

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

A LINHA GUIA COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO DA
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

CLEBER FRANK ALKMIM DIAS

CORINTO - MG

2012

CLEBER FRANK ALKIMIM DIAS

**A LINHA GUIA COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO DA
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

Trabalho de conclusão de Curso ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof. Lenice de Castro Mendes Villela.

CORINTO - MG

2012

CLEBER FRANK ALKIMIM DIAS

**A LINHA GUIA COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO DA
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

Trabalho de conclusão de Curso ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof. Lenice de Castro Mendes Villela.

Banca Examinadora

Prof. Leice de Castro Mendes Villela (Orientadora)

Prof. Flávio Chaimowicz (Examinador)

Aprovada em Belo Horizonte, 10/11/2012

RESUMO

O presente trabalho teve como proposta analisar a linha guia como suporte para planejamento da atenção à saúde do idoso, tendo como objetivo analisar a assistência prestada ao idoso, realçando as principais patologias que afetam essa faixa etária. A metodologia da pesquisa refere-se a uma revisão bibliográfica. A busca dos dados foi realizada a partir da base de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e BVS de acordo com os descritores: Atenção Integral à Saúde do Idoso, envelhecimento e qualidade de vida. Os artigos incluídos foram aqueles publicados na base de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e BVS. O aumento da população idosa exige tanto dos gestores da área da saúde, como dos técnicos auxiliares e seus familiares uma mudança expressiva no cuidado com essas pessoas para que as mesmas ao envelhecerem tenham também qualidade de vida. Uma vez que envelhecer não significa adoecer. Portanto, o envelhecimento precisa ser encarado como algo natural e ser visto de forma tranqüila buscando sempre lançar mão dos cuidados necessários com acompanhamento médico para diagnosticar a tempo os problemas que poderão surgir à medida que a pessoa envelhece.

Palavras chave : idoso; envelhecimento; saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

The present study was to analyze the proposed guideline as support for planning health care for the elderly, and to analyze the care provided to elderly, highlighting the main pathologies that affect this age group. The research methodology refers to a literature review. The search was conducted of data from the database LILACS, SciELO, MEDLINE and BVS in accordance with the following keywords: Health Care for the Elderly, aging and quality of life. The articles included were those published in the database LILACS, SciELO, MEDLINE and BVS. The aging population requires both managers in the health field, as the technical staff and their families a significant change in the care of these people so that they get older they also have quality of life. Since aging does not mean ill. Therefore, the envelhecimento must be seen as something natural and to be seen smoothly always seeking to make use of medical follow-up care necessary to diagnose the time the problems that may arise as the person ages.

Keywords: aged; aging; health; quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos	9
3 METODOLOGIA	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1 Envelhecimento Populacional	11
4.2 A Atenção ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família	13
4.3 Humanização e Acolhimento à Pessoa Idosa na Atenção Básica	15
4.4 O Envelhecimento e suas Patologias	17
4.5 As Principais Doenças que Afetam os Idosos	18
4.5.1 Ostoporose	21
4.5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	23
4.5.3 Diabetes Mellitus	27
4.5.4 Incontinência Urinária	30
4.5.5 Depressão	31
4.5.6 Demência	34
4.5.7 A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)	37
5 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista o progressivo envelhecimento da população brasileira, torna-se essencial a discussão da questão da saúde pública no país, em especial a atenção aos idosos que, em decorrência do avançar da idade, procuram com maior frequência os serviços de saúde.

O ideal é que todos alcancem a velhice com maior e melhor qualidade de vida. E, para que isto ocorra é necessário que haja maior atenção quanto à prevenção de doenças, que deve ocorrer por meio do acompanhamento constante por parte da equipe de saúde de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para que o atendimento ao idoso ocorra de modo satisfatório é necessário que os profissionais de saúde pratiquem o acolhimento em relação aos pacientes de todas as famílias adscritas. A visitação deve ser constante, o conhecimento de um pouco de sua história e também das principais patologias pelas quais são acometidos, sejam elas crônicas ou não, facilita o atendimento e o encaminhamento à medicina especializada. Portanto, é essencial que haja uma relação de respeito e confiança entre profissionais e pacientes.

Mesmo com o tratamento preventivo, o envelhecimento acarreta o aparecimento de doenças, tais como: osteoporose, quedas, hipertensão arterial, diabetes mellitus, incontinência urinária, depressão, demência dentre outras. Sendo de modo geral, enfermidades crônicas e que exigem acompanhamento constante, buscando, por meio do controle evitar o adoecimento e a perda da autonomia funcional por parte do idoso. Idosos portadores de doenças crônicas requerem um acompanhamento contínuo, em especial quando se trata de doenças crônico-degenerativa como Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, visto que estas, com o decorrer do tempo, levam à perda total da autonomia. É essencial que se evite ao máximo a necessidade de internação, pois, além de restringir a autonomia, a ausência dos familiares pode provocar uma piora no quadro do paciente. Sendo necessário também estimulá-lo para que não se torne dependente, mostrando que o envelhecimento faz parte do ciclo vital, não devendo, portanto, ser visto como doença.

Segundo Wilson (2006).

O século que se inicia apresenta a perspectiva de revelar uma população idosa mais representada, tornando com isto a saúde dos idosos um dos grandes desafios para a saúde pública (WILSON, 2006, p. 135).

Nota-se, portanto, que a saúde pública encontra-se frente a um problema de difícil solução, visto que o envelhecimento da população é algo inexorável e o número de profissionais para atender esta população é ínfimo, praticamente inexistente no sistema público e, a maioria da população idosa não dispõe de recursos financeiros para recorrer ao sistema de saúde privado.

Diante de toda essa premissa, justifica-se a realização dessa pesquisa devido à necessidade constante de uma política de saúde voltada para o idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência prestada ao idoso de acordo com a Linha Guia de saúde do idoso, realçando as principais patologias que afetam essa faixa etária.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais patologias que afetam os idosos bem como os meios de prevenção e tratamento das mesmas;
- Analisar o trabalho prestado pelos profissionais da Atenção Básica ao idoso, priorizando o acolhimento e a visita domiciliar;
- Observar as recomendações apresentadas pela Linha Guia com referência ao atendimento ao idoso.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica complementada por pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, por entendermos que o objeto em estudo é histórico social.

Optou-se pela pesquisa qualitativa que segundo Crabtree e Miller (1991).

é uma pesquisa voltada para a descoberta, identificação, descrição aprofundadas e explicações. Além de buscar o significado e a intencionalidade dos atos, contemplando o objetivo do trabalho (CRABTREE E MILLER, 1991, p. 67).

Para Figueiredo (2004).

A revisão bibliográfica é análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento". "O pesquisador, ao definir o tema e o objeto de sua pesquisa, deve proceder à revisão bibliográfica relacionado à temática em questão para embasar os seus pressupostos, que constituirão a introdução de seu projeto de pesquisa (FIGUEIREDO, 2004, p. 94).

A busca dos artigos deu-se por meio do uso dos descritores: Planejamento e saúde do idoso e linha guia. A realização da pesquisa, na literatura nacional e internacional foi no período de 31/12/2010 a 10/04/2012. Após a coleta do material, foi feita uma leitura seletiva avaliando a contribuição de cada texto. Para a análise dos dados agrupa-se os resultados nas seguintes categorias: A Atenção ao Idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família, Humanização e Acolhimento à Pessoa Idosa na Atenção Básica, O Envelhecimento e suas patologias e as principais doenças que afetam os idosos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento da população brasileira é algo inquestionável e, com a redução progressiva das taxas de natalidade, dentro em breve, o Brasil será um país de velhos. Com o avanço da idade, os problemas de saúde se agravam e com eles, a questão da saúde pública, que não se mostra apta a atender satisfatoriamente as necessidades da população.

Atualmente, a sociedade se depara com um tipo de demanda por serviços médicos para a qual o Estado não se encontra preparado; conforme esclarece Chaimowicz (1997).

[...] O Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência acumulam sequelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ 1997, p. 185).

O que se observa é o fato de que a demanda por serviço de saúde no Brasil excede em muito ao que o Estado é capaz de oferecer. Assim, enquanto o Estado prioriza algumas áreas, outras ficam desguarnecidas. Neste caso, priorizou-se a prevenção da mortalidade infantil e as doenças transmissíveis, esquecendo-se de atender para a saúde do idoso, num contexto em que a população já estava em fase de envelhecimento, conforme descreveu o autor acima citado.

