Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Qualidade do Cuidado em ILPI

Sugestões para o dia a dia

O Manual Qualidade do Cuidado em ILPI - Sugestões para o dia a dia - é uma publicação digital da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - Versão 1 - Maio de 2021

Esse Manual está licenciada por Creative Commons

Attribution - Non Commercial – No Derivatives 4.0 International

License." Para ver uma cópia dessa licença entre em:

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/ Ou envie uma

correspondência para: Creative Commons, PO Box 1866, Mountain

View, CA 94042, USA.

Editores

Karla Giacomin - MG

Médica Geriatra PhD; vice presidente do International Longevity Centre-Brazil; consultora da Organização Mundial da Saúde no eixo Políticas de Saúde dos Idosos, Coordenadora Geral da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Paulo Villas Boas - SP

Médico Geriatra (SBGG/AMB), Professor Associado (Livre docente) da Disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, Coordenador do GT de Qualidade do Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Christine Abdalla

Gestão em ILPI, Especialista em Gestão da Qualidade em Saúde, Gerontologia e Cuidados Paliativos, Coordenadora Qualidade do Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Aline Salla Carvalho

Coordenadora de Tecnologia e Comunicação projetos 60+, Especialista em Gerontecnologia, Marketing e Educomunicação, Coordenadora de Comunicação da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Ficha Catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.

DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ***ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*** **- CRB 8/5651**

Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso / Editores Paulo José Fortes Villas Boas, Christine Abdalla, Aline Salla Carvalho, Karla Cristina Giacomin. – Belo Horizonte (MG) : ILPI, 2021

ePub

Inclui bibliografia

Disponível em: http://www.frentenacionalilpi.com.br

ISBN: 9786586433333

1. Idosos - Cuidados médicos. 2. Saúde do idoso institucionalizado. 3. Instituição de longa permanência para idosos. 4. Qualidade de vida. 5. Atenção primária à saúde. I. Título. II. Boas, Paulo José Fortes Villas. III. Abdalla, Christine. IV. Carvalho, Aline Salla. V. Giacomin, Karla Cristina. VI. Frente Nacional de Fortalecimento à Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

CDD 613.0438

ISBN: 978-65-86433-33-3

9 786586 433333

Autores

Alcione Matos de Abreu

Doutora em Enfermagem pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense PACCS- UFF. Professora Adjunta do Departamento Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto EEAP – UNIRIO - RJ

Aletea Ferreira Prado de Figueiredo

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Pública, Especialista em: Envelhecimento e Saúde do Idoso, Gestão da Clínica na Atenção Primária, Gestão de Saúde da Pessoa Idosa - MG

Aline Fátima Alves Teixeira

Médica graduada pela Universidade José Rosário Vellano - Campus BH (2014). Especialização Hospitalar em Geriatria pelo Hospital Mater Dei (2019). Especialização em Medicina Paliativa pelo Instituto Paliar (São Paulo, 2020) - MG

Aline Salla Carvalho

Coordenadora de Tecnologia e Comunicação projetos 60+, Especialista em Gerontecnologia, Marketing e Educomunicação, Coordenadora de Comunicação da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - Brasil e Itália

Ana Carolina Leite Pinto

Psicóloga, Sócia proprietária da clínica Espaço D'Alma, Pós-graduada em Gerontologia - Albert Einstein, Supervisiona estágios na Universidade Anhanguera – Psicóloga no Centro de Referência e Cidadania do Idoso – CRECI - SP

Autores

Ariane Angioletti

Advogada especializada em gestão e assessoria jurídica para ILPI. Membro da Comissão Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa da OAB. Presidente do Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina. Coordenadora GT Jurídico da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - SC

Arlete Portella Fontes

Psicóloga clínica e organizacional (PUC-Campinas, 1978). Mestre e Dra. em Gerontologia (Unicamp,2006,2015). Especialização em Reich e Análise Bioenergética (IIBA), Psicodrama (IPPGC) e Design Instrucional (UNIFEI). Colaboradora da FN-ILPI - SP

Beatrice Carvalho

Nutricionista, Especialista em Gerontologia pela SBGG, Especialista em Gestão da Saúde do Idoso – UCAM, Membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional – SBGG-RJ

Carla Silveira Sena

Fonoaudióloga, pós graduação em fonoaudiologia Hospitalar (faculdade Estácio de Sá), capacitação avançada para avaliação e tratamento dos distúrbios respiratórios do sono(Instituto do Sono), Colaboradora da Rede Longevidade e ILPI Conviver- MG

Carolina de Souza Buarque

Cirurgiã-Dentista especialista em Odontogeriatria, Odontologia Hospitalar e Laserterapia. Membro de Educação Continuada da SBGG Alagoas. Coordenadora de Odontogeriatria da ABRAz Nacional. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso – NESPI (UFBA) - BA

Autores

Carolina Toniolo Zenatti

Médica infectologista pelo Instituto de infectologia Emílio Ribas. Doutoranda pela FMUSP na linha de pesquisa controle de infecção em ILPI.Coordenadora do Serviço de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Santa Casa de São Carlos - SP

Christiano Barbosa da Silva

Fisioterapeuta na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes(CGABEG); Residência em Saúde do Idoso (UERJ); Título de Especialista Fisioterapia em Gerontologia (ABRAFIGE-COFFITO) - RJ

Christine Abdalla

Gestão em ILPI, Especialista em Gestão da Qualidade em Saúde, Gerontologia e Cuidados Paliativos - Coordenadora de GT da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - RJ

Cleofa Toniolo Zenatti

Psicóloga, consultora de Atenção ao Cliente do Residencial Toniolo, Especialista em Gerontologia Social pelo Instituto Sedes Sapientiae, Especialista em Neuropsicologia pelo CDN (Centro de Diagnóstico Neuropsicológico), Pós- graduada em Hotelaria Hospitalar pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - SP

Daiane de Souza Fernandes

Enfermeira , Mestre em enfermagem, atualmente é doutoranda no Programa Enfermagem Fundamental da EERP/USP com enfoque na área da gerontologia, professora da Universidade Federal do Pará . Membro do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn- PA

Autores

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas

Fisioterapeuta. Pos Doc em Ciências da Saúde (Unicamp), Doutorado em Ciências da Saúde (Unicamp), Mestrado em Gerontologia (Unicamp). Especialização em Gestão Pública (Unifesp). Pesquisadora do Envelhecimento. Docente - SP

Eduardo Hostyn Sabbi

Psiquiatra, gestor da Vitalis Morada Sênior, pós graduado em Hotelaria Hospitalar/IPA/Mãe de Deus, Mestre em Ciências da Saúde/UFCSPA, Coord. da Disciplina de Psiquiatria Geriátrica do Centro de Estudos José de Barros Falcão e do Instituto Abuchaim e presidente da ABRAz Regional - RS

Elizete Maciel

Psicóloga, Graduada em neuropsicologia e gerontologia, Coordenadora da Pós graduação em gerontologia pelo CIAP - PE

Fabio Cimador

Coordenador de Estruturas Residenciais (ILPI) do Distrito n1 da cidade de Trieste - Itália - Membro Fundador do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa - Itália

Fernanda Souza Andrade

Geriatra pelo HGIP-IPSEMG; Pós-graduada em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar - MG

Autores

Flavia Ranieri

Arquiteta e Urbanista formada pela UFMG, com especialização em Gerontologia no Instituto de Ensino (IE) Albert Einstein. Professora na Pós-Graduação de Gerontologia do IE Albert Einstein e na Pós-Graduação de Geriatria do IE do Sírio Libanês - MG

Glaucia Campos

Nutricionista pela UERJ, Especialista em Gerontologia/SBGG, Especialista em Saúde do Idoso- ENSP-FIOCRUZ. Membro do Comitê Científico-SBGG - Doutora em Saúde Coletiva –UERJ e Pós-doutoranda em Saúde Coletiva- UFES-ES-Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa e Envelhecimento Humano-Geronlab-FCM-PPC-UERJ e do Grupo Pesquisa em Nutrição e Saúde de Populações-UFES - RJ

Graziele Ribeiro Bitencourt

Enfermeira. Doutora em Ciência do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense(UFF). Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense(UFF). Professora Adjunta pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ)/ Campus Macaé - RJ

Helena Patáro Novaes

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Gerontologia e em Docência do Ensino Superior. Atuando há 18 anos no campo gerontológico na gestão e assistência. Conselheira do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa – BA

Juliana Balbinot Reis Girondi

Doutora em Enfermagem (UFSC-SC); Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem-Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC-SC) - SC

Autores

Karina Chamma Di Piero

Coordenadora da Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele (COMEIP) -HUCFF/UFRJ; Doutoranda em Clínica Médica - Dermatologia (FCM-HUCFF-UFRJ); Especialista em Enfermagem Clínica Médica (MB/UNIRIO); Especialista em Enfermagem Dermatológica (UGF); Especialista em Estomaterapia (UERJ)- RJ

Karla Cristina Giacomin

Médica Geriatra PhD; vice presidente do International Longevity Centre-Brazil; consultora da Organização Mundial da Saúde no eixo Políticas de Saúde dos Idosos, Coordenadora Geral da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - MG

Karla Geovani S. Marcelino

Assistente Social, Mestranda em Saúde Pública, Especialista em Gerontologia, Servidora Pública Municipal - MG

Larissa Moreira da Costa

Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde do Idoso (HC/UFMG) - MG

Letícia Andrade

Pós-Doutora em Serviço Social, Especialista em Gerontologia (SBGG). Coord. da Comissão de Treinamento e Ensino em Serviço Social do HC-FMUSP - SP

Lorrany Gabriela Rodrigues

Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, UFMG - MG

Autores

Marcella Guimarães Assis

Terapeuta ocupacional. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Doutora em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Titular do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG - MG

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Doutorado em Enfermagem, Pós-Doutorado em Envelhecimento Humano, Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso, Especialista em Gerontologia pela SBGG. Atualmente é professora adjunto da Universidade do Estado do Pará do quadro efetivo. Presidente do departamento de gerontologia SBGG-PA(2020-2022) - PA

Mariana Brandão de Azevedo

Médica graduada pela UNIBH (2013). Especialização em Oncogeriatria pelo Hospital Sírio Libanês/SP(/2021). Especialização em Cuidados Paliativos pelo Hospital Sírio Libanês/ SP(2021) e Especialização em geriatria pela Hospital das Clínica (UFMG/2017) - SP

Mariana Medeiros Mota Tessarolo

Gestora de ILPI, Enfermeira especialista em Gerontologia e Gestão em Enfermagem, Pós graduanda em Gestão Geriatrica e Gerontológica, Mestranda em Psicogerontologia, Membro do CEDDIPI/ES e Representante Regional-ES da FN-ILPI - ES

Mariane Coimbra da Silva

Psicóloga especialista em Saúde da Pessoa Idosa (HOB/UFOP), Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG). Coordenadora de Projetos na Rede Longevidade - MG

Autores

Marisa Accioly

Assistente Social, Doutora em Saúde Pública, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Docente do Curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciência e Humanidades da USP - SP

Miriam Ikeda Ribeiro

Enfermeira sanitarista e educadora. Atuando na área da saúde há 39 anos.Contribuição no desenvolvimento de pessoas, cuidado à pessoa idosa e na transição do cuidado - SP

Natália de Cássia Horta

Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFMG), Docente do Departamento de Medicina da PUC Minas, Coordenadora da Pós Graduação em Gerontologia da PUC Minas - MG

Paula Ferreira Chacon

Assistente Social, especialista em Gerontologia pela Universidade FUMEC, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG, docente do curso de pós-graduação em Gerontologia da PUC Minas - MG

Paulo José Fortes Villas Boas

Médico Geriatra (SBGG/AMB), Professor Associado (Livre docente) da Disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, Coordenador do GT Qualidade do Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - SP

Autores

Pedro Gibson Paraíso

Geriatra titulado pela SBGG; Pós-Graduado em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein/SP - MG

Raquel Conceição Ferreira

Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Mestre e Doutora em Odontologia pela UFMG, Pós Doc em School of Public Health Harvard University. Docente no Departamento de Odontologia Social e Preventiva na Faculdade de Odontologia da UFMG - MG

Renata Seabra

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Gerontologia. Atuando há 20 anos na área de Terapia Ocupacional com ênfase na gerontologia, estimulação e reabilitação cognitiva, orientação ao familiar, cuidador e paciente - MG

Ricardo Fujii

Gestor da ILPI Casa Bonsai Recanto do Idoso - Piracicaba/SP, Conselheiro do CMI-Piracicaba/SP, Apresentador do Programa Educativa Melhor Idade - Rádio Educativa FM - SP

Roberta Pereira Góes

Enfermeira intensivista, mestre em enfermagem e saúde UFBA, doutoranda em enfermagem e saúde UFBA- BA

Stella Vidal de Souza Torres

Cirurgiã-Dentista, Mestre e Doutora em Gerontologia/FCM/Unicamp, Especialista em Gerontologia/SBGG, Coord. do curso de Odontogeriatria da ACDC-Campinas, Docente nos cursos de Pós-Graduação em Gerontologia nas universidades PUCCamp - SP

Autores

Tânia Maria de Oliva Menezes

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso–NESPI (EEUFBA). Diretora da ABRAz-Bahia e coordenadora de enfermagem da Comissão científica da ABRAz Nacional - BA

Tenildo Lopes

Professor de Educação Física, Mestrando em Ciências Médicas, Esp. Em Gerontologia, Professor do Projeto Cuidar do Hospital do Coração/Alagoas - AL

Vânia Cantanhêde Holanda

Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente, MBA em Qualidade e Produtividade, Especialista em Gerontologia pela SBGG, Assessora de Qualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Enfermeira do Programa de Ação Integrada para o Aposentado do Estado do Maranhão PAI/IPREV - MA

Verônica Silveira

Fisioterapeuta especializada em Uroginecologia , Coloproctologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro - RJ

Virgílio Garcia Moreira

Médico Geriatra (SBGG-AMB), Mestre e Doutor em Ciências Médicas;
Pesquisador Associado do GeronLab - UERJ; Vice-Presidente da SBGG-RJ 2020-2022 - RJ

Walquiria Cristina Batista Alves

Professora de Educação Física, Mestra em Ensino em Saúde , Titulada em Gerontologia pela SBGG , Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso. Uma das fundadoras da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - PA

Revisão

Karla Cristina Giacomin

Coordenadora Geral da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Paulo José Villas Boas

Coordenador do GT Qualidade do Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Christine Abdalla

Coordenadora do GT Qualidade do Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Ilustração e Diagramação

Aline Salla Carvalho

Coordenadora de Comunicação da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Apresentação

Ninguém estava preparado.

A chegada do novo coronavírus mudou o mundo.

Estamos ainda sob o impacto de tantas mudanças: comunicação virtual, distanciamento social, álcool em gel, máscaras de tecido, máscaras cirúrgicas, N95, swab nasal, Rt-PCR, vacinas, um dialeto novo que precisamos aprender.

Aprendemos, duramente, que precisaríamos estar mais juntos para enfrentar inimigos comuns: o vírus, o preconceito contra a velhice, a falta de visibilidade e de identidade do segmento das instituições de longa permanência para idosos (ILPI), a absoluta ausência de políticas públicas de cuidados continuados.

Descobrimos que precisávamos melhorar a nossa forma de gerir e de cuidar. Pessoas de todo o Brasil e de fora do Brasil se uniram para produzir este Manual de Qualidade do Cuidado. Ele é o resultado do empenho de muitas pessoas, de diferentes estados e formações, que têm um desejo comum: apoiar as pessoas que são cuidadas em ILPI, as pessoas que ali trabalham, a rede sociofamiliar dos residentes.

A partir das demandas dos participantes da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI foram identificados os temas que estão apresentados neste manual. Uma parte é dedicada a melhorar o cuidado por meio de uma gestão melhor. A outra parte visa melhorar a gestão oferecendo um cuidado melhor. Dimensões que acreditamos ser complementares e fundamentais no cuidado instititucional.

Este é o nosso convite: leia este material, discuta com a sua equipe, participe da Frente conosco!

Este é o nosso desafio: reduzir o preconceito contra as ILPI e contra os velhos.

Este é o nosso desejo: fortalecer as ILPI.

Esta é a nossa missão: contribuir para a construção de uma Política Nacional de Cuidados Continuados.

Mãos à obra!

Voluntários da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI

Prefácio

Ana Amélia Camarano

A pandemia da Covid-19 tornou visível uma população que vivia "retirada" e/ou "abrigada" nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e trouxe à tona a necessidade de uma reflexão sobre as suas condições de funcionamento, suas práticas de atendimento e formas de financiamento, independentemente de sua condição jurídica.

Dadas as características dessas instituições de confinamento coletivo dos seus residentes e das condições de trabalho dos seus funcionários, que incluem seus deslocamentos em transportes públicos lotados sem higienização e proteção contra a pandemia, a transmissibilidade do vírus nesses espaços poderia ocorrer de forma intensa e rápida. E com isto uma alta letalidade, principalmente entre os idosos.

Com essa preocupação, um grupo de profissionais de saúde e pesquisadores, liderados pela dra Karla Giacomin, se organizou em grupos de trabalho para propor à Comissão Parlamentar do Idoso na Câmara Federal dos Deputados orientações emergenciais para as ILPI brasileiras. Assim nasceu a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI. Essas orientações são destinadas a gestores públicos, conselhos de defesa de direitos dos idosos, conselhos de políticas públicas, órgãos profissionais de classe, mantenedores, proprietários, profissionais, familiares e residentes das ILPI.

