos jovens. É dever do estado e sociedade oferecerem ao idoso o direito a cidadania, o direito à vida, com dignidade e respeito, visando à integralidade do cuidado, independente da autonomia. O idoso deve conhecer seus direitos, portanto, o bem-estar deve ser preservado, o atendimento humanizado e de qualidade deve estar presente nos serviços de saúde.

Diante do processo natural de envelhecimento os idosos são considerados mais frágeis e necessitam de cuidados que visem à prevenção e promoção da saúde, em sua maioria cuidados prestados na atenção primária. Com o intuito de promover a longevidade com uma melhor qualidade de vida, fornecendo a estas continuidades no cuidado e auxiliando no desenvolvimento de suas atividades básicas e instrumentais, objetivando envelhecer de forma saudável.

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO E ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA ATENÇÃO BÁSICA

A humanização na atenção básica é indispensável visto que o idoso necessita de atendimento individualizado e frequente em virtude de suas limitações, doenças crônicas e maior propensão ao adoecimento, que são frequentes em virtude do processo natural que envolve mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas. A comunicação com o idoso deve ser valorizada, pois permite uma melhor relação entre profissional e paciente.

O acolher na terceira idade deverá estar em harmonia com o ambiente e equipe para atender de forma satisfatória as necessidades do indivíduo idoso, caso este tenha uma experiência ruim no serviço, provavelmente sairá da unidade com seu psicológico alterado, gerando insegurança e um mau atendimento poderá fazê-lo deixar de buscar seu cuidado continuado e integralizado, por isso é tão importante que a humanização na saúde ocorra.

Desse modo, para um cuidado efetivo e humano, convém conhecer as particularidades da população assistida, para desenvolver ações que atendam as reais necessidades, é necessário realizar um planejamento com atenção especial a essa classe, favorecendo uma aproximação e fortificando esse laço assistencial incluindo

medidas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Humanizar envolve um cuidado do ser humano como um todo, envolve atenção, escuta, diálogo e espera-se que o usuário tenha uma adesão ao tratamento, procure atendimento diante de suas necessidades e tenha um envelhecimento ativo e saudável. É fundamental uma equipe preparada baseada em conhecimento e habilidades para acolher de forma humana a pessoa mais velha e atender suas peculiaridades específicas, assim como também os seus familiares.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, o acolhimento deve ser algo planejado baseado em desenvolver e manter uma relação entre profissionais, serviços, usuários e população. Para acontecer o ato de acolher esse deve ser de forma coletiva por meio de uma relação de apoio, confiança, respeito, que desenvolva uma escuta qualificada avaliando cada necessidade, risco e gravidade, sendo o planejamento indispensável para um acolhimento humanizado.

Os idosos procuram cada vez mais as unidades básicas de saúde e percebe-se que existe uma fragilização relacionada a demanda de atendimento destes de forma humana. A unidade deve estar apta a oferecer ações planejadas individuais e coletivas baseadas nos princípios do SUS como: a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário e que fortaleçam o vínculo entre profissionais e usuários, onde se propõe acesso universal e acolhimento em todos os níveis de atenção à saúde podendo ser por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A humanização e acolhimento devem caminhar juntos e consiste em valorizar os idosos, manter vínculo afetivo de modo a favorecer as mudanças no cuidar, agir, enfrentar as dificuldades, ter autonomia e confiança. A participação dos profissionais nesse processo é fundamental, as unidades básicas de saúde precisam oferecer ações e programas baseados em cuidado humanizado visando atendimento de qualidade e digno, promovendo o bem-estar a esses indivíduos que sofrem diversas alterações psicológicas e doenças ao longo do envelhecimento. O acolhimento deve-se iniciar no primeiro contato desde a recepção, durante e após a finalização do atendimento.

ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA HUMANIZAÇÃO

A atuação das equipes de saúde diante do idoso é considerada um desafio, pois envelhecer consiste em muitas mudanças físicas e psicológicas, sendo conveniente ter conhecimento das particularidades desse grupo, conhecer a cultura, religião e a família, para realizar um planejamento assistencial efetivo que envolva não só o usuário, mas a família deve ser envolvida nesse cuidado e acolhida de forma humanizada. Os profissionais desta área devem receber constantemente atualizações



qualificadas a fim de melhorar suas habilidades para fornecer melhorias nessa assistência.

A equipe multidisciplinar deve atuar baseada em um cuidado interligado, favorecendo uma boa comunicação e objetivando estratégias para a cura ou reabilitação de doenças que muitas vezes limitam os idosos, por isso é tão necessário o apoio aos idosos, realizar ações de forma humanizada para minimizar os efeitos nocivos do comprometimento da saúde de pacientes e familiares, é notório os benefícios de uma assistência humana e personalizada na melhoria da qualidade de vida dessa população.

A pessoa na terceira idade tem suas peculiaridades e exige da equipe durante a atuação uma sensibilidade maior, para fortalecer o relacionamento, promover segurança, não agir com preconceito e saber lidar com situações de crises. A humanização nos serviços de saúde deve ter caráter permanente e gradual baseada na realidade de cada um, oferecendo compromisso e participação desse idoso seja em uma explicação, escolha do cuidado ou no tratamento estabelecido, prestando apoio familiar e respeitando as diferenças e autonomia.

O trabalho das equipes de forma sistematizada, acolhendo o idoso, estabelece uma melhor relação entre profissional e usuário, e é indispensável à empatia, entender as dificuldades da pessoa idosa, os medos, se colocar à disposição para entender os reais problemas apresentados, mostrando motivação em solucioná-los e resolutividade. Portanto de uma forma geral, deve-se haver um cuidado e uma atenção maior em relação a esse público, as equipes da atenção básica devem buscar satisfazer positivamente seus pacientes, melhorando suas dificuldades no seu dia a dia e ensinando a lidar com suas limitações para conforto e satisfação na saúde.

Referências

BERTAZONE, T. M. A. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. **Revista Rene**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 144-153, Jan./Fev. 2016.

FEITOSA, A.N.A. et.al., **Práticas de humanização para o Idoso na atenção primária à Saúde**. Ano 2016. 3(2):323-334.

FERREIRA et. al. Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário. **Rev. fundam. care. Online**, v.10n. 3, p. 669-674, 2018.

LIMA E.S, OLIVEIRA A.P.P, ESTEVES A.V.F. Cuidar do idoso na atenção primária de saúde: dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2018. Vol. 10 (1), 1395-1403.

MEDEIROS et. al. A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural**. V.4, n.3, p.43-56, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização** – Humaniza SUS. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nasemergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humaniza-sus> >. Acesso em 13 de junho de 2020.

OLIVEIRA M.R, RENATO P.V, Cordeiro H.P.C, Pasinato M.T. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis [Internet]**. 2016 [acesso em 17 jul. 2020];26(4):1383-94.

PEREIRA K.C.R, LACERDA J.T, NATAL S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cad Saude Publica** 2017; 33(4):1-16.

SILVA, R. S. et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 345-356, Jun. 2019.

SILVA et. al. Acolhimento ao idoso em unidades de saúde da família. **Rev Enferm. UFPE on line.**, Recife, v.12, n.8, p.2247-56, ago., 2018.

SILVA et. al. Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa: Cuidar é preciso**, v.10,2018.

VARGAS, O.W. **O Processo de Envelhecimento Humanizado**: uma reflexão sob a perspectiva dos idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito de Raposo, e estratégias vitais à manutenção da qualidade de vida. Ano de 2016.



CAPÍTULO 15

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA

**Jaqueline Miranda de Oliveira
Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira
Hugo Santana dos Santos Junior
Priscila dos Santos Bezerra
Maria Beatriz Miranda Alves
Carlos Jaime Oliveira Paes
Ariel Tavares Santiago
Mônica de Aguiar Moussallem
Luciana Constantino Silvestre**

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Viver e envelhece com saúde é o desejo de boa parte dos indivíduos acima de 60 anos de idade. Tal percepção acontece por conta do avanço progressivo da idade e com ela o interesse de ter saúde, liberdade, facilidade nas atividades diárias e aproveitar a vida tendo qualidade de vida acima de tudo. Envelhecer e saber envelhecer de forma saudável é aprendizados cumulativos que começam desde a juventude, tendo hábitos de vida saudáveis e mantendo-os ao longo dos anos (RODRIGUES et al., 2013).

O processo de envelhecimento não é patológico e não deve ser encarado como tal. Para muitas pessoas envelhecer é sinônimo de doença, invalidez ou incapacidade, contudo esse processo é natural, fisiológico e metabólico de mudança e de diminuição da capacidade funcional do organismo. De certo modo, o corpo humano começa a apresentar alguns sinais de desgaste e cansaço físico e mental, porém esse processo deve ser entendido como algo natural e necessário ao corpo, não tendo relação alguma com o aparecimento de doenças ou moléstias (DA FONSECA QUELHAS; FIGUEIREDO, 2014).

O envelhecimento população é cada vez maior e a compreensão dessa fase da vida leva à reflexão sobre o modo com que as pessoas em todo mundo estão vivendo e de que modo isso implica na longevidade das populações. Em todo mundo, principalmente nos países que estão em desenvolvimento às medidas para auxiliarem as pessoas a envelhecer e se manterem bem e saudáveis é um desafio que deve ser encorajado todos os dias, essa preocupação reflete no cenário de saúde pública o desenvolvimento de medidas sanitárias que visem o impacto que o envelhecimento funcional e saudável expressa positivamente em meio social (TEIXEIRA et al., 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve o envelhecimento e relaciona ao termo “ativo”, portanto envelhecimento ativo e saudável como base para o desenvolvimento de ações de saúde coletivas com intuito de promover saúde e prevenir agravos. Ressalta que o envelhecimento saudável é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida (SILVA, 2017).

De acordo com a OMS Em 2019, 16% da população da Região das Américas apresentava mais de 60 anos de idade. As expectativas são que esses dados só aumentem ao longo dos anos. Ressaltam que em 2030, 1 em cada 6 pessoas terá 60 anos ou mais e que em 2100, este dado seja ainda maior, estima-se que 36% da população terá mais de 60 anos (OMS, 2021).