Certa preocupação com a questão da saúde do idoso no Brasil torna-se manifesta em 1999, quando se dá a aprovação da política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS) que realizam ações relacionadas à política aprovada, elaborem ou façam a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades conforme as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003).

Essa política em sua introdução assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas

atividades básicas e instrumentais de sua vida diária (SILVESTRE E COSTA NETO 2003, p.840).

A preocupação com a preservação da capacidade funcional do idoso é relevante, uma vez que aquele que perde tais capacidades requer uma atenção maior e, muitas vezes, é visto pelos seus familiares como alguém que sofre e faz sofrer. Dessa forma, procurar garantir um envelhecimento com qualidade de vida é um meio de prevenção que deve constar como prioridade no atendimento ao idoso.

É comum os idosos serem portadores de doenças crônicas, no entanto, ser portador de uma ou mais doenças não significa a perda da autonomia funcional. Apenas algumas patologias, quando em estágio mais avançado, podem levar a perda da autonomia. Assim, deve-se estimular o tratamento preventivo, com vistas a uma velhice saudável.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (Brasil 1999) tem o seguinte propósito.

[...] a promoção de envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL 1999 p, 21).

Diante de tal propósito percebe-se que o primeiro passo a ser dado é investir na prevenção, ou seja, evitar o adoecimento. Caso o idoso esteja doente, buscar a sua recuperação para que possa interagir no meio em que vive de forma independente e com qualidade de vida. Assim, o trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família deve voltar-se para a prevenção e manutenção da saúde dos idosos, visando uma melhor qualidade de vida para os mesmos. Procurando manter o máximo possível o idoso na sua comunidade, junto da família, encaminhando-o para a internação apenas quando não houver outra alternativa, uma vez que a permanência no hospital, ainda que por curto prazo, pode ocasionar certa perda da capacidade funcional e da autonomia. Neste caso, a assistência domiciliar mostra-se o melhor caminho. E, em se tratando desta assistência, Silvestre e Costa Neto (2003), ressaltam que.

[...] A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitadas em saúde do idoso e depende essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto que o Estado deve deixar de ter um papel preponderante na promoção,

proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar (SILVESTRE e COSTA NETO 2003 p, 840).

Em se tratando de idoso, sabe-se que a assistência familiar é primordial, especialmente se o idoso possui algum comprometimento funcional. Portanto, no caso de idoso portador de tal comprometimento, Estado e família devem unir forças para garantir-lhe uma melhor qualidade de vida. Assim, cabe ao Estado dar o suporte necessário por meio de profissionais qualificados, capazes de orientar a família no sentido do cuidado a ser dispensado ao paciente.

4.2 A Atenção ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família

Na Estratégia de Saúde da Família, o trabalho dos profissionais de saúde está voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à Unidade Básica de Saúde (UBS) em cada fase do ciclo de vida, dentro do seu contexto social. E, em particular o idoso. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003) refere-se à atenção profissional de saúde ao idoso.

[...] A ele é requerida uma atenção especial e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social (SILVESTRE e COSTA NETO 2003, p.844).

Diante do exposto torna-se patente a importância do trabalho da equipe de saúde da UBS (Unidade Básica de Saúde) em relação ao idoso. Neste caso é essencial a proteção e a prevenção, com acompanhamento contínuo, visando diagnosticar precocemente e agir no sentido de evitar o agravamento, atuando de forma a não retirá-lo do convívio familiar, visto que a permanência fora deste convívio pode influenciar negativamente na melhora de seu quadro clínico. Portanto, a internação é uma atitude que deve ser evitada ao máximo. Assim, a comunidade à qual o idoso pertence deve ser alertada quanto aos fatores de risco aos quais os idosos estão expostos, no domicílio e fora dele, para que todos se empenhem na eliminação ou minimização destes.

Com relação à atenção dispensada aos idosos pelos profissionais da equipe de saúde, de acordo com o Caderno de Atenção Básica, Silvestre e Costa Neto (2003) fazem a seguinte colocação.

[...] a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a mais independente possível, no desempenho de suas atividades rotineiras (SILVESTRE e COSTA NETO 2003, p. 844).

O maior objetivo do trabalho da equipe de saúde que cuida da pessoa idosa deve ser a promoção do seu bem-estar, bem como a sua independência, sem jamais isolá-lo ou tratá-lo como dependente. Dentro de sua rotina familiar ela deve ter a liberdade de agir e realizar as atividades às quais está acostumada, de forma natural.

Para que o trabalho seja eficaz é necessário que se tenha conhecimento da realidade das famílias adscritas, tomando conhecimento dos problemas de saúde e das situações de risco a que os idosos estão expostos, desenvolvendo uma relação de confiança, afeto e respeito, por meio de visitas domiciliares periódicas, com vistas à prevenção de doenças, evitando a constante procura por consultas nas (UBS) Unidade Básica de Saúde e a superlotação destas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

[...] as possibilidades de agravo à saúde de mulheres, homens, adolescentes, crianças e idosos se estabelecem de forma diferenciada. A problemática familiar é bastante complexa e sua compreensão requer que se leve em conta sua inserção no contexto socioeconômico e o estágio do ciclo familiar que vivência. Estudar a situação evolutiva de uma família pode ajudar a esclarecer dinâmicas de conflito que por ventura estejam afetando as condições de saúde de seus membros (BRASIL 2006, p. 22).

Ocorre que estabelecer diálogo efetivo não é tarefa fácil, ao contrário, exige esforço, desprendimento, envolvimento e, acima de tudo, disponibilidade para escuta verdadeira, o que possibilita compartilhar de objetivos, interesses e desejos, por mais diferentes que sejam.

Na realidade brasileira em se tratando de saúde, em especial a do idoso existe uma longa distância entre o ideal e o real. E o primeiro passo para se obter sucesso em relação ao tratamento do idoso é a compreensão do envelhecimento como um processo e não como uma patologia. No entanto, o envelhecimento traz consigo uma efetiva e progressiva ameaça à saúde, ocasionando problemas específicos da idade, como limitações fisiológicas. Assim, cabe ao profissional

identificar os sintomas específicos da idade, diferindo-os de patologias, buscando a manutenção do estado de saúde do idoso, como uma expectativa de vida máxima possível, com autonomia e mantendo o máximo a interação com os familiares e a comunidade.

Quanto ao que se almeja em relação aos serviços de saúde em geral, não apenas dos idosos, é o que relata Silveira e Costa Neto (2003).

Cabe a todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a Estratégia de Saúde de Família, quer seja na sua prática na qualificação de seu pessoal ou no suporte especializado às suas equipes, estarem atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a atenção básica à saúde do povo brasileiro possa ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por todos, gestores, docentes, profissionais e acima de tudo, pela própria população (SILVEIRA E COSTA NETO 2003, p. 847).

A otimização do atendimento nos serviços de saúde é um anseio de toda a população. E o sucesso nessa tarefa depende de todos e de cada um em particular. O empenho na qualificação profissional e também na prática do trabalho cotidiano mostra-se como o caminho possível para esta realização.

4.3 Humanização e Acolhimento à Pessoa Idosa na Atenção Básica

Dentro da Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é um dos dispositivos utilizado na produção da saúde que tem como característica um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo uma postura acolhedora e resolutiva, com respostas adequadas aos anseios dos usuários.

Com relação ao acolhimento, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006):

A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados (BRASIL, 2006, p. 14).

O acolhimento verdadeiro é aquele em que todos os envolvidos estejam realmente dispostos a realizar mudanças na sua forma de trabalhar e atender ao usuário. Para que isso ocorra com eficiência é preciso que haja treino, reuniões para que o aprendizado ocorra. Não só o usuário precisa ser acolhido, se o profissional também não o for nada resolve. Afinal todos têm problemas diversos.

Em se tratando do idoso, este ao chegar na Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá ser bem recebido, com carinho, atenção, deixar que expressem suas dores e alegrias, quem o atende deve também estar bem, sempre sorridente e deixar o idoso perceber o quando ele é amado, isso favorece a cura de seus males que muitas vezes são até psicológicos devida alguma carência, pela falta de atenção e paciência por parte de familiares e cuidadores.