A Frente completa o seu primeiro aniversário e presenteia a sociedade e as instituições com um manual visando aprimorar a prática destas. O manual é composto de dois blocos; um que aborda a questão da gestão e outro dos cuidados. No primeiro bloco, destaca-se a importância da capacitação dos funcionários, a rede sociofamiliar, o ambiente, dentre outras questões. Já o bloco cuidado, chama a atenção para a importância do cuidado centrado na pessoa, na nutrição, na funcionalidade, na demência, na sexualidade, dentre outros. Sem dúvida, este manual é uma grande medida de sucesso da Frente e da necessidade de ações desta monta.

Consciente de que além dos impactos sanitários e econômicos nas ILPI, a tragédia da pandemia da Covid-19 também chama a atenção para a vulnerabilidade da população idosa, independentemente de sua residência. Esta constatação levou a que o último capítulo deste Manual discuta a necessidade de uma política nacional de cuidados continuados, política esta que o Estado brasileiro tem apresentado resistências em implantar.

Como sabido, a Frente é constituída por voluntários distribuídos pelo território nacional e internacional. É um espaço aberto à participação dos cidadãos brasileiros e parceiros desde que tenham interesse em colaborar para fortalecer as ILPI, cuja demanda tende a crescer dado o envelhecimento populacional e as mudanças na família.

Por fim, gostaria de acrescentar que este Manual nos oferece mais do que recomendações de boas práticas nas ILPI, um exemplo da importância da participação social para assegurar uma vida com dignidade para todos.

PARABÉNS à Frente e vida longa para ela

Boa leitura e boas práticas

Ana Amélia Camarano

Sumário

Capítulo 1
A Melhoria da Gestão em ILPI: uma demanda urgente

Capítulo 2
Cuidado Centrado na Pessoa Idosa

Capítulo 3
Higiene Corporal e Conforto de Residentes nas ILPI

Capítulo 4
Cuidados com a Saúde Bucal de Residentes em ILPI

Capítulo 5
Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI

Capítulo 6
Funcionalidade

Capítulo 7
Capacitação e Educação Permanente em ILPI

Capítulo 8
Relações Sociofamiliares em ILPI

Capítulo 9
Controle de Infecção em Instituição de Longa Permanência para Idosos

Capítulo 10
Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele

Sumário

Capítulo 11
Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidado com Uso de Fraldas

Capítulo 12
Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI

Capítulo 13
Exercício Físico e Lazer

Capítulo 14
Qualidade do Ambiente e estrutura Física

Capítulo 15
Cuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento

Capítulo 16
As Alterações e a Higiene do Sono

Capítulo 17
Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica

Capítulo 18
A Vivência da Sexualidade no Âmbito Institucional

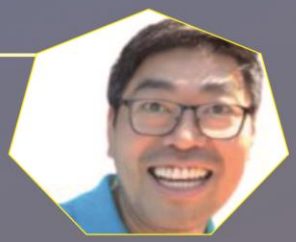
Capítulo 19
 Finitude, Terminalidade e Luto em ILPI

Capítulo 20
Enfrentando Preconceitos para Construir uma Política Nacional de Cuidados Continuados

1

A Melhoria da Gestão em ILPI: uma demanda urgente

Christine Abdalla


Ricardo Fujii

Ariane Angioletti

Vânia Cantanhêde

Mariana Tessarollo

Lorrany Rodrigues

Natália Horta

Por que falar de Gestão em ILPI?

Nosso país vive um envelhecimento populacional avançado, impondo a necessidade de olharmos para esta mudança social, sanitária e demográfica e de construirmos políticas públicas e serviços de atenção direcionados às pessoas idosas. Dentre os quais, a necessidade de adequação do atendimento prestado pelas ILPI, sejam elas públicas, filantrópicas ou privadas, bem como a mudança do público atendido nestes locais. Isso passa necessariamente por aprimorar a gestão e ampliar a visão sobre esses locais.

Asilos, casas de repouso, abrigo de velhos, estas são as formas populares para se referir às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Formas que revelam preconceitos, que têm uma origem histórica. Você sabia que as instituições destinadas aos idosos surgem no Brasil, no Rio de Janeiro, em 1790, ainda nos tempos da Coroa Portuguesa? Numa tentativa de solucionar a problemática das doenças, da pobreza e mendicância, as pessoas que não eram consideradas produtivas - velhos, mendigos, pessoas com deficiência, criminosos e prostitutas -, eram retiradas do convívio social, sendo tratadas como marginais e assistidos nas suas necessidades mais primárias.

Esta forma de atuação persistiu até o século XX, quando os asilos passaram a prestar atendimento específico para os idosos em situação vulnerável, sendo a maioria mantida por instituições religiosas que, apesar da melhor vontade, nem sempre conseguiram atender seus(suas) residentes da melhor forma.

Daí o preconceito largamente presente na sociedade brasileira, segundo o qual as instituições para pessoas idosas são vistas como um depósito de velhos à espera do tempo de morrer, associando-as a pobreza, negligência e abandono pelas famílias. Infelizmente, para a grande maioria dos brasileiros, a institucionalização (ainda) remete a maus-tratos, abandono, sofrimento, pobreza e tristeza.

Este fato faz com que, ainda hoje, a institucionalização de idosos venha acompanhada por sentimentos de culpa, derrota, abandono ou maldade por parte da rede sociofamiliar, mesmo que esta não tenha mínimas condições de proporcionar os cuidados em domicílio. Essa discussão precisa considerar a legislação brasileira vigente e a falta de políticas de cuidados continuados. Em nome da lógica da institucionalização como última opção, como prevê a legislação, e dada a ausência da oferta de opções públicas de cuidado, para não ser julgada pela sociedade ou pela própria consciência, ao insistir em ofertar um cuidado domiciliar insuficiente ou negligente, a família acaba por violar os direitos dos idosos. Isso precisa, pode e deve mudar.

Palavras-chave: Gestão; Responsável Técnico Administração; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Apenas nas últimas décadas, as Instituições passaram a ser espaços reconhecidos de acolhimento e atenção à população idosa. O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), a RCD/ANVISA nº 283/2005 e a RCD/ANVISA nº 94/2007 enumeram os objetivos dessas instituições, bem como os direitos e garantias que as pessoas idosas institucionalizadas têm (consulte as referidas leis que tratam de ILPI citadas em hiperlinks ao final deste capítulo).

A mudança mais fundamental refere-se ao objetivo da ILPI. Se antes era um espaço de acolhida no aguardo da morte, hoje ela deve ser um local de atenção e cuidados, com foco na melhor qualidade de vida dos(as) residentes. Sim! Residentes! As pessoas idosas institucionalizadas passam a residir nas instituições, que se tornam seus domicílios, suas casas.

Ali, os(as) residentes devem receber muito mais do que cama, comida e roupa lavada. Da mesma maneira que em suas casas, os(as) moradores(as) têm direito a estar num ambiente adequado, ao convívio social e familiar, a professar sua fé e a receber o atendimento adequado às suas necessidades diárias. Portanto, falar em gestão em ILPI significa garantir o direito de os(as) residentes viverem de forma plena com dignidade, sem serem vítimas de preconceitos nem de cobranças exercidas diante dos familiares.

A gestão realizada de maneira adequada traz segurança, tranquilidade e bem-estar para o familiar e para a pessoa idosa, o que permite falar sobre morar em uma ILPI sem qualquer receio de estar fazendo algo inadequado. Assim, uma boa gestão deve promover uma quebra de paradigmas daqueles sentimentos ruins causados pelas palavras: “asilos”, “casas de repouso”, “abrigo de velhos” e se voltar à melhor qualidade de vida tanto para o residente como para seus familiares.

Olhar para a gestão de uma ILPI é como observar o coração do corpo humano. Não há vida sem um coração para pulsar o sangue por todo organismo. Por vezes, verificamos a falência múltipla de uma instituição, justamente pela falta de cuidado com este “órgão essencial”. Um corpo humano não vive sem coração. Será que uma ILPI resiste sem uma boa gestão?

O que é preciso entender sobre gestão para que seja implementada na ILPI?

Uma das exigências da RDC/ANVISA nº 283/2005 diz respeito à coordenação da ILPI que deve ser exercida por profissional de nível superior de qualquer área de formação. Ele será o Responsável Técnico, sendo uma das suas principais atividades a de representar a ILPI frente à autoridade sanitária local, bem como garantir o funcionamento adequado e seguro, para os(as) residentes e para a equipe sob sua responsabilidade. Sua carga horária mínima é de 20h semanais e seu desempenho é fundamental para a garantia de bons resultados. Afinal, na prática, ele é o principal gestor da ILPI. Então, o que um gestor precisa saber para tomar decisões assertivas na ILPI?

Mesmo que não possua formação em Gestão, Administração de Empresas ou Negócios, o fato de **estar à frente de uma ILPI implica em responsabilidades**. Por isso, é necessário conhecer as legislações que têm impacto sobre esse tipo de Instituição, todos os requisitos aplicáveis e compulsórios e saber como aplicá-los na prática, como apresentado na Figura 1.

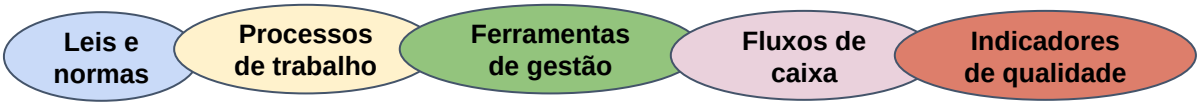


Figura 1 - Principais requisitos para uma boa gestão na ILPI.
E como podemos adaptar esse conhecimento numa ILPI?

Na Figura 2, vamos dar início a um processo de aprimoramento da gestão na sua ILPI.

Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5	Passo 6
• Autoavaliação das normas aplicáveis à ILPI	• Conhecimento dos processo de trabalho dentro da ILPI	• Utilização de ferramentas de gestão para construção de um Plano de Ação	• Monitoramento das Ações propostas no Plano	• Capacitação da equipe	• Comunicação eficiente

Figura 2 - Os primeiros passos para o aprimoramento da gestão em uma ILPI

Passo 1 - Auto-avaliação

Será se a sua ILPI tem cumprido com os requisitos dessa legislação? Um dos documentos imprescindíveis é a RDC/ANVISA nº 283/2005. Que tal você aplicá-la em forma de *check-list* e analisar como anda sua Instituição? Não esqueça que lá estão requisitos mínimos de funcionamento! Clique no link e veja alguns exemplos de evidências para os requisitos exigidos. (check list RDC/ANVISA nº 283/2005)

Clique aqui para baixar

Tome nota: Você pode aplicar essa estratégia para outras legislações pertinentes.

Passo 2 - Conhecimento dos processos de trabalho

Conheça também seu processo de trabalho. Mas, o que é isso? Não estamos falando da área jurídica, e sim do processo na visão da Gestão.

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (*input*), a qual se agrega valor, gerando uma saída (*output*) para um cliente interno ou externo, por meio dos recursos da organização visando resultados concretos (Harrington, 1997).

Na Figura 3 está apresentado esquema de processo dentro da ILPI.

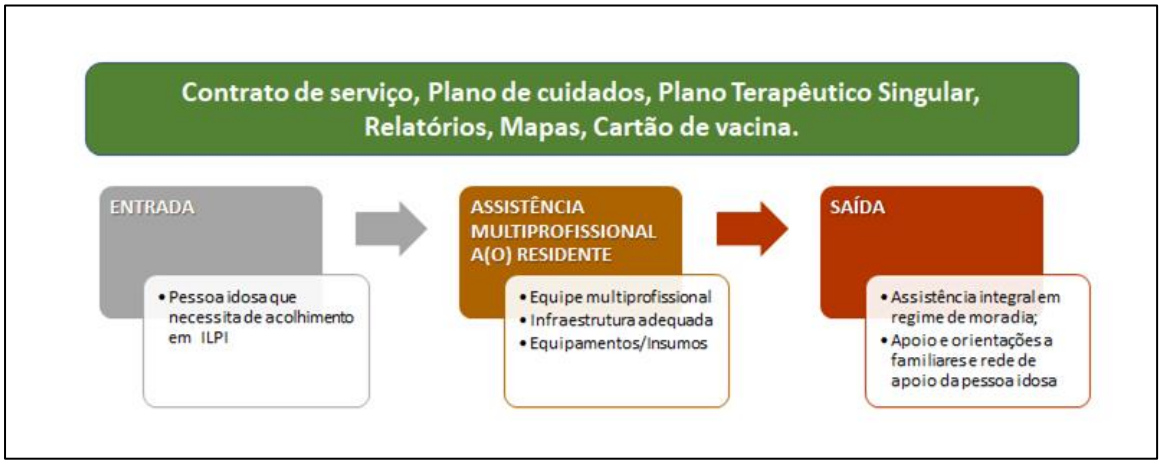


Figura 3 - O processo da assistência multiprofissional a(o) residente .

Outra forma de avaliarmos os serviços de uma ILPI é reconhecer o fato de que se trata de uma instituição de natureza híbrida, ou seja, com um componente de residência e outro de cuidados. Uma dica fundamental é usar metodologias aplicáveis em serviços de saúde para complementar essa avaliação e orientar um melhor planejamento, o que nos leva ao Passo 3.

Passo 3 - Utilização de ferramentas de gestão

Pense no que precisa ser feito. Agora, tente definir o que e onde precisa ser feito, por que, como, quem se responsabiliza, quando será feito, quanto custa. Na Figura 4 são apresentados alguns exemplos.

	O QUÊ	PORQUE	COMO	QUEM	QUANDO	QUANTO	ONDE
EXEMPLOS	Instalar barras nos banheiros	Aumentar a segurança e cumprir com RDC 283 NBR 9050	Contratação de empresa	João SIlva	30/06/2021	R$ 5.000,00	Quartos da Ala 1
	Elaborar Procedimento Operacional Padrão (POP)	Padronizar cuidados Fortalecer segurança no cuidado	Com oficinas de construção	Maria Santos	30/07/2021	Capital intelectual	Auditório

Figura 4 - Exemplos de aplicação de uma ferramenta de gestão em ILPI.

Uma dica preciosa: Construa seus planos sempre com a participação da sua equipe. Isso propiciará um clima de valorização, envolvimento e corresponsabilidade pelas ações definidas. A gestão compartilhada é outro passo fundamental para o sucesso das ações na ILPI, mas nem todas referências técnicas têm formação em gestão.

Um dos maiores autores sobre a gestão é Donabedian (1960) que propõe avaliações considerando três aspectos:

a) Estrutura;

b) Processos;

c) Resultados.

No Quadro 1, mostra-se uma adaptação dessa avaliação. Você terá uma ideia sobre a categoria a que se refere cada um dos aspectos: estrutura e processos, bem como oferece exemplos de indicadores de resultados baseados no momento da ação: indicadores de entrada, de processo e de saída.

Muito bem, agora você pode dizer que conhece melhor a sua ILPI e a sua tomada de decisão será mais estratégica e eficiente.

Um ponto que sempre gera dúvidas é como dar conta de tantos documentos?

Quadro 1 - Adaptação da avaliação baseada em estrutura, processo e resultado.

ESTRUTURA	
INFRAESTRUTURA	Rampas, corrimãos, banheiros adaptados nos quartos, barras de apoio, vasos elevados, extintores de incêndio, abastecimento de água, energia, internet, gás.
RECURSOS HUMANOS	Equipe multiprofissional de acordo com o dimensionamento da RDC e Conselhos, capacitados e treinados. Ex.: Cuidadores, Higienizadores, Cozinheiros, Equipe de enfermagem, Assistente social, entre outros
EQUIPAMENTOS	Móveis e eletrodomésticos e equipamentos em quantidade e qualidade adequadas, tais como: Camas, ventiladores, refrigeradores, máquina de lavar, freezer, fogão, esfigmomanômetro, glicosímetro, computadores, entre outros
INSUMOS	Materiais médico hospitalares em quantidade e qualidade adequadas Materiais de higiene pessoal e de ambiente
DOCUMENTOS PADRÕES	Elaborados, controlados, validados e disponíveis
PROCESSOS	
GERENCIAIS	Definição de ações estratégicas; Elaboração e publicização de Política de Qualidade Gestão por resultados Pesquisa cíclicas de satisfação Auditorias internas Procedimentos de proteção de dados e informações, entre outros.
ADMINISTRATIVOS	Assinatura de contratos de prestação de serviço, Atualização de alvarás, Solicitação de treinamento de brigada de incêndio, Contratação e Gestão de pessoas, Treinamento, Avaliação de desempenho.
CUIDADO	Cumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão e Protocolos de atenção aos principais agravos elaborados. Fluxos internos de admissão, alta, readmissão, óbito, saída. Implantação de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Plano de Cuidado Centrado na Pessoa (CCP)
APOIO	Manutenção preventiva, corretiva e calibração de equipamentos. Procedimento de guarda de bens, Cronograma de dedetização, Plano de contingência em casos de sinistros, acidentes ou incidentes.
RESULTADOS	
INDICADORES DE ENTRADA	Nº de idosos residentes % de idosos residentes fora do perfil do Protocolo de acesso % de idosos admitidos sem documentos de identificação
INDICADORES DE PROCESSO	% de sobras de medicamentos % de residentes vacinados % de residentes desnutridos após a admissão na ILPI % de erros da equipe de cuidados % de idosos abandonados pela família % de acidentes % de idosos que tiveram queda no mês
INDICADORES DE SAÍDA	% Mortalidade % Agravos de notificação compulsória Taxa de evasão Taxa de satisfação de residentes e familiares % de idosos hospitalizados por mês.

