Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos
Caso 2

José Clemente

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso 2
José Clemente

Módulo de Casos Complexos

Presidenta da República
Dilma Vana Rousseff

Vice-Presidente
Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministro da Educação
Fernando Haddad

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)
Secretário: Milton Arruda

Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES)
Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)
Secretário: Giovanni Guido Cerri

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS)
Presidente: Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Diretora: Mirta Roses Periago

Rede Universidade Aberta do Sus (UnA-SUS)
Secretário Executivo: Francisco Eduardo de Campos
Coordenador: Vinícius de Araujo Oliveira

Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)
Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FapUNIFESP)
Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Reitor: Walter Manna Albertoni
Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith
Pró-Reitora de Extensão: Eleonora Menicucci de Oliveira

Coordenação Geral do Projeto UnA-SUS (UNIFESP)
Eleonora Menicucci de Oliveira

Coordenação Adjunta/Executiva
Alberto Cebukin

Coordenação Pedagógica
Laís Helena Domingues Ramos
Daniel Almeida Gonçalves
Rita Maria Lino Tarcia

Coordenação de Educação a Distância
Monica Parente Ramos
Gisele Grinevicius Garbe

Coordenação de Tecnologia
Daniel Lico dos Anjos Afonso

Produção
Adriana Mitsue Matsuda
Antonio Aleixo da Silva
Eduardo Eiji Ono
Felipe Vieira Pacheco
Marcelo da Silva Franco
Reinaldo Gimenez
Silvana Solange Ferreira Xavier Gimenez
Silvia Carvalho de Almeida
Tiago Paes de Lira
Valéria Gomes Bastos

Edição, Distribuição e Informações
Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Pedro de Toledo, 650, 2° andar - Vila Clementino - CEP 04039-032 - SP
http://www.unasus.unifesp.br

Copyright 2010 - 2011
Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

José Clemente 3

Caso 2 - José Clemente 6

Contextualização 12

Tema 1 - Avaliação odontológica 17

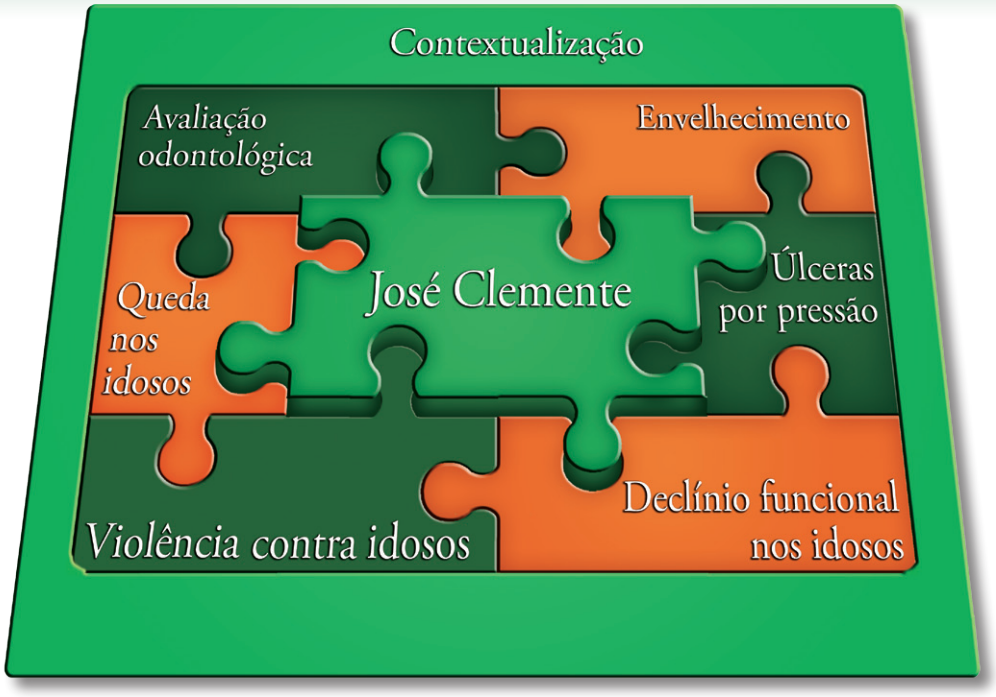
Tema 2 - Envelhecimento 21

Tema 3 - Queda nos idosos 24

Tema 4 - Úlceras por pressão 29

Tema 5 - Violência contra idosos 31

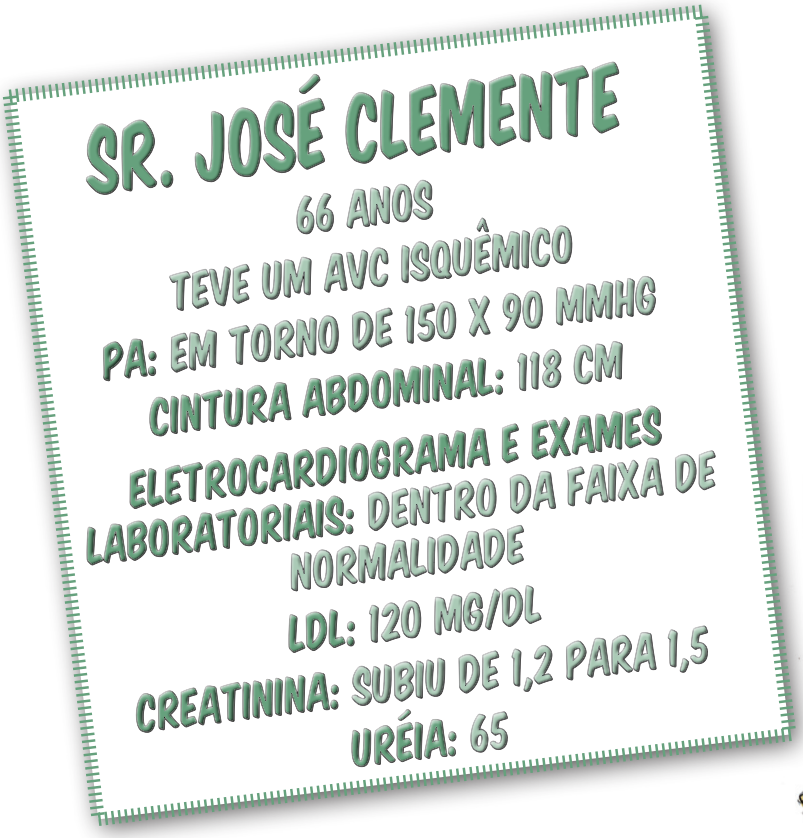
Tema 6 - Declínio funcional nos idosos 36

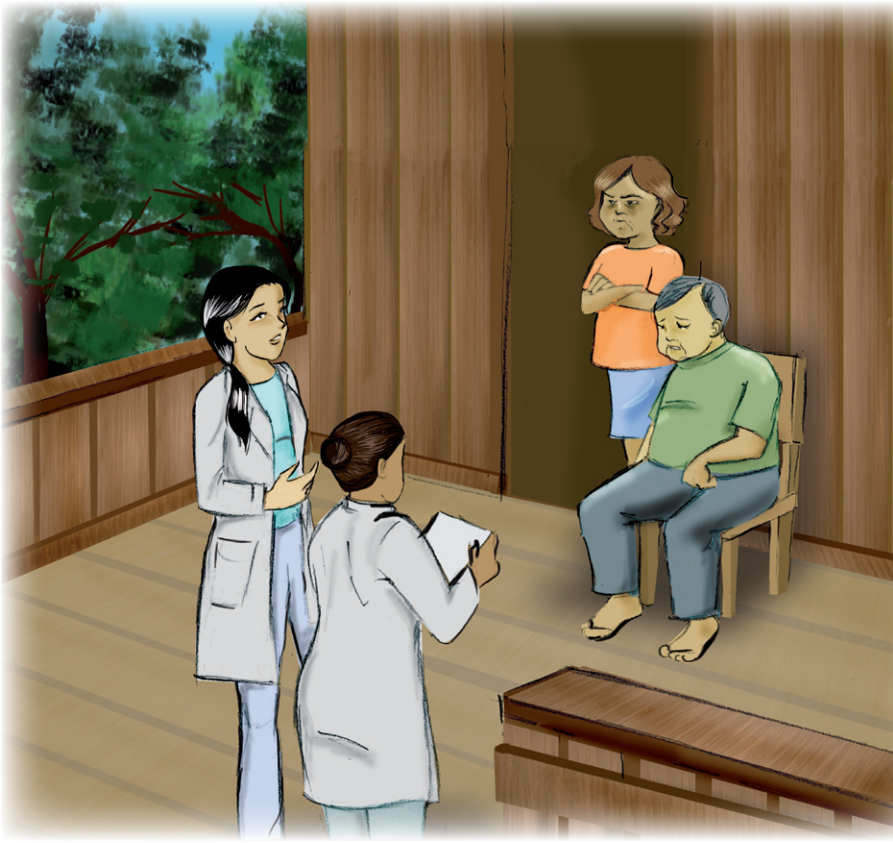


Caso 2 - José Clemente

A médica Joana e a enfermeira Ana Lígia, da equipe da UBS Vila Santo Antônio, foram realizar visita domiciliar para José Clemente, que mora na viela 33. A área de abrangência é densa, populosa, com baixo padrão econômico, saneamento precário e com cerca de 4 mil pessoas cadastradas.

Sr. José Clemente, aposentado de 66 anos de idade, provedor da família, há dois meses teve um AVC isquêmico que o deixou hemiparético à esquerda, tendo tido alta há 15 dias.





Atualmente toma, regularmente, um comprimido de hidroclorotiazida 25 mg pela manhã, mantendo a PA em torno de 150 X 90 mmHg. O Sr. José Clemente não é etilista nem tabagista, mas tornou-se sedentário após o evento isquêmico. Não foi possível averiguar seu peso devido à dificuldade de equilíbrio sobre a balança. Foi feita a aferição da cintura abdominal, que mediu 118 cm. Seu eletrocardiograma e seus exames laboratoriais estão todos dentro da faixa de normalidade. Seu LDL foi próximo a 120 mg/dL nos dois últimos exames, a creatinina subiu de 1,2 para 1,5 e a ureia resultou em 65 em ambos os exames.

— Então, Sr. Clemente – pergunta Joana –, o senhor está me dizendo que anda desanimado desde que teve o derrame?

— É verdade, doutora, e Deus me perdoe, mas tem hora que eu acho que era melhor eu ter morrido. Eu sempre fui muito ativo, sempre corri para manter as coisas aqui em casa funcionando, mas agora não faço nada... — lamenta, exprimindo tristeza. — E tive tanto problema no hospital... Primeiro peguei uma pneumonia na UTI, tiveram que me amarrar. Foi horrível. Daí abriu uma ferida que até hoje me incomoda... a minha dentadura de baixo quebrou na minha queda do AVC, e por isso não consigo comer direito, estou sem dentes até hoje.