Em se tratando de pessoa idosa, para que o acolhimento ocorra efetivamente, é necessário que os profissionais de saúde compreendam as especificidades dessa população e a legislação vigente. Para tanto, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006) devem:

Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento; Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção; investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa (BRASIL 2006, p.14).

O Ministério da Saúde (Brasil 2006) ressalta que em se tratando do acolhimento ao idoso, alguns aspectos devem ser observados pelos profissionais de saúde, tais como.

O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sabias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso; Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante; Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo; A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL 2006, p.14).

Ressalta-se a importância de que todo o trabalho da equipe da Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família deve buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários frente a suas necessidades, tendo em vista sempre a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

4.4 O Envelhecimento e suas Patologias

O envelhecimento por si só já traz alterações na vida das pessoas. Mesmo não sendo uma doença, ele pressupõe o aparecimento de patologias inerentes à idade, exigindo uma maior utilização dos serviços de saúde e também intervenções mais custosas, feitas por médicos especialistas.

Segundo Veras (2001).

“ O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado.” (VERAS 2001, p. 706):

Diante do exposto observa-se que a população de idosos tem se preocupado mais no cuidado da saúde, Hoje postos de saúde do idoso estão quase sempre cheios, e cada um com o seu problema peculiar. Graças ao incentivo dos meios de comunicação, dos grupos da melhor idade ou da secretaria municipal do idoso que cada vez mais vem incentivando-os no cuidado com a saúde e a importância das atividades físicas para que todos possam ter uma melhor qualidade de vida.

Conforme explica Filho (2007) envelhecer sim, mas com sabedoria e acrescenta que:

Envelhecer é uma arte que exige um aprendizado para viver nessa fase que, sem doenças e limitações, trará muito prazer e alegria. A experiência de se tornar pessoa idosa envolve um processo nos planos físico, mental, social e espiritual (FILHO 2007, p. 05).

Isso implica dizer que, a qualidade de vida de um (a) idoso (a) deve ser sempre monitorada no decorrer de toda sua existência. Assim terá uma vida mais tranquila, ou seja, vai envelhecendo conforme vai vivendo.

Segundo Veras (2001).

Há uma precariedade dos serviços de saúde em geral, principalmente os ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como hospitais dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como também diminui as chances de um prognóstico favorável (VERAS 2001, p. 707).

Para Mendes (2001):

As doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem um acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e os sinais de um único diagnóstico, podem ser adequados ao adulto jovem, mas não ao idoso (MENDES 2001, p. 707).

Diante do exposto acima, os diagnósticos das doenças dos idosos não são claros e exigem dos médicos que os acompanham, de preferência o geriatra que é o médico que tem especialidade própria de sua profissão voltada para a saúde do idoso, uma atenção muito forte para com as queixas dos idosos jamais dará certo reunir queixas para depois dar um único diagnóstico para todos os sintomas apresentados, pois estes podem até ser parecidos, jamais iguais, principalmente se tratando de idosos. Uma vez que, de maneira geral o idoso apresenta um conjunto de patologias, sendo necessário o uso comitante de vários medicamentos. Neste caso, o médico deve ter atenção redobrada pois a interação medicamentosa pode trazer reações adversas, visto que um medicamento pode atacar ou prejudicar outra área do organismo.

4.5 As Principais Doenças que Afetam os Idosos

O envelhecimento em si não significa adoecimento, no entanto, com o avanço da idade é comum aparecer patologias próprias deste ciclo da vida. Patologias estas que, se tiver um acompanhamento efetivo da equipe de saúde da Família, ou mesmo dos cuidadores, poderão ser controladas, proporcionando ao idoso uma maior expectativa de vida e com qualidade.

Dentre as patologias mais comuns que afetam a pessoa idosa, pode-se destacar:

4.5.1 Osteoporose

A osteoporose, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

É uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento de risco de fratura. Força óssea, primariamente, reflete integração entre densidade e qualidade óssea. (BRASIL. 2006, p.59)

Percebe-se que qualquer estrutura óssea está sujeita a sofrer rompimento, ou seja, ser fraturado, principalmente na pessoa idosa, que com o tempo vai perdendo equilíbrio em decorrência da idade.

E, conforme o grau da fratura, se não for cuidado a tempo podem surgir outras patologias, agravando o quadro, podendo levar o paciente a ficar inválido, ou seja, perdendo os movimentos e conseqüentemente a autonomia funcional.

Para o Ministério da Saúde (Brasil 2006):

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, e atualmente um problema de saúde pública do mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua prevalência e grande morbimortalidade. Afeta pessoas de maior idade, de ambos os sexos principalmente, mulheres na pós-menopausa que também apresentam mais fraturas (BRASIL 2006, p. 59)

Nota-se que o agravante da osteoporose é o fato da mesma ser uma doença que em geral tem diagnóstico tardio. Só se percebe sua presença, ou seja, as pessoas só procuram o médico quando sentem fortes dores e estas dores aparecem quando os ossos já estão comprometidos. O ideal seria trabalhar de forma preventiva, antes da instalação da doença.

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, que não apresenta causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1: Possíveis Causas de Osteoporose Secundária

Endocrinopatias	Outras patologias que afetam o metabolismo ósseo:
Hiperparatireoidismo.	Desnutrição.
Tireotoxicose.	Neoplasias produtora de PTH rp.
Condições de hipotrogonismo pós – menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica).	Uso prolongado de corticóides, heparina, anticon – vulsivantes.
	Anorexia nervosa.
Hipogonadismos.	DPC.
Hipertireoidismo	Doenças hemotológicas/infiltrativas da medula como mastocitose; mieloma, leucemias e linfomas.
Diabetes Mellitus.	
Hipertrolactinemia, prolactinoma.	AIDS.
Hipercortisolismos	Doenças Renais.
Síndrome de Cushing	Doenças de aparelho conjuntivo como: artrite reumatóide, osteogênese imperfecta.
	Doenças gastrointestinais como síndrome de má-absorção,

	doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colestase.
	Pós transplantes. e
	Imobilização prolongada

Fonte: BRASIL. 2006 p. 59.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

Para evitar a osteoporose, uma formação óssea adequada nas duas primeiras décadas de vida é fundamental. Porém, o pico da massa óssea é atingido entre a adolescência e os 35 anos de idade, sendo de 20 a 30% maior nos homens e 10% nos negros. A genética contribui com cerca de 70% para o pico de massa óssea, enquanto o restante fica por conta da indigestão de cálcio, exposição ao sol, exercícios físicos e época de puberdade – aproximadamente 60% da massa óssea são formados durante o desenvolvimento puberal. Alguns anos após a formação óssea máxima, inicia-se uma redução progressiva, com uma média de perda de 0,3% ao ano para os homens e 1% ano ano para as mulheres. Na pós – menopausa ocorre uma diminuição acelerada da massa óssea, qual pode ser até 10 vezes maior do que a observada no período de pré – menopausa, sendo que nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação, essa perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical (BRASIL, 2006, p. 60).

A osteoporose apresenta alguns fatores de risco para os idosos que torna-se importante discuti-los.

O Ministério da Saude (Brasil, 2006) ressalta que.

Os fatores de risco para a osteoporose e fraturas ósseas podem ser divididos em maiores e menores. Os maiores são: fratura anterior causada por pequeno trauma; sexo feminino; raça branca ou asiática; idade avançada em ambos os sexos; história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur; menopausa precoce (antes dos quarenta anos) não tratada; uso de corticóides. Os menores são: doenças que induzam à perda de massa óssea; amenorréia primário ou secundário; baixa estatura e peso (IMC < 19 kg/m²); perda importante de peso após menarca tardia, nutripacidade; hipogonadismo primario e secundário; baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio; alta ingestão de proteína animal; pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes; sedentarismo, tabagismo e alcoolismo; medicamentos (como heparina, ciclosporina e hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio); alto consumo de xantinas(café, refrigerantes á base de cola, chá preto)". (BRASIL, 2006, p. 60)

“É importante a história clínica minuciosa com investigação dos fatores de risco para a osteoporose e para fratura. Deve-se considerar a avaliação de mulheres na pós-menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados acima e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco. A história clínica e o exame físico são úteis para excluir as causas secundárias. A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença, sendo mais frequentes as da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio (BRASIL, 2006, p. 61)

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) o exame físico na avaliação de pessoas com osteoporose é de fundamental importância analisar os seguintes itens:

Estatura; peso corporal; hipercifose dorsal; abdômen protuso; outras deformidades esqueléticas; sinais físicos de doenças associadas à osteoporose como, por exemplo, exoftalmia (hipertiroidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fâscies cushingóide etc (BRASIL 2006, p. 61)

Para o diagnóstico da osteoporose é de fundamental importância a avaliação por imagem, onde são utilizadas radiografias e a densitometria óssea.