Um dos documentos solicitados em vários momentos pela legislação/fiscalização são os **Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Quer saber como elaborá-los?**

Clique no link e veja o passo a passo! (Link Como elaborar o Procedimento Operacional Padrão)
Clique aqui para baixar

Tenha sempre disponível para consulta pelo menos duas listas:

- A primeira com os documentos externos que impactam sobre os seus processos (Leis, RDC, Portarias, entre outros);
- A segunda com os documentos internos da sua ILPI, como por exemplo seus Procedimentos Operacionais Padrão (POP), seus Protocolos e Normas, entre outros.

Pessoas

Pessoas gostam de serem tratadas como pessoas. Conheça, capacite, monitore e valorize a sua equipe. Algumas ações são imprescindíveis:

a) Construa um quadro com a Distribuição das Atribuições e Cargos (DAC). Nele você listará todos os cargos, requisitos para contratação de cada um deles e competências esperadas;
b) Elabore anualmente um planejamento de capacitação, harmônico com o cronograma e com as folhas de frequências bem organizadas para eventuais necessidades;
c) Incentive a sua equipe a elaborar e ajudar nos treinamentos, utilizando os documentos elaborados ou revisados, incluindo assuntos gerais ligados a gerontologia e envelhecimento;
d) Tenha as sombras de cartões de vacinas atualizados (cartão espelho) e controle de situação de saúde (consultas regulares, entre outros) dos funcionários e residentes;
e) Faça planos de trabalhos individuais, diga o que espera de cada um e monitore-os regularmente em uma ficha de avaliação de desempenho. Dê retorno sobre essa avaliação. Regra de ouro: elogiar em público, corrigir em segredo;
f) Incentive momentos de integração e valorização dos profissionais (reuniões, comemoração dos aniversariantes do mês, datas comemorativas).

Passo 4 - Monitoramento das ações

Então, será que estamos melhorando, piorando, estagnados? Se sua resposta for:

Não sei! Não sei medir meus processos, é hora de refletir!

A RCD/ANVISA nº 283/2005 define alguns indicadores estratégicos.

Você sabe quais são? Procure. Eles estão listados lá.

Você conhecia, mas não media? Hora de medir.

Você conhecia e até media, mas não os analisava? O que você está esperando? Hora de analisar! Você vai se surpreender como ficará bem mais fácil e seguro tomar decisões. E não se assuste se todos parecerem mais satisfeitos e felizes, inclusive você!

Tudo parece tão novo… Por onde começar?

Lembra que a gestão é o coração de uma ILPI?

Se pensarmos dessa forma, precisamos identificar as necessidades de cada órgão para que todo o organismo esteja saudável. **Lembre-se: a ILPI é uma instituição, independentemente da sua natureza! Portanto, é preciso uma gestão conhecedora de suas tarefas!**

Uma empresa que deve ter como foco o melhor cuidado de cada residente. Isso significa respeitar as individualidades e preferências, o que será conseguido com um cuidado centrado na pessoa (Ver o Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

Nós disponibilizamos dois checklists para que você possa realizar a primeira avaliação da sua instituição, o primeiro nós já disponibilizamos na Figura 3 deste capítulo. É um exame de imagem do seu organismo! Clique no link e veja o segundo checklist de abordagem geral.

Clique aqui para baixar

E no dia a dia, como fazer?

Comece com **os documentos necessários para a operação regular de uma instituição** – seja privada ou filantrópica. São eles:

- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ),
- Contrato Social (empresas com fins econômicos) / Estatuto Social (empresas sem fins econômicos).

Estes documentos precisam estar regulares, ou seja, estarem de acordo com as normas e as legislações vigentes, para a instituição existir. A regularização também passa por incluir alguns documentos:

a) alvará de funcionamento da Prefeitura;

b) alvará de funcionamento e de conformidade da Vigilância Sanitária;

c) alvará de autorização dos Bombeiros; além de

d) inscrição no Conselho Municipal do Idoso. Onde não houver Conselho Municipal, a inscrição deve ser realizada junto ao Conselho Estadual.

Ao construir e desenvolver cada documento e procedimento, abra uma pasta física – sugerimos aquelas com folhas plásticas – e coloque uma cópia física de cada documento ali. Esta pasta será utilizada como parte das evidências da gestão regular e adequada da sua instituição. Ela será seu ponto de apoio para os momentos de fiscalização, pois tudo estará organizado e concentrado num único lugar. Isso auxiliará muito e, ainda, demonstrará organização.

Infelizmente, muitas ILPI iniciam seus trabalhos sem a devida regularidade jurídica, fiscal e de funcionamento. Contudo, a regularização é possível e deve ser buscada com urgência, pois somente assim a instituição operará de maneira adequada, oferecendo um serviço com mais qualidade para os(as) residentes. Essa regularidade traz segurança jurídica para a instituição, para os profissionais, para os(as) residentes e para os envolvidos no acompanhamento da institucionalização (familiares, amigos, curadores, voluntários, etc).

Cada documento exige a participação e a consulta de profissionais capacitados e habilitados, visto que os serviços prestados por uma ILPI possuem características próprias.

Sob uma ótica jurídica, a existência de documentos organizados, a construção de protocolos e o estabelecimento de evidências, reduzirão os passivos jurídicos.

O que é um passivo jurídico? É a possibilidade de sofrer ações judiciais e responder a processos administrativos, o que, em determinadas situações, podem inviabilizar financeiramente a continuidade da empresa ou entidade.

O segundo passo para uma gestão de qualidade é **a melhor relação da instituição com o(a) residente e com aqueles que acompanham a prestação do serviço** (familiares, curadores, etc). Para tanto é necessário elaborar:

- Um contrato de prestação de serviços que será o norteador da relação da instituição com o(a) residente e aqueles que acompanham a prestação do serviço (familiares, curadores, etc);
- O regimento interno da instituição onde estarão as informações complementares ao contrato de prestação de serviços, incluindo as normas de convívio e da rotina diária da instituição.

No tocante à **relação trabalhista**, é preciso:

- Estabelecer protocolos de orientação;
- Elaborar normativas internas; e
- Definir os meios para capacitar, acompanhar e verificar o desempenho de cada colaborador.

Todas essas ferramentas auxiliam no melhor atendimento dos(das) residentes, assim como evitam falhas na relação de trabalho que, por vezes, geram ações trabalhistas.

O acompanhamento do desempenho das atividades confere a melhora no atendimento aos residentes, oferece segurança aos colaboradores e, novamente, evita a responsabilização da instituição em passivos judiciais por responsabilidade civil, administrativa e penal.

Passo 5 - Capacitação da equipe

Outra atividade crucial para uma gestão eficiente e humanizada são **as capacitações periódicas das equipes**. Colaboradores capacitados são mais integrados, seguros, engajados, cometem menos erros e colaboram no cumprimento dos procedimentos (Veja o Capítulo sobre Capacitação e Educação Continuada).

Um dos desafios da gestão de uma ILPI é a grande rotatividade de colaboradores nas instituições, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados.

Por isso oferecer a capacitação regular da equipe é um diferencial para o melhor cuidado e uma estratégia essencial para a fidelização dos seus funcionários.

Passo 6 - Comunicação eficiente com a equipe

Outra ação necessária é a criação de canais de comunicação mais efetivos, com o incentivo ao estudo e à participação dos colaboradores em capacitações, fortalecendo suas relações com seus funcionários. Para ter sucesso é fundamental o estabelecimento desses canais, a divulgação interna e a capacitação para a execução de procedimentos para todos os setores da instituição.

O bom desempenho das equipes depende desse compromisso em fazer a coisa certa, tanto do ponto de vista legal, quanto das relações com os(as) residentes, com os familiares e com os colaboradores, resulta no melhor atendimento às pessoas idosas residentes e esta é a razão de existir de uma ILPI.

Em síntese:

O gestor é quem dá o "tom" para todas as práticas da ILPI. Cabe ao gestor, portanto, inspirar a equipe para a oferta do melhor cuidado a ser prestado, com empatia, competência técnica, respeito e zelo. Ele responde pela organização, por um bom ambiente de trabalho, bem como por toda a equipe que a compõe, desde aqueles responsáveis pela limpeza, cuidadores, cozinha, equipe multiprofissional e administrativa. Assim, uma gestão humanizada permite um cuidado humanizado no cotidiano da ILPI.

A gestão em ILPI é, por natureza multidisciplinar e envolve a gestão do cuidado, a gestão de pessoas, a gestão administrativa e a gestão financeira. Nesse sentido, é imprescindível o exercício de autoanálise, reconhecendo e buscando discutir as ameaças vividas pela gestão da ILPI, bem como as forças e oportunidades que movem cada ILPI em prol da busca e da oferta do melhor cuidado. Este Manual pode apoiar uma gestão e um cuidado muito melhor.

Considerações Finais

No Brasil, frente à inexistência de uma política nacional de cuidados, as ILPI cumprem um imprescindível papel social e de saúde.

No Século XXI, as ILPI já estão em maior número, são muito diversas em seus recursos e representam uma tendência em moradia coletiva no país. Porém, a história inaugural das ILPI brasileiras poderia explicar a existência de modelos de gestão informais ou baseados no mero assistencialismo.

A má gestão de uma ILPI pode colocar o(a) residente em situação de risco e até mesmo submetê-lo(a) a condições degradantes. Por isso é tão importante desenvolver ambientes amigáveis que garantam a boa qualidade de vida a este público, assegurando a privacidade e valorizando a biografia de cada residente. Afinal, a qualidade de vida no processo do envelhecimento está diretamente relacionada com o ambiente em que se vive.

Assim, a gestão de uma ILPI deve receber a atenção e ser encarada como uma área de conhecimento e de atuação de enorme importância, vital para o bom funcionamento da instituição e da sociedade.

É necessário conhecer, discutir e aprimorar as leis que balizam e regem essas instituições, incluindo a gestão de qualidade para esse segmento, reconhecendo-o em seu caráter híbrido - enquanto uma residência coletiva que acolhe e cuida de pessoas mais velhas -, apoiando-as em sua qualidade de vida, autonomia e independência.

Afinal, numa ILPI onde a Gestão é o coração, há inúmeros corações pulsantes e fundamentais que merecem total atenção para que todo o organismo funcione plenamente.

Estatuto do Idoso

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm

RDC/ANVISA nº 283/2005

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html

RDC/ANVISA nº 94/2007

https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=106230

Política Nacional do Idoso

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

Referências Bibliográficas

BORN, Tomiko. **Cuidado ao idoso em instituição**. In: PAPALÉO NETO, M. [org.] Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2002.BEAUVOIR, S. A velhice. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORN, Tomiko. In: FIOCRUZ. **O que é uma Instituição de Longa Permanência**, 2005. Acesso em: jan. 2020. Disponível em: <http:// www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/ dados/arq367.ppt>

BORN, Tomiko, BOECHAT, Norberto. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado**. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.768-77.

BRASIL. Constituição Federal do Brasil. **Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010**. Acesso em: jan. 2020. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf

BRASIL. **Lei n° 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos.** RDC nº 283, set 2005. Acesso em: jan. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO – RJ. **Roteiro de Atuação**: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos/Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, Grupo de Apoio Técnico Especializado. Rio de Janeiro, 2015.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.58,73.

CAMARANO, Ana Amélia. MELLO, Juliana Leitão. **Cuidados de Longa duração no Brasil:** o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumida? Rio de Janeiro: IPEA;2010.p.67-91

Consulta Cartilha Segurança Sanitária para instituições de longa permanência para idosos. Disponível em: http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/Segurana-Sanitaria-%20Instituicoes-de-Longa-Permanencia-Idosos.pdf

CAMARANO, Ana Amélia et al. **Idosos brasileiros:** indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005

GROINSMAN, Daniel. **Asilo dos Velhos:** passado e presente. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre, vol. 2, 1999a. pp 67-88.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em dez. 2019.

JAMES, H. H. Gerenciamento Total Da Melhoria Continua. 1a edição ed. São Paulo: Makron, 1997.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Visão antropológica do envelhecimento**. In: Vários colaboradores (Orgs.), *Velhices: reflexões contemporâneas*. vol. 1, pp. 47-60. 2006. São Paulo: SESC: PUC.

PAIVA, Marie Monique Bruere.; VILLAROUCO, Vilma Maria. **Ergonomia no ambiente construído em moradia coletiva para idosos:** estudo de caso em Portugal. Rev. Brasileira de Ergonomia, v. 7, n. 3, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – Seção São Paulo – **Instituição de Longa Permanência para Idosos:** Manual de Funcionamento. São Paulo, 2003.

SOUZA, Jaime Luiz Cunha de. **Asilo para Idosos**: o lugar da face rejeitada. Revista Trilhas (UNAMA), Belém, ano 4, n. 1, p. 77-86, set., 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.UNASUS/UFMA. **Implantação do sistema de qualidade como facilitador do processo de cuidado ao paciente renal**/MAIA, Jacione Lemos Botelho Maia, HOLANDA, Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda, São Luis, 2015.

VERAS, Renato P. **Crescimento da população idosa no Brasil**: transformações e consequências na Sociedade. Revista Saúde Pública. vol. 21 n. 3. São Paulo, jun., 1987.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Instituições Geriátricas**: avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

2

Plano de Cuidados Centrado na Pessoa Idosa

Larissa Costa

Eduardo Sabbi

Christine Abdalla

Natália Horta

Elizete Maciel

Introdução

O cuidado centrado na pessoa (CCP) é uma abordagem relacionada às atitudes e práticas assistenciais com foco no indivíduo, enxergando a sua singularidade e não a sua doença, seu contexto social e suas interações. Por meio de relações interpessoais positivas, ele permite maior compreensão do indivíduo, fornece suporte para as necessidades não atendidas e promove uma sensação de bem-estar [1,2,3].

Este modelo humanístico foi desenvolvido pelo inglês Tom Kitwood, em 1997 pensando em pessoas com demência. Ao considerar primeiro a pessoa ao invés de sua demência, abriu-se a perspectiva de desenvolver um maior potencial de capacidades envolvendo a pessoa idosa em relacionamentos e cuidados, independentemente do seu nível de comprometimento físico e cognitivo. Ele descreveu ainda que acaba se criando um "ambiente social maligno" para residentes com demência nas ILPI. Nesse tipo de ambiente, os cuidados da rotina são voltados para tarefas com foco no cuidado físico, reforçando a importância de se propor alternativas por meio do “trabalho positivo” do CCP.[3]

O CCP desafia o modelo de assistência tradicional, sendo imprescindível para um bom cuidado ao indivíduo idoso. Este capítulo discute esta metodologia, a justificativa para construção do plano de CCP e apresenta as recomendações práticas para sua elaboração e implementação no contexto da ILPI.

Por que falar em Cuidado Centrado na Pessoa Idosa em ILPI?

A implementação do CCP surge a partir da necessidade de as ILPI serem espaços humanizados e acolhedores, fugindo dos modelos de instituições totais. O método prevê que os(os) residentes sejam verdadeiramente incentivados(as) ao autocuidado e a realizar escolhas sobre suas prioridades. Considera que a pessoa idosa, seus familiares e a equipe são partes fundamentais do sucesso.[4]

Palavras-chave: Plano de Cuidados; Cuidado Centrado na Pessoa; Implementação; Elaboração; Pessoa Idosa.

Na ILPI, o CCP envolve múltiplos atores: o próprio indivíduo, a rede sociofamiliar, a equipe de profissionais e a gestão. Considerando esse modelo, é importante refletir sobre os principais motivos de sofrimento relatados pelos(as) residentes em ILPI: o tédio, a solidão e a falta de auxílio que impactam na realização das atividades de autocuidado, domésticas e sociais. Por essa razão, o cuidado deve seguir os seguintes princípios:

- Amor para combater a solidão;
- Atividades com propósito;
- Diálogo permanente com residentes, visando conhecer seus desejos e expectativas;
- Interações espontâneas.

Baseado na ideia de que o crescimento pessoal é uma experiência que faz parte da vida humana, o CCP propõe que o indivíduo e a equipe cresçam juntos, mesmo com as dificuldades associadas ao processo de cuidar. Aponta que a equipe de profissionais deve ser convidada a refletir sobre os temas advindos do cuidado à pessoa idosa, revendo as práticas e debatendo as ideias sobre os desafios da atenção ao(a) residente institucionalizado(a) e, por meio de uma mudança cultural, transformar a prática cuidadora de tarefa-centrada em pessoa-centrada[5], conforme está apresentado na Figura 1. Neste sentido, o gestor deve ser capaz de inspirar sua equipe, de modo a que ela seja coesa, proativa, satisfeita com o trabalho e automotivada para ter uma prática centrada no residente da ILPI.

Onde está o foco (ação-determinante)?