Ana Lígia intervém:

— Dá para ver que o senhor realmente está bastante abalado com a situação, Sr. Clemente. Mas me fala o seguinte: o que foi que o senhor deixou de exercer e que gostaria muito de voltar a fazer?

— Ah, doutora, tem tanta coisa, mas acho que o principal mesmo é ir à igreja. Eu era muito ativo na igreja e tinha muitos companheiros que encontrava lá. Agora, de vez em quando, eles vêm aqui em casa, mas não é a mesma coisa.

— E quanto às coisas básicas, Sr. Clemente? Para o banho, por exemplo, o senhor precisa de alguma ajuda? — pergunta Joana.

— Minha esposa me ajuda a esfregar os lugares que eu não alcanço, mas não é todo dia que ela quer ajudar não, doutora. Além disso, essa gastura e um gosto ruim na boca me incomodam demais — responde.

— Não se preocupe — responde Joana —, vou encaminhá-lo para avaliação com a equipe de saúde bucal, para avaliar suas condições e, se necessário, faremos o encaminhamento para continuar o tratamento dentário.

Inácia, a esposa, interrompe na hora:

— Você sabe que não é querer, não é Clemente? — fala com bastante raiva. — É só eu para cuidar dessa casa toda, e agora tenho que cuidar até de você, como se eu mesma não tivesse meus próprios problemas. Eu já estou quase dependente de Paracetamol para minha coluna, e essa dor nunca resolve; é só eu parar de usar o remédio que a dor volta — e vira-se para a médica. — Eu já tenho 63 anos, doutora, não tenho mais a mesma energia, e agora, com essa "doraiada", a coisa ficou pior ainda.

— É, Dona Inácia — a médica responde em tom de apoio –, estou vendo que a senhora tem se sentido desgastada...

— Isso mesmo, doutora, a gente luta tanto para chegar no final da vida e só encontra problemas — desabafa. — Eu tenho dois filhos que moram comigo, mas são dois rapazes, não têm como ajudar. Se pelo menos eu tivesse uma filha para me ajudar — suspira. — E eu faço as coisas, sim. Eu só não faço quando não dou conta. E o tanto de chá que eu faço para baixar sua pressão? Faço sua comida separada para baixar a pressão. Compro esses óleos que não têm colesterol para ver se baixa sua pressão. E, quando tenho tempo, faço exercício com seu braço para ver se melhora um pouco. Acho que é esse tanto de coisa que está piorando minha coluna.

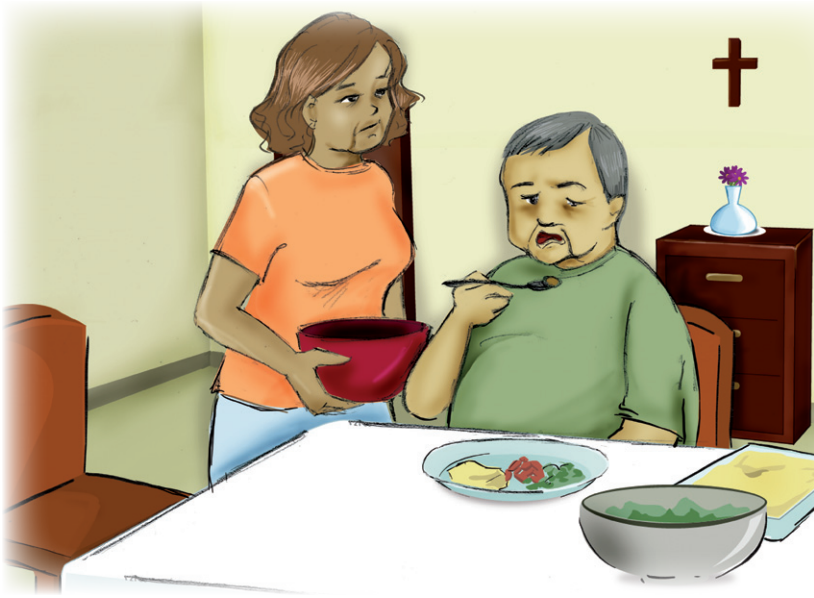
— Você está aí reclamando, Inácia? — contesta José Clemente — Você tinha que agradecer a Deus pela sua saúde! Olha só para mim, com esse braço e essa perna quase mortos...

Inácia responde:

— Não sei que saúde, com esse tanto de dor, não é, doutora?

— Cada um sabe onde seu calo aperta — conforta Joana —. Eu quero muito acompanhar vocês dois, mas, por conta do tempo, hoje eu vou priorizar o Sr. Clemente, que tem dificuldades de locomoção, e depois eu gostaria de marcar uma consulta só para conversar sobre os problemas da senhora, Dona Inácia. A senhora concorda?

— Sim, doutora, eu concordo.



A conversa continua, quando Ana Lígia pergunta a José Clemente:

— O senhor me dizia que tem dificuldades para realizar algumas atividades. Como é com relação à comida?

— Bem, doutora, eu como sozinho; só a carne que eu não consigo cortar sozinho, mas a Inácia já coloca no meu prato cortado e eu como sozinho.

— E para vestir-se?

— A Inácia também me ajuda com a calça e a camisa, mas eu faço a maior parte.

— E para ir ao banheiro, algum problema?

— Nenhum. Mesmo de noite eu me levanto sozinho, vou até o banheiro na minha velocidade, apoiando nos móveis da casa, e faço minhas necessidades. Me limpo e volto para a cama. Mas teve uma noite que estava tudo escuro e eu tropecei no tapete e caí. Não consegui me apoiar em nada a tempo. Quando percebi, já estava no chão. Sorte que não bati em nada.

— Isso já aconteceu antes? — intervém Joana, com outra série de perguntas.

— Não, foi a primeira vez.

— E o senhor sentiu alguma tonteira?

— Não, só caí mesmo porque não vi o tapete. Estava tudo escuro e o interruptor fica do outro lado da sala.

— O senhor consegue segurar a urina e as fezes a tempo de chegar ao banheiro, ou já aconteceu de eliminar alguma coisa nas calças?

— Tem hora que eu fico apertado, porque eu ando devagar, mas sempre deu tempo — afirma José Clemente, com segurança.

— E como está sendo o cuidado com a ferida que abriu enquanto estava no hospital? Onde ela fica?

— Às vezes no banho eu passo sabonete, daí ponho algodão e esparadrapo. — se adianta Inácia. — O difícil é quando fica cheio de um líquido amarelo fedorento. Tenho nojo, não sei cuidar disso.

— Fique calma, Inácia — conforta Ana Lígia —, que vamos te ajudar com curativos e te ensinar como cuidar.

Joana, por fim, pergunta:

— Tem mais alguma coisa que está incomodando o senhor que eu não perguntei, Sr. Clemente?

— Acho que é só isso, doutora — responde o Sr. Clemente.

— Está certo então. Vamos examiná-lo agora.

O exame físico revela uma pressão de 160 X 110 mmHg, estando o paciente descorado ++/++++, hidratado e emagrecido. Exame toráxico, abdominal e de extremidades sem alteração, salvo um edema ++/++++ no membro paralisado. No dorso, observa-se uma úlcera em região sacral, irregular, com 3 cm em seu maior diâmetro, com fundo com secreção amarelo-esverdeada e malcheirosa.

Joana fez uma prescrição, tendo dúvida sobre qual a melhor forma de mudar as medicações e a terapia mais adequada para a úlcera. Combinou com Ana Lígia de voltar mais tarde com novas condutas.

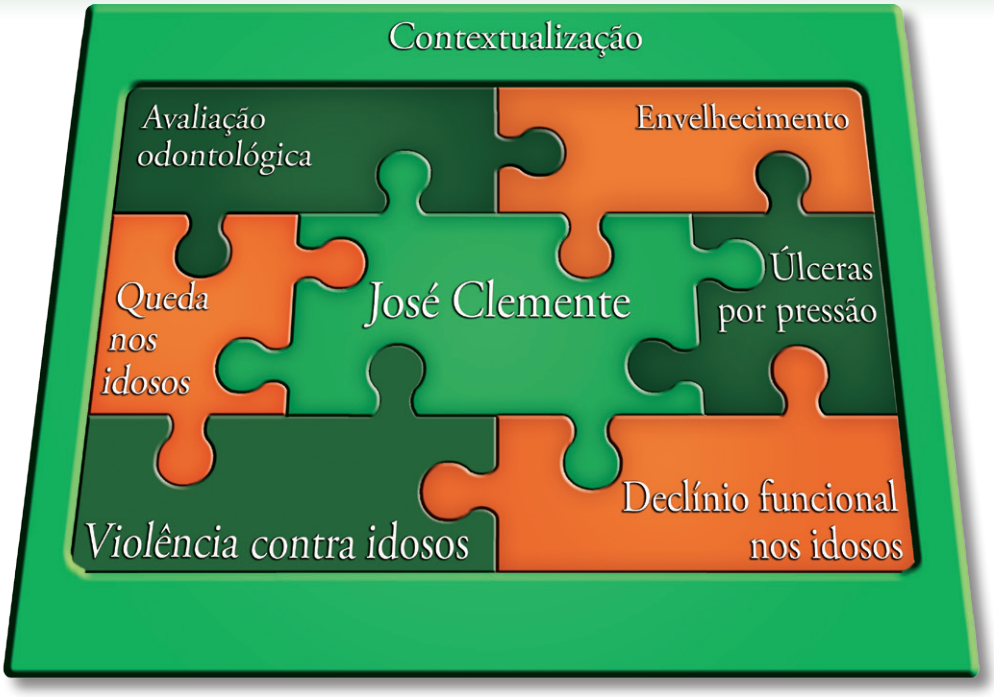
No dia seguinte, durante a reunião de equipe, Joana e Ana Lígia discutiram o caso com os demais profissionais. Relataram que, em pesquisa na internet, descobriram que são necessários antiHAS, AAS, tratamento da dislipidemia e antibióticos para a ferida, além de curativos adequados com coberturas específicas. Ana Lígia reforça para o agente de saúde Marcos e a auxiliar de enfermagem Cléo que seria necessário ensinar a esposa a fazer curativos adequados, além de presença constante da equipe de enfermagem na residência do Sr. Clemente. Todos concordaram que o paciente encontrava-se desanimado desde o AVC. Quando foram discutidas as opções de apoio, Marcos informou que o paciente tem um vizinho que sempre vai de carro para a igreja e que provavelmente não teria problemas em dar carona ao Sr. Clemente, pois o vizinho é um homem muito bom.