Tais dados revelam o envelhecimento progressivo da população, com isso preocupação com a qualidade de vida dessas pessoas se faz necessária. Cuidados com a alimentação, esportes e lazer, aspectos sócio comunitários dentre outros fatores



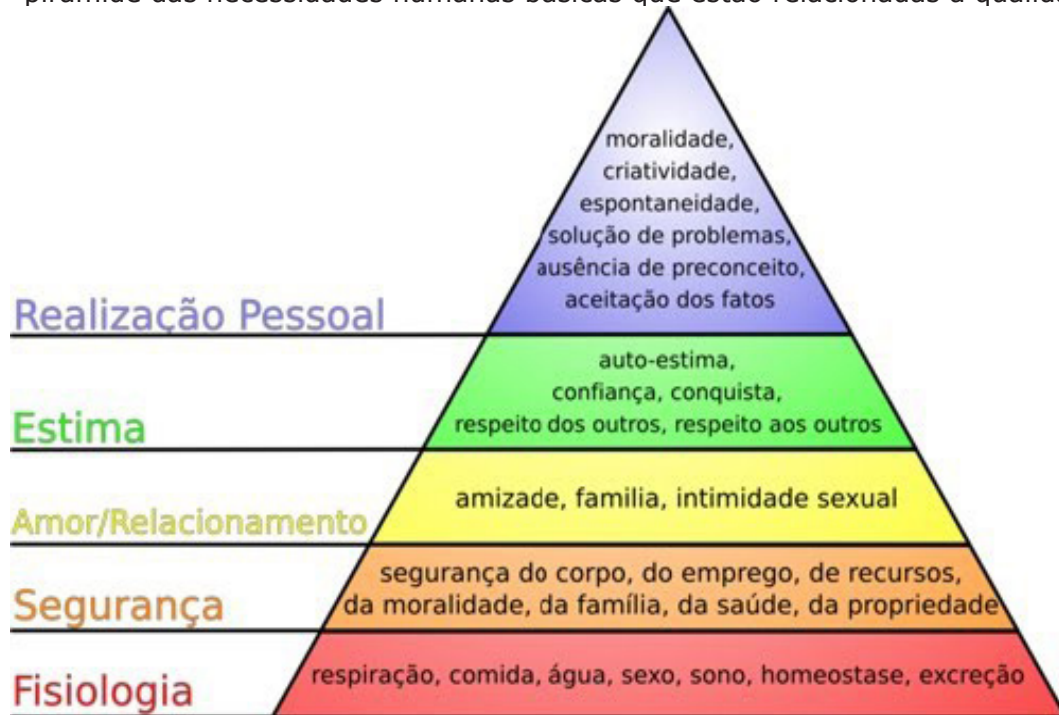
podem interferir de forma positiva ou negativa na relação entre idade e qualidade de vida (MOREIRA et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é um conjunto quanto “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, de seu entendimento no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus anseios, objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Todo esse processo envolve o pleno bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos e interações sociais, como convívio com a família, amigos e, também, acesso à saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (PEREIRA; ZUFFO; MOURA, 2019).

PRÁTICAS SAUDÁVEIS PARA QUALIDADE DE VIDA

O Processo para de conquista da qualidade de vida é subjetivo e individual, cada ser humano entende a qualidade de vida com a percepção singular do processo de vida e da estima e de sua auto-percepção no meio em que vive e da forma em que vive. Portanto, qualidade de vida deve estar intimamente ligada com o bem estar geral do ser humano e sua percepção de tudo isso, relacionando os fatores gerais e suas realizações pessoais com a conquista e realização das suas necessidades humanas básicas (LIMA et al., 2014; QUEIROZ, 2010).

Sendo assim, os conceitos de qualidade de vida não são estáticos e podem ser interpretados de diversas formas e com diversas faces. Contudo, sabe-se que os aspectos das necessidades humanas básicas perpetuando o cenário de construção subjetiva da percepção de qualidade de vida. Com isso, a pirâmide de Maslow descreve alguns pontos essenciais no desenvolvimento humano que interfere diretamente na qualidade de vida (VIEIRA et al., 2012). Figura 1 pirâmide das necessidades humanas básicas de Maslow.

Figura 1 – pirâmide das necessidades humanas básicas que estão relacionadas à qualidade de vida

Fonte: Ferreira; Dias (2017); Carvalho (2014).

Na pirâmide, Maslow descreve aspectos essenciais que estruturaram o ser humano, seu objetivo não foi relacionar tal instrumento aos aspectos contemporâneos de qualidade de vida, porém se observarmos o contexto geral das necessidades humanas básicas a relação intrínseca entre cada etapa e características, podemos relacionar de forma extremamente válida os aspectos básicos para a compreensão dos fatores que levam a implementação da qualidade de vida e sua percepção (CARVALHO, 2014).

Maslow estrutura áreas cruciais que devem estar em harmonia e pleno desenvolvimento para o alcance da qualidade de vida. Fatores fisiológicos devem estar em pleno funcionamento, segurança e estabilidade, amor e relacionamentos como suporte emocional e afetivo, estima para auto-percepção e bem estar psicológico, e por fim, a realização pessoal como sentimentos de felicidade e satisfação. Tais aspectos gerais em constante harmonia e pleno desenvolvimento podem influenciar na percepção e auto-avaliação da qualidade de vida em várias sociedades em todo mundo (FERREIRA; DIAS, 2017; CARVALHO, 2014).

Outro ideal é a apresentação de medidas a ser tomada para efetivação da saúde e consecutivamente a implementação da qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde Brasileiro (MS) apresentam várias medidas e passos que devem ser seguidos para se obter a tão sonhada e esperada qualidade de vida. Contudo, são recomendações e práticas que podem auxiliar a manter a saúde objetivando as conquistas pessoais e não representam práticas padronizadas ou modelos de vida, apresentando em 5 tópicos e passos os aspectos principais (PEREIRA; TEIXEIRA; DOS SANTOS, 2012). O quadro 1 apresenta os 5 passos para implementação da qualidade de vida de acordo com o Ministério da Saúde e OMS.

Quadro 1 – Qualidade de Vida em 5 passos

Passo 1	Adote hábitos saudáveis: alimente-se de maneira saudável; não fume; evite café e bebidas alcoólicas em excesso; não dirija após ingerir bebida alcoólica; procure dormir 8 horas diárias; faça atividades esportivas e de lazer regularmente; resolva problemas de forma racional, encarando-os positivamente; administre seu tempo realizando uma atividade de cada vez; cultive o bom humor.
Passo 2	Trabalho: programe e tire férias anuais; não leve serviço para casa; mantenha o ambiente de trabalho limpo, iluminado, ventilado, sem cigarros, poluição ou barulho excessivo; em momentos de tensão faça um relaxamento com respiração lenta e pausada.
Passo 3	Esporte e lazer: faça 30 minutos diários de atividade física, de forma contínua; suba e desça escadas em vez de usar elevador; nos momentos livres faça caminhada, pratique esportes, dance; escute música; faça passeios ao ar livre; saia com amigos e família; reserve um tempo só para você. Atividades físicas proporcionam benefícios físicos e psicológicos, tais como: controle do peso corporal; controle dos níveis de glicose, de colesterol, da pressão arterial; melhora da mobilidade das articulações; aumento da densidade óssea (previne a osteoporose); aumento da resistência física; ajuda no controle da depressão; melhora a qualidade do sono; mantém a autonomia; evita o isolamento social; alivia o estresse; aumenta o bem-estar; melhora a auto-imagem e a auto-estima. Lembre-se: antes de iniciar a prática de exercícios físicos, procure orientação profissional e passe por uma avaliação médica.
Passo 4	Cuidado com o sol: busque as horas mais frescas do dia e evite exposição prolongada ao sol; use sempre protetor solar nas áreas expostas ao sol; use óculos escuros e roupas claras, chapéu ou boné para proteger-se.
Passo 5	Alimentação: faça, no mínimo, cinco refeições ao dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche e jantar); coma frutas, legumes e verduras variados diariamente; evite refrigerantes e salgadinhos; beba pelo menos dois litros (6 a 8 copos) de água por dia; faça as refeições em ambiente calmo e nunca assistindo televisão; evite comer em excesso quando estiver nervoso ou ansioso.

Fonte: Brasil (2013).

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Qualidade de vida em 5 passos**. Acesso: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html. Em: 15 de maio de 2021.
- CARVALHO, R. J. (2014). Psicologia Organizacional e Teorias Motivacionais. **Ágora**, 10(19),10-14.
- DA FONSECA QUELHAS, Maria de Fátima; FIGUEIREDO, Barbosa. **O envelhecimento humano**. Edições Vieira da Silva, 2014.
- FERREIRA, Geovani Batista; DIAS, Cátia Castro. A importância da qualidade de vida no trabalho e da motivação dos colaboradores de uma organização. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, n. 2, p. 30-43, 2017.
- LIMA, I. P. et al. **Percepções sobre qualidade de vida de idosos residentes do município de Picuí-PB**. 2014.
- MOREIRA, Natália Boneti et al. Qualidade de vida. **Revista Brasileira De Educação Física E Esporte**, v. 33, n. 1, p. 107-114, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Envelhecimento Saudável**. Acesso: <https://www.paho.org/pt/topicos/envelhecimento-saudavel>. Em: 05 de junho de 2021.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; DOS SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PEREIRA, Gislaine Cristina; ZUFFO, Sílvia; MOURA, Eliana Gonçalves. Juventude e qualidade de vida. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2019.

QUEIROZ, Gleicimara Araujo. **Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência**. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei, 2010.