Segundo Brasil, Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair drasticamente. A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Desse modo com a chegada da menopausa ou se houver a necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes (Brasil, 2006, p. 63).

A prevenção é de fundamental importância em toda a vida do indivíduo e, a boa ou má saúde na velhice, está intimamente ligada ao tipo de vida que o indivíduo tem desde a infância. Assim, a doença não aparece repentinamente, ela se instala aos poucos, no decorrer da vida e se manifesta na velhice, quando o organismo se encontra enfraquecido.

É importante também ressaltar que no tratamento da osteoporose a dieta, atividade física e exposição ao sol são importantes para prevenção da mesma.

As atividades físicas são indispensáveis para a manutenção da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose.

O Ministério da Saúde (Brasil 2006) recomenda que:

[...] Especialmente os exercícios aeróbicos e com peso (musculação) têm sido associados com manutenção e ganho de massa óssea em mulheres na pós-menopausa, tanto na coluna vertebral, como no quadril-observando sempre as possibilidades de cada uma. Em pacientes com osteoporose estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos riscos de fraturas que podem acarretar (BRASIL, 2006, p. 64)

É inegável o bem que as atividades físicas fazem a todos os indivíduos, e estas devem ser praticadas desde cedo para que as pessoas ganhe confiança e adquira o hábito saudável pela prática das mesmas. Porém, cuidados devem ser observados quando as atividades físicas são aplicadas em pessoas com idade avançada para não correr o risco do benefício da atividade física tornar um transtorno para as pessoas. Pois, se não forem praticadas corretamente e com o acompanhamento de profissionais especializados, podem ocasionar lesões e outros

traumas que afetam a autonomia funcional do indivíduo. Dadas as suas consequências, a queda representa um terrível problema ao idoso, uma vez que, pode levar a morte se a lesão não for bem cuidada e tratada a tempo. E dependendo do grau da fratura a internação deve ser imediata, o que às vezes não acontece e, conforme a demora surgem outras complicações comprometendo seriamente a vida deste paciente.

Dessa forma, o Ministério da Saúde (Brasil 2006) afirma que os fatores de riscos relacionados às quedas são aqueles.

relacionadas ao ambiente; fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha; tontural/vertigem; alteração postural/hipotensão ortostática; lesão no Sistema Nervoso Central (SNC); síncope e a redução da visão (BRASIL, 2006, p. 64)

É visível que, em decorrência da idade, os fatores de risco em relação as quedas aumentam, uma vez que a pessoa já não possui a mesma destreza de antes, os movimentos passam a ser mais pausados devido às alterações citadas pelo caderno da Atenção Básica. Dessa forma, cabe aos familiares e cuidadores zelarem para a otimização do ambiente, com vistas a proporcionar ao idoso maior autonomia com menos riscos.

A maioria das quedas dos idosos ocorrem dentro de casa ou em seus arredores, durante as caminhadas, mudança de posição ou ir ao banheiro, descendo ou subindo escadas.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais fácil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para idosos mais saudáveis podem transformar-se em séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha (BRASIL. 2006, p.68).

Os fatores que agravam a ocorrência de lesão na queda são: presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas; carpets soltos ou com dobras; bordas de tapetes dobradas; pisos escorregadios (encerados) molhados; cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não); ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão como sapatos, roupas, brinquedos e outros; móveis instáveis ou deslizantes; degraus da escada com altura ou largura irregulares; degraus sem sinalização de término; escadas com piso muito

desenhado (dificultando a visualização de cada degrau); uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio; roupas compridas, arrastando pelo chão; má iluminação; cadeira, camas e vasos sanitário muito baixos; animais, entulhos e lixo em locais inapropriados; objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançar-los); escadas com iluminação frontal.

4.5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é uma patologia que pode atingir o indivíduo em qualquer idade e, por ser uma doença silenciosa, as pessoas só percebem sua atuação quando ela se manifesta com sintomas, muitas vezes quando o agravo já se instalou. No entanto, a sua manifestação é mais comum depois de uma certa idade e, em geral as pessoas só tomam consciência deste mal após já terem sofrido um AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou alguma doença coronariana.

De acordo o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

A hipertensão arterial sistêmica constitui um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, que representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidos à diálise (BRASIL, 2006, p. 71).

No tocante à aferição da pressão arterial, o Ministério da Saúde (Brasil 2001) esclarece que.

O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses (BRASIL, 2001, p. 19)

Diante do exposto observa-se a importância da aferição da pressão arterial nas pessoas sempre que possível, porém, em se tratando de idosos, este cuidado deve ser permanente, devido ao fato desta patologia não revelar sintomas, só é perceptível quando a pessoa já está passando mal. Por isso, o cuidado com a calibragem do aparelho é de fundamental importância para não camuflar os resultados.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% dessas pessoas. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, porém, controlada reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento (BRASIL, 2006, p. 71).

Embora seja considerada por muitos uma doença que afeta as pessoas idosas, a hipertensão não deve ser vista como específica da idade. Ela pode ocorrer em qualquer idade, desde a adolescência até a velhice. No entanto se for acompanhada de maneira correta, a pessoa pode conviver com a hipertensão de maneira a ter uma boa qualidade de vida, principalmente se fizer uma dieta adequada, evitando os alimentos causadores da hipertensão, bem como o excesso de consumo de sódio.

Conforme o Ministério da Saúde, (Brasil 2006) a:

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A hipertensão arterial é importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que níveis pressóricos de 140/90 mm Hg ou mais, devem ser considerados elevados (BRASIL, 2006, p. 71).

A classificação de comportamento da pressão arterial pela OMS, encontra-se expressa na tabela abaixo. Necessário se faz destacar que o valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio (Brasil, 2006).

Tabela 1: Classificação da Pressão Arterial de acordo com o seu nível, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006)

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	86-89
Hipertensão		
Grau I (leve)	140-159	90-99
Subgrupo: limítrofe	140-149	90-94
Grau II (moderada)	160-179	100-109
Grau III (grave)	≥180	≥110

Fonte: Brasil, (2006).

É sabido que o tratamento para pessoas hipertensas tem por objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade das mesmas. Neste caso, o uso de medicamentos se faz necessário, como também a dieta alimentar e as atividades físicas. Após diagnosticada a hipertensão, deve-se adotar um esquema terapêutico adequado, fazendo a avaliação de risco, levando em conta tanto os valores pressóricos quanto à presença de lesões em órgãos alvo, bem como o risco cardiovascular estimado.

Existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida, como perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável e o tratamento medicamentoso.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) apresenta uma estratificação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo definido quatro categorias de risco cardiovascular absoluto:

Grupo de baixo risco: que incluem homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com menor de 65 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica (HAS) de grau 1 (pressão arterial sistólica – PAS= 140 a 159 mm Hg e Pressão Arterial Diastólica – PAD = 90 a 99 mm Hg). Neste grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave é menor que 15%. Grupo de risco médio: portadores de HA grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular. Pode variar com baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Neste grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave é de 15 e 20 %. Grupo de risco alto: portadores de HA grau 2 ou possuem 3 ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco. A probabilidade de evento cardiovascular é de 20 a 30%. Grupo de risco muito

alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta a probabilidade de um evento cardiovascular é de 30% (BRASIL, 2001, p. 22).

A Tabela abaixo apresenta as quatro categorias de risco cardiovascular absoluto em portadores de Hipertensão Arterial.

Tabela 2: Risco estratificado e quantificação de prognóstico da pressão arterial, segundo o Ministério da Saúde, (Brasil 2001)

Fatores de risco ou doenças associadas	Grau I Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau II Hipertensão Moderada Pas 160-179 ou PAD 100-109	Grau III Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I sem outros fatores de risco (FR)	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
II 1 a 2 fatores de risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco muito alto
III 3 ou mais FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	Risco Médio	Risco alto	Risco muito alto
IV CCC*	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

*CCA: Condições Clínicas Associadas incluindo doenças cardiovasculares ou renal.