— Sabe outra coisa que a gente podia fazer, doutora? Eu poderia conversar com o grupo, que se reúne toda semana na igreja, para ver se eles não podem realizar o encontro na casa do Sr. Clemente, que é bem grande. Antes do ocorrido, era ele quem conduzia a reunião nas quartas-feiras à noite.

— Boa ideia! — responde Ana Lígia. Acredito que isso vai animá-lo bastante. Mas tem outras coisas que me preocupam. Numa visita, o Sr. Clemente estava todo sujo e com fome. Quando eu perguntei por que ele estava naquela situação, ele me disse que a esposa tinha saído cedo e que até aquele momento não havia voltado.

— Temos muita coisa para fazer ainda — responde Cléo —, mas acho que a gente tem que decidir quais são as maiores prioridades e fazer as coisas passo a passo, senão a gente se perde. O que vocês acham?

Todos concordaram e tentaram estabelecer as prioridades, baseadas também nos desejos que o Sr. Clemente demonstrou nas últimas consultas.



Contextualização

Julie Silvia Martins

José Clemente, que sofreu recentemente um acidente vascular cerebral (AVC), é o ator principal do caso a ser analisado.

Os exames de José Clemente, como você verá no tema *Envelhecimento*, podem estar apontando uma deterioração da função renal. A autora salienta a importância da detecção precoce da lesão renal para que o tratamento possa ser prontamente instituído, procurando estabilizar o quadro ou pelo menos retardar a evolução da doença.

De acordo com Sasajima, nos estágios iniciais da insuficiência renal crônica, os objetivos principais da diminuição da pressão arterial são reduzir a progressão da insuficiência renal e a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, sugerindo o controle da hipertensão associado ao controle da dislipidemia como formas inclusive de evitar a recorrência de novo AVC.

A autora também apresenta as principais medidas recomendadas para a redução da progressão da insuficiência renal crônica, que devem ser adotadas pelos diferentes profissionais, dentro de seu espaço de atuação. Ressaltamos que as recomendações relativas às modificações do estilo de vida, como a redução na ingestão de sal, a prática de exercícios físicos regulares e o controle de estresse, devem ser reforçadas por todos os membros da equipe.

Sasajima alerta que, caso seja necessária a introdução de antibiótico para tratamento da úlcera por pressão infectada, a dosagem deve ser adequada a um possível declínio da função renal.

Em relação aos medicamentos, é importante que os profissionais procurem prescrever os que façam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (RENAME/REMUME) (BRASIL, 2010b; SÃO PAULO, 2010), para que a família possa adquiri-los sem custo. Caso Clemente necessite de medicamentos excepcionais/alto custo, a Equipe de Saúde da Família deve orientar os familiares a como adquiri-los.

No que se refere à úlcera por pressão, Okamoto apresenta dados epidemiológicos relativos a esse agravo, além de abordar os fatores intrínsecos e extrínsecos desencadeadores da lesão, os diferentes estágios, os tratamentos a serem instituídos e as formas de prevenção. No caso de José Clemente, Okamoto sugere o tratamento mais indicado.

No caso estudado, é importante que a lesão seja examinada, o tratamento instituído e Dona Inácia orientada sobre a forma de prevenir novas lesões. Sasajima alerta que, caso a úlcera esteja infectada, o quadro pode se agravar, inclusive evoluindo para uma septicemia, cujos cuidados devem ser realizados em ambiente hospitalar.

Sasajima ainda aponta os prejuízos que a desnutrição pode provocar no desenvolvimento de úlceras de pressão e/ou retardo na cicatrização. Além de outros agravos à saúde que guardam uma forte relação com a forma de se alimentar, Clemente também se apresenta descorado e emagrecido, podendo indicar uma anemia. Assim, é imprescindível que a equipe oriente e sensibilize adequadamente Inácia, que já vem realizando algumas alterações na forma de cozinhar, para que ela possa, dentro dos recursos materiais disponíveis, produzir uma alimentação adequada ao quadro de José Clemente, podendo inclusive repercutir em benefícios à saúde dela própria. Caso a equipe conte com o apoio de um nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), certamente esse profissional poderá trazer importantes contribuições em relação a essas questões.

Quanto à alimentação de José Clemente, também é importante destacar que Inácia referiu "o tanto de chá que eu faço para baixar sua pressão". É importante a equipe identificar que chá é este e se ele não pode estar interferindo na medicação que Clemente vem usando.

Em relação à saúde bucal, é importante que o cirurgião-dentista realize uma visita domiciliar a Clemente, pois, conforme salientado por Borra, em função da perda parcial dos movimentos, ele deve ter dificuldades em realizar a higiene bucal de forma adequada, ficando mais suscetível a doenças relacionadas à presença de placa bacteriana, como cárie, gengivite e doença periodontal, devendo ser orientado, juntamente com sua cuidadora, a como realizar a higienização de dentes e próteses de forma mais adequada, considerando-se as suas limitações.

Uma questão importante a ser considerada é que Clemente passou recentemente por um AVC, e nesse período os procedimentos odontológicos devem se restringir ao controle de problemas agudos; intervenções invasivas devem ser pensadas com bastante cautela, considerando os diferentes aspectos envolvidos na questão que se relacionam com o quadro geral de saúde e os procedimentos a serem realizados.

Em casos de usuários restritos ao lar, é sempre importante a visita do cirurgião-dentista para avaliar as condições de saúde bucal, realizar orientações sobre os cuidados em saúde bucal a serem adotados e avaliar as condições do domicílio, verificando a possibilidade de se realizar tratamento no próprio domicílio, caso necessário. Obtendo tais informações, é importante discutir com a equipe quais os possíveis desdobramentos para o caso, considerando o quadro

geral de saúde do paciente, a urgência ou não de se realizar os procedimentos, a complexidade dos procedimentos a serem instituídos, os cuidados específicos para o caso, as condições que o domicílio apresenta para a realização de tais procedimentos, o grau de aceitação do paciente para se submeter a tais procedimentos, a disponibilidade de recursos físicos e materiais para a realização desses procedimentos no domicílio ou na Unidade de Saúde, a disponibilidade de recursos para transportar o paciente, a disponibilidade de serviços de referência, entre outros, com o intuito de se planejar da melhor forma possível o tratamento odontológico, de acordo com os recursos disponíveis (SÃO PAULO, 2003).

Yoshitome, ao avaliar a questão do declínio funcional, chama a atenção para a dependência parcial que José Clemente apresenta para desenvolver as atividades da vida diária, como lavar determinadas partes do corpo, a necessidade de auxílio para cortar os alimentos e para se vestir. Segundo a autora, esse declínio funcional afeta Clemente tanto no ambiente domiciliar como na sua vida social, podendo gerar tristeza, que poderá, além de retardar sua recuperação, gerar um quadro depressivo.

Em virtude desses fatos, Yoshitome salienta que o foco principal na conduta de assistência ao idoso é procurar maximizar sua capacidade funcional, e, dessa forma, aponta orientações a serem discutidas com a cuidadora, de forma a perseguir tais objetivos.

Considerando que Clemente sofreu AVC recentemente, o fisioterapeuta (NASF) pode orientar o posicionamento correto para favorecer o restabelecimento da função motora e evitar deformidades, acompanhar os progressos atingidos por José Clemente e propor novos exercícios de acordo com a evolução do caso, sendo essencial que a equipe sensibilize a família em relação à importância da realização dos exercícios, não apenas como forma de restaurar a mobilidade e aliviar as dores, mas principalmente para evitar agravos maiores, conforme apontado por Sasajima.

O terapeuta ou a terapeuta ocupacional da equipe do NASF também pode orientar formas de prevenir deformidades e evitar que Clemente negligencie o lado afetado, bem como orientar a Equipe de Saúde da Família a realizar uma leitura do ambiente em que Clemente e Inácia vivem, de forma a propor adaptações nas Atividades da Vida Diária (AVD) e nas mobílias da residência, para que Clemente possa ter o máximo de autonomia e participação social, mesmo adoecido. Cabe ressaltar que o texto de Ishimoto oferece importantes contribuições relativas aos cuidados relativos à prevenção de quedas.

Caso a equipe do NASF conte com apoio de um(a) fonoaudiólogo(a), tal profissional pode dar suporte à equipe na identificação de possível comprometimento das funções orais. Caso seja necessário, o(a) fonoaudiólogo(a) pode realizar uma visita domiciliar junto com a equipe a fim de realizar o diagnóstico e propor exercícios que venham a trazer benefícios à alimentação, à comunicação e à fala do Sr. Clemente.

Embora o caso não apresente muitos detalhes em relação ao quadro de disfunção motora de Clemente, é importante considerar que ele teve AVC recentemente e, se for adequadamente estimulado e tratado, existe a possibilidade de voltar a ter vida normal e produtiva.

De uma maneira geral, é preciso considerar que José Clemente e Inácia sofreram uma transformação abrupta em suas vidas. Em decorrência do AVC, Clemente está parcialmente dependente para desenvolver as AVD. Já sobre Inácia, sua esposa, também uma idosa (63 anos)

que apresenta problemas de saúde, recaem novas responsabilidades, para as quais não está preparada. O mau humor de Inácia e uma certa negligência em relação à doença de Clemente apontam nitidamente a sobrecarga a que está exposta e o despreparo para enfrentar a situação, necessitando de bastante apoio da Equipe de Saúde da Família.

Considerando que Inácia é companheira de Clemente há muitos anos e que vem contribuindo de alguma forma, dentro de suas limitações, seria importante a equipe explicar a ela que as limitações de movimentos de Clemente podem ser minimizadas/superadas no decorrer do tratamento, caso as recomendações dos diferentes profissionais sejam atendidas, o que poderá incentivar Inácia a contribuir de uma forma mais efetiva com o tratamento, lembrando que uma atitude positiva da equipe, valorizando e orientando Inácia, pode ser fundamental para que ela entenda o quanto é importante no restabelecimento do marido.

Dessa forma, a equipe, além de valorizar os esforços de Dona Inácia, deve orientá-la em relação aos procedimentos que devem ser realizados nos cuidados com Clemente, mostrando de que maneira ela pode desenvolver as atividades de cuidado, preservando, ao mesmo tempo, sua saúde. A equipe de enfermagem pode apoiar a realização dos curativos referentes à ferida. Uma questão que também poderia ser considerada pela equipe para favorecer a situação de Inácia seria planejar a visita domiciliar de forma que o médico pudesse consultar tanto Clemente quanto Inácia, durante a mesma visita, como forma de demonstrar que a equipe valoriza o seu esforço e que reconhece que ela também apresenta limitações para comparecer à Unidade de Saúde, pois tem que deixar Clemente sozinho.