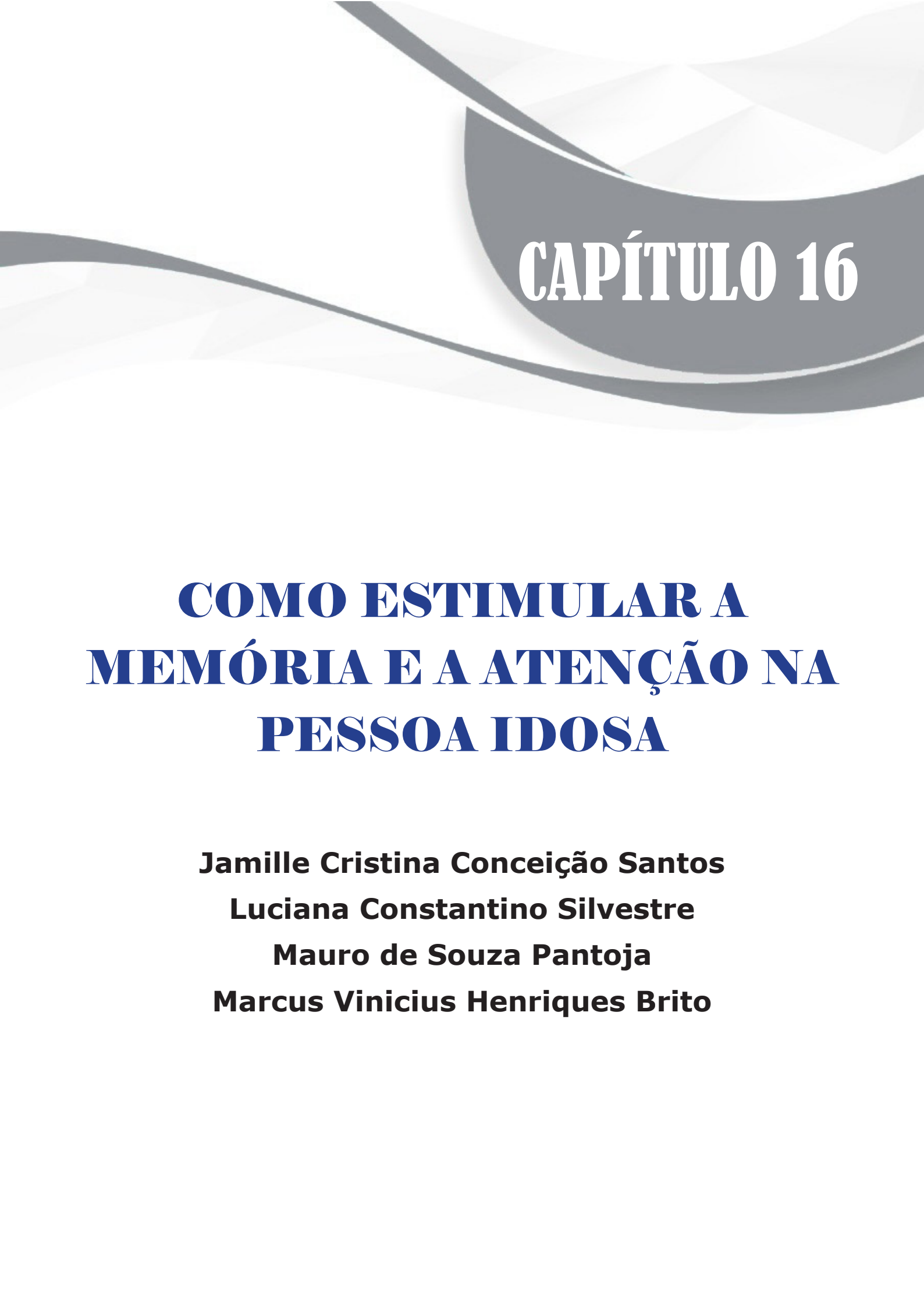
RODRIGUES, Claudia Flores et al. **Por uma percepção multiangular: a inserção da discussão sobre o envelhecimento na escola da vida e na vida da escola**. 2013.

SILVA, Daiane Pereira Pires. **Ações de educação em saúde para o envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa**. 2017.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Tese de Doutorado.

VIEIRA, Kay Francis Leal et al. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 2012.





CAPÍTULO 16

COMO ESTIMULAR A MEMÓRIA E A ATENÇÃO NA PESSOA IDOSA

Jamille Cristina Conceição Santos

Luciana Constantino Silvestre

Mauro de Souza Pantoja

Marcus Vinicius Henriques Brito

INTRODUÇÃO

Pequenos episódios de perda de memória podem ser comuns entre pessoas idosas. Levantamentos e estudos na área de neurologia apontam que, em média, 70% dos indivíduos com mais de 60 anos reclamam de dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas (BORN, 2008).

Entretanto, considerando que os quadros depressivos e as doenças cerebrais degenerativas afetam a cognição, estas queixas merecem atenção (BOTTINO; ÁVILA, 2006).

Conforme Jonaitis et al. (2013), dentre as diversas alterações fisiológicas oriundas do processo natural de envelhecimento, a exemplo do processo de atrofia cerebral, dilatação de sulcos e ventrículos e a perda de neurônios, componentes relevantes para a manutenção da capacidade cognitiva, em destaque, a memória, elemento que está intimamente envolvida na funcionalidade e na participação do idoso na sociedade.

HABILIDADES COGNITIVAS E PREJUÍZOS FUNCIONAIS

Dentre as habilidades cognitivas mais afetadas, estão à atenção, a memória, a percepção, a linguagem e a tomada de decisões que também podem estar comprometidas pelo avanço da idade (GLISKY, 2007).

Segundo Leal et al. (2020), os prejuízos funcionais decorrentes das queixas de memórias podem acarretar nos idosos a perda da autoestima, sentimento de inutilidade, isolamento social, familiar e desencadear o aparecimento de outras doenças, a exemplo dos transtornos de ansiedade e depressão. Pesquisas científicas sugerem que as falhas advindas da memória e o envelhecimento é um fenômeno inato do processo natural da senescência, apesar de ainda não haver estudos conclusivos sobre o comprometimento cognitivo se tratar de um fato inexorável do envelhecimento ou se é oriundo de um fenômeno multifatorial que resulta de um decréscimo de estímulos sociais, psicológicos e biológicos. Bem como essas alterações cognitivas podem ocasionar o surgimento de doenças crônico-degenerativas, levando a dependência nas atividades cotidianas.

A dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados. Entretanto, hábitos inadequados, como a inatividade física, podem antecipar e agravar os declínios provenientes do processo de envelhecimento, prejudicando a qualidade de vida. Isso justifica a implementação de programas e práticas que promovam o envelhecimento saudável, em termos de aumento de participação e de redução de custos com cuidados (SOUZA; CHAVES, 2005).

Diante das alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, a atividade física aparece como uma possível forma de retardar declínios funcionais, diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Sendo assim, a relação da atividade física com a saúde, a qualidade de vida e o envelhecimento vem sendo alvo de pesquisas científicas da atualidade (CORDEIRO et al., 2013).

IMAGEM CORPORAL E AUTOESTIMA

A atividade física regular é fundamental para o envelhecimento saudável, diminuindo o risco de aparecimento de muitas doenças e problemas de saúde comuns na terceira idade. “A autonomia do idoso e sua qualidade de vida está direta e indiretamente dependente do seu nível de aptidão física” (VANFRAECHEM, 2005).

As atividades físicas podem contribuir na imagem corporal e autoestima de idosos, pois são fatores de restauração da saúde, propiciando maior equilíbrio. Vários estudos afirmam que a prática de atividade física e exercício pelas pessoas com mais de 60 anos, contribui para a mudança de sua atitude, tanto física quanto mental. O que comprova que movimentar-se é um propiciador da autonomia e do bem-estar do idoso, confirmando a necessidade da criação e desenvolvimento de programas de atividades físicas, específicos para as demandas do público da terceira idade (MACIEL, 2010).

Horta (2006) acrescentou que devemos sempre ter em conta as atividades que vão para além da prática desportiva, de lazer ou competitiva, pois atividades diárias como jardinagem, caminhadas, subir e descer escadas, danças e jogos são atividades físicas importantes no dia a dia dos idosos. Contudo, atualmente o cérebro também precisa de exercícios para manter a forma e responder rapidamente quando solicitado.

Costa (2014) destaca que “o nosso cérebro é semelhante aos nossos músculos que se fortalecem com sua utilização, ou seja, com exercícios físicos e ginásticas cerebrais. Os exercícios mentais e físicos liberam endorfinas, que são neuromoduladores cerebrais responsáveis pela sensação de bem-estar pós-atividade física. Práticas psicomotoras estimulam o cérebro; as atividades físicas estimulam, estabilizam e protegem o condicionamento intelectual. O cérebro vai se modificando com o tempo, a memória tem a capacidade de descartar dados considerados irrelevantes e resgatar dados praticamente perdidos quando eles se tornam cruciais”.

Estudos anteriores (Willis et al., 2006; Yassuda et al., 2006) sugeriram que o treino de memória pode promover mudanças no funcionamento cognitivo em idosos e colaborar para manter sua funcionalidade e independência.

A Estimulação Cognitiva e Motora (ECM) é um método muito dinâmico, total-

mente interativo e lúdico que objetiva a melhoria no desempenho cognitivo e motor dos seus participantes, levando-os a melhorar sua performance na execução das atividades de vida diárias (AVDs). É constituído de atividades e jogos diversos que envolvem tarefas simultâneas (duplas tarefas), trabalhando funções cognitivas associadas às motoras, a fim de desenvolver as seguintes habilidades: atenção, concentração, equilíbrio; memória; lateralidade, tônus, ritmo, percepções (espacial, visual, auditiva, olfativa, tátil e gustativa); coordenações motoras (global e fina); organização espaço-temporal, raciocínio e sequência lógica (ALVES, 2013).

Segundo Muniz (2014), “o cérebro é comparado ao músculo que, quando estimulado, cresce, desenvolve-se e torna-se saudável. Caso contrário, ele encolhe e atrofia”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intervenções de memória, com o objetivo de melhorar o desempenho em tarefas mnemônicas são importantes para a funcionalidade do idoso, como lembrar-se de tomar remédios, de pagar as contas, de preparar refeições balanceadas, e podem contribuir para a independência do idoso e diminuir riscos de institucionalização (SOUZA e CHAVES, 2005).

Conforme Born (2008), o idoso deve ser sempre estimulado a realizar diferentes tarefas, pois tudo que se aprende de novo é um estímulo para a memória. Existem tarefas simples que o cuidador pode utilizar para exercitar a atenção e a memória do idoso: faça com que tenha um despertar diferente; procure fazer com que o idoso se mantenha tranquilo; concentre a pessoa na leitura; relembre fatos; procure socializá-la; relembre o dia.

Dessa maneira, pessoas idosas que fazem atividades estimuladoras da mente estão menos propensas a desenvolver distúrbios de memória e mais favoráveis a envelhecer bem. O estímulo mental melhora a capacidade de atenção e a velocidade e flexibilidade de aprendizagem. As atividades devem ser inseridas de acordo com seu nível cultural (BORN, 2008).

Referências

- ALVES, FÁTIMA. **A psicomotricidade e o idoso** – uma educação para a saúde. Wak editora, 2013.
- BORN, TOMIKO. **Cuidar melhor e evitar a violência** – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330p.; 30 cm.
- BOTTINO, C.M.; ÁVILA, R. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Rev Bras Psiquiatr.** 2006;28(4):316-20.



BRITO, V. V.; MANHÃES, A. G.; FRANÇA, A.; MARINS, M. Avaliação do Programa de Treinamento para Memória de Trabalho em Idosos. Artigo Original • **Codas** 31 (3) • 2019. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018089>.