A Hipertensão arterial é uma enigma devido ao fato do ser humano conviver com ela por longos anos e nada constatar em relação ao perigo de sofrer algum problema sério que pode de uma hora para outra levá-lo ao óbito ou ao comprometimento de órgãos vitais como o coração, o sistema nervoso central, rins, transtornos de visão, dentre outros. Neste sentido, é importante que seja realizada a aferição constante, porque inúmeras pessoas hipertensas não tem noção de que precisam de um cuidado maior, por serem assintomáticas, isto é, nada sentem, só diagnosticam o problema através da medição.

Em relação ao idoso, o cuidador precisa ser bastante pragmático, além de ter algum conhecimento dos problemas patológicos corriqueiros, principalmente em relação a hipertensão, até para saber lidar com possíveis surpresas que podem ocorrer, como por exemplo: nunca introduzir drogas novas por conta própria, sem a prescrição médica. Deve-se ser vigilante quanto aos efeitos colaterais e aos horários da medicação.

Enfim, o autocuidado é de grande importância devido ao fato da hipertensão ser um problema permanente do indivíduo. O hipertenso só terá vida normal se seguir diariamente todas as recomendações dos profissionais de saúde, evitar exageros alimentares, praticar atividades físicas, ficar atento a algum sintoma

diferente. Respeitando todas as orientações, não há o que temer, tudo pode ser absolutamente controlado e a pessoa continuará desfrutando de uma vida normal e com saúde equilibrada, mesmo sendo idosa.

4.5.3 Diabetes Mellitus

O cuidado com o indivíduo portador de Diabetes Mellitus e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, para o paciente, seus familiares e amigos. Isto porque, mesmo tendo consciência do seu problema, este vai precisar de ajuda constante das pessoas que o cercam, seja em sua residência ou mesmo no local de trabalho. Só assim ele poderá controlar a sua saúde e ter melhor qualidade de vida.

Para Malerbi (1997):

O coeficiente de prevalência (número de casos existentes, em determinado momento em relação à população focalizada) traduz a magnitude do problema e fornece subsídios para o planejamento das ações de saúde.

No Brasil, a prevalência do diabetes, na população urbana de 30 a 69 anos é de 7,6% magnitude semelhante de países desenvolvidos (MALERBI 1997, p. 78)

Observa-se que o índice de prevalência da Diabetes Mellitus em idosos no Brasil é bastante elevado. E este fato mostra a necessidade da implantação de ações junto aos serviços de saúde pública com vistas a otimizar o atendimento, a assistência aos portadores desta patologia. Ações estas, voltadas para a prevenção e controle.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2006):

O Diabetes Mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueiras e doença cardiovascular (BRASIL, 2006, p. 81).

O diabetes quando manifesta em uma pessoa de meia-idade, requer da mesma uma mudança radical em seu estilo de vida. Em geral, o primeiro problema a ser enfrentado está relacionado à dieta, pois o paciente tem dificuldade em mudar seus hábitos alimentares. Há ainda o fato dele ser obrigado a fazer uso constante de medicamentos. E quando a doença evolui para o uso de insulina, o paciente sofre ainda mais. Além, de todos os problemas citados há ainda o extremo cuidado para se evitar ferimentos pois a cicatrização é difícil, podendo ocorrer casos de

amputação, o que provoca um profundo sofrimento tanto para o paciente quanto para quem convive com ele.

De acordo o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo: destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL 2006, p. 81)

Diante do exposto, observa-se que é uma doença um tanto perigosa que requer inúmeros cuidados por parte do paciente e de todos que convivem com ele. Caso contrário podem ocorrer lesões sérias em órgãos vitais como já foi mencionado, levando esse paciente a enfrentar sérios problemas de saúde, inclusive risco de morte. É uma doença que não tem cura, mas se bem cuidada, pode ser controlada e a pessoa passa a ter uma vida normal e saudável.

Para o Ministério da Saúde (Brasil 2006) a diabetes apresenta os seguintes tipos:

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, conhecido como diabetes juvenil, que corresponde cerca de 10% do total dos casos, e o diabetes tipo 2, conhecido como diabetes do adulto que corresponde cerca de 90% do total dos casos. Existe também o diabetes gestacional cuja etiologia ainda não está esclarecida, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no pré-natal (BRASIL, 2006, p. 81).

Quanto aos tipos de diabetes tipo 1 ou tipo 2, ambos trazem sérios problemas aos pacientes se não tomarem os cuidados necessários em relação ao tratamento. O importante é que esses pacientes conheçam a doença e seus riscos e façam o possível para seguir o regime estabelecido. Seguindo as orientações dos profissionais de saúde, com isso consegue-se ter um ritmo de vida saudável.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2, podem ser atendidos preferencialmente na atenção básica, enquanto os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento (BRASIL, 2006, p. 81)

Neste caso muitos portadores da doença não sabem que têm o problema e, se na família existem casos de pessoas diabéticas o ideal é que todos passem por testes para verificar se estão ou não doentes.

Dados do Ministério da Saúde (2006) apontam os seguintes fatores indicativos de maior risco para a doença, tais como: idade maior que 45 anos; sobrepeso (com índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25); obesidade central com cintura abdominal maior que 102 cm para homens e 88 cm para mulheres; antecedente familiares, mãe ou pai, portadores de diabetes; hipertensão arterial maior que 140/90 mmHg; colesterol referente ao HDL igual 35 mg/dl e ou ao triglicérides igual 150 mg/dL; história de macrossomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovário policísticos; doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida;

Para Guyton (2002).

No indivíduo normal, a concentração de glicose no sangue é rigorosamente controlada, estando entre 80 a 90 mg/dl L de sangue no indivíduo em jejum. Essa concentração aumenta para 120 a 140 mg/dl L durante a primeira hora, ou mais, após uma refeição, retornando aos níveis de controle habitual dentro de 2 horas (GUYTON 2002, p. 836).

É notório que o paciente diabético sofre muito com a doença, uma vez que todo machucado pode transformar-se em um transtorno para adquirir a cura, tudo é bem mais demorado, são inúmeras as restrições que sofre. Não é fácil encarar essa doença, é preciso uma dose de muita aceitação, tranquilidade e compreensão por parte do paciente e de todos que convivem com o portador de diabetes. Caso contrário, o quadro clínico deste pode evoluir para problemas mais sérios levando a riscos maiores de sobrevividas do paciente.

Para Moimaz et al (2000):

Apesar dos pacientes que têm diabetes Mellitus terem restrições quanto ao uso de açúcar e da secreção deficiente de imunoglobinas na saliva, esses pacientes têm a mesma suscetibilidade à cárie de doenças relacionadas à placa dentária dos indivíduos normais (MOIMAZ et al, 2000, p. 50).

Sendo o açúcar um dos principais causadores de cárie dentária, sua ingestão deve ser controlada por todos. No caso do portador de diabétes, mesmo restringindo a ingestão do açúcar, está sujeito a apresentar cáries, e um pouco de mau hálito. Assim os cuidados bucais deste paciente devem ser iguais ou até maiores que os das pessoas não portadoras do diabetes.

Tendo em vista a importância e a necessidade de diminuir as complicações associadas às doenças crônicas, o Ministério da Saúde criou o HIPERDIA que é um sistema de informação para cadastramento no SUS dos portadores de Hipertensão

Arterial e Diabets Mellitus . Este cadastramento garante o acompanhamento mensal do indivíduo, dos medicamentos necessários, além de promover a melhoria da qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2007).