Em relação ao apoio a ser dado a Clemente e Inácia, seria interessante também discutir com a equipe a possibilidade de um dos profissionais fazer contato com os filhos do casal, uma vez que são adultos em idade produtiva, verificando a possibilidade de darem mais apoio aos pais, seja no desenvolvimento de tarefas para diminuir a sobrecarga de Inácia, seja no apoio financeiro para contratar uma pessoa para ajudá-la.

Conforme apontado por Sasajima, a família é a fonte mais comum de apoio e cuidados, sendo necessária nesse caso uma nova definição de papéis entre os seus membros. O envolvimento dos filhos é imprescindível para que se apropriem do real quadro de Clemente, dos cuidados que se fazem necessários e da sobrecarga a que está exposta a Sra. Inácia. O respaldo da família, no caso dos filhos, pode favorecer e muito o quadro de Clemente, ao se sentir amado e cuidado; já Inácia, sentindo-se apoiada pelos seus filhos, pode dar um novo sentido à vida desse casal que passa por momentos difíceis e necessita do apoio de outros familiares.

Em relação à questão afetiva, é preciso considerar que tanto a relação de Clemente com Inácia, bem como a do casal com seus filhos, trazem resquícios do passado, seja de vínculos positivos estabelecidos anteriormente, seja de ressentimentos e mágoas, que podem aflorar nesse momento difícil. Tais sentimentos devem ser reconhecidos, considerados e trabalhados pela ESF de forma a resgatar os vínculos afetivos entre os membros da família, se for o caso, de forma a potencializar os recursos afetivos que certamente serão importantes para superar as dificuldades vividas pela família.

Quanto à situação de Inácia, é preciso reconhecer que ela também é uma idosa, que tem seus problemas de saúde, que além de ser orientada pela Equipe de Saúde da Família, precisa ser apoiada pela família, pela equipe de saúde e pela comunidade em que vive (BRASIL, 2010a).

Algumas Unidades de Saúde, reconhecendo os desafios impostos aos cuidadores (FERNANDES; GARCIA, 2009), desenvolvem grupos de cuidadores, favorecendo a troca de experiências e o estabelecimento de uma rede social de apoio, de forma a favorecer o desempenho do(a)s cuidadore(a)s e preservar sua saúde física, mental e social.

Contar com o apoio da comunidade nesse momento difícil é muito importante, e, conforme sugerido pelo(a)s agentes comunitários de saúde no caso em questão, viabilizar a ida de José Clemente para a reunião na igreja, contando com a ajuda dos amigos, ou realizar a reunião da igreja na casa dele, é um aspecto importante a ser considerado na recuperação, podendo inclusive trazer benefícios indiretos à Inácia, que pode vir a ter o apoio de outros membros da igreja para suas tarefas ou a possibilidade do convívio social com eles, ou até mesmo desenvolver outras atividades de convívio social enquanto os amigos da igreja acompanham seu marido.

Dessa forma, o caso José Clemente demonstra a importância da atuação da equipe multiprofissional, em que os saberes se complementam, vislumbrando a integralidade da atenção, destacando-se a importância do apoio familiar e da comunidade.

Referências

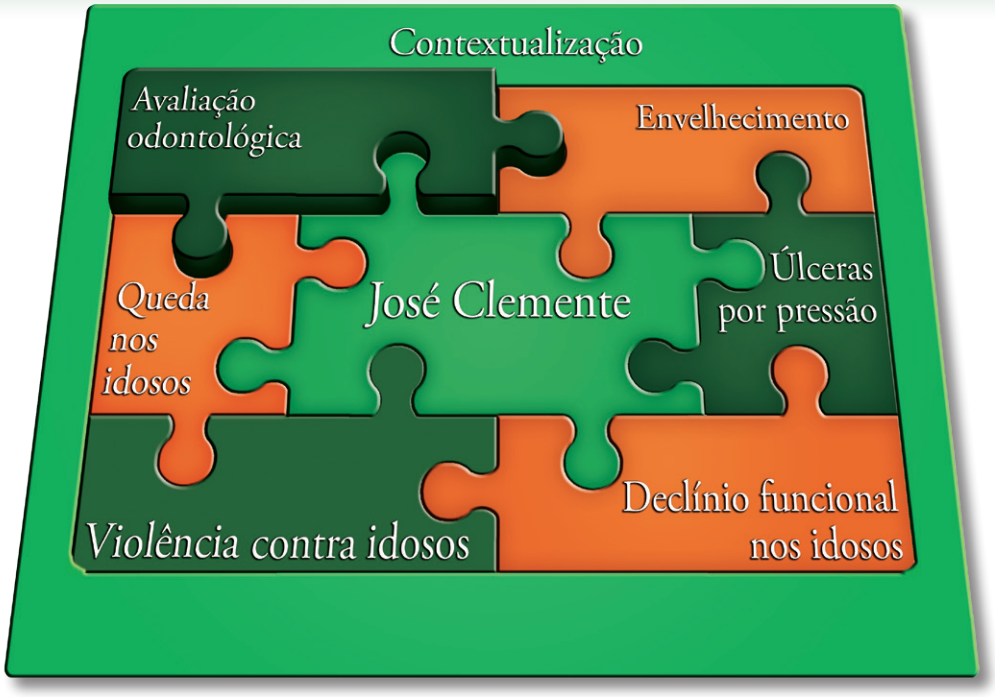
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em 3 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2010. 7. ed. Brasília, 2010b. (Série B, Textos Básicos de Saúde) [citado 3 set. 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf>. Acesso em: 3 set. 2010.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 393-399, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. **Cuidados domiciliares em saúde bucal**. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Cuidados_Domiciliares.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2011.

SÃO PAULO (município). Secretaria da Saúde. **Relação de medicamentos essenciais para a rede básica**: itens para a dispensação. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/Relacao_Medicamentos_Essenciais_Rede_Basica.pdf >. Acesso em: 16 out. 2010.



Tema 1 - Avaliação odontológica

Ricardo Borra

José Clemente, em função da faixa etária e da condição de ser portador de um distúrbio neuromotor, pode ser enquadrado em grupo de risco para doença periodontal e cárie dentária. Também em função da perda parcial dos movimentos de um dos braços, associada com estado depressivo devido ao AVC sofrido, muito provavelmente não deve estar desenvolvendo controle razoável de biofilme dental. Nesse caso, o surgimento e a evolução das doenças relacionadas com a presença de placa bacteriana, tais como gengivite, periodontite e cáries dentárias, principalmente do tipo radicular, podem ser potencializados.

Seria imprescindível submeter o paciente a exame odontológico, no qual a saúde bucal pudesse ser avaliada criteriosamente. Além do histórico bucodental, o profissional deveria inspecionar a cavidade bucal em busca de sinais e sintomas associados com câncer bucal e determinar as condições dos elementos dentários e dos tecidos de proteção e suporte (gengiva e periodonto). A presença de dor ou de alterações funcionais das articulações temporomandibulares também mereceria atenção especial por parte do profissional.

Em caso de presença de doença periodontal verificada por meio de sangramento, edema, vermelhidão, perda de inserção, aumento da profundidade de sondagem maior que 4 mm, presença de biofilme e cálculos dentários, o paciente deveria ser submetido a um tratamento de desinfecção e alisamento radicular associado. Tal tratamento poderia ser executado por um cirurgião-dentista da equipe, na própria residência dos Clemente, usando um aparelho de ultrassom odontológico portátil. O uso de antibiótico (amoxilina + metronidazol) por 28

dias poderia ser indicado durante o tratamento para complementação dos procedimentos de desinfecção e alisamento radicular.

Em caso de presença de cáries coronárias ou radiculares, o cirurgião-dentista tem a opção de realizar uma curetagem superficial e aplicar o material restaurador temporário ionômero de vidro, até que o quadro do paciente esteja estabilizado e ele possa se locomover até um consultório odontológico para tratamento restaurador definitivo. Esse procedimento, associado com o tratamento periodontal, tem a capacidade de reduzir em muito a contaminação da cavidade, permitindo a interrupção ou a diminuição da evolução das doenças associadas com o biofilme dental.

Deve-se ressaltar que atualmente a doença periodontal e a higiene oral inadequada têm sido reconhecidas como fatores de risco para AVC (JIMENEZ et al., 2009). Existem estudos que associam a doença periodontal com aterosclerose e hiperlipidemia (TALEGHANI et al., 2010; FENTOGLU et al., 2009). Diversas hipóteses têm sido propostas, desde produção de citocinas e outros mediadores pró-inflamatórios, infecção direta dos vasos mediada por bactérias periodonto patogênicas até resposta imune cruzada entre componentes das bactérias de origem periodontal e componentes das células endoteliais. Estudos têm mostrado também que a higiene oral correta é capaz de diminuir os níveis de marcadores sistêmicos de inflamação e melhorar os indicadores de função endotelial e o controle metabólico da hiperlipidemia (LAM et al., 2010; FENTOGLU et al., 2010), considerados fatores de risco para eventos cardiovasculares.

A remoção de raízes residuais é preconizada, e a oportunidade dependerá da possibilidade de locomoção do paciente para alguma unidade de saúde equipada com infraestrutura odontológica. Os casos de urgência, tais como pulpites e abscesso, necessitariam de encaminhamento para tratamento em centro hospitalar equipado com consultório odontológico.

Como o Sr. Clemente apresenta uma incapacidade parcial de movimentação dos membros superiores, o controle diário químico mecânico do biofilme poderia ser realizado utilizando-se escovas ultrassônicas e um fio dental acoplado a um suporte. Além disso, bochechos diários com enxaguatório bucal contendo flúor, triclosan e gantrez estão indicados por este apresentar eficácia semelhante ao clorexidine 0,12%, sem causar efeitos colaterais. Para que o paciente consiga manter um estado de saúde bucal, tanto José Clemente quanto sua esposa devem ser periodicamente informados sobre os procedimentos básicos de higienização oral, além de treinados e motivados.

Quanto à dieta, muitas vezes pela dificuldade de mastigação e deglutição, os pacientes com deficiência neuromotor acabam substituindo a alimentação saudável baseada em grãos por uma dieta inadequada baseada em alimentos pastosos, com alto poder calórico e potencial cariogênico, estimulando dessa maneira o desenvolvimento do biofilme dental patogênico e fornecendo as condições ambientais para o surgimento ou a evolução da doença periodontal e da cárie dentária. Uma consulta com um nutricionista seria altamente relevante.