CORDEIRO, J.; CASTILLA, B. L.; FREITAS, C. S.; GONÇALVES, M. P. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2014; 17(3):541-552.

GOMES, E.C.; SOUZA, S. L.; MARQUES, A.P.; LEAL, M.C. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6):2193-2202, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.24662018.

HORTA, L. (2006). **A falta de exercício físico “mata” o coração**. Consultado pela última vez em 24 de Agosto de 2021. [On line] www.FPC.pt – fundação portuguesa de cardiologia.

JONAITIS E, LA RUE A, MUELLER KD, KOSCIK RL, HERMANN B, SAGER MA. Cognitive activities and cognitive performance in middle-aged adults at risk for Alzheimer’s disease. **Psychol Aging** 2013; 28(4):1004-1014.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.

MUNIZ, I. **Neurociência e os exercícios mentais**: estimulando a inteligência criativa na prática pedagógica. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2014.

SOUZA JN, CHAVES EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Rev Esc Enferm USP** 2005;39(1):13-9.

VANFRAECHEM, J. (2005). Atividades Físicas e terceira idade. Aspectos fisiológicos. **Fórum de Psicologia do Desporto 2005** – Conferência – FMH.

WILLIS, S. L., TENNSTEDT, S. L., & MARSISKE, M. (2006). Longterm effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. **Journal of the American Medical Association**, 299(23), 2805-2814.

YASSUDA, M. S., TAVARES-BATISTONI, S. S., FORTES, A. G., & NERI, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19(3), 470-481.



CAPÍTULO 17

A IMPORTÂNCIA DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Lucas Altino de Sousa
Luciana Constantino Silvestre
Ivete Furtado Ribeiro Caldas

INTRODUÇÃO

O Brasil está se tornando um país de idosos. Uma singularidade para este público específico é o tempo, que hoje está tendo uma expectativa de vida maior dada a sua longevidade. O número de idosos é maior do que o número de natalidades, e diante desta constatação cabe-nos uma pergunta? Quem são os idosos no século XXI? A terceira idade tornou-se um espaço de pesquisa e de reflexão tanto por parte de políticas públicas como de atenção de especialistas em diversas áreas de conhecimento. O presente artigo pretende demonstrar a importância da religiosidade na terceira idade e qual é a relação estabelecida com a prática médica.

Usaremos como reflexão a literatura específica do objeto de estudo em questão, bem como de dados estatísticos publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a legislação específica da temática em questão relacionando ao tema proposto para ser debatido neste pequeno artigo.

O presente artigo tem como finalidade debater a importância da religiosidade e da espiritualidade na terceira idade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a terceira idade é classificada como a faixa etária dos indivíduos que possuem mais de 60 anos. Partimos do pressuposto de que existe uma relação pré-existente entre religiosidade, espiritualidade, as crenças e a saúde estão presentes em algum momento de vida do indivíduo. A depender da nossa crença e da nossa fé podemos acreditar que essa relação pode acontecer. Queremos realçar a importância da questão humanizada dentro do processo de atendimento à saúde e sua relação intrínseca entre a religiosidade e a espiritualidade na terceira idade. O papel da família no processo de envelhecimento do idoso é muito importante.

O cuidado diferenciado com os idosos precisa ser trabalhado nas relações familiares no sentido de oferecer um acompanhamento mais próximo, qualificado e presente dos familiares em prol da qualidade de vida e bem estar dos idosos, respeitando suas idiossincrasias e momento de vida. A solidão é recorrente nessa fase da vida e a família pode dar um suporte nesse sentido (DIAS; PEREIRA; MIRANDA; SILVA, 2020, p. 4)

A revisão de literatura que apresentamos neste artigo está baseado na perspectiva existencialista conforme apresenta Frankl e Merleau-Ponty. Os autores conseguem dar significado ao que foram captados pelos sentidos que cercam os indivíduos, ou seja, o fenômeno em que está imerso determinando a situação contexto dentro do processo de tratamento. A relação com o sagrado, a expressa relação entre o "Eu" com o "Tu" eterno é explorado pela abordagem existencialista, que pode ser entendida como religiosidade.

A lógica dentro desta relação é eu tenho mais fé, eu tenho mais espiritualidade, eu tenho mais saúde, mas a ciência tentou estudar essa relação, ela procurou encontrar a persistência da fé, da espiritualidade, do indivíduo ter crenças muito forte, e a possibilidade de ele ficar mais doente, e de o indivíduo ter mais problemas de saúde. Religião e saúde é o tema que está na ordem do dia, segundo o

doutor Luiz Eugênio Garcez Leme a espiritualidade faz diferença no conceito de saúde. Portanto, há uma correlação existente entre religião e saúde durante a terceira idade.

Segundo Anita Liberalesso Neri (1993) publicou o livro denominado *Qualidade de Vida e Idade Madura*, publicou um capítulo de livro intitulado *Tudo bem, graça a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice* dedicam-se a se um estudo de saúde quando se comparam grupo de idosos que não tem vida religiosa e que tem vida religiosa os indivíduos que têm uma prática religiosa ativa possuem uma série de benefícios psicológicos, de qualidade de vida refletindo não somente na qualidade de vida, mas também interferindo na quantidade de vida das pessoas.

Evidências científicas apontam que os indivíduos que possuem uma determinada religiosa podem ser inseridos no meio social, ajudam nos trabalhos sociais da comunidade religiosa no qual estão envolvidas, apresentam um apoio psicológico bastante interessante dentro do processo de tratamento quando vem a ter problemas relacionados à saúde.

Outro aspecto levantado pelo doutor Luiz Eugênio Garcez Leme nos indagando durante o Programa em Família a seguinte perspectiva: o que a ciência nos diz sobre fazer oração para alguém que está doente pode trazer algum benefício? Verificou-se que um grupo de oração rezando por alguém enfermo evoluiu bem melhor no seu tratamento.

Partimos do pressuposto do impacto que a ciência constatou na relação entre a espiritualidade e a religiosidade mediante os impactos na vida cotidiana, principalmente relacionadas aos três aspectos que são elas: as doenças cardiovasculares, as doenças cancerosas (ou denominadas de doenças neoplásicas) e as doenças que se tem o controle da dor. Dessa forma, o presente capítulo tem por objetivo apresentar a revisão de literatura sobre o processo de humanização de atendimento à saúde e sua relação com a espiritualidade na terceira idade. O presente artigo insere-se dentro do campo de pesquisa da Gerontologia.

Gerontologia é a grande área de estudo que abarca os processos de envelhecimento, entendendo-os nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. A Geriatria é a especialidade médica que está contida na Gerontologia. A prática gerontogeriátrica tem o foco na interdisciplinaridade priorizando a dignidade, respeitando os direitos e as diretivas antecipadas da vontade, visando qualidade de vida e de morte (SBGGRJ).

Portanto, a Gerontologia é uma área multidisciplinar que pode ter profissionais diversos ligados a Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Direito, etc., atuando na intenção de lidar com as questões relacionadas ao envelhecimento e a velhice, tendo como finalidade olhar esse campo de atuação e ação de forma interdisciplinar dentro da prática médica.



UMA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: NOVAS PRÁTICAS MÉDICAS

Foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização, havia uma preocupação do Sistema Único de Saúde (SUS) de construir uma prática de saúde pública que estivesse no centro do processo social as seguintes características o acolhimento, o vínculo e a valorização dos usuários do sistema (ZÜGE, 2012).

De acordo com Puccini e Cecílio (2004) a questão da humanização predispõe que a prática médica deve ter como princípio uma base humanística e ética, que valorize o cuidado da assistência à saúde com base nos valores sociais inerentes à condição humana, elas preconizam que a responsabilidade prioritária do serviço médico é a valorização do ser humano.

Nessa mesma perspectiva podemos perceber as intenções de Cesário (2018) quando admite que a humanização leve o indivíduo a uma virada de paradigma dentro das práticas médicas, pois, a humanização tem sua preocupação voltada para os profissionais de saúde e seus usuários, especialmente os idosos, devido as condições de saúde que eles apresentam, e pelo feito de que no Brasil segundo as estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de envelhecimento da população brasileira superou a quantidade de 30,7 milhões de pessoas durante a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

A humanização do atendimento tornou-se um elemento central dentro das práticas médicas, pois, elas geraram uma reorganização dos processos de trabalho em saúde, e conseqüente levando em consideração outros fatores para além da técnica como novas formas de produzir e prestar serviços à população. Espera-se de acordo com a Política Nacional de Humanização que outras instâncias colegiadas, a valorização e participação integrada de novos atores o trabalho em equipe e a democratização dos processos decisórios levassem a construção de uma responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. Nesse contexto, tornou-se fundamental a participação de profissionais da saúde na elaboração de planos e ações (BRASIL, 2010).

No contexto pandêmico percebemos a importância da prática médica de forma humanizadora, pois, leva a construção de uma política de humanização com diversos desafios, atendendo a demanda dos diversos brasis para este público específico: os idosos. A lei nº 8.842, publicada no dia 4 de janeiro de 1994, assim define que o idoso é qualquer indivíduo que possui 60 anos ou mais, bem como realçado pela Constituição Federal de 1988 que garante ao idoso a proteção do Estado brasileiro na garantia dos seus direitos, por exemplo, podemos mencionar que seja assim resguardada a sua dignidade e a proteção integral as suas necessidades específicas como estabelecem o Estatuto do Idoso, defino ela lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, onde a referida lei argumenta que:

Art. 2º - O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Portanto, cabe ressaltar que o Estado brasileiro assume o papel de construir uma política voltada para o atendimento de qualidade ao idoso dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na atenção primária, e coloca como elemento central o estímulo a um envelhecimento ativo e saudável entre a população brasileira, promovendo dentro do Estado o desenvolvimento de práticas de saúde que sejam adequadas a cada indivíduo.

Partindo desse breve relato de legislações legais, cabe-nos aqui neste artigo compreender como podemos construir práticas médicas humanizadoras que levem em consideração das subjetividades dos indivíduos nesta faixa etária de saúde? Qual a influência da relação espiritualidade e religiosidade na consolidação de uma prática médica humanizadora? São evidências que queremos responder nas próximas sessões.