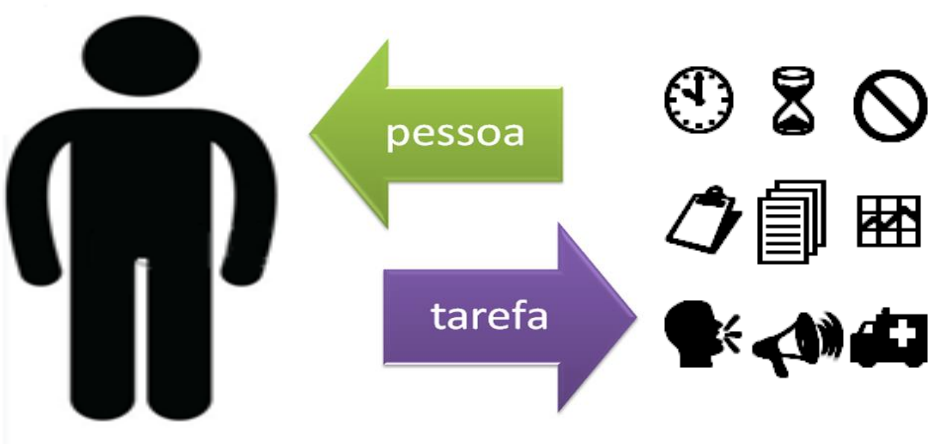


Figura 1. Diferença dos modelos de abordagem do CCP ou com foco na tarefa.

O CCP preza pela dignidade, compaixão, respeito e pela boa coordenação do cuidado. Considera as necessidades emocionais, sociais e práticas do indivíduo e de seus cuidadores, sem tratar as pessoas como um conjunto de diagnósticos ou sintomas. Estimula a independência, favorecendo que os sujeitos reconheçam e desenvolvam suas próprias aptidões e competências. Sendo assim, além da justificativa ética, também existem motivos práticos para adotá-lo nas ILPI. As evidências indicam que as abordagens centradas na pessoa podem melhorar a experiência vivida pelo indivíduo, a qualidade do cuidado e os resultados de saúde, pois asseguram que os serviços sejam baseadas nas necessidades e preferências de quem está sendo cuidado, e não na visão dos prestadores.[6]

Vale destacar que o CCP no contexto da ILPI não significa a suspensão das rotinas ou a permissividade em todas as ações. Essa abordagem já é realizada em muitas instituições no mundo e permite, por meio da escuta atenta e respeitosa, a valorização da pessoa idosa. Ela deve estar atrelada ao conhecimento técnico dos envolvidos para que seja possível construir novas atitudes na assistência com o(a) residente no centro do cuidado. Por exemplo, instituir práticas que lhe possibilitem escolher o horário do seu banho, a decoração do seu quarto, o que terá em sua alimentação a partir de uma oferta estabelecida pela ILPI, se deseja participar ou não de determinadas atividades, bem como optar pelo horário de dormir ou a preferência em assistir a um determinado programa de televisão.

Por meio do CCP é possível antecipar ações e reações que desconstroem o cuidado efetivo e afetivo, combatendo a base dos sintomas comportamentais ou neuropsiquiátricos[1,2] dentro dos residenciais geriátricos, onde a prevalência de agitação verbal ou física naquelas pessoas com demência moderada a grave excede 50%. Este cenário, associado ao aumento da angústia dos residentes e da carga emocional para os familiares e profissionais,[7] consiste num grande desafio aos gestores da instituição. Os reflexos de um bom manejo dessas situações muitas vezes têm um efeito mais significativo sobre o sujeito do que sobre a própria doença, influenciando suas relações com quem está prestando o cuidado e beneficiando a si, aos cuidadores e ao ambiente, algo particularmente interessante para a ILPI.

Uma revisão sistemática e metanálise demonstrou que o CCP em intervenções de longo prazo (acima de 3 meses) em pessoas com demência, tanto em ILPI quanto a domicílio, resultaram em otimização no processo do atendimento, melhora significativa da qualidade de vida e redução dos sintomas neuropsiquiátricos, como comportamentos desafiadores ou de confrontação, agitação e depressão, podendo ser usadas como alternativas ao tratamento convencional. Também colaborou para a redução da necessidade do uso de psicotrópicos e para a melhora na satisfação no trabalho pelos funcionários, uma vez que o ambiente ficou mais tranquilo e saudável, além de desenvolverem relacionamentos significativos com residentes, promovendo oportunidades para as interações sociais.[1]

Segundo a Alzheimer's Association, as principais causas de alterações comportamentais na pessoa com Alzheimer são o desconforto físico, a estimulação excessiva, a estranheza com o ambiente, as atividades complexas e as frustrações ao interagir. Identificar e examinar o comportamento pode resultar em melhor manejo na solução do problema e até mesmo na prevenção ou antecipação de novas dificuldades.[9] Na Tabela 1, são apresentadas algumas perguntas que podem auxiliar o(a) cuidador(a) a estar atento(a) nesta fase para ações mais assertivas, e centradas no residente com demência.

Qual é o comportamento?	A ânsia por se movimentar ou caminhar sem parar, por exemplo, pode ser efeito colateral de medicamentos antipsicóticos e seu uso aqui tende a piorar a situação. Não sendo perigoso, pode ser até saudável desde que se propicie segurança à atividade.
É perigoso para o indivíduo ou outros?	Não dormir à noite, sem a demonstração de sofrimento ou agitação verbal que tumultue o ambiente, pode ser aceito pelo cuidador noturno e fazerem juntos atividades para ocupar o tempo.
O que aconteceu logo antes da alteração?	Ficar agitado após uma festa ou visita pode indicar que para aquele morador(a) tenha sido uma estimulação excessiva e talvez seja melhor se evitar eventos maiores para ele(a).
Algo desencadeou isso?	O quadro surgir após uma notícia ruim passar na televisão ou lhe ser comunicada (por exemplo, após a resposta à pergunta "Onde está minha mãe?" de que ela já morreu faz tempo, pode indicar a sensibilidade da pessoa para esta perda e o quanto não precisamos lembrá-la disso.
O que aconteceu logo depois da alteração?	Se acalmar após comer ou beber algo, sinaliza que aquele comportamento tem grande chance de estar relacionado à dificuldade em comunicar fome ou sede.
Como você reagiu?	Nossa reação pode determinar qual caminho seguirá a pessoa, se mais agitada ainda ou mais calma. Esteja atento à forma com você atende à demanda, buscando sempre que possível descobrir e atender à necessidade do sujeito.

Tabela 1. Perguntas sugeridas pela Alzheimer's Association[9] orientando ações assertivas e centradas no residente com demência, que podem colaborar na compreensão do comportamento apresentado.

Além destas dicas ao cuidador, o CCP pode ser muito útil no dia-a-dia de uma ILPI. Pode minimizar, por exemplo, os impactos relacionados à hora do banho, onde cerca de 20% a 40% dos residentes com demência se agitam. Apresentando momentos tais como recusa em tomar banho, comportamentos físicos agressivos (bater, chutar, gritar, etc.), algumas vezes permanecendo chateados por horas ao longo do dia.[10,11] O capítulo 3 deste manual, sobre Higiene e Conforto, aborda esse assunto com mais detalhes e também pode ajudar muito.

O que é preciso entender sobre CCP para que seja implementada na ILPI?

Implementar o CCP na ILPI pode não ser uma tarefa fácil. Exige recursos e dedicação por parte da gestão, uma vez que promoverá uma transformação cultural e estrutural tanto na instituição quanto na sua equipe. Imagine que, dentro desta ideia de atender às particularidades dos(as) participantes, prioritariamente a pessoa idosa, mas também os funcionários e o contexto das famílias, reuníssemos todos para comer uma pizza e cada um escolhesse um sabor diferente. Este é um dos desafios na CCP dentro da ILPI. Agora imagine que o gestor estabeleça uma atividade semanal de música, uma das intervenções não medicamentosas mais amplamente utilizadas para indivíduos com demência, trazendo inúmeros benefícios.[12] Como individualizar de acordo com as preferências atuais ou passadas de cada um? Seria realizada em grupos ou em separado? No formato de apreciação musical, canto, uso de instrumentos musicais ou até dança? Incluiria ouvir música com fones de ouvido? Seriam utilizados os funcionários já existentes? Contrataria-se um(a) recreacionista ou, idealmente, um(a) musicoterapeuta que já tem experiência nisso? Estaria incluído no orçamento ou seria cobrado à parte?

É provável que essas várias possibilidades tenham um impacto diferente para cada pessoa [13] e para cada ILPI. O fato é que, cada instituição, deve analisar as suas condições e - ambiente/estrutura e recursos humanos - e, dentre estas, fazer a melhor prática possível de cuidado centrada no(a) residente, de modo gradual e em processo de busca pela melhoria contínua (Figura 3).

Cuidado centrado na pessoa idosa na ILPI

Figura 3. Elementos importantes no CCP na ILPI

Os princípios orientadores do CCP incluem a(o):

- Valorização da vida humana;
- Incorporação do conhecimento pessoal do indivíduo, para que possa ser tratado como um ser humano sensível e único que é, valorizando sua natureza inata;
- Criação e fortalecimento de um relacionamento positivo por meio do contato humano caloroso e receptivo;
- Comunicação com respeito, valorizando e honrando o sujeito;
- Ajuda em manter suas forças remanescentes;
- Forma empática de ver o mundo da pessoa de sua própria perspectiva;
- Incentivo para que o indivíduo se sinta socialmente confiante e mantenha ligações emocionais no ambiente em que habita;
- Realização de atividades significativas, tornando o bem-estar uma prioridade e melhorando a qualidade das relações entre o profissional de saúde e a pessoa atendida.
- Participação da pessoa idosa na tomada de decisões, por exemplo, por meio da criação de um conselho de residentes;
- Interação com a rede sociofamiliar e com a comunidade como partícipes do cuidado.[1,2]

A metodologia de CCP precisa ser construída com a participação de todos os envolvidos. A figura 2 apresenta a sistematização dos eixos norteadores para sua prática com a pessoa idosa na ILPI, com o envolvimento desses diferentes sujeitos.

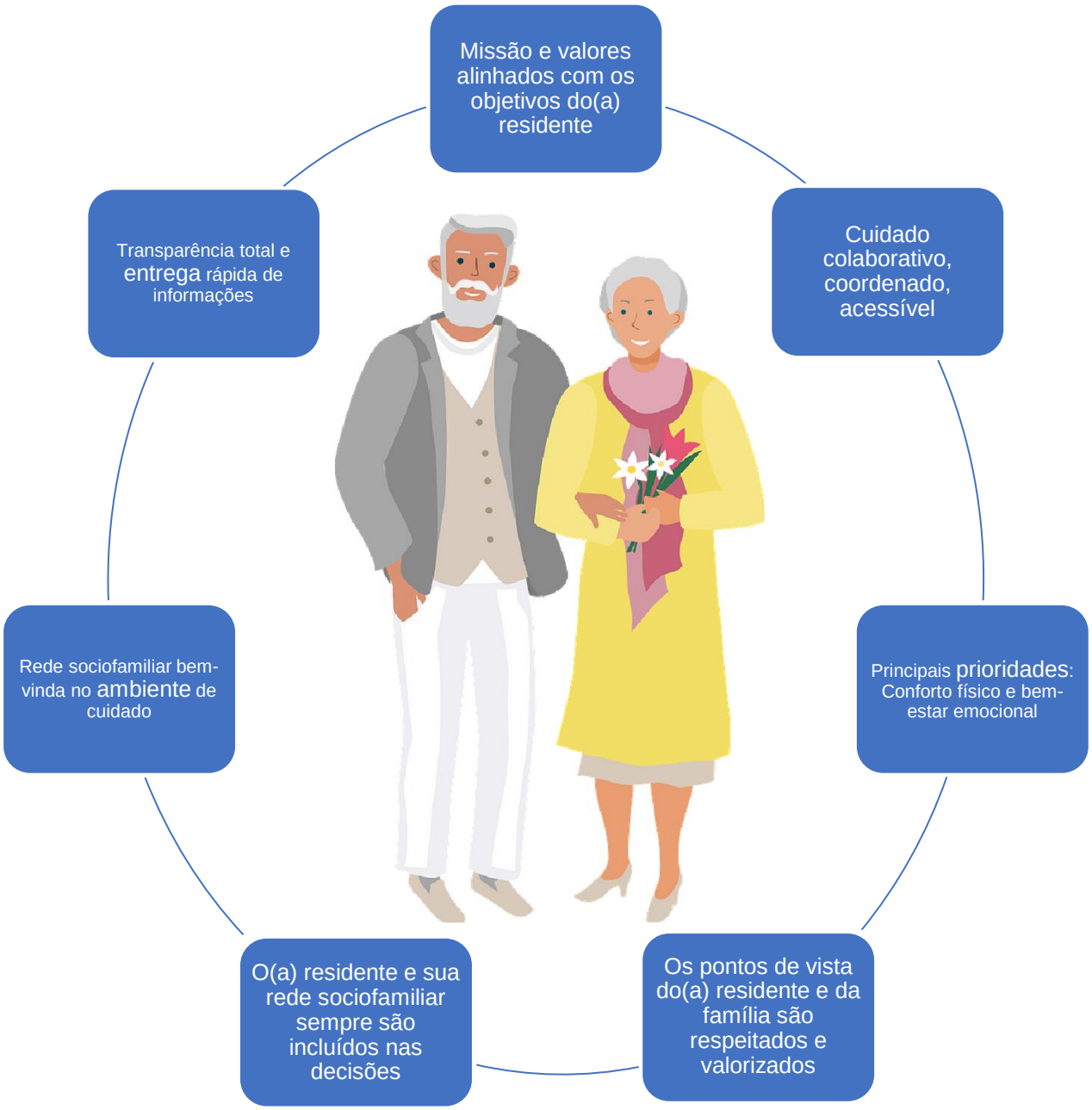


Figura 2. Eixos norteadores e agentes no processo de CCP. Adaptado de NEJM Catalyst[8] .

Há quatro elementos-chave que podem ajudar muito no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades próprias para o CCP. [2] Eles são apresentados abaixo e representados na figura 4.

• O 1º elemento é **a valorização da pessoa idosa e da equipe de funcionários,** ou seja: prover práticas de gerenciamento centrado no indivíduo, tais como:

- promover o apoio, treinamento e capacitação dos recursos humanos;
- disponibilizar ambientes físicos e sociais de apoio e inclusão para pessoas com déficit cognitivo;
- reconhecer e agir de acordo com as necessidades e preocupações dos(as) usuários(as) do serviço;
- estabelecer processos contínuos de melhoria da qualidade [2];

• O 2º elemento é o **Cuidado individualizado,** que significa:

- tratar as pessoas como indivíduos únicos**;**
- estabelecer e revisar planos de cuidados regularmente que reflitam em cada um seus pontos fortes e necessidades, gostos e desgostos individuais, preferências e rotinas diárias, bem como contenham partes chave da história de vida que sejam conhecidos e considerados pela equipe de cuidados diretos;
- ofertar uma variedade de atividades que atendam às necessidades e habilidades de todos os usuários do serviço [2];

• No 3º elemento está a **Perspectiva pessoal**, pela qual entende-se:

- ser capaz de se colocar no lugar do outro, olhando o mundo da sua perspectiva, questionando suas preferências, pedindo o seu consentimento e considerando suas opiniões no dia-a-dia e, a partir daí se dará a tomada de decisões;
- administrar constantemente o ambiente físico - por exemplo, ruído, temperatura, higiene, distrações, etc. -, para que as pessoas se sintam bem;
- prover a devida atenção à saúde física do(a) residente, incluindo avaliação da dor, problemas de visão e audição, monitoramento do hábito intestinal, etc.;

- analisar situações de conflito na emoção ou comportamento para descobrir as razões subjacentes;
- proteger os direitos do indivíduo quando ocorrer quaisquer ações que ameacem a segurança e o bem-estar dos demais.[2]

• O 4º elemento é o **Ambiente total de relacionamento humano,** garantindo que todos se tratem com respeito, gerando uma atmosfera de cordialidade, aceitação e conforto, sem repreensão ou rotulações. para isso, a equipe de funcionários deve:

- incluir a pessoa idosa nas conversas e ajudá-la a se relacionar com os outros, independentemente da capacidade cognitiva e mental;
- levar a sério os medos de cada residente;
- evitar deixar o(a) residente sozinho(a) por longos períodos em sofrimento emocional;
- auxiliar cada pessoa a ser ativa tanto quanto possível em seus próprios cuidados e atividades da vida diária;
- incentivar sua interação social, seja com visitas à ILPI ou dos residentes aos espaços comunitários. [2]

Figura 4 - Elementos-chave para o desenvolvimento do Cuidado Centrado na Pessoa.

E no dia a dia, como fazer?

O plano de cuidados centrado na pessoa idosa institucionalizada deve ser elaborado e revisado sempre que necessário, sendo atualizado de acordo com as mudanças incessantes que ocorrem na vida de cada indivíduo. Deve ter início preferencialmente na avaliação inicial prévia à institucionalização ou no momento da chegada do(a) novo(a) residente.

Por meio do hiperlink a seguir, disponibilizamos um modelo de sugestão e/ou para guiar a elaboração, que pode e deve ser adaptado de acordo com as demandas de cada pessoa idosa e possibilidades da ILPI.