Pela faixa etária, existe a possibilidade de o paciente ser um portador de prótese dentária fixa, móvel, parcial ou total, em virtude da perda de elementos dentários. Nesse caso, o profissional da equipe deverá analisar as condições de adaptação e oclusão da prótese e indicar sua substituição quando necessária. O paciente portador de prótese deve também manter um intensivo controle de biofilme, além de ser orientado a higienizá-la por meio de escovação usando uma escova diferente, de dureza maior do que a que ele utiliza para higienização da própria boca. No período noturno, o paciente deve ser orientado a não usar a prótese e deixá-la imersa em copo contendo líquido antisséptico. Caso o paciente tenha a indicação para confecção de uma nova prótese ou colocação de implantes, deverá ser encaminhado para serviço especializado após estabilização do seu quadro clínico.

Oportunidade para tratamento odontológico de pacientes com acidente vascular cerebral

Normalmente se indica o tratamento odontológico de pacientes com acidente vascular cerebral 6 a 12 meses após o evento. No entanto, Elad e colaboradores (2010), estudando os eventos ocorridos durante e após tratamento odontológico invasivos e não invasivos de grupo de 16 pacientes que sofreram acidente vascular cerebral há menos de 12 meses, não encontraram qualquer complicação nesse grupo.

Geralmente os pacientes com acidente vascular cerebral fazem uso de medicações anticoagulantes e antiplaquetárias que devem ser levadas em consideração no planejamento do tratamento odontológico. Muitas das medicações que o dentista receita poderiam interagir com os medicamentos citados, aumentando ou inibindo o efeito farmacológico desejado. Por outro lado, a capacidade reduzida de coagulação em que os pacientes são mantidos poderia aumentar o risco de discrasias sanguíneas em procedimentos invasivos.

Dependendo do procedimento odontológico planejado, existe uma indicação de interrupção do tratamento anticoagulante três dias antes do procedimento, sendo que, no mesmo dia do procedimento, 8 horas após, o tratamento anticoagulante deve ser reiniciado. Esse protocolo tem sido discutido, uma vez que o risco de novo evento cardiovascular aumenta em 1%, superando em três vezes o risco de sangramento inesperado durante ou após o procedimento odontológico. Em razão disso, a interrupção do tratamento com anticoagulante tem sido questionada. Autoridades britânicas têm recomendado que os procedimentos de exodontia sejam executados em pacientes com valor de **Razão Normalizada Internacional** (**RN)** menor do que 3, verificado 72 h antes da cirurgia (KAMIEN, 2006). Paralelo a isso, existem cuidados especiais que poderiam ser utilizados para diminuir o risco de hemorragias durante e após procedimentos potencialmente invasivos, tais como: tratamento endodôntico, anestesia local, exodontia, cirurgia oral menor, biópsia e tratamento periodontal. O British Committee for Standards in Haematology recomenda o uso de bochecho com antifibrinolítico, ácido tranexâmico (5%, de 8/8h por 2 dias) ou ácido épsilon-aminocapróico, além da utilização de esponja ou cubo de fibrina ou colágeno, ou trombina para preenchimento do alvéolo, e contraindica a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais para controle pós-operatório da dor.

Referências

ELAD, S. et al. A new management approach for dental treatment after a cerebrovascular event: a comparative retrospective study. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 110, n. 2, p. 145-150, 2010.

FENTOGLU, O. et al. Periodontal status in subjects with hyperlipidemia. **Journal of periodontology**, v. 80, n. 2, p. 267-273, 2009.

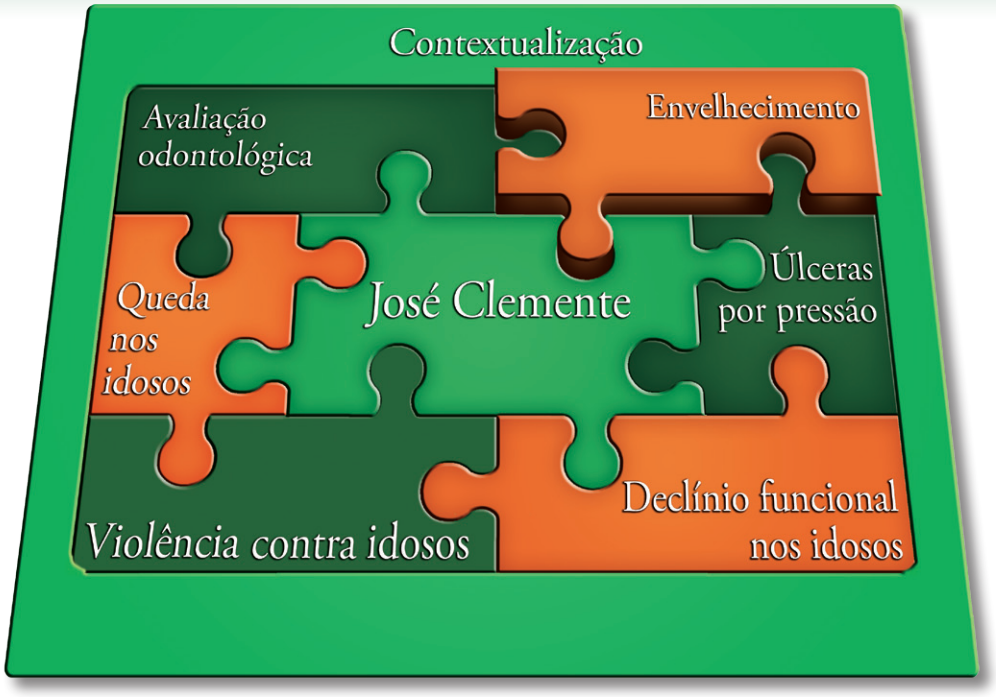
_____. Short-term effects of periodontal therapy as an adjunct to anti-lipemic treatment. **Oral diseases**, v. 16, n. 7, p. 648-654, 2010.

JIMENEZ, M. et al. Periodontitis and incidence of cerebrovascular disease in men. **Annals of neurology**, v. 66, n. 4, p. 505-512, 2009.

KAMIEN, M. Remove the tooth, but don't stop the warfarin. **Australian family physician**, v. 35, n. 4, p. 233-235, 2006.

LAM, O. L. et al. A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. **International journal of cardiology**, 2010.

TALEGHANI, F. et al. Association between chronic periodontitis and serum lipid levels. **Acta medica Iranica**, v. 48, n. 1, p. 47-50, 2010.



Tema 2 - Envelhecimento

Edna Kazuko Sasajima

O estudo do caso de José Clemente, como vimos, refere-se a um senhor de 66 anos, casado, e até há dois meses, antes de ter tido o AVC isquêmico, responsável pelo sustento da casa, segundo ele, vivia na correria para garantir o sustento da família. Além de não poder mais trabalhar, como antes, para o sustento da família, por ter ficado com sequela devido ao "derrame", necessita de ajuda para o autocuidado, causando uma frustração que hoje é refletida por sua impaciência e desânimo.

O quadro agudo do AVC, quando Clemente foi atendido numa instituição hospitalar, apresentou agitação psicomotora, e o paciente acabou sendo contido mecanicamente no leito, no qual gerou uma úlcera por pressão, motivo esse também de frustração.

Quando José Clemente voltou para casa, tudo mudou...

Ele não podia mais trabalhar devido à sua hemiparesia à esquerda, a qual comprometia suas atividades de vida diária (AVD), necessitando de ajuda para tomar banho, se vestir e também na hora de se alimentar. Essa nova condição "pegou de surpresa" todos os membros da família. Dona Inácia está ficando esgotada fisicamente e psicologicamente com a nova situação e, com o aumento de afazeres, pode também adoecer.

Com o avançar da idade, nosso organismo vai perdendo a capacidade de adaptação ao meio ambiente, deixando-o mais vulnerável e correndo o risco de ter mais doenças e até levar à morte.

Hoje em dia, a sociedade acaba nos impondo uma rotina que não condiz com uma boa qualidade de vida. Isto é, quem quer ter um nível socioeconômico "razoável", para que possa dar estudos para os filhos, ter algum bem material, acaba tendo jornadas de trabalho maiores (dois empregos, bicos...), hábitos alimentares ruins (*fast-food*, lanches...), pouco tempo para o lazer, e para a atividade física (sedentarismo). Com isso, o ser humano torna-se mais propenso a adoecer.

Devido ao processo de envelhecimento e à má qualidade de vida, os idosos estão mais suscetíveis a adquirir uma doença crônica, entre elas o diabetes e a hipertensão arterial.

O Sr. Clemente é hipertenso, tem colesterol aumentado e circunferência abdominal aumentada (maior que 100 cm). Ele tem vários fatores que contribuem como risco para ter o acidente vascular cerebral.

O acidente vascular cerebral, conhecido também como derrame cerebral, acometeu uma determinada área do cérebro de José Clemente, que o levou à hemiparesia, e com isso apresenta algumas dificuldades para a realização das AVD (incapacidade funcional).

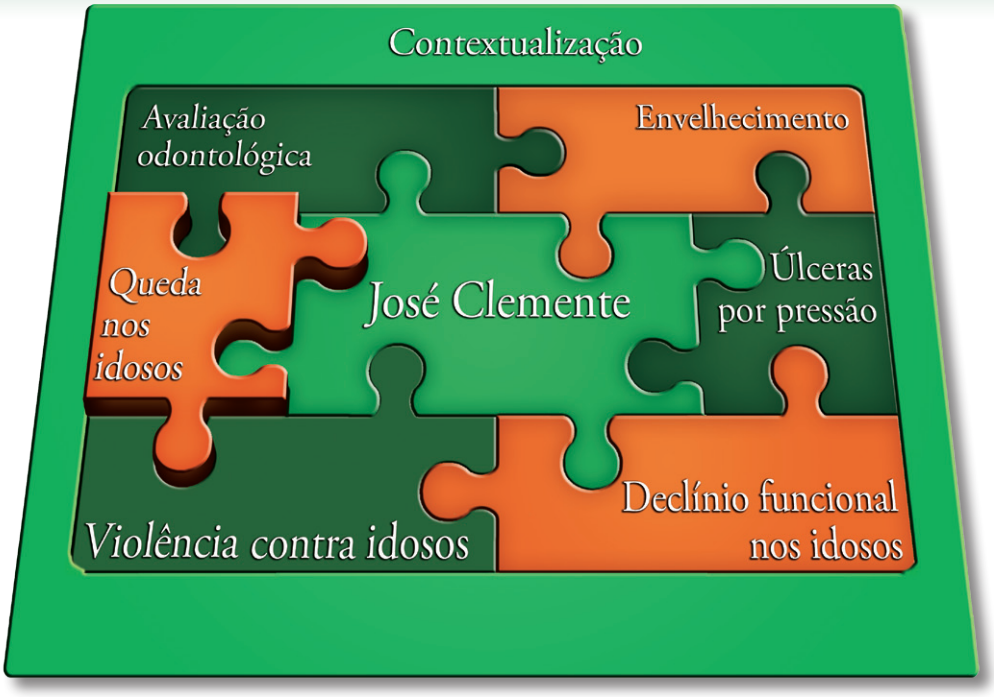
O questionamento a ser abordado no momento se trata da prevenção secundária ao AVC. Sabe-se que o derrame não acontece uma vez só, ele pode ocorrer mais vezes na mesma pessoa, principalmente se os fatores de riscos permanecerem.