RELIGIOSIDADE, TERCEIRA IDADE E PRÁTICA MÉDICA NO CONTEXTO ATUAL

Apesar dos avanços na legislação brasileira em relação ao idoso percebemos que ainda existem desafios a superar. Pois, tem-se educado a sociedade para conviver com o idoso dentro da sociedade pós-moderna, se por um lado a longevidade tornou-se um aspecto interessante digamos que na mesma moeda encontramos a falta de humanização no tratamento do idoso seja no ambiente familiar, seja relacionado nas práticas médicas conforme destacam as perspectivas direcionadas pela Fundação Oswaldo Cruz.

O meio urbano não fornece instrumentos para que o idoso possa circular na cidade, ou seja, ele não possui o direito à cidade. Não se tem calçadas adequadas, o que favorece as quedas frequentes nesta etapa da vida. Os pisos irregulares facilitam com que o idoso caia e frature determinado órgão do corpo humano. No entanto, cabe-se ressaltar que outro desafio são as doenças crônicas que afetam 75% dos brasileiros com mais de 60 anos, conforme demonstra as estatísticas da Fundação Oswaldo Cruz. Associadas a esse diagnóstico, as doenças mais comuns entre os idosos podemos citar a hipertensão, a diabetes e o colesterol alto. Os especialistas admitem que a falta de uma companhia agrave os problemas de saúde entre os



idosos na população brasileira.

Os idosos em sua maioria possuem uma visão de mundo, e estão imersos dentro de uma dada religiosidade. A espiritualidade não pode ser vista como uma prática aversa a que deve ser exercida dentro da medicina. Possuem finalidades diferentes, possuem perspectivas de lidar com o indivíduo nesta faixa etária de sua vida. Portanto, do ponto de vista científico tanto a espiritualidade que é uma prática de ser e estar no mundo, como a religiosidade que é sua concepção de fé, as duas possui uma forte influência sobre a pessoa idosa. No entanto, cabe-se destaca que não tem se a finalidade de pregar uma determinada visão de mundo para a pessoa idosa, não é essa a nossa finalidade quando se associa a prática humanizada com a questão da religiosidade ou espiritualidade na terceira idade.

O papel da prática humanizadora é auxiliar no processo de tratamento do idoso de acordo com determinado diagnóstico, por exemplo, um idoso que descobre que possui um câncer ou qualquer outra doença que leve o indivíduo a recorrer diversos caminhos para que o seu tratamento seja eficaz. O papel da prática médica nesse contexto é levar com que o idoso não entre em processo de tristeza que o leve a depressão. O papel do profissional é resgatar no idoso todo o sentimento de religiosidade que ele possui isso cabe se ressaltar independente da religião que ele possui, porque o profissional não pode influenciar a ter determinada prática religiosa seja católica, protestante, candomblecista, kardecista, budista, etc., mas temos o papel de incentivar o idoso a retomar determinada prática religiosa no seu tratamento de saúde.

Segundo Gutz (2013) as práticas religiosas trazem benefícios para as pessoas idosas, mas o que envolve a religiosidade no processo de prática médicas? E não influenciar o idoso a ter uma relação mística com a fé a partir de uma religião? A religiosidade é algo maior, algo grandioso que pode ser deus, que pode ser a natureza, podendo ser uma energia, enfim, podendo ser algo que transcende a humanidade, e com isso, espera-se que ele resgate a sua própria crença durante o processo de recuperação de sua saúde.

O pertencimento de religiosidade do indivíduo irá ajudar ele em determinado aspecto no processo de tratamento de restabelecimento de sua saúde. Todas as religiões possuem uma explicação para a morte, mas não é o caso entrarmos nesse assunto neste artigo. No entanto, cabe-se ressaltar que os idosos possuem uma determinada crença em relação a morte, e cada religião possui sua especificidade em lidar com a morte, e essa explicação de como encarar a morte. O idoso nesse contexto irá se vincular a uma religião e encontrará uma resposta mais favorável para ele.

Pois, quando envelhecemos fica muito intenso o medo da morte. A aproximação entre envelhecer e morrer torna-se elementos pautados na vida cotidiana do idoso. Os estudos científicos como apresentam destacam que se não acontecer nenhum acidente ou nenhuma doença, o que irá aproximar a gente da morte? A nos-

sa idade. A seleção natural da vida é quanto mais velha estivermos, mais próximos da morte estaremos. O idoso pode morrer de velhice, por exemplo, mas o fato é que não existem seres humanos eternos, o ser humano pode envelhecer e morrer.

A consciência de aproximação com a morte, a perspectiva de um futuro mais reduzido, de tendências de revisões da vida podem ser fatores que estejam estressando o idoso. No entanto, outros fatores podem contribuir para aumentar a proximidade com a morte, por exemplo, se o idoso tem alguma doença ou se ele tem alguma limitação que pode levá-lo a morte, se ele tem uma dependência de outras pessoas ou financeira, se o idoso teve perdas, especialmente a mulher idosa que teve muitas perdas ao longo da vida, pois, o idoso é um sujeito social que teve muitas perdas ao longo da vida, muito mais do que os jovens, e unindo-se a isso a falta de desenvolvimento espiritual e religioso, será algo muito estressante para o idoso. Podendo com isso causar muitas complicações, e com isso, precipitar doenças no idoso.

Por outro lado, a religiosidade pode trazer alguns benefícios para o idoso, podemos citar a sensação de bem-estar através da religião, pois, o idoso terá recursos para se adaptar a esse processo de envelhecimento para que ele se adapte as perdas que ele terá ao longo da vida, e pode também desencadear uma proteção no idoso com relação as questões emocionais e de adquirir outras doenças ao longo do processo de envelhecimento, e com isso, retardando o processo de pensamento de morte do idoso. A saúde mental que foi preconizada pela Política Nacional da Humanização foi esboçada pela Salimena, Ferrugini, Melo e Amorim (2016, p.2) como “um estado em que o indivíduo consegue manter-se em harmonia consigo e nas relações sociais que estabelece, apesar das adversidades cotidianas”. Todavia, quando as pessoas convivem de modo desequilibrado em sociedade, incapazes de converter suas possibilidades em realidades, têm-se caracterizada a doença mental.

O profissional da saúde tem que estar atento a questão da saúde emocional e espiritual do idoso durante o processo de tratamento, ela acaba tornando um elemento adicional importante com vistas a qualidade integral do indivíduo durante o processo de tratamento como apresentam Dias, Pereira, Silva e Miranda (2020, p. 14) quando argumentam:

A atenção aos idosos institucionalizados requer do profissional de saúde a inclusão de estratégias de intervenção voltadas para a saúde emocional e espiritual dessa clientela com vistas ao provimento de um cuidado integral de qualidade que contribua para o fortalecimento da saúde mental, espiritualidade e sentido da vida, como contribuição para o pleno exercício da cidadania e da autonomia dessa clientela institucionalizada.

Portanto, podemos considerar que a religiosidade agrega no idoso a percepção dos sentidos da vida, que ele possa encarar a morte e a vida com outros olhares a partir de uma determinada ótica. Conforme apontam Guimarães e Avezun (2007) quando explicando que a espiritualidade e a religiosidade possuem um



enorme impacto sobre a saúde física do ser humano, elas são consideradas como fatores de prevenção ao desenvolvimento de diversas doenças.

A Organização Mundial da Saúde (1988) define a espiritualidade sendo o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (BRASIL, 1988, p 65).

De acordo como a perspectiva Frankliana todo o ser humano tem o seu valor, e cabe a ciência médica aliar suas práticas com a religiosidade para poder demonstrar ao indivíduo essa perspectiva, argumento que se deve viver a vida com sentido e tendo a finalidade de se chegar a sua finitude com dignidade.

O papel da espiritualidade pode ser assim definido, a espiritualidade como promotora de renovação, plenitude e felicidade estrutura-se em torno do bem-estar subjetivo, na autonomia, a independência, a criatividade; em ser capaz de estabelecer metas e ter meios para executá-las; na estratégia de enfrentamento dos desafios da vida; agir de acordo com os valores interiores, da consciência; ter expectativas individuais ou motivacionais, ser alegre, contente e procurar superar a ansiedade, as angústias; gostar do ambiente domiciliar e cultivar a amizade; saber lidar com as perdas e exercer a resiliência; ter crenças pessoais e ser capaz de exercer o autocuidado até próximo da morte. (FACCIO; PICHLER; SORTEGAGNA, 2018, p. 309)

Como demonstra Pessini que afirma que no novo milênio a universidade e a ciência foram surpreendidas pelo “renascimento da religião”, ou seja, estamos afirmando que não podemos ignorar a presença da religiosidade dentro das práticas médicas, pois, essa emergência abrangem todos os âmbitos da vida humana. Conforme demonstra Vitorino (2012):

Diante disso, a espiritualidade e/ou religiosidade são estratégias frequentemente utilizadas pelos idosos como reduto de segurança durante a exposição a situações estressantes, como problemas com a família, doenças, consciência da finitude existencial e do contexto da institucionalização, que, muitas vezes, ocorre contra a vontade do idoso.

Conforme destaca Vera Almeida (2014) no que se refere a religiosidade e a velhice, conferir sentido à vida, proteger, agradecer, promover satisfação e bem-estar, entre outros, constituem algumas das razões que levam homens e mulheres, jovens, adultos e idosos de diversas etnias, raças e condições sociais, a se relacionar com o que se situa além de realidades sensíveis, com o sobrenatural, ou seja, com o sagrado, em qualquer significado que este pode assumir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratando-se de uma investigação que teve um caráter exploratório sobre a importância da religiosidade e da espiritualidade na terceira idade, onde fica a certeza da importância de novas “investidas” neste tema para compreender as diversidades regionais existentes no Brasil, no entanto, cabe-se entender e compreender no contexto pandêmico a importância e amplamente justificada diante do aumento da expectativa de vida e dos anos lúidos na condição de “velhos” (longevidade) e quais são os benefícios adquiridos pelo tratamento do idoso nesse contexto. A prática médica modificou e dentro desse contexto o papel do profissional da área da saúde também mudou, pois, agora observa-se a ampla relação saúde e qualidade de vida dentro do processo de tratamento de saúde mais humanizado.