4.5.4 Incontinência Urinária

A incontinência urinária é uma das principais patologias que afetam a pessoa idosa. Nos manuais da Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais 2006) encontra-se a definição de incontinência urinária como:

[...] a perda de urina involuntária em quantidade ou frequência suficiente para originar um desconforto social ou problemas de saúde. As principais consequências relacionadas à incontinência urinária são: insuficiência renal, infecção do trato urinário, sepse, aumento do risco de quedas e fraturas, maceração da pele e formação de feridas e o impacto psicossocial, isolamento social, depressão, vergonha (MINAS GERAIS, 2006, p.104)

Embora possa ocorrer em qualquer idade, a incontinência urinaria mostra-se mais prevalente com o avanço da idade. Sua ocorrência traz consequências que afetam tanto o quadro clínico do paciente quanto a sua vida na família e na sociedade, visto que pode levar a situações vergonhosas, uma vez que sem condições de controlar, a pessoa pode urinar involuntariamente em lugares inapropriados. E o medo da ocorrência desse fato leva a pessoa a evitar o convívio social por vergonha, o que pode acarretar uma depressão por isolamento.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

A prevalência da Incontinência Urinária é maior nas mulheres que nos homens entre 50 e 75 anos, não apresentando variações por sexo na idade mais avançada. Estima-se que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15 % entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres (BRASIL 2006, p. 92)

O fato da incontinência urinária atingir mais as mulheres do que os homens, está ligado as situações específicas do sexo feminino, como danos causados por partos, cirurgias, radiação, tabagismo e obesidade, dentre outros. Enquanto que entre os homens, as causas específicas apresentam incidência menor, ou seja, a causa principal refere-se ao aumento da próstata.

É importante também salientar para o fato que alguns fatores predis põem a pessoa idosa à incontinência urinária, como: as alterações da mobilidade, da

destreza manual em vários aspectos e a tendência de excretar maior volume urinário ao deitar-se, em decorrência de uma maior filtração renal. (BRASIL, 2006).

A abordagem do problema e a avaliação da incontinência urinária na rotina de toda pessoa idosa é primordial, visto que a pessoa, em geral, não se refere a esse assunto durante a consulta, exceto quando é indagada pelo profissional de saúde. Na realidade, isso muitas vezes ocorre devido à vergonha do usuário e talvez, à convicção de que tal situação é uma consequência inevitável do envelhecimento. Portanto, a incontinência urinária afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas idosas, causando constrangimento e podendo levar ao isolamento e ou até mesmo à depressão.

Para o Ministério da Saúde (Brasil 2006), a incontinência urinária em pessoas idosas pode ser devido a:

causas agudas e crônicas. Sendo que as causas agudas pode ser de origem: endócrinas (hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica); psicológicas (depressão e ideias delirantes); farmacológicas (efeitos adversos de tratamento medicamentosos); infecciosas (infecção do tratamento urinário); neurológicas (doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa e Delirium); redução de consciência e redução da mobilidade (BRASIL, 2006, p. 93).

Nota-se aqui que as causas da incontinência urinária em idosos são variadas, portanto, o tratamento deve variar de acordo com cada causa. Assim, é essencial que o médico conheça um pouco do histórico de saúde do paciente e os medicamentos usados, para que possa detectar a causa da incontinência urinária.

O Ministério da Saúde (Brasil 2006) ressalta que para o início do tratamento deve ser considerada as causas como também as orientações gerais tais como:

Evitar a ingestão de grande quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis; Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas; Tratar adequadamente quadros de obstipação intestinal crônica (BRASIL, 2006, p.96).

O tipo de tratamento a ser utilizado varia conforme o tipo de incontinência diagnosticado. Podendo também utilizar algumas medidas não farmacológicas que contribuem para o melhor controle da IU, tais como: adaptação e manipulação ambiental facilitando o acesso e uso do banheiro ou colocar coletores à beira da cama. Terapias de comportamento, como exercícios de musculatura pélvica e treinamento visical, além do treinamento do hábito e a micção programada (BRASIL, 2006, p.98).

4.5.5 Depressão

A depressão é uma doença de difícil diagnóstico cujos sintomas podem ser confundidos com tristeza ou carência afetiva. Constitui-se em grande desafio para a equipe da Atenção Primária à Saúde, o que exige consultas com especialista, para um diagnóstico adequado e um tratamento eficaz. Afeta diretamente os idosos levando-os a se sentirem como uma “carga” para seus familiares. E, ao se sentirem assim muitos buscam no suicídio letal ou latente, uma suposta saída desta situação com a qual não consegue lidar.

O Ministério da Saúde (Brasil 2006) apresenta a seguinte reflexão para a depressão:

[...] é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com mais frequência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar) (BRASIL, 2006, p. 101)

Quanto dos sintomas de manifestação da depressão, da Secretaria Estadual de Saúde (Minas Gerais 2006), ressaltam que:

[...] manifesta-se por humor rebaixado perda de interesse ou prazer com alterações do funcionamento biológico com repercussões importantes sobre a qualidade de vida do indivíduo durante longo espaço de tempo, quando não tratado corretamente. No idoso, pode se manifestar como deficits de memória em graus variados, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes algicas (MINAS GERAIS, 2006, p. 118)

A observação contínua e diária do idoso por parte dos seus familiares e cuidadores, bem como o acompanhamento rotineiro por parte da equipe de saúde, constitui-se em um importante meio de se identificar uma possível depressão. Portanto caso sejam observadas sintomas, o idoso deve ser encaminhado para a assistência especializada, para que seja confirmado ou não o diagnóstico da doença.

Conforme Motriz (2002).

A depressão constitui enfermidade mental frequente no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida, sendo fator de risco para processos demenciais. É uma condição que coloca em risco a vida, sobretudo daqueles que tem doença crônica-degenerativa ou incapacitante, pois há uma influência recíproca na evolução clínica do paciente(MOTRIZ (2002, p.91):

Assim pode-se concluir que a depressão é uma patologia que afeta diretamente a pessoa idosa e o convívio familiar mostra-se como fator preponderante para sua ocorrência. Esta patologia pode evoluir para um processo

demencial, prejudicando ainda mais a autonomia e qualidade de vida do portador. Portanto, as atitudes de familiares e cuidadores em relação ao idoso depressivo podem levar à melhora ou ao agravamento do quadro. Assim, buscar meios para elevar a autoestima dessas pessoas, mostra-se como o melhor caminho a ser seguido.

Para Motriz (2002), as causas da depressão em idosos são as mais variadas e podem ser consideradas como:

As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto da perda de qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (MOTRIZ 2002, p.92)

Nota-se que as causas da depressão em idosos são as mais variadas, podendo ser provenientes de herança genética, ou seja, uma procedência familiar que predispõe à ocorrência da enfermidade, bem como ser provocada por uma situação extrema de estresse advinda da perda de um ente querido, do abandono por parte dos familiares e também da ocorrência de uma doença incapacitante. Todas estas situações podem ser vistas como potentes causadoras de um estado depressivo.

Os principais fatores de risco relacionadas à depressão são: o isolamento dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com as pessoas com as quais convive, assim como dificuldades financeiras. Além disso, a ausência de uma relação estreita de confiança com os familiares e a violência sofrida por parte dos mesmos, faz crescer o risco da ocorrência da doença. Portanto, a quantidade e a qualidade do afeto dispensado ao idoso por parte de familiares, cuidadores e também da equipe de saúde é fator preponderante na qualidade de vida deste e pode evitar a ocorrência de uma depressão.

Algumas situações são destacadas pelo Ministério da Saúde (Brasil 2006) e que favorecem o desenvolvimento do quadro depressivo em idosos.

Antecedentes depressivos prévios; doença incapacitante, sobretudo se há deterioração funcional, implicando numa mudança brusca e rápida; doença dolorosa (neoplasia, doença osteoarticular deformante); Abandono e/ou maus tratos; institucionalização; morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo; Uso de medicamentos; Situações que, quando associadas, sugerem um perfil suicida na pessoa idosa; Sexo masculino; Viver só; doença depressiva severa; insônia persistente; doença médica severa, dolorosa, incapacitante; perda recente do cônjuge; institucionalizado ou dependente de cuidados de

longa duração; etilista; ter sentimentos de culpa excessiva (BRASIL, 2006, p. 102).

Outras situações devem ser observadas pela equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006):

Sintomas psicóticos como alucinações; uso de álcool; risco ou tentativa de suicídio; repercussão grave sobre uma doença somática associada; não responde às doses habituais de um fármaco no tempo esperado; transtorno de personalidade; ausência de apoio social; efeitos secundários que impedem a continuação do uso de medicamento; a pessoa não aceita o diagnóstico e por isso não adere às recomendações terapêuticas; presença de pluripatologias psiquiátrica (BRASIL, 2006, p. 103).