Portanto, para José Clemente são necessários:

1. Cuidados em relação ao controle da hipertensão arterial: controlar a pressão arterial em casa ou em posto de saúde, ajuste de medicamentos, diminuição da ingestão de sal e atividade física.
2. Cuidados em relação a evitar complicações quanto à hemiparesia: prevenir deformidades e/ou diminuição da força motora e habilidade do membro acometido devido à falta de fisioterapia/exercícios.
3. Cuidados em relação à úlcera por pressão: orientar quanto ao modo de realização dos curativos (técnica limpa, com solução salina a 0,9% e cobertura adequada para aquela fase – determinar/verificar características da ferida).
4. Cuidados em relação ao estado depressivo: ajudar o Sr. Clemente a lidar com a nova condição física; orientar sobre a necessidade de fisioterapia; orientar quanto à necessidade de assistência do terapeuta ocupacional para possibilidades de adaptações que facilitem a realização do autocuidado; orientar também para a necessidade de atividades físicas e lazer, meio de convívio social, para que Clemente não fique isolado em casa.
5. Cuidados em relação à alimentação: José Clemente necessita de uma alimentação balanceada para controlar a hipertensão arterial, bem como diminuir o colesterol

(LDL), e também uma dieta que auxilie no processo de cicatrização da úlcera por pressão (quadro de anemia?).

Realizando essas orientações e cuidados, acredito que o Sr. Clemente e família conseguirão ter uma boa qualidade de vida, tendo o paciente menores riscos de apresentar outro episódio de AVC, evoluindo com cicatrização da úlcera por pressão e sem apresentar deformidades.



Tema 3 - Queda nos idosos

Thaís Ishimoto

O caso de José Clemente exemplifica bem um típico caso geriátrico com alto risco para quedas. Nele podemos identificar fatores causais diretos, como o acidente vascular encefálico com dependência funcional e instabilidade de marcha, assim como fatores precipitantes, como tapetes soltos que o fizeram escorregar.

Como veremos a seguir, as quedas no idoso são frequentes e geralmente de etiologia multifatorial. Podem resultar em fratura de fêmur, hematoma subdural e traumatismo craniano, que têm como consequência incapacidade funcional e aumento do risco de institucionalização. Por terem grande impacto na qualidade de vida, a prevenção das quedas é fundamental e deve ser realizada por todos os profissionais de saúde que lidam com idosos.

Screening

Todos os idosos que vivem na comunidade devem ser questionados pelo menos uma vez por ano sobre quedas e problemas de marcha ou equilíbrio. Durante as consultas de rotina, o médico generalista deve identificar se o paciente apresentou duas ou mais quedas durante os 12 meses que antecederam a consulta e se há dificuldade para andar ou manter o equilíbrio

estático. É importante que essas perguntas sejam realizadas ativamente pelo médico durante o interrogatório sobre diversos aparelhos. A maioria dos idosos não valoriza a queda e não relata espontaneamente o problema. Muitos acham que é normal cair com a idade e que não devem incomodar o médico por tal motivo. Geralmente só relatam quando há consequências graves da queda, exatamente o que queremos evitar. Os idosos com duas ou mais quedas e/ou uma queda com alteração da marcha ou equilíbrio devem ser investigados para a detecção dos fatores relacionados.

No caso de José Clemente, podemos identificar pelo discurso que ele não valorizou a queda, referindo que "... caí mesmo porque não vi o tapete...". Talvez ele não tivesse relatado o evento se a enfermeira não tivesse perguntado sobre a dificuldade de ir ao banheiro.

Avaliação do paciente caidor

A avaliação do paciente caidor inicia-se com uma anamnese dirigida para a queda, visando identificar em qual circunstância ela ocorreu. Perguntar como a queda ocorreu, se houve sintomas precedendo a queda, se houve mudança brusca de posição (deitado para sentado ou sentado para em pé), se estava sozinho, em qual local ela ocorreu e as consequências da queda. No histórico médico, atenção especial deve ser dada para as medicações em uso. Perguntar sobre medicações prescritas (principalmente psicotrópicos) e não prescritas, automedicação, fitoterápicos, chás e vitaminas.

Os fatores ambientais também devem ser investigados. Perguntar sobre tapetes soltos, pisos escorregadios, iluminação, escadas sem corrimão. Caso exista a possibilidade, é melhor que a equipe visite a casa do paciente. No caso de Clemente, é importante que a equipe verifique as condições dos cômodos (principalmente banheiros), as condições da iluminação e como ele realiza as transferências.

No exame físico deve-se aferir a pressão arterial e a frequência cardíaca na posição deitada e em pé (deixar o paciente em pé por 5 minutos antes de realizar a segunda aferição). A hipotensão postural está presente quando houver queda de 20 mmHG na pressão sistólica e/ou de 10 mmHG na pressão diastólica. Atenção especial deve ser dirigida para o exame cardiológico à procura de arritmias e ao exame dos pés à procura de deformidades como joanetes, úlceras e alteração de sensibilidade. Avaliar o tipo de sapato utilizado pelo paciente. Ele deve ser fechado, com solado antiderrapante, salto baixo e preso nos pés.

A avaliação do equilíbrio e marcha pode ser realizado por meio do "Get up and Go test", em que o idoso deve levantar de uma cadeira sem utilizar as mãos, andar alguns metros e retornar. Durante o teste, deve-se procurar por sinais de instabilidade. Trata-se de um teste simples, rápido e que pode ser realizado por profissionais não treinados. No caso descrito, não há necessidade da realização do teste, já que o paciente tem hemiparesia à esquerda, com visível alteração do equilíbrio e marcha.

No exame neurológico, os pontos principais são: avaliação da cognição, propriocepção e força muscular. A cognição pode ser avaliada através do miniexame do estado mental. Alteração

da propriocepção (que pode ser realizada pelo Teste de Romberg, noção de posição segmentar ou sensibilidade vibratória) é uma causa comum de alteração do equilíbrio no idoso.

Fatores precipitantes/predisponentes e intervenções

No caso de José Clemente, podemos identificar os seguintes fatores relacionados à queda: dependência para AVDs, alteração da marcha/equilíbrio (sequela de AVC), depressão, incontinência urinária funcional (dificuldade para chegar ao banheiro pela dependência funcional) e fatores ambientais (falta de iluminação noturna, tapetes soltos, falta de auxiliares no banheiro).

Conheça as intervenções:

1. **Dependência funcional e alteração da marcha e equilíbrio**

   Os pacientes com alteração no teste "*Get up and Go*" devem ser encaminhados para um fisioterapeuta. O fisioterapeuta ajudará tanto na elucidação diagnóstica quanto na indicação de auxiliares de marcha e terapias. A reabilitação deve combinar treino de marcha e equilíbrio com exercícios de fortalecimento muscular.

   A perda da propriocepção, que é comum nos idosos, leva à alteração do equilíbrio. Nesses casos, o paciente pode ser encaminhado para o neurologista para investigação da causa. Medidas para melhora da propriocepção podem ser oferecidas, como uso de auxiliares da marcha e uso de sapatos com sola fina.

   Deve-se suspender ou diminuir a dose de medicamentos que alteram o equilíbrio, como sedativos.

2. **Inadequação ambiental**

   Conforme descrito anteriormente, quando possível, a equipe de saúde deve visitar a casa do paciente para identificação de fatores que precipitem as quedas.

   Algumas intervenções ambientais incluem: colocação de corrimão nas escadas e nos banheiros, retirada de tapetes soltos, iluminação adequada (principalmente iluminação noturna), uso de tapetes antiderrapantes ou pisos antiderrapantes nos banheiros.

3. **Medicamentos**

   A polifarmácia (uso de quatro ou mais medicações) e principalmente o uso de medicações psicotrópicas estão relacionados ao aumento da incidência de quedas. É importante realizar sempre uma revisão das medicações em uso e suspender as desnecessárias. No caso da medicação ser imprescindível, utilizar sempre a menor dose possível.

4. **Hipotensão postural, arritmias e síncope**

   Nos casos de hipotensão postural, rever as medicações e comorbidades relacionadas. Descontinuar o uso de medicações e orientar o paciente para medidas comportamentais, tais como sentar no leito antes de levantar e manter uma hidratação adequada.

Muitos idosos não conseguem relatar que tiveram perda de consciência antes da queda. Ou, então, sofreram apenas uma pré-síncope decorrente de um problema cardiovascular (comumente hipersensibilidade do seio carotídeo, síndrome vaso-vagal e bradiarritmias/taquiarritmias). Por isso, os casos de queda sem motivo aparente podem estar relacionados a problemas cardiovasculares e devem ser investigados.

5. **Alteração da acuidade visual**

   Não há evidências científicas de que a realização de consultas oftalmológicas diminua a incidência de quedas. Apenas nos pacientes previamente portadores de catarata com indicação cirúrgica, a cirurgia deve ser antecipada.

6. **Deficiência de vitamina D**

   Os pacientes com deficiência de vitamina D ou com suspeita de deficiência devem receber suplementação. A dose recomendada é de 800UI/dia. Se possível, monitorar os níveis com dosagem de vitamina D sérica.

7. **Pé e calçados**

   Pacientes com joanetes, deformidades nos pés, úlceras, deformidades nas unhas, devem ser encaminhados para o podiatra.

   Durante a consulta, os profissionais de saúde devem também observar o tipo de calçado utilizado. O sapato ideal é de salto baixo, solado antiderrapante com grande superfície de contato com o solo, fechado e bem aderido ao pé.

8. **Educação do paciente e familiares**

   A educação do paciente e familiares sobre as quedas e suas consequências é importante para a prevenção. Eles devem estar cientes dos diversos fatores que podem precipitar as quedas e as possíveis intervenções a serem realizadas. Devem também ser orientados a avisar os membros da equipe de saúde em qualquer caso de queda, para que uma nova avaliação seja realizada.

Exames complementares

Os exames complementares no paciente pós-queda devem ser dirigidos para a provável causa e de acordo com os fatores de risco. Quando houver suspeita de síncope ou fatores de risco cardíacos, devem-se realizar exames cardiológicos mesmo que o paciente não relate perda da consciência. Nos casos de traumatismo craniano ou alteração do exame neurológico, realizar exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio). Nos casos de alteração aguda no miniexame do estado mental, investigar causas de *delirium*.