Referências

- ALMEIDA, Vera Lúcia. Religiosidade e velhice. **Revista Anures**, Ano X, número 27, maio-agosto de 2014.
- BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm acessado em 24 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanisaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde – Brasília, 2010/. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf acessado em 24 ago. 2021.
- DIAS, Fábio; PEREIRA, Eliane; SILVA, Rose; MIRANDA, Rita. Sentido da vida e espiritualidade em idosos institucionalizados. **Research, Society and Development**, v. 9, n.6, e72962799, 2020.
- FACCIO, Lúcia; PICHLER, Nadir; SCORTEGAGNA, Helenice. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2018, 21 (3), p. 304-311.
- FRANKL, V. E. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da Logoterapia. (1 ed.). São Paulo: Paulus Editora. 2011.
- GOLDSTEINS, Lucila; NERI, Anita. Tudo bem, graça a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: Neri, Anita. **Qualidade de vida e idade madura**. Rio de Janeiro: editora Papirus, 1993.
- GUIMARÃES, H. P. & AVEZUM, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo),34(Supl.1), 88-94.
- GUTZ, Luiza. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo das representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2013, 16 (4), 796-804.
- IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agências IBGE Notícias. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1988). **Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis**: segunda conferência internacional sobre promoção da saúde. Genebra.
- SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro.
- VITORINO LM, VIANNA LAC. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. **Act Paul Enferm [Internet]**. 2012. 25(n. spec 1):136-42.



CAPÍTULO 18

DIREITOS HUMANOS DA PESSOA IDOSA

**Nayara Rocha de Faria
Luciana Constantino Silvestre
José Antônio Cordero da Silva
Kecyani Lima dos Reis**

INTRODUÇÃO

Uma transformação na faixa etária vem sendo acompanhada nas últimas décadas em escala global, gerando um impacto transversal em todos os setores da sociedade. Temos um aumento da longevidade e redução no índice de natalidade, que são os principais indicadores do envelhecimento populacional. A organização mundial da saúde considera o envelhecimento um processo não patológico de um organismo vivo, sendo individual, cumulativo, sequencial, universal e irreversível em todas as espécies. Impactando o indivíduo de forma biopsicossocial, mudando a dinâmica no mercado de trabalho e interação no meio em que está inserido. Estima-se que em 2050 a proporção de jovens abaixo de 15 anos será menor do que a de pessoas acima de 60 anos, em nível global.

Nos países desenvolvidos, o início da terceira idade começa a partir dos 65 anos e nos países emergentes a partir dos 60 anos de acordo com a classificação feita pela OMS. Existe uma disparidade significativa na forma de envelhecer em países de primeiro mundo e nos que estão em desenvolvimento. Neste último, gera uma sobrecarga e lentidão nos sistemas de atenção e saúde a pessoa idosa, tornando-se um desafio constante para os órgãos governamentais, desde a esfera municipal a federal, e para toda a sociedade que, segundo o estatuto do idoso, tem o dever de zelar pela vida, saúde, alimentação e dignidade dessa população.

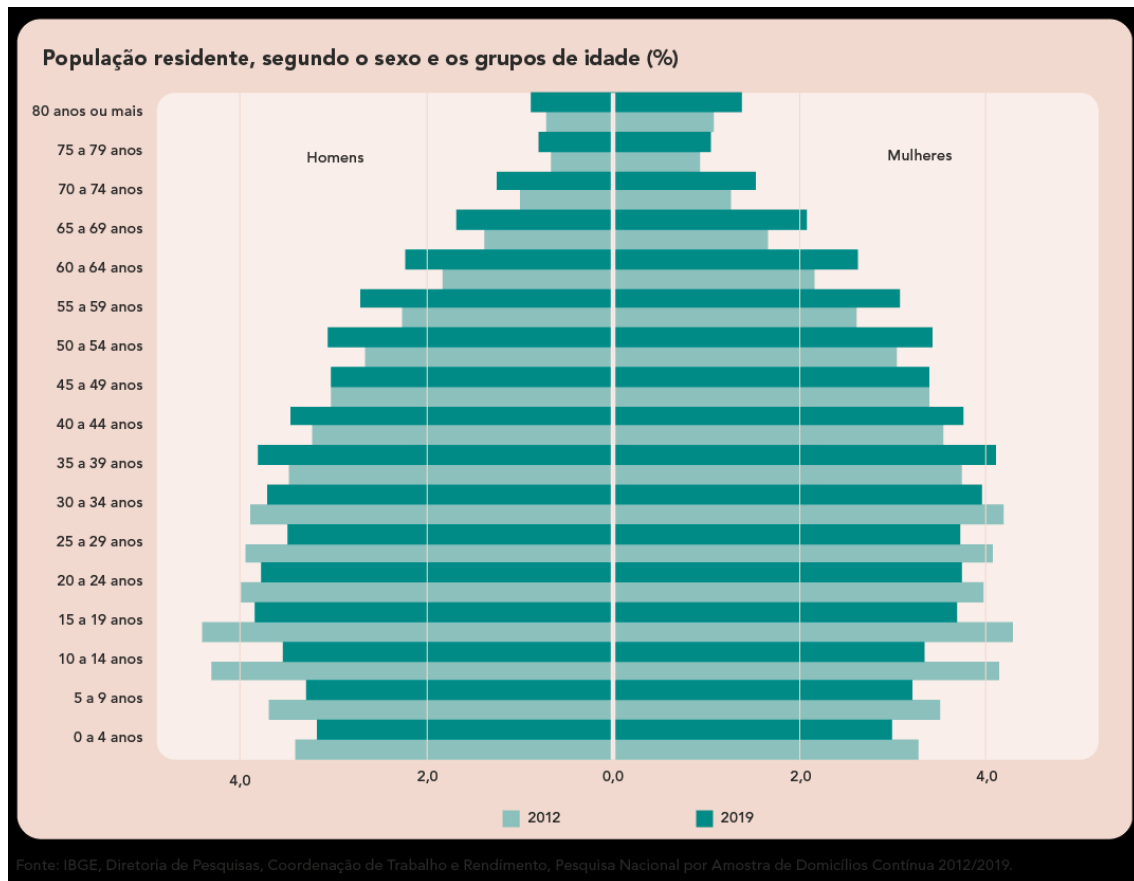
Em decorrência da transfiguração continua, senescência e senilidade são termos frequentes em estudos, profissionais e esferas governamentais que se dedicam a entender e promover ações a fim de tornar o envelhecer o mais saudável possível dentro da individualidade que é cada ser humano. O primeiro diz respeito ao processo natural, fisiológico do envelhecimento enquanto o segundo os fatores fisiopatológicos que surgem e/ou se agravam no decorrer da vida. Neste último, o cuidado está relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) capazes de alterar a funcionalidade do indivíduo idoso, tornando-se um questão de saúde pública.

Destarte, os impactos e desafios do envelhecimento da população brasileira, bem como as diretrizes, programas assistenciais e direitos garantidos para o indivíduo em processo senescente e senil é um desafio constante, visto que a desinformação sobre a saúde do idoso, suas peculiaridades e obstáculos do envelhecimento populacional no contexto social é colossal, sendo cada vez mais necessária a promoção de eventos, criação de programas assistenciais, treinamentos dos profissionais dos setores voltas ao atendimento destes, a fim de prover um contato humanizado para o idoso e seus familiares.

Há algumas décadas já observara uma alteração na pirâmide etária do Brasil, ou seja, o índice de natalidade e mortalidade está em desarmonia, levando assim a termos uma população cada vez mais idosa. Dessa forma, em Outubro de 2003, a fim de abordar questões de saúde, familiares, discriminação e violência, foi instituído pela Lei 10.741 o Estatuto do idoso, proposto para certificar que as



peças com idade de 60 anos ou mais tenham acesso a todos os direitos fundamentais ao ser humano, assegurando por lei as facilidades e oportunidades de preservar a saúde física e mental; proporcionando condições de manutenção do aperfeiçoamento intelectual, moral, social e espiritual com dignidade, segurança e liberdade tendo a participação de órgãos públicos e da família. Em decorrência do processo de envelhecimento da população brasileira, observada na figura abaixo, houve a necessidade da criação de leis para assegurar os direitos da pessoa idosa, além da criação da PNI (política nacional do idoso) para desenvolver, promover e garantir o bem estar na 3ª idade em 2009.



Munhol (2009) diz que o Estatuto é a forma legal de maior potencial no que diz respeito à regulamentação e proteção do direito do idoso. Ainda na lei 10.741, é ressaltada no artigo 3º a obrigação da família, comunidade, Poder Público e sociedade de garantir ao idoso com total prioridade a efetivação do direito à vida, saúde, respeito, convivência com a família e comunidade, alimentação, esporte, trabalho, lazer, cultura e cidadania. E, em parágrafo único, compreende ainda a prioridade garantida na elaboração e execução de políticas sociais e públicas específicas, tendo privilegio na destinação de recursos públicos voltadas para a proteção do idoso, tendo também atendimento preferencial individualizado e imediato em órgãos prestadores de serviço à população, seja privado ou público. Ensejando de forma alternativa a ocupação, participação e convivência do idoso com as demais gerações dessa forma, vários projetos em parcerias com instituições públicas e privadas são promovidos visando gerar mecanismos de informações educativas relacionadas aos aspectos biopsicossociais do envelhecimento para toda a sociedade.

Todos os setores sociais sofrem com essa nova e veloz dinâmica e a capacitação e reciclagem dos recursos humanos voltados para área de geriatria e gerontologia na prestação de serviços ao idoso deve ser constante para atendimentos personalizados. É de suma importância assegurar e priorizar a assistência do idoso por sua própria família, com exceção dos que não possuem ou são carentes de condições para manutenção da própria sobrevivência, estes garantindo acesso a rede de serviços de saúde e assistência social, sendo de responsabilidade dos gestores municipais, estaduais junto ao governo federal, bem como da sociedade viabilizar a assistência e promoção social.

O aumento da DNTCs (doença crônica não-transmissível) tem relação direta com o envelhecimento demográfico, ou seja, com início da inversão da pirâmide etária comprimindo o sistema de saúde desde a atenção primária quanto aos cuidados de longo prazo. Mesmo com a redução no número de internações decorrente da implantação de programas de atendimento primário, a cobertura do SUS (sistema único de saúde) mostra-se a sobrecarga e a necessidade de medidas efetivas e de curto prazo. Macinko et al 2010, ressalta que, houve uma redução nas internações de pessoas com 60 anos ou mais devido a acessibilidade a atenção primária através do programa de estratégia e saúde da família. As DNTCs não apresentam cura, entretanto uma intervenção precoce retarda e/ou reduz o grau de limitações decorrentes do estado senil. Contudo existe uma disparidade entre população que paga alguma cobertura de plano de saúde e a população dependente do sistema público de saúde é visível, visto que, para proporcionar melhor controle e tratamento da doença é preciso ter um diagnóstico preciso, dependendo assim da cobertura e da qualidade do serviço prestado. Desta forma, mesmo com a ampliação de programas direcionados para atender a população idosa, estes se mostram insuficientes devido ao número elevado de pacientes enquadrados nessa faixa etária.