Clique aqui para baixar

Para aplicar o CCP plenamente nas ILPI, destacam-se algumas ações fundamentais[5]:

• Garantir a participação ativa do(a) residente e de sua rede sociofamiliar na construção e validação do plano de cuidados sempre que oportuno;

• Incluir a equipe interprofissional e os cuidadores, com profissionais qualificados com conhecimentos sobre a gestão e os processos de operacionalização;

• Estimular o auto monitoramento e a auto fiscalização da atuação da ILPI, visando respeitar todas as diretrizes do Estatuto do Idoso e das Normas da Anvisa RDC/ANVISA nº 283/2005, de modo a evitar práticas ilegais e inseguras para toda a comunidade institucional;

• Promover a educação permanente dos profissionais que estão no cuidado direto à pessoa idosa, incentivando reflexões sobre envelhecimento, morte e finitude, violência, família, relações e cuidados institucionais, propósito de vida, capacidade funcional, dependência física e emocional;

• Criar indicadores de qualidade e protocolos de gestão do serviço que consideram a opinião do(a) residente, o trabalho com as famílias e com a comunidade;

• Inserir os cuidados de longa duração especializados que ofereçam assistência de qualidade à pessoa idosa com demência avançada ou com condições crônicas de saúde que demandem cuidados intensivos ou paliativos;

• Reforçar o apoio de serviços para atendimento em saúde mental, com trabalho integrado para aqueles com síndromes demenciais e transtornos neuropsiquiátricos;

• Promover a intergeracionalidade, aproximando crianças, adolescentes e adultos da comunidade dos residentes;

• Incentivar e participar da realização de pesquisas relacionadas às ILPI e à qualidade de vida da população idosa.[5]

Ao contrário do que se convencionou acreditar pela tradição estabelecida pela história da criação dos espaços asilares criados no Brasil, **o olhar individualizado sobre cada pessoa idosa em uma ILPI é um caminho que facilita a prática do cuidado cotidiano.** Talvez não seja possível atender ou seguir caminhos totalmente individualizados numa instituição com muitos residentes ou com um quadro de colaboradores reduzido. Muitas vezes não é necessário que se tenha um número maior de colaboradores em cada plantão, mas apenas reorganizar as tarefas dos já existentes, por exemplo.

Quantos banhos difíceis, almoços complicados e caminhadas recusadas poderiam ser diferentes se conhecêssemos melhor a história e desejos de quem cuidamos. Eles nos revelam gostos, preferências e vontades possíveis de serem atendidos e que muitas vezes nos ajudam em seus próprios cuidados.

Outra possibilidade é **a mudança na conformação das escalas de trabalho dos profissionais**, especialmente os cuidadores e técnicos de enfermagem, respeitando os vínculos construídos, as afinidades e a empatia que contribuem para uma prática cuidadora empoderadora e centrada na pessoa idosa.

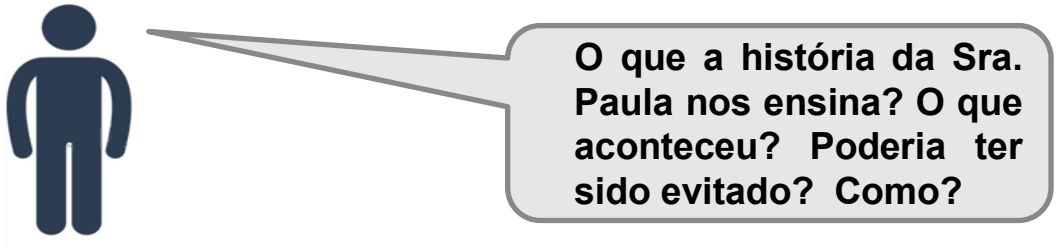
A estratégia de **ter um profissional de referência para cada grupo de residentes**, vindo a conhecer melhor cada um deles, suas atividades significativas de modo personalizado e que interaja a partir das suas demandas e necessidades, permitindo participar da tomada de decisão e do gerenciamento do seu dia a dia, contribui na qualidade do cuidado prestado. Como afirma Martinez-Rodriguez, o desenvolvimento da função de profissional de referência somente será possível se as organizações o apoiarem e facilitarem o seu desenvolvimento, substituindo o rodízio e as escalas rígidas pelas que levam em consideração as afinidades, implementando agenda de reuniões regulares com a equipe de apoio e equipe multiprofissional para discussão do projeto terapêutico singular, capacitações, possibilidade de conselho de residentes e outras medidas que caracterizam os ambientes que valorizam e reconhecem a atuação deste profissional [14].

A fim de exemplificar essas ações, descrevemos alguns casos reais utilizando nomes fictícios para preservar a identidade dos sujeitos. Para se aprofundar no tema e ter acesso a eles, basta acessar o hiperlink:

Clique aqui para baixar

Aplicando o Cuidado Centrado na Pessoa

Sra. Paula, 87 anos, residente da ILPI há 12 anos, lúcida, independente e com autonomia para as atividades da vida diária, social e instrumental. Ela é portadora de hipertensão, diabetes, transtorno de ansiedade e depressão, fazendo uso de enalapril, metformina, clonazepam e amitriptilina. No último sábado, depois do descanso rotineiro após o almoço, estava sozinha no seu quarto, calçada com chinelos de dedo tipo "havaianas" e meias, pois sempre sentiu muito frio nos pés. Segundo relatos da própria residente, ao se levantar do sofá esbarrou no copo com água, se sentiu tonta e caiu da própria altura. Parte da equipe ouviu o barulho e ao entrar no quarto se depararam com Sra. Paula já caída. Fizeram uso da prancha e colar cervical e em contato com o médico da ILPI foram orientados a acionar o serviço de ambulância. No hospital foi diagnosticada fratura de fêmur e infecção urinária. Ela já havia sofrido uma queda sem lesões no último ano ao tropeçar no pátio da ILPI.



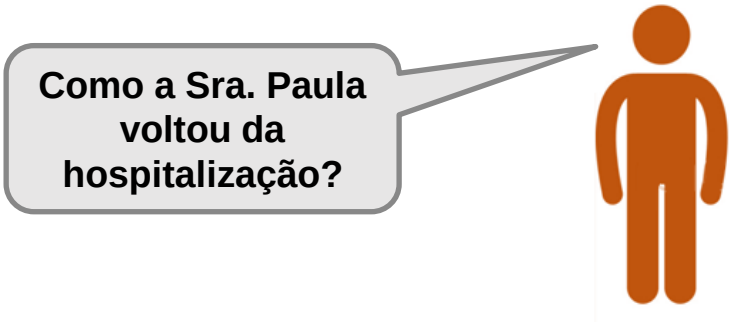
Sobre a intercorrência

Uma queda deve ser considerada um evento sentinela, ou seja, ela nos alerta de que alguma coisa poder estar errada. No caso da Sra. Paula, envolve diversos fatores, como aqueles internos (tontura, medicação em uso) e externos (ambientais, relacionados ao calçado e vestimenta inadequados - meia e chinelo juntos).

No Hospital

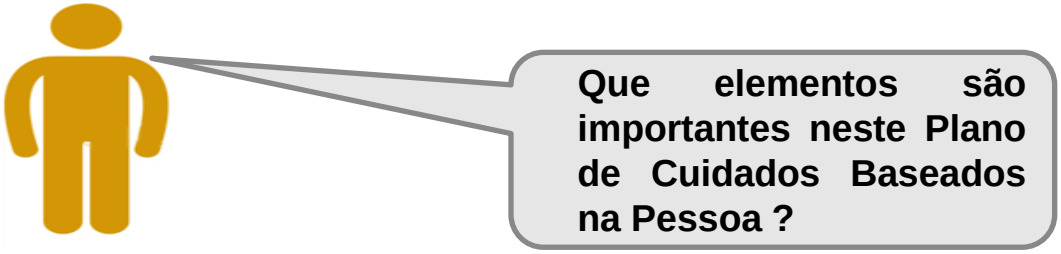
A Sra. Paula foi hospitalizada no mesmo dia da queda. Porém, devido à longa espera por vaga na cirurgia e complicações pré-cirúrgicas, ficou restrita ao leito em ambiente hospitalar (enfermaria). Ao longo deste período percebeu-se declínio tanto físico quanto cognitivo. Foi medicada para **infecção do trato urinário, hipertensão, diabetes, controle da dor e agitação psicomotora/*delirium*.** Devido a episódios de desorientação, agressividade física e verbal, tentativas de sair do leito, com suposto risco à sua integridade e da equipe, a Sra. Paula foi contida mecanicamente com ataduras e algodão, mantendo os pulsos rente à cama.

A alta hospitalar ocorreu ao final de dois meses e meio, tendo permanecido 1 mês no CTI por descompensação do diabetes e da função cardíaca.



O Retorno à ILPI

Ao chegar à ILPI, os profissionais identificaram declínio cognitivo, sinais de sarcopenia (perda de massa muscular) e lesões por pressão (LPP). Foi proposto pela equipe realizar uma avaliação ampla, visando o mínimo desgaste possível, já que ela apresentava grande fragilidade após esta internação prolongada. O objetivo foi obter o estado funcional atual da idosa para comparar com a funcionalidade prévia já conhecida. Com o uso de escalas e instrumentos neuropsicológicos a equipe interdisciplinar da ILPI, composta por nutricionista, TO, médico, enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e cuidadores, em acordo com os familiares, traçaram Plano de Cuidados Centrados na Pessoa para este momento de vida da Sra. Paula: atuar a favor do resgate da sua saúde e de sua independência funcional.



O Plano de Cuidados Centrados na Sra. Paula

1- Alimentação: a alimentação deve ser adequada para ganho de massa devido à perda muscular após hospitalização. Se a ILPI dispuser, será importante uma avaliação de nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Visando resgate de autonomia e independência, é muito importante (1) avaliar a deglutição segura, (2) incentivar a escolha dos alimentos preferidos da Sra. Paula, e (3) estimular que ela se alimente sozinha. Se a ILPI não contar com estes profissionais, a orientação é verificar com a equipe do Centro de Saúde e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Caso a residente não esteja conseguindo realizar tais escolhas devido alteração cognitiva, recomenda-se considerar suas preferências anteriores à internação.

2- Cuidados com o banho: é importante a equipe se organizar para que o banho da Sra. Paula seja bem preparado e assistido. A equipe de enfermagem e os cuidadores devem observar e perguntar qual forma de banho traz conforto e segurança para a residente (temperatura da água, horário de sua preferência, etc.). Testar a temperatura da água antes de molhar seu corpo, iniciar molhando uma parte pequena, como as mãos, até a Sra. Paula se sentir mais confortável e se familiarizar com a água. Nunca colocar uma pessoa embaixo do chuveiro repentinamente. Estimular que ela lave partes do próprio corpo para ganho de independência, bem como oferecer estímulos com o cheiro do sabonete, textura da bucha de banho, etc. Lembre-se que uma pessoa que sofreu este evento costuma ter muito medo de cair novamente e o banho pode ser uma atividade estressante.

3- Mudança de decúbito: a equipe de cuidados deve ser orientada a realizar a troca de decúbito a cada 2 horas, seguindo o relógio com o mapa de troca de decúbito (Figura 1). Atentar aos locais favoráveis de desenvolver lesões por pressão (Figura 2), utilizando coxins ou dispositivos para aliviar a pressão nos locais já lesionados e possibilitar a recuperação (Figura 3). Também é importante retirar a idosa do leito sempre que possível, permanecendo um tempo sentada após as refeições.

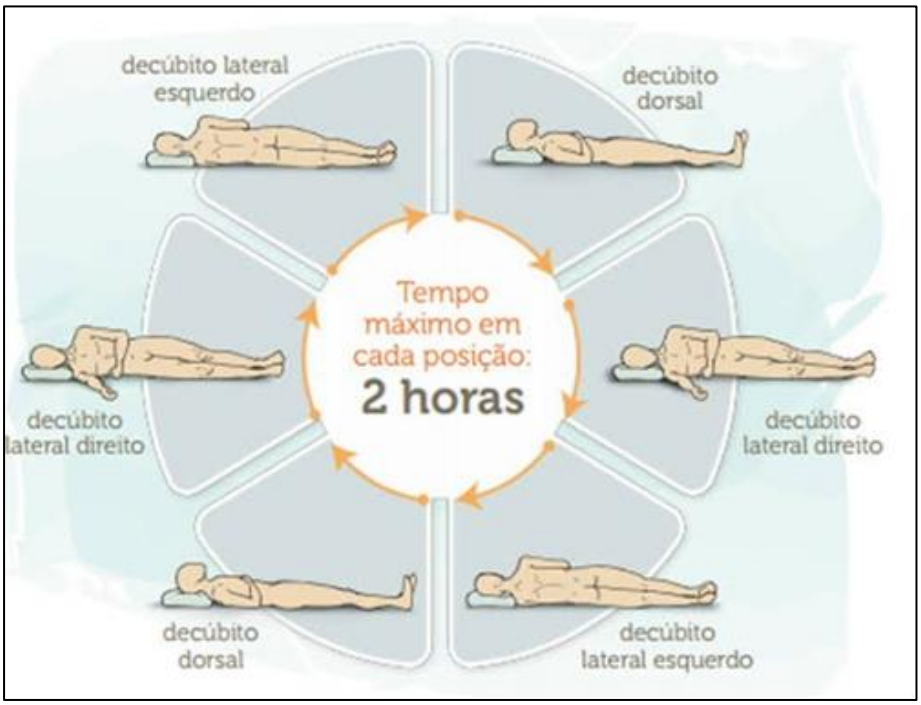


Figura 1 – Mapa de trocas de decúbito.
Fonte: https://enfermagempiaui.com.br/tag/mudanca-de-decubito/

Figura 2 – Locais de risco para desenvolver lesões por Pressão.
Fonte: https://www.vuelopharma.com/lesoes-por-pressao/

Figura 3 – uso de coxim para aliviar a pressão e evitar lesões.
Fonte: http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/25159-uti-geral-do-hge-recebe-materiais-que-auxiliam-na-prevencao-de-ulceras

4 – Estímulos cognitivos: quando a pessoa retorna de um longo período de internação hospitalar é muito importante reforçar o que ela consegue fazer e apoiá-la a recuperar o que perdeu. Isso inclui:

- Promover sua orientação no tempo e no espaço;
- Estimular o resgate da autonomia dela propondo que a Sra. Paula faça escolhas relacionadas à sua rotina diária;
- Realizar atividades em grupo para estimular a socialização;
- Estimular sua participação nas atividades básicas de vida diária;
- Ofertar as atividades do seu interesse conforme hábitos prévios à internação, visando o retorno da realização das atividades significativas;
- Conversar com ela durante passeios com a cadeira de rodas na área externa visando fornecer novos estímulos, realizando perguntas relacionadas ao ambiente e ao que ela está vendo e sentindo.

5- Reabilitação da marcha – Fisioterapia

A Sra. Paula chegou sem a nota de alta do hospital. É importante buscar este documento junto ao hospital, pois contém informações importantes do tempo em que ela passou lá, além das orientações na alta. Ela relata que recebeu atendimento fisioterapêutico durante o período em que permaneceu no CTI, mas não houve continuidade após a ida para a enfermaria. O objetivo terapêutico deve ser a promoção da independência, mas ela é gradual. É muito importante motivar a Sra. Paula para estar empenhada na sua recuperação.

No pós operatório de uma pessoa que fraturou o fêmur é muito importante prevenir complicações pulmonares decorrentes da redução da expansibilidade pulmonar, como as atelectasias (áreas de pulmão que ficam “fechadas” porque a pessoa fica muito tempo parada) e pneumonias. Outra condição fundamental é verificar a existência e a intensidade de dor, pois ela favorece a imobilidade, compromete o apetite, o sono, o funcionamento dos intestinos e pode gerar até a confusão mental.

Quando a pessoa fratura o fêmur, o treino de marcha é feito com um dispositivo auxiliar (andador ou bengala), caso esteja usando algum (Figura 4). Para isso é necessário trabalhar a melhora do equilíbrio, a força muscular e a marcha. **Importante:** deverão ser treinadas atividades de mobilidade como sentar e levantar, transferências com o objetivo de adquirir maior independência.

6-Cuidados com as LPP e cicatrização da cirurgia: Aliviar a pressão das lesões com uso de coxins ou dispositivos adaptados. Realizar os cuidados de feridas indicados pela Enfermagem, com atenção à mudança de posição e nutrição.

Figura 4 – Reabilitação pós-fratura de fêmur. Fonte: Pixabay

7- Reconciliação terapêutica: A história da Sra. Paula mudou a partir de uma queda no seu quarto. Dentre as possíveis causas da sua queda estão o uso de calçados inadequados, mas também o relato de uma tontura quando se levantou do sofá. Alguns medicamentos que ela vinha usando podem estar associados à queda, sendo importante reavaliar o esquema terapêutico junto a um médico especialista em pessoas idosas. É o caso da hipotensão ortostática (queda da pressão quando a pessoa está deitada, sentada e de pé).Também é interessante avaliar a necessidade de manutenção ou não da metformina, com base nos níveis de glicemia da Sra. Paula.

A ILPI onde Sra. Paula mora ainda não tem em seu quadro fixo de funcionários profissionais de fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia, mas como identificou-se esta necessidade, a família e o gestor se organizaram para trazer estes profissionais na forma de consultas pontuais e acompanhamento para o caso. Foi solicitada também uma visita da UBS da equipe do NASF que neste caso existe no município para orientações gerais para equipe de cuidadores. O cuidado prestado na ILPI seguiu sendo feito pelo(s) cuidador(es) que sempre tiveram mais empatia com Sra. Paula.