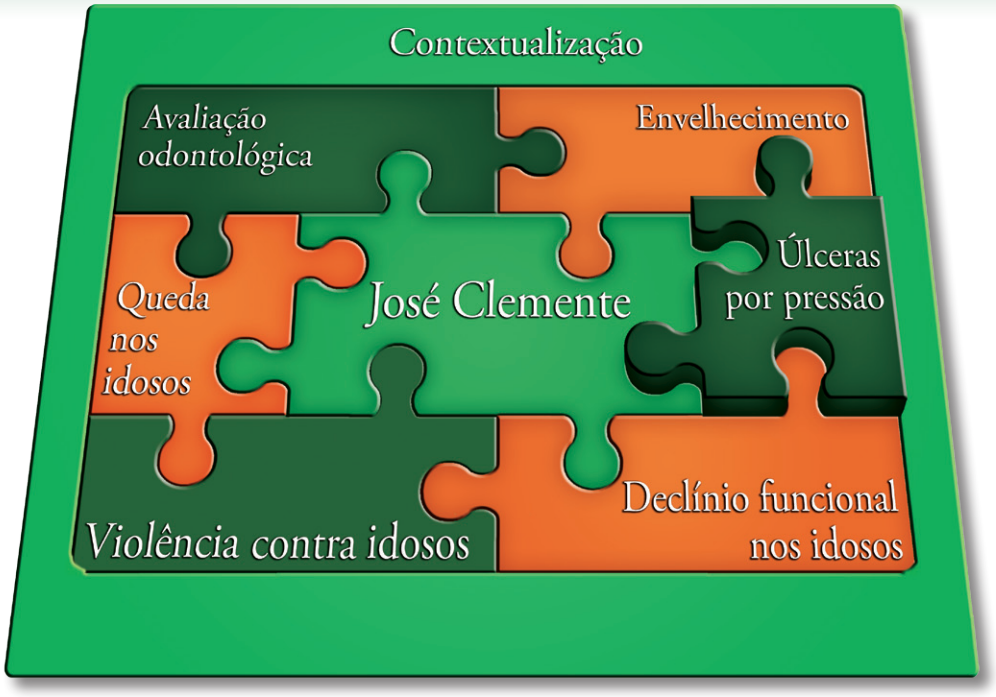
Nesses pacientes, seria interessante uma avaliação com hemograma (paciente descorado), função tiroideana (desânimo), albumina/ferritina (avaliação nutricional), além de densitometria óssea + dosagem de PTH/vitD (avaliar o risco de fraturas decorrentes da queda).

Referências

AMERICAN geriatrics society. Summary of the updated american geriatrics society/british geriatrics society clinical parctice guideline for prevention of falls in older persons. **J AM Geriatric Soc**, 2010.

BISCHOFF-FERRARI, H. A. et al. Fall prevention with suplemental and active forms of vitamin D: a meta analysis of randomized controlled trials. **BMJ**, 2009.

TINETTI, Mary E. Preventing falls in elderly persons. **The New England of Medicine**, v. 348, n. 1, p. 42-49, jan. 2003.



Tema 4 - Úlceras por pressão

Regina Hayami Okamoto

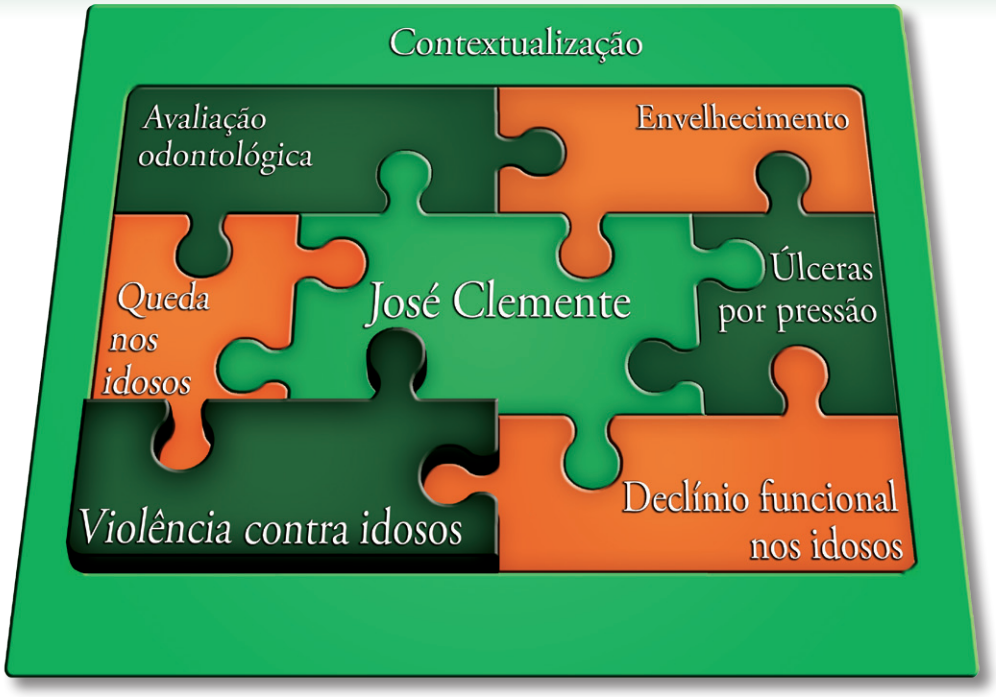
No caso, encontramos um paciente com restrição de mobilidade em virtude de acidente vascular cerebral com sequela motora importante. Em função da imobilidade, das condições de internação hospitalar, desenvolveu úlcera por pressão, necessitando agora de acompanhamento da equipe de saúde. Para tanto, é necessário classificar a úlcera, bem como ter entendimento dos vários passos do tratamento conservador, a saber:

- É portador de úlcera isquiática Grau III ou IV pela classificação de Shea (1975).
- O tratamento definitivo mais indicado neste caso é o cirúrgico, com reparação com retalho fáscio-cutâneo ou músculo-fáscio-cutâneo.
- O tratamento conservador inclui:
  1. Avaliação nutricional. Se necessário prescrever complexos vitamínicos.
  2. Troca diária do curativo com limpeza e debridamento mecânico da lesão. Essa troca deverá ser repetida sempre que houver sujidades e quantas vezes forem necessárias.
  3. Se houver necrose tecidual, ela de ser removida por debridamento químico e/ou cirúrgico. Se for optado pelo debridamento químico, poderá se aplicada a papaina 10% ou a colagenase.

4. A cavidade deve ser preenchida com gaze umedecida com soro fisiológico e ocluído com curativo secundário de gaze seca. Poderão ser aplicados curativos a base de alginato de carbono, que mantém o meio úmido, auxilia o debridamento autolítico, absorve o exsudato e favorece a fibroplasia e a angiogênese. Também pode ser utlizado o carvão ativado com prata, que é bactericida, mantém a temperatura e umidade local, absorve exsudato e favorece a angiogênese. Esses materiais podem ser mantidos por até sete dias ou até que haja saturação total pelo exsudato, necessitando somente da troca diária das gazes.
5. A pele ao redor da ferida deve ser mantida limpa e hidratada.
6. Alívio da pressão através de uso de colchões ou almofadas apropriadas (espuma piramidal, ar ou gel). Não usar almofadas com orifício no meio em forma de anel.
7. Movimentação na cadeira. Orientar o paciente a levantar o seu peso a cada quinze minutos.
8. Realizar exames de urina rotineiramente, uma vez que pacientes paraplégicos apresentam infecções urinárias de repetição devido à incontinência vesical.
9. Fazer R-X de quadril e se houver suspeita de osteomielite solicitar ressonância magnética, além dos exames laboratoriais (leucograma, PCR, VHS).

Referências

SHEA, JD. **Clin Orthop Rel Res.** 1975.



Tema 5 - Violência contra idosos

Naira Dutra Lemos

A questão da violência contra idosos infelizmente tem ganhado magnitude, o que aponta para a necessidade de uma maior investigação nessa área. De acordo com a OMS 2002, violência contra o idoso pode ser definida como:

> Ato de acometimento ou omissão que pode ser tanto intencional como voluntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso (OMS, 2002).

Podemos identificar no conceito da OMS dois fatores que determinam a violência: o resultado de uma ação, dano ou o risco significativo de dano; a intencionalidade ou não intencionalidade.

Se nos reportarmos à definição do INPEA (2002), baseada na própria definição da OMS, identificaremos mais um fator determinante: um vínculo significativo e pessoal que gera expectativa e confiança.

> *"A violência contra a pessoa idosa se define como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa" (INPEA, 2002).*

Dessa forma, ao pensarmos em agressão ao idoso, devemos ir além da preocupação com a manifestação física, ainda que essa seja a mais divulgada pela mídia. Temos que considerar que o abuso físico é um extremo, mas que outras formas são tão importantes quanto.

Com base em diferentes maneiras de expressão da violência e dos espaços em que ela é praticada, internacionalmente se estabeleceram algumas categorias e tipologias para designar as várias formas de violência mais praticadas contra a população idosa, oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001).

No que se refere às formas de violência, são consideradas:

- **Estrutural**: aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas;
- **Institucional**: é uma outra forma de violência exercida por instituições públicas e privadas, muito embora estas tenham como principal objetivo a prestação de serviços aos cidadãos que delas necessitam e dependem.

No que se refere à tipologia, são consideradas:

- **Violência interpessoal:** refere-se às interações e relações cotidianas; é a violência sofrida em silêncio, na maioria das vezes praticada por filhos, cônjuges, netos, irmãos ou vizinhos próximos, conhecidos das vítimas. No que se refere a essa forma de violência, são classificados os seguintes tipos:
  - **Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física:** são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
  - **Abuso psicológico**, **violência psicológica ou maus-tratos psicológicos:** correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
  - **Abuso sexual**, **violência sexual:** são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- **Abandono:** é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
- **Negligência:** refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Ela se manifesta frequentemente associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos,

emocionais e sociais, em particular para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

- **Abuso financeiro e econômico:** consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
- **Autonegligência:** diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.
- **Violência emocional e social:** refere-se à agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade, falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde.

Em relação ao Caso José Clemente

Identificação das dificuldades apresentadas:

- Paciente dependente para AVDs;
- Único provedor econômico;
- Única cuidadora, também idosa;
- Dificuldades de adaptação às novas condições de saúde/dependência;
- Isolamento social.

Consequências:

- Sinais de violência doméstica;
- Negligência;
- Abuso psicológico.

Podemos observar que Clemente é dependente para as AVDs, e tem como única cuidadora sua esposa, o que nos leva a associar a situação de maus-tratos à vulnerabilidade da cuidadora.