O Ministério da Saúde incluiu, recentemente, a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde, decretando uma nova política nacional de saúde do idoso que visa no âmbito do SUS, assegurar atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional. A OMS enfatiza os principais obstáculos a serem enfrentados no mundo, relacionados ao envelhecimento da população no documento com abordagem multidirecional “Envelhecimento ativo: um marco para a elaboração de políticas”, destacando a importância da participação de vários setores para a criação e manutenção da saúde. Portanto, novas prioridades e ações da saúde devem ser estabelecidas para nortear as políticas de saúde contemporânea. Este é o conceito mais adequado, do ponto de vista de saúde pública, para estruturar e implementar programas de atenção ao idoso, com o objetivos de melhorar, aprimorar, manter e/ou recuperar a capacidade funcional pelo maior tempo possível, valorizar a autonomia e independência física e cognitiva ultrapassando o diagnóstico e tratamento conservador de doenças específicas, deixando evidente a importância de uma abordagem única e organizada na prestação do serviço de saúde ao idoso, afim de melhorar custo-efetividade. Em



2014, no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, foi apresentada as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, trazendo uma proposta de atenção integral. Subsidiando a discussão e buscando uma forma de organizar o cuidado ofertado ao idoso no âmbito público, propondo o fortalecimento da articulação intersetorial (Ministérios e secretarias) favorecendo e qualificando o atendimento, visto que essa harmonia entre os setores é de suma importância para o desenvolvimento e efetivação de programas de atenção ao idoso.

A necessidade de assegurar e proteger o indivíduo em processo de envelhecimento vem desde a década de 90, tornando-se mais evidente com a criação do Estatuto do Idoso e as políticas públicas voltadas para a efetivação e aplicação das leis em prol das pessoas acima de 60 anos. Mesmo com todos os programas de assistência, em todos os setores, os desafios para garantir os direitos sociais da pessoa idosa ainda são muitos.

As mudanças são perceptíveis, ainda que poucas, tais como atendimento preferencial, estacionamento próximo ao desembarque, rampa de acessibilidade nas calçadas e entrada de instituições, implantação de programas de sociabilidade, lazer e cultura (em parceria com universidades, em sua maioria) e o incentivo a atividade física com a implantação das academias ao ar livre.

Dessa forma, podemos entender que para um envelhecimento saudável, a abordagem deve iniciar com a educação dos jovens visando o respeito e a responsabilidade social de cada cidadão, seguindo por um modelo preventivo e direcionado as adversidades da senescência, a fim de reduzir o congestionamento na fila do SUS, otimizando o tempo de espera e, conseqüentemente, um melhor diagnóstico-tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/acoes-e-programas-de-gestoes-anteriores/politica-nacional-do-idoso>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha do Programa Academia da Saúde**. Brasília: DF, 2014. Disponível em> https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão debate nova classificação da OMS que trata a condição de velhice como doença**; assista. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/783651-comissao-debate-nova-classificacao-da-oms-que-trata-a-condicao-de-velhice-como-doenca/>

CEBES. O SUS e o processo de envelhecimento populacional. 2012. Disponível em: [http://cebes.org.br/2012/07/o-sus-e-o-processo-de-envelhecimento-populacional/Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações](http://cebes.org.br/2012/07/o-sus-e-o-processo-de-envelhecimento-populacional/Envelhecimento%20populacional%20contemporaneo%20demandas%20desafios%20e%20inovacoes) (<https://www.scielo.org/article/rsp/2009.v43n3/548-554/>)

HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes et al. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014.

IBGE. IBGE EDUCA. Conheça O Brasil – População Pirâmide Etária. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

UNIFACID. Projeto integra idoso a atividades de inclusão social. Disponível em: <https://www.wyden.com.br/unifacid/noticias/projeto-integra-idoso-atividades-de-inclusao-social>





CAPÍTULO 19

O OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Kellfily Nascimento Ramos dos Santos

Kimberly Marques Silva Policeno

Sarah Souza dos Santos

Luciana Constantino Silvestre

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006). Esse número crescerá cinco vezes até 2025 enquanto a população maior de 60 anos crescerá 15 vezes posicionando o Brasil em 6º lugar no mundo em número absoluto de idosos (ALMEIDA, 2004).

O envelhecimento é um processo dinâmico e gradativo, caracterizado pela presença de mudanças biopsicossociais, funcionais e morfológicas, que desencadeiam a perda da capacidade de adaptação, participação do indivíduo ao meio ambiente e frequência de doenças crônicas, ocasionando maior vulnerabilidade, alterações na sociedade e no sistema de saúde (FREITAS; PY, 2016; REIS; REIS, 2019).

O Sistema Nervoso Central (SNC) é responsável por diferentes tipos de sensações, movimentos, funções psíquicas, entre outras. As alterações mais importantes, decorrentes do envelhecimento, ocorrem no cérebro que reduz em peso e tamanho cerca de 5% aos 70 anos e cerca de 20% aos 90 anos de idade (CHAGAS; ROCHA, 2012). Observa-se diminuição do peso do encéfalo, fluxo sanguíneo cerebral, volume ventricular, número de neurônios e depósito neuronal. As regiões mais sensíveis às alterações do envelhecimento localizam-se no lobo frontal e, possivelmente, no lobo temporal medial (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

O SNC recebe informações do sistema vestibular sobre a posição e o movimento da cabeça em relação à gravidade, gerando movimentos compensatórios dos olhos e respostas posturais (RICCI; GAZZOLA; COIMBRA, 2009). Assim, a visão integra as estruturas do olho, o controle motor e neural, obtendo informações do ambiente e orientando o movimento do corpo (RICCI; GAZZOLA; COIMBRA, 2009). O sistema osteomuscular apresenta alterações que, com o aumento da idade são interdependentes, levando a quedas e fraturas. O grau de sarcopenia é um dos indicadores da chance de sobrevivência do indivíduo, sendo que as principais disfunções são mitocondriais, alterações endócrinas, distúrbios nutricionais, imobilidade, inatividade física e doenças neurodegenerativas (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Os sinais de deficiências funcionais surgem de maneira discreta, sendo chamados de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões e não podem ser considerada doença (MORAES; MORAES; LIMA, 2010), diferente do processo de senilidade determinado pelo desenvolvimento de uma condição patológica (ESTIVALET; CORAZZA, 2017).

MUDANÇAS NA ROTINA E AGEÍSMO

O processo de envelhecimento acarreta alterações físicas, cognitivas e mentais, maior incidência de doenças crônicas, implicando na perda de papéis ocupacionais como a retirada da atividade econômica, perda de familiares e amigos, maior risco de quedas, dificuldades para locomoção, tendência ao isolamento e proximidade da morte (FREITAS; PY, 2016; REIS; REIS, 2019).

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), mantendo o idoso participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas (FERREIRA et al, 2012). Entende-se que a falta de autonomia para lidar com as atividades básicas do cotidiano e a ausência de rendimentos são os principais determinantes da dependência dos idosos (FREITAS; PY, 2016).

Sabe-se que tanto os idosos quanto a sociedade não estão preparados para as consequências advindas do envelhecimento, visto tantas alterações e mudanças das quais muitas delas culmina em sequelas limitantes que interferem em um bom desempenho funcional, o que acarreta situações de dependência e, conseqüente, necessidades de cuidados e diminuição da qualidade de vida (FREITAS; PY, 2016; REIS; REIS, 2019).

A velhice é permeada por estereótipos e preconceitos que a reduzem a uma fase de declínio e perdas. De acordo com uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2021), mais de 83 mil pessoas em 57 países revelou que uma em cada duas pessoas tinha atitudes moderadamente ou altamente discriminatórias relacionadas à idade. No Brasil, a cada dez pessoas, nove acreditam existir este preconceito. (FRANÇA; SIQUEIRA et al, 2017).

Criado originalmente por Robert Butler no final da década de 1960, o termo ageísmo estava relacionado à discriminação pela idade. Porém no decorrer dos anos foi atualizado por Palmore, focando apenas para o público idoso (FRANÇA; SIQUEIRA et al, 2017).

O ageísmo pode ser feito de diversas formas, por condutas e políticas institucionais que excluem ou limitam a participação do idoso no mercado de trabalho por atitudes e práticas discriminatórias, todos relacionados a estereótipos pela idade (GIATTI; BARRETO, 2003).

Devido essas discriminações, as pessoas mais velhas podem acarretar inúmeras consequências em sua vida, como a rebaixamento da autoestima, risco de solidão, incapacidade física, perdas de seus papéis ocupacionais, depressão e demência (COUTO; KOLLER, 2009).

O TERAPEUTA OCUPACIONAL E O DESEMPENHO DAS OCUPAÇÕES

Os terapeutas ocupacionais usam seu conhecimento baseado na relação entre o indivíduo, seu envolvimento em ocupações e o ambiente com o objetivo promover saúde e participação (AOTA, 2015; FREITAS; PY, 2016).

Sabe-se que os idosos podem apresentar várias limitações na realização de atividades da vida diária, interferindo diretamente em sua independência, autonomia e qualidade de vida. (AOTA, 2015; FREITAS; PY, 2016). Os terapeutas ocupacionais auxiliam os idosos a manterem ou melhorarem sua capacidade funcional e reconhecem que o envolvimento em atividades ao longo da vida e a interação social, contribuem significativamente para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida (FREITAS; PY, 2016).

Os fatores físicos, como a diminuição da força muscular, redução da amplitude de movimento, mudanças alinhamento com tendência para posição fletida, alterações do sistema vestibular, somatossensorial, visuais e respostas reativas mais lentas são alguns fatores que interferem na mobilidade do idoso (COUTO; KOLLER, 2009). O terapeuta ocupacional na equipe multidisciplinar, engloba a adaptação do ambiente físico e seus fatores de risco, além de intervenções com exercícios, para favorecer a capacidade funcional na realização do desempenho ocupacional (BELARMINO, 2015) e oferece inúmeras alternativas e possibilidades de adequação do ambiente (COUTO; KOLLER, 2009).

As orientações no que tange o ambiente são importantes para a segurança na residência do idoso, tais como: remover ou alterar tapetes soltos no piso, destacar a borda dos degraus da escada, instalar barras de apoio na escada e melhorar a iluminação, respeitando a individualidade e habilidade na realização das atividades da vida diária. A mudança comportamental como o uso de calçados ortopédicos, mudança de medicamentos caso necessário, não subir em cadeira ou banquinho para pegar objetos localizados em níveis elevados e evitar deambular usando meia é importante, pois podem reduzir os fatores de risco que ocasionam quedas (BELARMINO, 2015).