É importante enfatizar a necessidade e importância da comunicação e troca de informação entre os membros da equipe interna e externa que estão diretamente ligados à Sra. Paula, com atualização por meio de relatórios ou anotações constantes em prontuário, tanto para a rotina como para as intercorrências. O plano de Cuidados Centrado na Pessoa elaborado neste momento da desospitalização deve ser reavaliado por toda equipe envolvida a cada 15 dias ou sempre que necessário, possibilitando alterações de acordo com o progresso e resposta aos atendimentos. Outra ação recomendada é reunir-se com a Sra. Paula e sua família para escuta ativa e acolhimento como parte constituinte do plano de cuidado.

Graças a todas estas medidas, atualmente, a Sra. Paula já retomou seu hábito de leitura, gosta de contar sua história e já é capaz de se locomover dentro da ILPI. Ela já foi vacinada contra a Covid-19 e como todos nós não vê a hora de que a pandemia chegue ao fim.

O caso da Sra. Paula nos ensinou muito sobre prevenção e risco de quedas, e também nos mostrou que é possível investir sempre na reabilitação dentro da própria ILPI.

Agradecemos a colaboração dos autores dos capítulos *Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI* e *Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica* na discussão deste caso.

Considerações Finais

Parte dos desafios em relação aos cuidados realizados nas ILPI concentra-se em manter a integralidade da assistência. A utilização do cuidado centrado na pessoa requer o foco nas capacidades, pontos fracos e fortalezas de cada residente; a promoção do compartilhamento de decisões com ele(a) e seus familiares; e a utilização de linguagem acessível a todos, tornando a comunicação mais clara e empática.

Isso significa ir além do objetivo de suprir as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (AVD e AIVD), ou seja, transcender os cuidados básicos de higiene, alimentação e cuidado pessoal, buscando despertar em cada residente e na equipe de trabalho o compromisso por um cuidado integrado, valoriza a satisfação e a qualidade de vida para todos os envolvidos no processo.

Se por um lado, as dificuldades desta prática em uma ILPI podem ser muitas, pois se trata também de uma mudança cultural; por outro os benefícios são múltiplos e incontestáveis. As repercussões são perceptíveis na saúde da pessoa idosa, na atuação e satisfação da equipe, no clima institucional, na relação entre os(as) residentes com os profissionais e dos profissionais com a família. Assim, romper com a série de rotinas que tornam os dias e as semanas iguais, seja dos profissionais ou dos residentes são fundamentais para que continuem sendo ativos no seu processo existencial, decidindo, escolhendo, vivendo, em última análise, a vida que desejam.

O nosso convite é para que você envolva toda a sua ILPI neste processo de crescimento e aprimoramento da qualidade dos cuidados. Estudem e discutam sobre os aspectos abordados aqui e comecem a construir as possibilidades. Com um passo de cada vez, caminhando sempre, é possível fazer diferente e toda a diferença é importante a favor do melhor cuidado às pessoas da sua ILPI.

Referências Bibliográficas

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Anxiety and Agitation**. Disponível em: <https://alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/anxiety-agitation>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BALLARD, C. et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. **PLoS medicine**, v. 15, n. 2, p. e1002500, fev. 2018.

CHENOWETH, L. et al. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. **PloS One**, v. 14, n. 2, p. e0212686, 2019.

COHEN-MANSFIELD, J. Non-pharmacological interventions for persons with dementia: what are they and how should they be studied? **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 3, p. 281–283, mar. 2018.

FERRINI, R.; FERRINI, A. **Health in the Later Years**. 5th edition ed. New York: McGraw-Hill Education, 2012.

GOZALO, P. et al. Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 5, p. 797–804, maio 2014.

KIM, S. K.; PARK, M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 381–397, 2017.

LI, J. et al. Person-Centered Dementia Care and Sleep in Assisted Living Residents With Dementia: A Pilot Study. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 15, n. 2, p. 97–113, abr. 2017.

NEJM CATALYST. What Is Patient-Centered Care? **NEJM Catalyst**, 1 jan. 2017.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. **A Terceira Idade**, v. 24, n. 57, p. 7–17, 2013.

SLOANE, P. D. et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 11, p. 1795–1804, nov. 2004.

RODRIGUEZ TM, DIAZ-VEIGA P, RODRIGUEZ RP, CASTIELLO, MS (2015). "Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos." Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple Simplificando o cuidado centrado na pessoa | Proqualis** Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, , 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/manual/simplificando-o-cuidado-centrado-na-pessoa>. Acesso em: 23 abr. 2021

3

Higiene Corporal e Conforto de Residentes nas ILPI

Helena Patáro

Marcella Assis

Miriam Ikeda

Natália Horta

Renata Seabra

Stella Vidal

Por que falar em Cuidados de Higiene e Conforto?

"Tomar banho não se resume somente a lavar o corpo…
Mas, lavar também a alma".
Érica Lima

Porque são necessidades humanas que nos acompanham ao longo de toda a vida, do nascer ao morrer, em todos os espaços de cuidado, inclusive em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI).

Quando falamos em conforto e bem estar, não conseguimos dissociá-los das palavras higiene, limpeza, saúde. Quando pensamos em higiene e limpeza, a primeira associação que nos vem à mente é a água. Quando pensamos em saúde, a água aparece como um nutriente vital.

Acredita-se que , desde tempos imemoriais, todos os povos tenham praticado alguma forma de higiene pessoal. Os primeiros registros do ato de se banhar individualmente pertencem ao antigo Egito, por volta de 3.000 a.C. Os egípcios realizavam rituais sagrados na água e tomavam ao menos três banhos por dia, dedicados a suas divindades. Mais do que limpar o corpo, eles achavam que a água purificava a alma. Essa crença valia para toda a sociedade, tanto para a realeza, que utilizava de óleos aromáticos e massagens aplicadas pelos escravos; quanto para as populações mais pobres, que buscavam profissionais de rua quando não conseguiam tratar da própria beleza. Esse apreço pela higiene teria sido o motivo da sobrevivência dos egípcios às pragas e doenças que assolaram a Antiguidade. (Ashcar e Faria, 2006)

Neste capítulo, vamos apresentar os cuidados de higiene e conforto no cotidiano das instituições: banho, hidratação, higiene corporal e aspectos relacionados à ambiência, à mobilização no leito, dentre outros, que impactam no conforto e no cotidiano da vida dos(as) residentes nas ILPI. Convidamos você a refletir conosco sobre estes aspectos em sua instituição.

Palavras-chave: Higiene; Conforto; Cuidado; Equipe; Cuidador.

Os benefícios da água para os cuidados de higiene e conforto

Para começo de conversa...

Banho é a imersão total ou parcial de um corpo num líquido, usualmente água ou uma solução aquosa. Geralmente, é praticado para higiene pessoal, mas, também serve como ritual de purificação religiosa, tratamento de saúde, convívio social ou celebração.

Hidratação essencialmente é a reposição de água no organismo, mantendo sua composição corporal. A água representa cerca de 60% do peso corporal de um adulto. Além da hidratação do organismo pela ingestão de líquidos, é importante lembrar da pele. Isso porque **a *pele* é o revestimento externo do corpo, integrante do sistema tegumentar (junto ao cabelo e pêlos, unhas, glândulas de suor ou sudoríparas e glândulas que produzem o sebo ou sebáceas).**

Nem todos sabem, mas a pele é o *maior* e o mais pesado *órgão de nosso corpo*, constituindo 15% do peso corporal. Ela tem várias funções: protege contra microrganismos e contra substâncias estranhas, ajuda na regulação da temperatura corporal, protege contra a desidratação; atua na reserva de nutrientes e, ainda, contém terminações nervosas sensitivas.

Porém, à medida que envelhecemos, a pele fica mais fina, menos elástica e mais ressecada. O banho é útil para aumentar a resistência da pele fazendo com que ela se recupere mais rápido em caso de lesões, por exemplo. Por isso, o primeiro objetivo ao cuidar da pele da pessoa idosa é mantê-la hidratada, o que explica a grande importância do banho para as pessoas idosas.

Atenção! No processo de envelhecimento, a pele se torna mais sensível e ressecada. São necessários cuidados especiais como: utilizar sabonete neutro e removê-lo completamente no enxágue; fazer movimentos suaves e secar todo o corpo, especialmente nas áreas com dobras, como a região das mamas, axilas e entre os dedos. Secar bem os cabelos, usando o secador quando necessário.

Para que serve e quais são os tipos de banho? Como saber qual o melhor tipo de banho para uma pessoa idosa?

O banho serve para promover a limpeza do corpo; proporcionar uma sensação refrescante e uma boa aparência; estimular as glândulas do suor (através da abertura dos poros); remover odores; eliminar microrganismos nocivos; bem como prevenir o aparecimento de lesões ou complicações de algumas doenças. (Ver Capítulo Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele)

E quando deve ser realizado?

Recomenda-se escolher os horários mais quentes do dia para o banho, respeitando a preferência da pessoa idosa e preparando o ambiente com segurança. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa) Pode-se tomar banho diariamente. A higiene íntima (ou parcial) e das mãos deve ser feita sempre que necessário, principalmente após as eliminações fisiológicas, após a troca de fraldas ou absorventes ou quando se notar alguma sujeira. É importante que esteja anotado no plano de cuidado de cada residente o tipo de banho, suas preferências de horário e os cuidados específicos, quando houver. E sempre que necessário atualizar o plano. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa) A posição, a frequência e o tipo do banho dependerão da condição física e cognitiva da pessoa idosa. Existem diferentes tipos de banho:

I- Banho de chuveiro: É o tipo mais comum na nossa cultura. Nele, a água, na temperatura adequada, cai sobre o corpo em abundância, causando uma sensação de relaxamento e bem estar. Desde que tomadas todas as medidas necessárias à segurança do(a) residente, o banho de chuveiro poderá ser realizado em pé ou sentado. A pessoa pode tomá-lo sozinha, ou ser supervisionada ou ajudada.

II- Banho de imersão: É o banho dado em banheira. Pode ser mais confortável para residentes com dificuldades para tomar banho de chuveiro. Existe tecnologia para acomodar uma pessoa idosa com segurança na banheira. Pode ser usado para relaxamento e bem estar (banho terapêutico).

III- Banho no leito: Quando a pessoa idosa, por algum motivo, não consegue se levantar, este é o tipo de banho a ser dado. Não é recomendado que seja utilizado como rotina diária. Este banho deve ser dado de forma eficiente e segura, com toda a privacidade, avaliando criteriosamente sua necessidade, pois além de não promover a sensação de conforto e bem-estar, o banho no leito pode ser muito constrangedor, pois aumenta o sentimento de dependência, diminui a autonomia e rompe com a privacidade do(a) residente. É fundamental que o cuidador mantenha um diálogo com o(a) residente durante o banho.

IV- Banho parcial: pode ser dado no leito ou no banheiro, de acordo com as condições do(a) residente. Neste caso, as áreas higienizadas são a face, as mãos, as axilas, o pescoço, as nádegas e a genitália, além, é claro, da higiene oral. A higiene íntima deve ser realizada sempre que houver troca de fraldas. (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas idosas em ILPI e Cuidados com o Uso de Fraldas)

E no dia a dia, como implementar os cuidados especiais referentes à higiene e à hidratação da pele?

Com as unhas: Com o envelhecimento, as unhas das mãos e dos pés tornam-se endurecidas, espessas e quebradiças.

1. Após o banho, deixar as unhas de molho em água com sabão para amolecê-las e facilitar o corte, que deve ser feito em linha reta, não muito rente, evitando o aparecimento de unhas encravadas e feridas que possam causar inflamação e infecção.

2. Após o corte em linha reta, lixar as unhas; enxaguar e secar entre os dedos.

3. Evitar tirar cutículas, pois um simples ferimento pode ocasionar infecções graves.

Com os pés: Os pés são fundamentais para a independência da pessoa idosa e merecem atenção especial quanto a: temperatura, estado da pele, sensibilidade, circulação, presença de joanetes, calos, micoses ("frieiras"), inchaços, lesões etc.

1. Evitar esfregar.

2. Não cortar nem puxar calos ou calosidades, evitando infecções, que podem ser graves.

3. Após o banho, secar cuidadosamente os pés, especialmente entre os dedos para evitar infecções e favorecer odores.

Na hora do banho: Durante o banho, o cuidador deverá observar a pele do(a) residente, a fim de verificar a ocorrência de lesões, rachaduras, descamação, mudanças na cor (descorada, avermelhada, azulada), presença de regiões quentes ao toque, inchaços (edemas), hematomas e/ou tumorações.

Hidratação extra da pele: Finalizado o banho, é hora de fazer a hidratação da pele idosa. A aplicação de cremes, emolientes e loções ajuda a reter a água na pele, o que, por sua vez, aumenta a umidade da camada mais superficial da pele e, consequentemente, a sua proteção.

Como garantir a implementação, avaliar e monitorar estas propostas relacionadas à higiene corporal dos(as) residentes?

A avaliação cuidadosa da pele dos(as) residentes da ILPI é muito importante porque o próprio envelhecimento modifica a pele, deixando-a mais seca e espessa, mais pálida e com uma temperatura menor. Cuidar da pele significa limpar locais com odor, como rosto, orelhas, pescoço, axilas, períneo e região anal e os pés. Para isso, utilize preferencialmente de sabonetes que não alteram o pH da pele.

Algumas dicas para os cuidados diários com a pele e unhas dos(as) residentes:

- Sempre cuidar da higiene e conforto do(a) residente como você gostaria de ser cuidado. Isso inclui atenção especial à escolha do horário do banho, à temperatura da água, ao tempo de duração, dentre outros. Esses cuidados fazem toda a diferença; (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)
- Inspecionar regularmente a pele do(a) residente no momento do banho e durante a hidratação, pois, quanto mais cedo alguma lesão for notada, mais rápida a intervenção e menores os prejuízos.;
- Evitar os sabonetes em barra que têm maior potencial para desidratar a pele e podem acumular microorganismos. Preferir sabonete líquido e sem perfume. Não utilizar bucha/escova na pele de pessoas idosas, sempre mais delicada e frágil;
- Secar cuidadosamente a pele, com toalha de algodão e macia, especialmente entre os dedos e nas dobras cutâneas, verificando a existência de lesões, micoses, bolhas, etc.;
- Identificar precocemente os(as) residentes mais vulneráveis a desenvolverem lesão por pressão e utilizar a Escala de Braden, (Ver Capítulo Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele), para minimizar os fatores de risco;
- Evitar posicionar o(a) residente com risco para lesão por pressão sobre áreas da pele que estejam vermelhas e realizar a mudança de posição frequente;
- Diariamente, garantir a exposição à luz solar e natural por cerca de 20 minutos, antes das 10 horas ou entre 16 e 17 horas, para promover a síntese de vitamina D, melhorar o humor e proporcionar prazer e bem-estar;
- Fazer o registro de todos os cuidados prestados quotidianamente a(o) residente.

Como estimular a autonomia e independência no banho?

Um importante indicador da condição de saúde da pessoa idosa é a sua *funcionalidade*, ou seja, a capacidade de realizar as atividades do dia a dia com independência e autonomia (Ver Capítulo Funcionalidade). Assim, uma regra de ouro no processo do cuidado é sempre se perguntar: *Esta atividade eu preciso fazer* ***com*** *o(a) residente? Ele(a) necessita de* ***qual nível*** *de assistência?* ***Qual etapa*** *da atividade preciso fazer* ***pelo(a)*** *residente?*

A assistência inclui a preparação de materiais e do ambiente, a supervisão e o monitoramento, a orientação verbal e não verbal e o encorajamento. (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Estrutura Física) Avalie a necessidade de assistência e estimule a pessoa idosa, sempre que possível, a realizar de modo independente as diferentes etapas da atividade de banho. Solicite a colaboração do(a) residente, por menor que seja, e utilize palavras de estímulo e incentivo.

Como motivar a pessoa idosa para as atividades de higiene e banho?

Os profissionais devem considerar os hábitos e a rotina anteriores à institucionalização da pessoa idosa em relação à atividade de higiene e banho. É fundamental respeitar a história da pessoa e incentivá-la a manter sua independência (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

Manter a pessoa idosa motivada é imprescindível para conseguir seu engajamento nas atividades diárias. Como? Durante a atividade do banho, pergunte sobre suas percepções e pensamentos. Isso pode resgatar memórias remotas e/ou expectativas da pessoa em relação ao banho, além de conhecer seus medos e inseguranças. Valorize o que ela diz e estabeleça uma comunicação clara:

- verbal: aquilo que você diz com as palavras para passar informações claras e objetivas.e

- não verbal: aquilo que você diz com a expressão do rosto, o olhar, o corpo, o tom de voz e a delicadeza nos gestos, por exemplo. Pessoas com demência avançada compreendem muito mais essa forma de comunicação do que aquilo que é falado. Por isso é Importante manter o contato visual e utilizar gestos para reforçar o que foi dito, tais como concordar com a cabeça, indicar o que fazer com o dedo.