No tocante ao tratamento do paciente depressivo, o mesmo deve estar voltado à promoção da saúde e à busca da reabilitação psicossocial, bem como à prevenção de recorrências, ajudando ao idoso a lidar com suas dificuldades. É importante e necessário que o acompanhamento seja sistemático, possibilitando a avaliação da melhora. E para otimizar o tratamento é essencial que se tenha conhecimento da história do sujeito, seu contexto, necessidades e dificuldades. Sendo que em muitas situações as equipes da Atenção Primária de Saúde devem buscar o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros ambulatórios de saúde mental, onde não há CAPS.

Ainda com referência ao tratamento da depressão é necessário ter em mente que este é um transtorno crônico e torna-se recorrente quando não há um tratamento adequado. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006) a cronificação ocorre quando:

demora em iniciar tratamento; tratamento apenas medicamentoso; utilização de medicamento inadequado e em doses inadequadas; descontinuidade ou redução precoce de medicamentos” “O atendimento ao depressivo pode ser individual (acompanhamento e orientação, psicoterapia e farmacoterapia) em grupo e também por meio de atividades comunitárias (Brasil, 2006, p. 106)

4.5.6 Demência

A demência é uma patologia que afeta seriamente a memória do indivíduo, podendo ocorrer em qualquer idade, porém, é mais comum em idosos

O conceito de memória, de acordo com CEGALLA (2005) é:

faculdade de reter ideias; impressões; imagens ou conhecimentos adquiridos anteriormente; consciência; lembrança. O lapso da memória torna se sério quando afeta as atividades cotidianas e dificulta a vida produtiva do paciente de

forma independente e autônoma. Estes esquecimentos, à medida que se tornam frequentes podem caracterizar demência (CEGALLA 2005, p. 574).

Segundo os manuais da Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais 2006), a demência é considerada como:

[...] uma condição em que as funções encefálicas, particularmente o desempenho intelectual, estão comprometidos a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional, pressupondo-se a existência de causas. A demência é caracterizada pela deterioração das funções mentais sem perda da consciência. Tem caráter progressivo, interfere no desempenho das Atividades de Vida Diária – AVD e, em algumas circunstâncias pode ser reversível (MINAS GERAIS, 2006, p. 118).

Nota-se portanto, que a demência não é somente um simples lapso de memória. É o comprometimento da memória de uma maneira que leva o indivíduo à perda da autonomia, visto que ele não consegue se lembrar de informações corriqueiras, mas, importantes no seu cotidiano o que pode trazer consequências nefastas para sua qualidade de vida.

O Ministério da Saúde (Brasil 2006) descreve a demência como:

[...] uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalhete (Brasil, 2006, p.108)

A demência, por ser uma síndrome crônica e progressiva, tende a aumentar dia-a-dia levando à perda gradativa da autonomia funcional do paciente, afetando de forma direta sua qualidade de vida, uma vez ele tende a ficar incapaz, porém, sem perder a consciência. Neste caso o idoso que apresenta um quadro de demência requer atenção e cuidados constantes, uma vez que não tem noção das próprias atitudes e pode provocar danos para outros e para si mesmo.

Ao referir à demência, Corey-Bloom et al (1995) fazem a seguinte afirmativa:

A demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. O diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo (COREY-BLOOM et al, 1995, p. 45)

Percebe-se portanto, que a demência é uma falta de orientação decorrente do progressivo declínio das funções cognitivas. É uma enfermidade que tende a se agravar com o tempo, mesmo com acompanhamento médico e uso de medicamentos apropriados. Assim, o tratamento é usado apenas na intenção de retardar ao máximo os agravos, pois a evolução da doença leva o paciente a não conseguir realizar as tarefas mais simples do seu cotidiano.

Dentre as diversas causas da demência, a mais prevalente é a Doença de Alzheimer (DA), que é uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia pouco conhecida, que possui aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos.

Em se tratando da Doença de Alzheimer, Laks (1993) considera que:

[...] nos estágios iniciais da doença, o paciente demonstra dificuldade em pensar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em tarefas complexa...A medida que a doença progride, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas mais simples (LAKS, 1993, p. 33)

Por seu caráter degenerativo progressivo, a Doença de Alzheimer faz com que o seu portador perca paulatinamente a sua autonomia funcional e suas funções cognitivas, necessitando cada vez mais de assistência e acompanhamento constante. E, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006) é uma patologia que evolui em três estágios hierárquicos e que podem sofrer alterações, conforme descrito a seguir:

[...] a fase inicial é caracterizada por sintomas vagos e difusos que se desenvolvem insidiosamente sendo o comprometimento da memória o sintoma mais proeminente e precoce, em especial a memória recente; fase intermediária: caracteriza-se por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo acometimento de outros domínios da cognição; fase avançada ou estágio terminal: todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas com dificuldade para reconhecer pessoas e espaços familiares. Tornam-se totalmente dependentes para as AVD e já na fase final, geralmente, estão acamados e incontinentes e acabam falecendo por alguma complicação da síndrome da imobilidade (BRASIL, 2006, p.110)

Em se tratando de demência vascular, ela não é uma patologia em si, na verdade é uma consequência de uma doença vascular encefálica, conforme afirma o Ministério da Saúde (Brasil 2006):

O quadro clínico clássico é caracterizado por início abrupto, relacionado a um acidente vascular cerebral ou a um ataque isquêmico transitório, com deterioração seletiva, podendo haver estabilidade melhora ou piora progressivas, curso gradualmente deteriorante, geralmente de caráter

flutuante ou com deterioração em degraus. Geralmente, a pessoa também apresenta hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias e outras manifestações de aterosclerose difusa (BRASIL, 2006, p.111).

A demência vascular não é apenas uma doença, mas sim o resultado de um conjunto de doenças que afetam diretamente o cérebro deixando sequelas que podem permanecer estáveis, melhorar ou piorar com o tempo, variando caso a caso. Possui aspecto deteriorante gradativo e está associada a outras patologias como diabetes e hipertensão, o que afeta diretamente a qualidade de vida do idoso.

Como em todas as patologias, o diagnóstico precoce e a identificação dos fatores de risco são grandes aliados na prevenção da demência vascular e, esta prevenção pode impedir a instalação da doença, bem como melhorar as condições clínicas da pessoa.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil 2006).

O diagnóstico desta doença é caracterizado pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores, comprometimento das funções cognitivas e alterações psicológicas do comportamento e da personalidade, com comprometimento das atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo (BRASIL, 2006, p.112)

Uma vez diagnosticada a doença que por sinal é bastante séria, os cuidadores deste paciente devem ter uma atenção redobrada, buscar com especialistas um tratamento adequado o quanto antes para não levar a complicações mais sérias no futuro. E, no ambiente familiar é necessário atentar para o fato de que tudo deve estar voltado para otimizar o dia a dia do paciente, facilitando a acessibilidade pela eliminação das barreiras físicas e estimulando-o a realizar atividades físicas, promovendo assim sua melhora.

4.5. 7 A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)

A Aids, desde seu aparecimento até os dias atuais, sempre foi vista como uma doença que afeta a população jovem, devido a questões culturais que mostram essa parcela da população como sexualmente ativa, vendo as pessoas com mais de 60 anos como excluídas do risco por, supostamente, não possuírem uma vida sexual ativa. Porém, este é um tabu que vem se desfazendo, visto que, com os avanços científicos e tecnológicos, a expectativa de vida aumentou, ampliando também a vida sexual das pessoas por meio do uso de medicamentos específicos para ambos os sexos.

Diante do exposto, o que se observa é o aumento do número de casos de Aids entre os idosos, seja pelo envelhecimento dos portadores do Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) que tem acesso ao tratamento ou pela contaminação já na terceira idade. O fato é que a população idosa sempre foi vista como imune ao risco e, portanto, não havia a necessidade de desenvolver políticas públicas voltadas para a orientação, prevenção e tratamento da Aids entre idosos.

Apesar da Aids ser considerada uma enfermidade que pode acometer indivíduos de uma sociedade como um todo, Lieberman (2000), afirma que:

[...] um grupo específico da população vem sendo negligenciado, tanto em termos de acesso à informação quanto suporte social e serviços de referência especializados no trato do HIV/ aids – os idosos (LIEBERMAN, 2000, p. 176).

É possível perceber que a sociedade em geral e especialmente a saúde pública não se encontra preparada para lidar com a questão da Aids na terceira idade. Atualmente esta situação vem mudando. Hoje se pensa em falar e trabalhar junto a esta população no sentido de informá-la sobre risco, prevenção e tratamento da Aids.