Lemos e Queiroz (2010) apontam que "o suporte social da família ajuda os idosos no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis na vida". Ainda que essa premissa seja considerada, temos de compreender que, em determinados contextos nos quais a família, quando restrita a um suporte social insuficiente (como no caso em questão, que nos mostra um único cuidador, sem revezamento nos cuidados, sofrendo um grande estresse), deve ser vista não como "algoz", mas como também carente de acompanhamento de intervenção profissional.

A responsabilidade pela identificação da violência recai sobre o profissional de saúde, que deve estar atento a inúmeras situações e indícios de violência, porém a forma de conduzir a situação identificada deve levar em conta fatores desencadeantes do processo que leva à violência, uma vez que a denúncia em si nem sempre é a única ou melhor solução apresentada, embora

exista a obrigatoriedade da notificação, de acordo com o Estatuto do Idoso e leis municipais específicas (BRASIL, Estatuto do Idoso, 2003).

Os profissionais devem estar atentos aos principais sinais de violência, tais como:

- Higiene das roupas;
- Existência de lesões cutâneas;
- Presença de hematomas, lacerações;
- Cortes em região de cabeça, pescoço e tronco;
- Aparelho gênito-urinário;
- Lesões nos punhos e calcanhares (contenção).

A identificação de possíveis situações de violência contra a pessoa idosa nas equipes de saúde deve partir de uma avaliação global, considerando e detectando os fatores de risco e elaborando estratégias eficientes e respeitosas de intervenção, tais como:

- Entrevistar primeiro a pessoa idosa sem a presença do possível agressor;
- Observar atentamente o comportamento da possível vítima;
- Mostrar empatia e interesse pelo caso; repetir as respostas dadas pela pessoa idosa para esclarecer o que está sendo dito e se não houve compreensão equivocada.

A situação deve ser analisada por uma equipe multidisciplinar, considerando os aspectos médicos, sociais e psicológicos, objetivando a confirmação da suspeita da violência. "A avaliação deve incluir, além da possível vítima, o possível agressor, outros familiares, amigos, outros profissionais, com o objetivo de conhecer o entorno e a dinâmica familiar" (CVPI, 2007).

Para a intervenção, deve-se observar a intencionalidade ou não do agressor, bem como a avaliação do risco da vítima. A equipe deve respeitar a vítima e conquistar sua confiança, assegurar a confiabilidade e, acima de tudo, respeitar as decisões da pessoa idosa, quando esta tem preservadas suas capacidades cognitivas.

Propostas de intervenção para a equipe:

- Atuação interdisciplinar;
- Conhecimento dos recursos adequados na comunidade/dispositivos legais;
- Atuação de maneira cuidadosa (evitar constrangimentos);
- Manter o equilíbrio entre a proteção à vitima e o respeito à sua autonomia;
- Esgotar todas as possibilidades antes da denúncia.

Propostas de intervenção do serviço social:

- Avaliação para elaboração de diagnóstico social e compreensão da competência assistencial da cuidadora;
- Abordagem objetiva sobre violência com a equipe e cuidadora;
- Encaminhamentos para serviço de apoio ao cuidador;
- Busca de recursos na comunidade para suporte à cuidadora;

- Encaminhamento/inclusão no atendimento pela ESF à cuidadora.

A violência contra o idoso traz à tona a necessidade imediata de capacitação e instrumentalização dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família, na busca de favorecer a compreensão da funcionalidade familiar, as dificuldades que envolvem a atenção à população idosa, considerando a complexidade e as especificidades que dizem respeito à dinâmica do cuidado.

Para o caso de confirmação de violência, em 2007 a Prefeitura de São Paulo regulamentou o Programa de Informação para Vítimas de Violência (PIVV). Para operacionalizar o programa, a Secretaria Municipal de Saúde está implantando o Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA), atendendo, em especial, a violência contra crianças, mulheres e idosos. Esse sistema tem caráter universal e compulsório. Todos os estabelecimentos de saúde, inclusive hospitais privados, devem preenchê-lo e encaminhá-lo para a Suvis de sua região.

Referências

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

CADERNO de violência contra a pessoa idosa. **Violência doméstica contra pessoas idosas:** orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programa e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

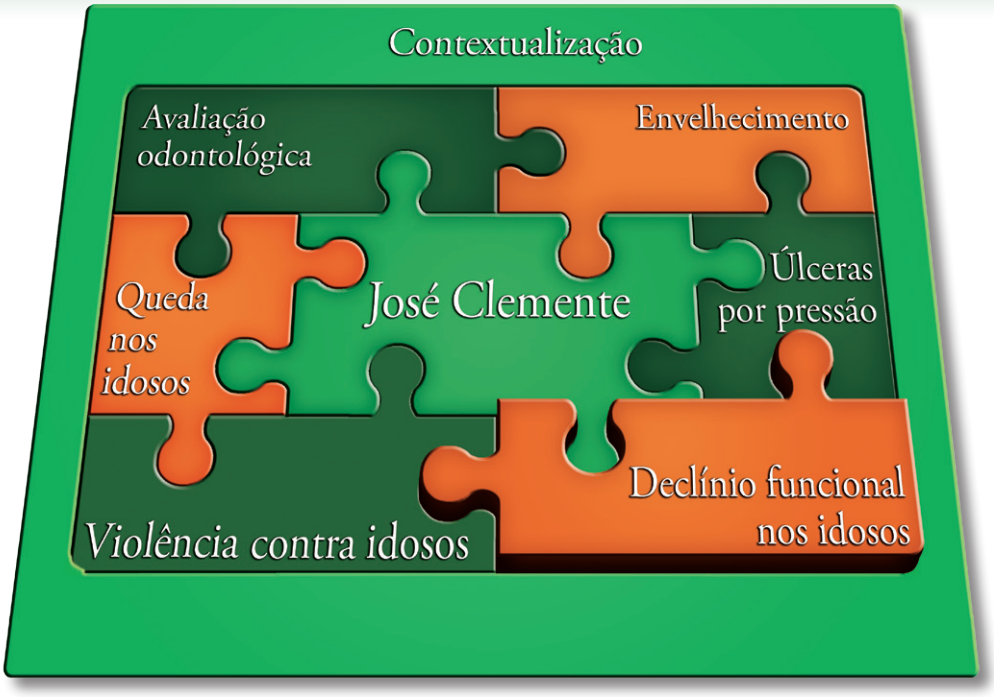
INPEA – International Network for the Prevention of Elderly Abuse, 2002. In: WHO. **World Report on Violence and Health**. Abuse of the Elderly. Chapter 5. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/>. Acesso em: 06 mai. 2011.

LEMOS, N. F. D.; QUEIROZ, Z. P. V.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Cienc. e saúde coletiva**, v. 15, n. 6, Rio de Janeiro, set. 2010.

OMS Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, 2002.

POLÍTICA nacional de redução de acidentes por violência. Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE. SIVVA – Sistema de Informação para Violências e Acidentes. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/2009>. Acesso em: 09 mar. 2011



Tema 6 - Declínio funcional nos idosos

Aparecida Yoshie Yoshitome

Em razão da hemiparesia à esquerda, José Clemente tem dependência parcial para as atividades de vida diária (AVD) básicas e instrumentais.

As atividades de vida diária básicas referem-se às atividades de autocuidado e são observadas na dificuldade de lavar determinadas partes do corpo, na necessidade de auxílio para cortar alimentos e para se vestir (BRASIL, 2006a).

Já as atividades de vida diária instrumentais foram prejudicadas pelo AVC, causando tristeza por não lhe permitir realizar serviços caseiros de manutenção da casa, dificultar a ida à igreja e não ter mais contato com muitos de seus companheiros, o que pode retardar sua recuperação, prolongar a tristeza e fazê-lo se tornar depressivo (BRASIL, 2006a).

A maximização da capacidade funcional é objetivo principal da conduta de assistência ao idoso, inclusive preconizada pelas políticas públicas voltadas à saúde do idoso. A avaliação da capacidade funcional por meio de instrumentos apropriados permite conhecer as dificuldades no momento, estabelecer intervenções e avaliar o resultado (BRASIL, 2006b).

Pelo resultado da aplicação dos instrumentos, é possível verificar os riscos a que Clemente pode estar exposto e as demandas requeridas à cuidadora principal:

QUADRO 1 Levantamento de problemas de enfermagem (Taxonomia de enfermagem pela definição e classificação da NANDA)	
Déficit no autocuidado para banho	Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo, devido à incapacidade de lavar todo o corpo, relacionada ao prejuízo neuromuscular.
Déficit no autocuidado para vestir-se	Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo, devido à incapacidade de obter artigos de vestuário, relacionada ao prejuízo neuromuscular.
Déficit no autocuidado para alimentar-se	Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação, relacionada à incapacidade de manusear utensílios por prejuízo neuromuscular.
Mobilidade física prejudicada	Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas e finas.
Ansiedade	Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor caracterizado por nervosismo e irritabilidade relacionados ao estado de saúde.
Baixa autoestima situacional	Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual, caracterizada por expressões de sentimento de inutilidade, relacionada ao declínio funcional.
Interação social prejudicada	Quantidade insuficiente de troca social relacionada à mudança na mobilidade física.
Risco de tensão do papel de cuidador	O cuidador é cônjuge, e pela quantidade de tarefas, falta de descanso e de atividades recreativas.

(Fonte: North American Nursing Diagnosis Association.)

Já as intervenções de enfermagem propostas a seguir são da *Classificação das Intervenções de Enfermagem — NIC 2008*:

QUADRO 2

Classificação das Intervenções de Enfermagem — NIC 2008

- Preparar os alimentos no prato conforme necessidade, como cortar a carne e descascar ovo.
- Evitar colocar os alimentos do lado em que o idoso apresenta deficiência.
- Oferecer os dispositivos adequados para facilitar que o idoso se alimente sozinho.
- Obter recursos que facilitem o uso dos meios de transporte para reduzir incapacitações.
- Determinar a necessidade de mudanças associadas à segurança no lar, como a retirada de tapete, iluminação indireta constante, verificar a adequação da iluminação.
- Facilitar o autocuidado, deixando os materiais de higiene necessários separados para o banho, tais como toalhas, sabonete, escova de dente.
- Possibilitar que o paciente se vista sozinho trocando as aberturas com botões por velcro.
- Tomar banho assentado – utilizar uma cadeira de plástico resistente.
- Instalar barras de apoio.
- Banho deve ser em horário em que os filhos estão presentes.

(Fonte: DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008.)

Essas intervenções de enfermagem em situação de assistência domiciliar podem ser orientadas à cuidadora principal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica n. 19**, Brasília, DF, 2006a. 192p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528/2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, DF, 2006b.

DOCHTERMAN; J. M. C. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Trad. Garcez R. M. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p.

NORTH American Nursing Diagnosis Association — diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Trad. Garcez R. M. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396p.