Além dos fatores físicos, é muito relevante prestar atenção nos aspectos cognitivos, pois através deles os idosos podem apresentar muitas dificuldades em seu dia a dia, tais como: atividade de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, realização de suas ocupações, vínculos familiares, entre outros (SAMARDZIC et al, 2020). Os aspectos cognitivos englobam vários fatores como pensamento, linguagem, percepção, memória, raciocínio, entre outros que fazem parte do desenvolvimento intelectual. Esses aspectos permeiam a infância e aprimoram-se até a vida adulta com muita potência, através deles realizamos várias atividades inclusive a leitura (CHARCHAT-FICHMAN, 2005).

Com o envelhecimento algumas funções cognitivas podem ficar mais lentificadas, e por isso a importância da pessoa idosa realizar algumas atividades cogni-



tivas para manter, reabilitar e até desenvolver novas habilidades cerebrais, como jogos de tabuleiro, participar de aulas de dança, aulas de culinárias ou qualquer outro tipo de atividade que faça sentido para o idoso. Caso a lentidão acompanhe com esquecimentos frequentes e atrapalhe sua vida cotidiana e socioeconômica, é necessário que essa pessoa comunique o seu médico (CARDIAL, 2014).

Do ponto de vista socioeconômico, a independência e os papéis sociais estão relacionados não apenas à participação no mercado de trabalho, mas também à produtividade. Diante disso, a dependência pode incluir elementos de construção social por meio do paradigma negativo da população idosa, como a discriminação no mercado de trabalho, levando à sua marginalização e perda de status social, concentrando o debate sobre o envelhecimento ainda nos gastos com previdência, nos ajustes fiscais e na distribuição dos gastos público. O que se torna necessário, ampliar o foco no bem-estar do idoso, considerar suas necessidades específicas e avaliar suas habilidades, sem deixar de lado a importância do equilíbrio financeiro (FREITAS; PY, 2016).

A TECNOLOGIA ASSISTIVA COMO FACILITADOR

A tecnologia assistiva se refere a diversos dispositivos que visam reduzir o impacto da disfunção física e promove uma conexão entre as limitações funcionais do indivíduo, as demandas do ambiente físico previnem ou reduz risco de quedas e fraturas, melhora a mobilidade e acessibilidade, diminui dor e risco de lesões durante a execução das atividades de autocuidado, lazer ou trabalho e a minimização dos déficits relacionados às mudanças decorrentes do envelhecimento. Tem impacto no aspecto psicossocial, pois auxilia o indivíduo na reconstrução do sentimento de autoestima e bem-estar e, reduzindo ou eliminando a sua frustração para completar uma tarefa.

Os dispositivos mais utilizados são a cadeira de rodas, andador e bengala, e dispositivos que facilitam a execução das ABVD, tais como barras de apoio, assento para aumento do vaso sanitário, banco para transferência da/para banheira, tapete antiderrapante, garra e esponja com cabos alongados, adaptações para alimentação, vestuário, calçar sapatos e meias, faca arredondada, aparador para pratos e almofada para assento (ANDRADE; PEREIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

O conceito de qualidade de vida está relacionado com diversos fatores que abrangem as condições e estilo de vida, bem como se relaciona ao campo dos direitos humanos e sociais. Além disso, está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e envolve inúmeros aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. No âmbito da velhice a qualidade de vida está relacionada à manutenção da autonomia, a qual pode ser percebida no desempenho das atividades diárias (TOLDRA et al, 2014).

Com o crescimento populacional dos idosos deve-se buscar a compreensão do envelhecimento como um processo fisiológico e não patológico. Assim, o terapeuta deve visar a autonomia, independência funcional e identificar formas de intervenção dos fatores de risco ambientais a que as pessoas idosas estão expostas no domicílio e fora dele a fim de garantir a prevenção contra as quedas e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos clientes (BELARMINO, 2015).

Em face a visão discriminatória, é necessário primeiro combater os mitos sobre a velhice, tais como, a dependência do idoso, igualar um idoso ao outro, abolir o sinônimo que velhice é doença, além de estabelecer o contato dos idosos com diferentes gerações, inclusão da tecnologia e buscar laços afetivos (CARY et al, 2004).

Referências

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13948#:~:text=Conclui%2Dse%20que%20o%20Instrumento,apropriado%20%C3%A0%20rotina%20em%20UBSs>.

ANDRADE, Valéria Sousa de; PEREIRA, Leani Souza Máximo. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2009. Disponível em:

AOTA. Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3. ed. 2015. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/issue/view/7332/287>.

BELARMINO, Eliane Tinoco. **Contribuição da terapia ocupacional para a prevenção de quedas em idosos:** uma revisão de literatura. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://revistascientificas.ifrj.edu.br/revista/index.php/saudeeconsciencia/article/view/576/368>.

BERNARDO, Lilian Dia; RAYMUNDO, TaiuaniMarquine. Ambiente físico e social no processo de intervenção terapêutico ocupacional para idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos**. 2018. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1826>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Brasília -DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

CARDIAL, C, S, I. **Jogos de computador utilizados em treino cognitivo com idosos:** uma revisão



- bibliográfica. 2014. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/10389>.
- CARY, L. A., CHASTEEN, A. L., & REMÉDIOS, J. The ambivalentageismscale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. **The Gerontologist**, 57(2), e27-e36, 2017.
- CHAGAS, Adriana Moura; ROCHA, Eliana Dantas. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69. 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000100021.
- CHARCHAT-FICHMAN H, et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. 2005, v. 27, n. 1 [Acessado 20 Setembro 2021], pp. 79-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100017>.
- COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Sílvia Helena. Avaliação de Discriminação contra Idosos em Contexto Brasileiro – Ageismo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/dkt7tRSPpN7zCnrrK4vG3Rc/abstract/?lang=pt#:~:text=An%20assessment%20of%20the%20discrimination,in%20the%20Brazilian%20context%20%2D%20ageism&text=Os%20resultados%20revelaram%20que%20os,uma%20baixa%20m%C3%A9dia%20de%20estresse>.
- ESQUENAZI, Danuza; SILVA, Sandra R. Boiça da; GUIMARÃES, Marco Antônio M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a21v69n1.pdf>.
- ESTIVALET, Kátine Marchezan; CORAZZA, Sara Teresinha. Desempenho ocupacional de idosos praticantes de hidroginástica. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, 2017. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO1005>.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012. Disponível em: scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg-9d/?lang=pt.
- FRANÇA, P F H L; SIQUEIRA-BRITO, R A; Valentini F; MENEZES, V I; TORRES, V C. Ageismo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/TwtsHVTkHjm9D4YV5B3rjBn/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20trabalhadores%20mais%20jovens%20apresentaram,organiza%C3%A7%C3%B5es%20demonstrando%20evidencias%20de%20validade>.
- FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN LTDA, 2016. ISBN 978-85-277-2949-9.
- GIATTI, L. e BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):759-771, mai-jun, 2003.
- MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med.** Minas Gerais. 2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2021, 18 de março). **Discriminação por idade é um desafio global, afirma relatório da Organização das Nações Unidas**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/18-3-2021-discriminacao-por-idade-e-um-desafio-global-afirma-relatorio-da-organizacao-das>.
- REIS, Luciana Araújo dos; REIS, Luana Araújo dos. **ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE: novas perspectivas e desafios**. Brasília: Technopolitik, 2019. ISBN 978-85-92918-31-6.
- RICCI, Natalia Aquaroni; GAZZOLA, Juliana Maria; COIMBRA, Ibsen Bellini. Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos. **ArqBrasCiên Saúde**, Santo André, 2009. Disponível em: [https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/133#:~:text=Os%20sistemas%20sensoriais%20\(vitual%2C%20somato,constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20equil%C3%ADbrio%20corporal%20humano.&text=-Tais%20modifica%C3%A7%C3%B5es%20no%20funcionamento%20sensorial,e%2C%20consequentemente%2C%20%C3%A0s%20quedas](https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/133#:~:text=Os%20sistemas%20sensoriais%20(vitual%2C%20somato,constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20equil%C3%ADbrio%20corporal%20humano.&text=-Tais%20modifica%C3%A7%C3%B5es%20no%20funcionamento%20sensorial,e%2C%20consequentemente%2C%20%C3%A0s%20quedas).
- SAMARDZIC, V. JAGANJAC, A. et al. Occupational Therapy in Fall Prevention: Case Report. **Int J Med Rev Case Reports**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5455/IJMRCR.occupation-therapy-vesna>

TOLDRÁ, RoséColom et al. **Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais.** O Mundo da Saúde, São Paulo, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf.



QUEDA É DEFINIDA COMO MUDANÇA NA POSIÇÃO MAIS BAIXA OU EM DIREÇÃO AO CHÃO. AS QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS SÃO COMUNS E AUMENTAM PROGRESSIVAMENTE COM A IDADE EM AMBOS OS SEXOS. REPRESENTA UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. A QUEDA PODE SIGNIFICAR QUE HOVE O DECLÍNIO DAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS, OU AINDA REPRESENTAR SINTOMAS DE ALGUMA PATOLOGIA ESPECÍFICA. OS ACIDENTES POR QUEDAS PODEM PROVOCAR FRATURAS, TRAUMATISMOS CRANIANOS E MORTE, DEPENDENDO DO CASO. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL É UMA REALIDADE, SENDO ASSIM, OS SERVIÇOS DE SAÚDE, BEM COMO OS SEUS PROFISSIONAIS, NECESSITAM ESTRUTURAR-SE PARA ATENDER À DEMANDA VIGENTE, POIS ALÉM DE REDUZIR SUA MOBILIDADE, TAMBÉM AFETA AS ATIVIDADES SOCIAIS E RECREATIVAS. ESTE MANUAL TEM COMO OBJETIVO AUXILIAR IDOSOS, FAMILIARES, CUIDADORES A IDENTIFICAREM RISCOS AMBIENTAIS, ASSIM COMO POSSÍVEIS ADAPTAÇÕES PARA DEIXAR O AMBIENTE MAIS SEGURO, REDUZINDO O RISCO DE QUEDAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO, APONTANDO PECULIARIDADES A SEREM ABORDADAS, VISANDO UM ATENDIMENTO DIFERENCIADO, PROMOVENDO O MÁXIMO DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA DESTA POPULAÇÃO.