Neste contexto, Araújo e Saldanha (2006) fazem a seguinte referência sobre a questão da Aids. em idosos:

A aids vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos contaminados pelo HIV será ampliado significativamente, principalmente devido à vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas. Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que esta população seja menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger (ARAÚJO; SALDANHA, 2006, p. 294)

As opiniões dos autores acima citados com respeito ao crescimento do número de idosos infectados pelo HIV, bem como sobre as razões deste aumento mostra que a saúde pública não se encontra realmente preparada para lidar com o fato de que esta parcela da população encontra-se totalmente exposta aos riscos de contaminação e possui o agravante de, devido à idade, as alterações de saúde decorrentes do envelhecimento, tem maior probabilidade de desenvolver a doença e também de chegar ao óbito em consequência desta.

Ainda Fontes e Silva (2004) ressaltam que:

A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e dos próprios idosos, visto que a sexualidade, nesta faixa etária, ainda é tratada como tabu tanto pelos idosos quanto pela sociedade em geral. (FONTES; SILVA (2004 p.32)

Este é um dos aspectos que dificulta o diagnóstico da Aids em idosos. Eles se veem e são vistos como improváveis portadores do vírus. Assim, não são informados e nem buscam informações sobre riscos e prevenção. Além disso, devido ao tabu que rodeia o assunto, não se referem à equipe de saúde e, por outro lado, nem são questionados, ou melhor, não são alertados por estes quanto aos riscos de contaminação e às possibilidades de prevenção.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (Brasil 2006) ressalta que:

[...] o profissional de saúde deve estar atento para as queixas específicas das pessoas idosas. É responsabilidade pública colocar a disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante.(...) o marco referencial para implementações de ações de prevenção está baseada na avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos. A partir da avaliação das vulnerabilidades o profissional pode conduzir um processo de oferta de aconselhamento, testagem e orientações de prevenção para que o usuário dos serviços possa incorporá-las em sua vida cotidiana (BRASIL, 2006, p. 117).

Considera-se que a postura adotada pelo profissional em relação ao idoso é de fundamental importância para ajudá-lo no sentido da prevenção e testagem do HIV. O acolhimento do paciente e o desenvolvimento de uma relação de confiança são primordiais para que este não se sinta constrangido em falar sobre o assunto e realizar os exames. Assim, o serviço de saúde deve garantir confidencialidade e acesso humanizado para o usuário que deseja realizar o teste para o HIV e para o portador de DST/HIV/aids. Portanto, o idoso deve sentir-se acolhido sem discriminação, independente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida.

Quando o paciente se dispõe a realizar o teste, o profissional de saúde deve estar preparado para agir de forma tranquila frente ao resultado e tomar as atitudes necessárias junto ao paciente. Em caso de resultado negativo a prioridade é orientar sobre as medidas de prevenção para evitar exposição ao risco e adoção de práticas seguras. Quando o teste confirma o contágio, ou seja, tem resultado positivo, tanto o paciente quanto o profissional são impactados. Neste caso, o profissional deve oferecer apoio emocional ao paciente, informar sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento, fazer os encaminhamentos necessários e discutir sobre as medidas preventivas, respeitando sempre a condição emocional do paciente.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a assistência prestada ao idoso de acordo com a Linha Guia de Saúde do Idoso, realçando as principais patologias que afetam essa faixa etária.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos, uma vez que foram identificadas as principais patologias que atingem a população idosa, bem como os trabalhos prestados pela equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde, de forma acolhedora, com ênfase na visita domiciliar, observando o que é recomendado pela Linha Guia de Saúde do Idoso.

De uma maneira geral, ainda que de forma acanhada a assistência ao idoso na saúde pública tem melhorado. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as propostas do Ministério da Saúde estão sendo atendidas, se não ainda chegou ao ideal, pelo menos tem melhorado bastante o atendimento ao idoso na saúde pública brasileira. Em especial nos municípios onde o número de habitantes é reduzido. Os idosos portadores de doenças crônicas recebem atendimento e acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, com visitas domiciliares que objetivam a prevenção e o cuidado, no intuito de evitar o adoecimento e as internações. Além da assistência continuada, são assistidos com o fornecimento de medicamentos de uso contínuo.

As doenças abordadas em relação aos idosos são comuns porém, se tratadas a tempo, e acompanhadas por médicos especializados, mesmo aquelas crônicas, como a hipertensão arterial, o diabetes, o HIV, dentre outras, o paciente idoso pode viver bem por longos anos. Aliado ao tratamento, a contribuição dos cuidadores/ familiares é essencial tratando-os com amor, zelo e cuidado, acolhendo-os da melhor forma possível e aplicando a medicação indicada na hora certa, para garantir a eficácia do tratamento e o controle da mesma.

A presente pesquisa pretende conscientizar os profissionais de saúde seus cuidadores/ familiares da importância da prevenção e controle das doenças crônicas para garantir uma maior expectativa de vida, com qualidade. E, mostrou também que o sedentarismo precisa ser evitado, uma vez que, seguindo todas as orientações prescritas pelos médicos qualquer pessoa idosa alcançara a longevidade de forma saudável.

Como recomendações e ou sugestões para atender aos objetivos propostos pelo estudo, mostra-se necessário a implementação de políticas públicas voltadas para o cuidado e prevenção de doenças do idoso, com profissionais especializados em diversas áreas e também o aumento do número de atendimentos, pois, a demanda continua a ser muito maior que a oferta.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Lugleydson; SALDANHA, Ana. **A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos cuidadores e profissionais de saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/artcle.php?id_comunicação:11/fevereiro/2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hiperdia**. Disponível em <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.efm?id-area+807>. 2001. Acesso em 20/02/2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**/Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília – Ministério da Saúde, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de detecção, avaliação e tratamento da Hipertensão Arterial: manual de atribuições, rotinas e normas (MARN)**. Brasília: MS, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha Do Programa Nacional de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF, 2006.

CEGALLA, Domingos Paschoal. **Dicionário escolar da língua portuguesa**/Domingos Paschoal Cegalla-São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005.

CHAIMOWIZ, Flávio, **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev. Saúde e Pública, 31(2): 184-200,1997

CRABTREE B, MILLER W. **Doing Qualitative Research**, 1º ed. London: Sage, 1991. 42 Richards L. Doing Qualitative Research, 1º edição. P. 67. 1991.

COREY-BLOOM, J.; Thal, L; GALASTRO, D; FOLSTEIN, M; DRACHMAN, D; RASKIND, M.; LANSKA, D.J. **Digonosis and evolutions of dementia.neurology**; 1995;45: 211-8

FILHO, João Batista Lima. Envelhecer bem é possível. Ed. Loyola, são Paulo, 2007.

FONTES, Katharine; SILVA, Josevânia. **Representação do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade do idoso, 2004**. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/307pdf>. Acesso em 18 mai. 2009.

FIGUEIREDO, Nebia M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. Revisão Bibliográfica. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

GUYTON, A.C; Hall, J.E **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 836, 2002.

LAKS, J. **Sintomas Psiquiátricos da Demência de Alzheimer-Correlação com a gravidade do estado cognitivo** - tese de doutorado. Ipufrj, 1993.

LIEBERMAN, R. Hivin. **Older Americans: na epidemiologia perspectiva**. Journal of midwifery and women's health v. 45 (2) 176-182, 2000

MALERBI, DOMINGOS AUGUSTO; FRANCO, Laércio Joel. **Diabetes Mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento**. 2ed. Brasília; Ministério da Saúde, 1997. 82p.

MENDES, W. Home Care. **Uma Modalidade de Assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção a Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOIMAZ, S.A.S. et al. **Estado de Saúde bucal, hábitos e conhecimentos de crianças e jovens diabéticos**. Robras, Goiânia, V.9, n. 27p. 50-53, Jun. 2000.

MOTRIZ, Rio Claro. Ago/Dez, 2002, Vol. 8. Nº 3, pp. 91-98.

SILVESTRE, J.A e Costa Neto, M.M. **Abordagem do Idoso em programas de Saúde da família**. Rio de Janeiro, RJ. 2003.

VERAS, R.P. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira**. Revista USP, 51: 72-85.

WILSON, C. **The century ahead**. Daedaluswinter, 2006; 135(1)