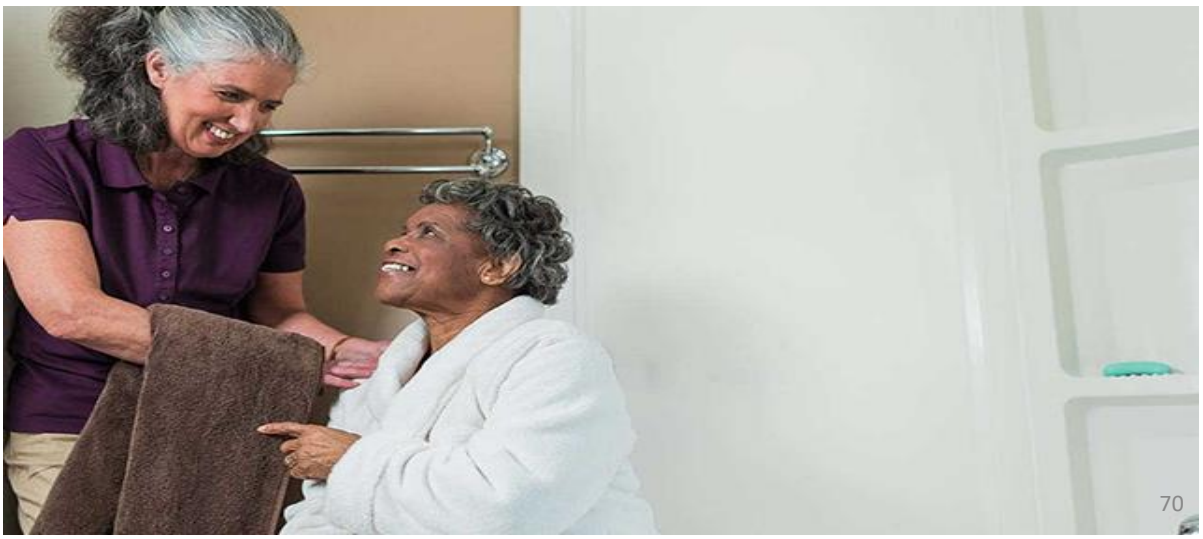
Como organizar o ambiente para o banho visando a segurança e o prazer da pessoa idosa?

O banho nosso de cada dia é feito, por vezes, no piloto automático. Mas se formos analisar com atenção, essa atividade tem muitas etapas diferentes. É preciso:

- Separar os itens necessários (sabonete, toalha, xampu, creme…);
- Retirar a roupa que a pessoa está vestindo;
- Entrar no box ou banheira;
- Abrir a torneira;
- Verificar a temperatura da água;
- Ensaboar o corpo;
- Lavar os cabelos;
- Enxaguar o corpo e os cabelos;
- Fechar a torneira
- Pegar a toalha;
- Secar-se;
- Vestir-se.

Portanto, diferentes habilidades motoras, emocionais, cognitivas e sensoriais são requeridas para o banho. (Ver Capítulo Exercício Físico e Lazer) O profissional deve organizar o ambiente do banho para promover um momento de prazer, conforto e segurança. Lembre-se: **os objetos de uso pessoal não podem ser compartilhados:** toalha, sabonetes, bucha, chinelo, escova dental. Mantenha-os separados e identificados. Algumas orientações facilitam muito a tarefa do cuidador, promovem maior segurança para o(a) residente, auxiliam na sua organização interna e ainda favorecem um melhor desempenho e engajamento na tarefa (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Estrutura Física/Sistema 5S). São elas:

- Conheça a história de vida do(a) residente, suas preferências, costumes, hábitos;
- Combine com cada residente as rotinas do banho, horário, tempo, forma, etc,
- Possibilite a(o) residente escolher o cheiro do sabonete: lavanda, alfazema, etc;
- Estimule a pessoa idosa a escolher as roupas que irá vestir;
- Respeite o ritmo de cada pessoa;
- Promova, sempre que possível, o banho no chuveiro, resguardando a segurança;
- Comunique, previamente, cada passo do banho, mesmo para uma pessoa acamada ou com dificuldade de se expressar. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)
- Separe previamente todos os utensílios/objetos de autocuidado (sabonete, toalha, escova de dente, bucha, hidratante, entre outros);
- Verifique as janelas e portas para evitar a corrente de vento.



Como organizar o ambiente para o banho visando a segurança e o prazer da pessoa idosa?

- Expressar-se de forma pausada e tranquila, e, preferencialmente, falar de frente para a pessoa idosa;
- Concentrar-se no que está fazendo no momento e procurar fazer apenas uma tarefa de cada vez. Saia do piloto automático!;
- Ter paciência e atenção dirigida à pessoa idosa durante todas as etapas da atividade;
- Estabelecer rotinas e combiná-las com uma pessoa com alterações de comportamento pode ajudá-la a tolerar melhor a tarefa do banho;
- Estimular o(a) residente a participar ativamente das etapas do banho, de acordo com sua condição funcional;
- Estimular a capacidade do(a) residente para pentear os cabelos, fazer a barba, e cortar as unhas.

Em caso de recusa do banho:

- Não entrar em confronto com o(a) residente. Tentar explicar que será um banho rápido e que ele(a) logo voltará a fazer o que estava fazendo. Caso mantenha a recusa, dê um tempo e após 30 minutos ofereça novamente o banho.
- Tente associar o banho a algo importante como uma caminhada na Instituição, um lanche, uma visita ou alguma atividade prazerosa;
- O banho de chuveiro para uma pessoa com demência pode ser um momento de muita tensão. O uso de duchas, chuveirinhos, pequenos baldes onde a própria pessoa idosa possa manusear, lhe dará maior segurança e conforto. Embora nem todas as pessoas com demência tenham dificuldade, para algumas a água caindo de cima vinda do chuveiro pode ser algo assustador. A pessoa pode não ser capaz de reconhecer o chuveiro, ficar com medo e isso disparar agitação.

Em caso de agitação psicomotora:

- Evitar confrontar com o(a) residente;
- Utilizar objetos ou situações para distrair a pessoa idosa (cantar, contar histórias), e se precisar peça ajuda;
- Muito cuidado com agitação dentro do box, pois há risco elevado de quedas;
- Reconhecer nossos limites é parte de um cuidado seguro: se não for seguro dar o banho sozinha(o), peça auxílio, não tenha vergonha. Se não conseguir ajuda, suspenda a tarefa. (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI)

É possível assegurar a privacidade da pessoa idosa na sua ILPI?

O banho é um momento íntimo e privativo de cuidado com o próprio corpo. Reconhecer essa dimensão da intimidade no banho é ofertar uma atenção singularizada e respeitosa. Porém, as ILPI são residências coletivas. Manter a privacidade e a individualidade são desafios a serem enfrentados cotidianamente.

Como preservar a privacidade do(a) residente na hora do banho?

Algumas sugestões para preservar a privacidade da pessoa idosa:

- Definir locais menos expostos para a pessoa idosa se despir, caso não seja possível dentro do próprio banheiro;
- Evitar comentários sobre o corpo, odores, etc;
- Observar se o(a) residente se sente confortável com a supervisão ou assistência daquele ou daquela cuidadora;
- Evitar transitar com o(a) residente despido(a) pelos corredores da instituição até o banheiro, no caso de pessoa com mobilidade reduzida ou com imobilidade e que tomará banho na cadeira de banho.

Quanto à **higiene oral** é importante manter o respeito à intimidade do(a) residente, pois alguns sentem vergonha em dizer que usam próteses ou que sejam desdentados. As próteses devem sempre ficar acondicionadas dentro de caixinhas com água para proteger a resina e estes recipientes devem ter seus nomes anotados (Ver Capítulo Cuidados com a Saúde Bucal de Residentes em ILPI).

Quais adaptações do ambiente devem ser implementadas para melhorar a funcionalidade da pessoa idosa no banho?

O ambiente tem um papel fundamental para favorecer ou limitar a independência da pessoa idosa nas tarefas cotidianas. As adequações do ambiente não necessariamente precisam envolver grandes mudanças ou alto investimento financeiro, (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Espaço Físico) mas garantir todo cuidado em relação à segurança do local e ao risco de quedas. Lembre-se: a prevenção é nossa maior aliada. Por isso, recomenda-se:

- Utilizar piso e proteção anti-derrapante e sem desnível na área do banho;
- Barras de apoio com altura de 0,92 a 1,00 m e 0,30 m de comprimento;
- Evitar tapetes no banheiro, mas se for utilizar, escolha um de borracha com ventosas. É preferível que o(a) residente tome banho de chinelos emborrachados a ter tapetes na área do chuveiro;
- Quando necessário, a pessoa idosa poderá tomar banho sentada em cadeiras firmes de material lavável ou bancos de banho;
- Tenha cuidado com a força do jato e verifique sempre a temperatura da água;
- Não deixe sabonetes e vidros de xampu no chão do box para evitar que o piso se torne ainda mais escorregadio;
- Use porta-sabonete para o sabonete líquido. É mais higiênico e pode ser usado por um número maior de pessoas;
- Use escovas de banho (de uso individual) com cabo alongado permitindo que as pessoas idosas sejam independentes ao se banharem, podendo o cuidador auxiliá-lo a completar a tarefa;
- Deixe uma cadeira para que a pessoa idosa possa se enxugar sentada;
- A largura das portas deve favorecer a entrada do(a) residente que utiliza cadeiras de rodas e o formato da maçaneta em alavanca;

Atenção! Evitar outros riscos dentro dos banheiros: aquecedores a gás, prateleiras de vidro, superfícies cortantes, piso molhado, piso ou revestimento soltando, ralos sem tampa protetora, ausência de barras de apoio. Não utilizar chave na porta do banheiro, pois em caso de acidente ou necessidade, a facilidade de acesso é fundamental para o pronto atendimento do(a) residente.

Considerações Finais

"O senhor não daria banho a um leproso nem por um milhão de dólares?
Eu também não. Só por amor se pode dar banho a um leproso".
Madre Teresa de Calcutá

Como romper com o trabalho fragmentado e mecânico na higiene e conforto de residentes em ILPI? Como realizar a higiene e transformar o banho, no melhor banho, independente de qual tipo seja possível tomar ou dar, na realidade das instituições? E a garantia do conforto, o que podemos promover em nossa ILPI?

Todas estas perguntas são respondidas por meio da empatia, da busca pelo melhor cuidado e do cuidado centrado na pessoa idosa. Tentamos mostrar neste capítulo a importância do banho na promoção da higiene e bem-estar, e todos os cuidados requeridos para que o pessoa idosa tenha um momento único, não só de lavar o corpo, mas que possa sentir o prazer da água, na temperatura adequada, massageando sua pele e confortando sua alma. Garantindo que seus hábitos serão respeitados e sua privacidade não será invadida. E também como é fundamental saber qual o melhor banho (tipo) a ser dado, promovendo o ambiente adequado e seguro.

O corpo cansado de muitos anos vividos merece esse cuidado. Sabemos quão desafiador é atender às demandas de cada pessoa idosa institucionalizada, com suas angústias, medos, vergonhas e limitações (cognitiva e motora). E os cuidados necessários para um banho seguro.

É preciso estar atento às necessidades de cada residente de forma a oferecer o melhor cuidado, lembrando que ele poderá ser modificado toda vez que ocorrer alguma mudança ou alteração em seu padrão de normalidade. Será sempre a pessoa idosa quem nos guiará. O conhecimento estará ao seu serviço.

Dessa forma, a troca de informações na área gerontológica entre os diversos profissionais que atuam dentro das ILPI gera atitudes que beneficiam a todos: a pessoa idosa, a família, os cuidadores e os próprios profissionais. Temos certeza de que com empatia, suporte técnico e muito amor, o melhor cuidado será oferecido.

Referências Bibliográficas

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Anxiety and Agitation**. Disponível em: <https://alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/anxiety-agitation>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BALLARD, C. et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. **PLoS medicine**, v. 15, n. 2, p. e1002500, fev. 2018.

CHENOWETH, L. et al. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. **PloS One**, v. 14, n. 2, p. e0212686, 2019.

COHEN-MANSFIELD, J. Non-pharmacological interventions for persons with dementia: what are they and how should they be studied? **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 3, p. 281–283, mar. 2018.

FERRINI, R.; FERRINI, A. **Health in the Later Years**. 5th edition ed. New York: McGraw-Hill Education, 2012.

GOZALO, P. et al. Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 5, p. 797–804, maio 2014.

KIM, S. K.; PARK, M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Interventions in Aging**, v. 12, p. 381–397, 2017.

LI, J. et al. Person-Centered Dementia Care and Sleep in Assisted Living Residents With Dementia: A Pilot Study. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 15, n. 2, p. 97–113, abr. 2017.

NEJM CATALYST. What Is Patient-Centered Care? **NEJM Catalyst**, 1 jan. 2017.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. **A Terceira Idade**, v. 24, n. 57, p. 7–17, 2013.

SLOANE, P. D. et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 11, p. 1795–1804, nov. 2004.

RODRIGUEZ TM, DIAZ-VEIGA P, RODRIGUEZ RP, CASTIELLO, MS (2015). "Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos." Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple Simplificando o cuidado centrado na pessoa | Proqualis** Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, , 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/manual/simplificando-o-cuidado-centrado-na-pessoa>. Acesso em: 23 abr. 2021

http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/uploads/1596842151Emenda_1_ABNT_NBR_9050_em_03_de_agosto_de_2020.pdf

Fonte: Cartilha Idosos em Domicílios, Pandemia e Procedimentos Pós-Abertura . Coordenação de Projetos de Extensão da UnATI.Uerj.Novembro.2020 (2)

https://redelongevidade.org.br/evi/
https://redelongevidade.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RLV_Publicacoes_Jornada60-F-web-1-3.pdf

GARBACCIO, Juliana Ladeira; FERREIRA, Amanda Domingos; PEREIRA, Amanda Laís Gonçalves Gama. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 45-56, Feb. 2016 .

TORRES, S.V.S. Saúde bucal: alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M.. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. v.100. p. -.

4

Cuidados com a Saúde Bucal de Residentes em ILPI

Stella Vidal

Lorrany Rodrigues

Carolina Buarque

Raquel Ferreira

Tânia Menezes

Por que falar em em cuidados com a Saúde Bucal de Residentes da ILPI?

A saúde começa pela boca e o sorriso é nosso cartão de visitas!! Frases como essas são utilizadas com intuito de demonstrar a importância da saúde bucal para nossa saúde física, emocional e social. É por meio da boca que executamos funções importantes como: mastigar, falar, comunicar, sentir o gosto dos alimentos, engolir e até respirar. Por outro lado, a estética e o bem-estar também repercutem nas relações interpessoais e ter a sensação de que a boca está saudável favorece a participação das pessoas nas atividades sociais e familiares.

Em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), é preciso lembrar que há residentes em variados graus de dependência e com diferentes demandas em termos de saúde bucal. Uma boa prática de cuidado à pessoa idosa que mora na ILPI deve buscar a(o):

- Prevenção de doenças bucais e sistêmicas;
- Alívio e reparo de danos e lesões orais;
- Conforto e segurança para mastigação;
- Melhoria de fala e paladar;
- Melhoria da aparência e auto estima;
- Treinamento e capacitação de cuidadores para saúde bucal.

Figura 1. Objetos de higiene pessoal

Importante lembrar que os cuidados com a saúde bucal devem ser diários e realizados tanto para quem possui dentes ou não!!

Palavras-chave: Higiene bucal; Conforto; Cuidado; Equipe; Cuidador; Saúde bucal

Qual a Importância da Higienização da Boca e das Próteses Dentárias?

A higiene bucal e das próteses dentárias são muito importantes para:

- evitar infecções e inflamações causadas tanto por doenças da boca como por comprometimento de outros órgãos do corpo, que podem gerar dor e sofrimento para a pessoa idosa;
- promover conforto e bem-estar à toda pessoa idosa.

Figura 2. Objetos de higiene oral.

Quando ela deve ser realizada?

Diariamente, sempre após as refeições e antes de dormir, mesmo para quem perdeu todos os dentes!

Como?

Preferir escovas de cerdas macias e cabeça reduzida para escovar dentes, gengivas, bochechas, língua e palato (céu da boca). Utilizar creme e fio dental. (Figura 2).

ATENÇÃO! A higiene bucal diária deve contemplar a limpeza de dentes e próteses, mucosas bucais e hidratação oral e labial como parte do rol de procedimentos que serão prescritos, **individualmente**, de acordo com as características e necessidades dos residentes. O **cirurgião-dentista** é o profissional mais indicado para propor uma rotina diária de higiene bucal mais adequada para cada residente, com a melhor técnica de escovação, tipo de escova, uso de fio dental, prescrição de soluções antissépticas e de fármacos para cada caso específico.

LEMBRETE: As escovas devem ser trocadas quando as cerdas estiverem sem forma ou em 3 meses, ou o que ocorrer primeiro. Nos casos de **COVID-19**, as escovas devem ser descartadas junto ao lixo infectante, independente do tempo de uso, pois contêm em sua superfície o vírus SARS-CoV-2.

Fonte: www.pikist.com

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

I- O material necessário para uma boa higiene bucal.

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 3. Utensílios para higiene bucal

Objetos como: enxaguante bucal, gazes, luva, um limpador de língua, fio dental, escova e creme dental, abridor de boca, são úteis para realizar a higiene bucal (Figura 3).

A - Cuidado com os dentes naturais

O envelhecimento traz mudanças que impactam tanto na aparência como na estrutura dos dentes (Figura 4). As alterações da coloração são frequentes e os dentes podem apresentar tons amarelados, acinzentados e acastanhados.

Entretanto, lesões de cárie dentária e doenças periodontais podem passar despercebidas, caso os cuidadores não sejam orientados sobre essas condições.

Figura 4. Dentes naturais.

B- O uso do fio dental

Pode ser utilizado o fio dental tradicional (Figura 5) ou, um tipo de fio dental que vem com cabo (uma haste) para apoio (Figura 6), que facilita o uso, tanto para pessoa idosa ativa e autônoma quanto acamadas, com ajuda de cuidadores, evitando acidentes por mordidas. Elas devem ser descartadas após o uso diário.

Figura 5. Fio dental tradicional

Figura 6. Fio dental com cabo haste

Como usar o fio dental?

O fio dental tradicional deve ser cortado numa medida de cerca de 40cm e enrolado nos dedos médios das duas mãos. Segure entre o polegar e o indicador e passe o fio em movimentos de vai-e-vem em todos os espaços, entre cada dente. Para cada espaço entre os dentes, deve ser desenrolado um pedaço do fio, assim, sempre será utilizado fio limpo em toda boca (Figura 7).

Fonte:https://www.ecycle.com.br/component/content/article/6-atitude/2002-voce-tem-costume-de-usar-fio-dental-veja-5-bons-motivos-para-usar.html

Figura 7. Uso correto do fio dental.

C - Higienização das próteses

Muitos idosos não tiveram acesso a bons cuidados com saúde da boca e dos dentes, e por isso, podem precisar usar uma prótese (Figura 8). Elas sempre devem ser higienizadas, após cada refeição (figura 9). Recomenda-se:

Figura 8. Prótese total superior

- Utilizar escova específica para prótese, escovando por cima e por baixo.
- **SEMPRE** realizar limpeza com a prótese fora da boca! Uma dica é usar uma bacia ou uma toalha dentro da pia, para amortecer a queda, caso caia da mão. Assim ela não quebra!
- Sabão de coco, hipoclorito de sódio, clorexidina ou algum detergente neutro também podem ser usados para higienizar as próteses, mas enxágue bem!

As próteses removíveis como dentaduras e próteses parciais removíveis, devem ser higienizadas com água e sabão, ou creme dental não abrasivo, utilizando uma escova apropriada,

Fonte:http://www.crosp.org.br/profissionais/servicos/publicacoes/folders/protese_dentaria.pdf

Figura 9. Higienização de prótese.

A limpeza química consiste em imersão de próteses que não contenham metais, pois isso pode ocasionar corrosão, enfraquecendo a liga metálica.

Na hora de dormir, o(a) residente deve retirar a(s) prótese(s) dentária(s) e colocá-la(s) em um recipiente identificado com o seu nome, contendo apenas água. Caso ele não consiga, cabe ao cuidador retirar com cuidado e colocar a prótese de molho.

Próteses bem cuidadas duram mais tempo!

D - Higiene da língua

Pode-se utilizar a escova de dentes ou limpadores (raspadores) de língua (Figura 10), ou até mesmo uma colher pequena.

A higiene da língua não deve ser negligenciada, pois nela, além de resíduos alimentares e células mortas, existe uma grande quantidade de microorganismos capazes de causar mau hálito, doenças bucais e sistêmicas.

https://www.dentalgrupo.com.br/wp-content/uploads/2018/05/lingua.jpeg

Figura 10. Limpador/raspador de língua

Fonte: stock.adobe.com

Figura 11. Língua saburróide.

Este material saburróide (Figura 11) confere ao dorso da língua uma cor esbranquiçada conhecida como língua saburrosa. Iniciar a limpeza sempre com cuidado, pela parte mais posterior da língua, arrastando suavemente até a ponta da língua. Se houver desconforto com uso da escova, usar gaze umedecida em toda cavidade bucal.

Usar enxaguatório bucal somente com recomendação profissional específica para cada caso e como uma medida auxiliar.

E- Cuidados com as gengivas e tecidos moles

A presença de sangue durante a higienização da boca e a escovação dos dentes requer atenção quanto à presença de inflamação ou traumas.(Ver Capítulo Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI)

ATENÇÃO: feridas em lábios, gengivas e tecidos moles e que não se cicatrizam após 21 dias, devem ser avaliadas por um Cirurgião-Dentista.

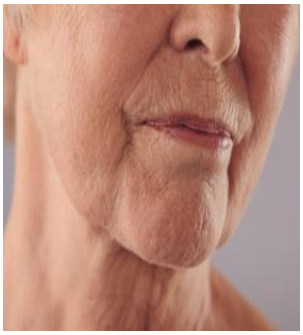


Figura 12. Lábios bem hidratados

F- Cuidado com os lábios

Os lábios são sensíveis às mudanças de temperatura e umidade (Figura 12). Assim, eles devem ser sempre hidratados com hidratantes labiais em forma de óleos, bálsamos ou cremes. Evitar o uso de manteiga de cacau, pois depois de um tempo ela resseca e se adere aos lábios, podendo causar fissuras ou feridas no local.

G- Saliva

Prestar atenção à saliva faz parte do cuidado com a saúde bucal! A saliva desempenha um importante papel na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos bucais. Ela mantém a umidade da cavidade bucal e facilita a mastigação, a fala e a deglutição, além de auxiliar nos mecanismos de defesa. A saliva protege contra o desenvolvimento de lesões de cárie, oferecendo suplementos minerais que auxiliam no processo de desmineralização e remineralização dos dentes. Medicamentos podem interferir no fluxo salivar (Ver Capítulo Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica), sendo importante manter a cavidade bucal hidratada por meio de ingestão de água e um número maior de escovações naqueles(as) residentes que se mostram com pouca saliva.

H- Presença de dor

- Entre os(as) residentes que apresentam demências (Ver CapítuloCuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento) ou que apresentam outras doenças neurológicas, ou sofrimento mental que dificultam a comunicação (Ver Capítulo Funcionalidade), deve-se atentar às expressões faciais e gestos no momento da higiene bucal.
- Quando o(a) residente manifesta relutância em aceitar a higiene bucal ou em se movimentar, irritabilidade, inquietação, agressividade, raiva, movimentos limitados ou lentos de abertura e fechamento de boca, dificuldade para dormir, todos esses gestos e sinais podem indicar dor ou desconforto, demonstram sofrimento e têm reflexos no sono, no apetite, na qualidade de vida da pessoa idosa (Ver Capítulos Higiene Corporal e Conforto de Residentes nas ILPI, Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI e Finitude,Terminalidade e Luto em ILPI). Isso deve ser notado, registrado e informado à equipe de cuidados.

O que acontece quando não fazemos uma higiene bucal adequada?

A falta de higiene bucal diária faz com que o biofilme dental (placa bacteriana) e o tártaro se acumulem entre o dente e a gengiva, causando inflamação. Num primeiro estágio ocorre a **gengivite,** com o sangramento das gengivas ao escovar ou ao passar o fio dental. Se nada for feito, esta inflamação se torna mais grave com a presença de pus, ou seja, aparece a doença periodontal (DP) que poderá causar a perda do dente. Essa inflamação causa perda óssea e perda de estrutura de inserção periodontal, pois a gengiva se torna mais flácida expondo a superfície da raiz do dente, aumentando o risco de desenvolvimento de **cárie de raiz**. Com o avanço da doença, a inflamação causa perda do tecido ósseo e da estrutura de sustentação do dente e, se nada for feito, o dente não terá como se fixar e se soltará (Figura 13).

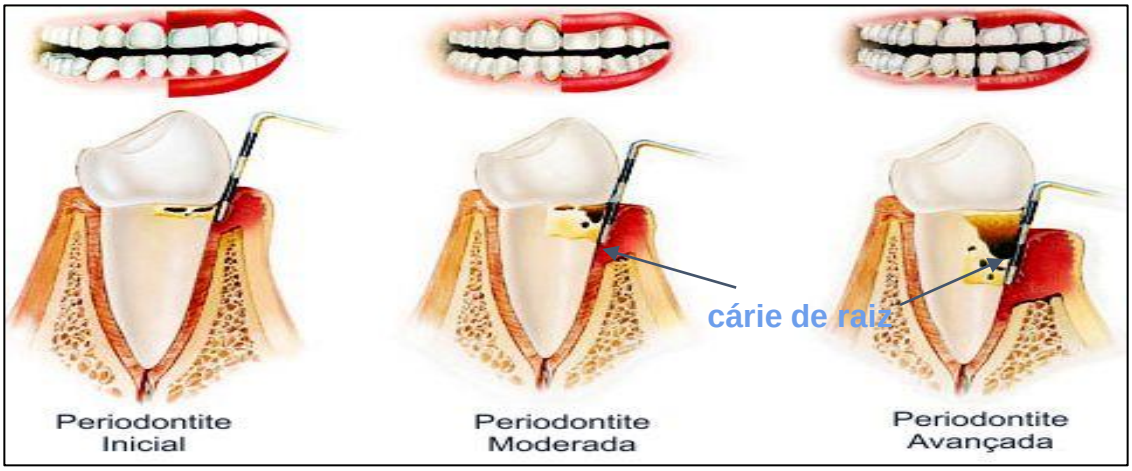


Figura 13. Estágios de evolução de doença periodontal e a presença da cárie de raiz.

Outro aspecto importante é a dor dos dentes ocasionada por traumas às estruturas dentárias. Um trauma agudo é proveniente de uma fratura dentária, enquanto um trauma crônico, ao bruxismo (ranger ou apertar os dentes), muito frequente entre pessoas em fase avançada das demências. Ambos ocasionam dor e desconforto. Além de cárie e periodontites é comum encontrar edentulismo (falta de dentes), boca seca, próteses totais ou parciais desajustadas. Em todos estes casos, é fundamental um dentista avaliar e iniciar o tratamento para melhorar a capacidade funcional mastigatória.

Mas também é importante se capaz de identificar as lesões na boca, registrá-las, informar à equipe e solicitar a avaliação por um cirurgião-dentista.

Como identificar uma lesão oral?

Cuidado especial devem ser dirigido à higiene bucal de residentes dependentes, com demência e acamados.

Os cuidadores devem sempre ficar atentos para a presença de sangramento durante a higienização, no travesseiro ou na roupa de cama, queixa de dor ou mesmo resistência para a limpeza bucal.

As lesões podem surgir, principalmente, pela precária higienização bucal, pelo uso de próteses mal adaptadas que machucam a mucosa, pelas condições de saúde geral da pessoa idosa e por traumas (mordidas constantes) (Figura 14) ou ainda pelo uso prolongado de máscara auxiliar para respiração.

Fonte: Arquivo pessoal

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 14. Exemplos de lesões de boca.

E no dia a dia, como fazer?

Importante de tempos em tempos verificar com mais calma a boca dos residentes. Sempre com a ajuda de uma fonte de luz, que pode ser de uma pequena lanterna ou em uma área da ILPI que seja bem iluminada. Nas figuras 15 e 16 apresentamos algumas orientações importantes.

Como verificar a presença de lesões na boca	1.Observar os lábios por dentro e por fora
	2. Observar todo o céu da boca
	3. Com a língua pra fora, verifique toda a parte de cima
	4. Com a ponta da língua levantada, observá-la por baixo
	5. Puxe a língua pra fora com a ajuda de uma gaze e verificar as laterais dos dois lados
	6. Verificar as bochechas internamente dos dois lados
	7. Usar as pontas dos dedos para apalpar toda a face e o pescoço

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Figura 15. - Orientações para verificar a presença de lesões na boca.

Fonte:https://jeonline.com.br/noticia/11593/

Figura 16. Passo a passo para examinar a boca.

A - Como fazer a higiene bucal de residentes dependentes

- Separar todos materiais que serão utilizados, já descritos anteriormente
- Usar os equipamentos de proteção individual (Ver Manual de Boas Práticas)
- O(a) residente deve estar sentado(a) (figura 17), ou com cabeceira da cama elevada.
- Evitar fazê-lo com a pessoa idosa em pé, na pia do banheiro, para prevenção de quedas.
- A limpeza da gengiva e da língua deve ser feita com gaze umedecida em água filtrada e/ou solução antisséptica (recomendada pelo dentista). Também pode ser feita com a gaze envolvida em uma espátula (Figura 18).
- Ao terminar a higiene bucal, aplicar hidratante labial nos lábios.
- Uma pessoa idosa com demência (Ver Capítulo sobre Demências) ou com perda de peso acentuada (Ver Capítulo sobre Nutrição) deve ter sua prótese reavaliada periodicamente, pois a adaptação inadequada pode comprometer a alimentação e a segurança, além de provocar lesões por trauma.
- A prótese, quando não estiver em uso, deve ser guardada em recipiente identificado e fechado com tampa.

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 17. Higiene bucal em residente dependente.

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 18. Higiene bucal em residente utilizando sonda de alimentação.

B - Como fazer a higiene bucal de residentes acamados

- Separar todos materiais que serão utilizados, já descritos anteriormente
- Usar os equipamentos de proteção individual (Ver Manual de Boas Práticas)
- O cuidador deve elevar a cabeceira do leito e realizar a higiene bucal após cada refeição (Figura 19).
- A limpeza da gengiva e da língua deve ser feita com gaze umedecida em água filtrada e/ou solução antisséptica (recomendada pelo dentista). Também pode ser feita envolvida em uma espátula.
- Observar se há sangramento, mau hálito e outras alterações.
- Evitar utilizar água para enxaguar a boca ao final da higienização. Preferir remover o excesso com gaze seca, passando pelos dentes e gengiva.
- Ao terminar a higiene bucal, aplicar hidratante labial nos lábios.

Fonte: Arquivo pessoal

Figura 19. Cuidados com a higiene bucal em um residente acamado

C- Como realizar o autoexame bucal

Outra maneira de cuidado é o auto exame (Figura 20), que pode ser realizado pelo residente independente, ou com algum grau de dependência, mas que seja capaz de fazê-lo ou de seguir a orientação do cuidador.

ATENÇÃO: É muito importante que a equipe de cuidados também se lembre de realizar o autoexame, afinal, para cuidar bem do outro é fundamental cuidar de si.

Você conhece o Auto exame bucal?

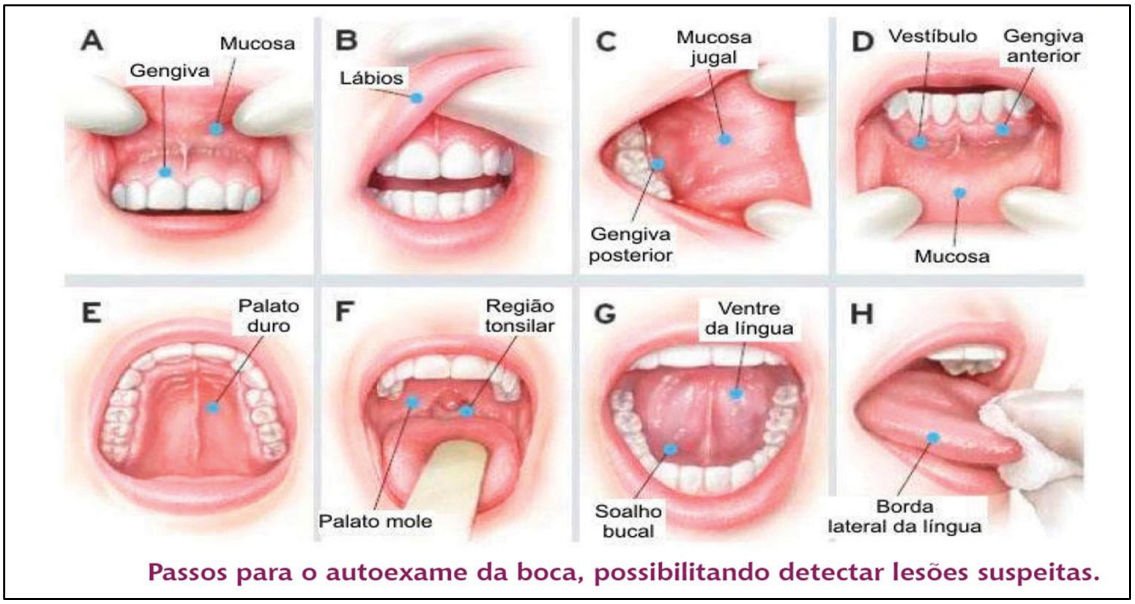


Figura 20. Autoexame de boca.

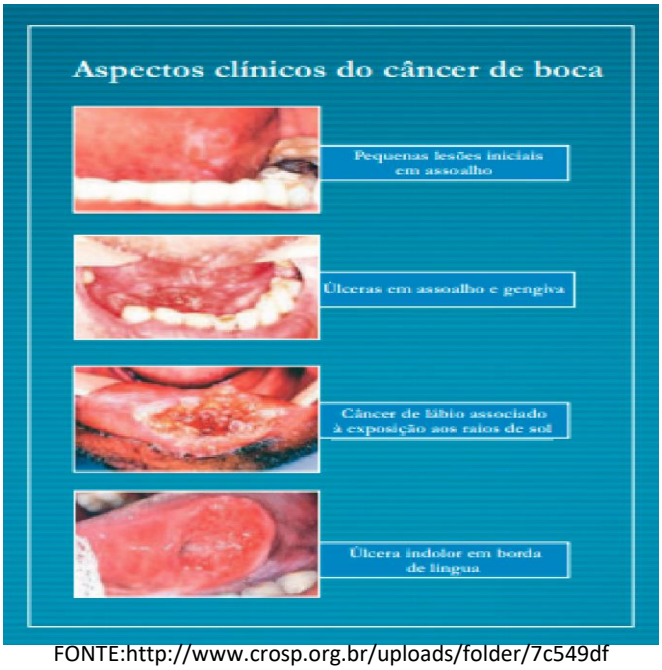
O autoexame nos auxilia a observar os tecidos bucais e devemos buscar por:

- aumentos no tecido mucoso
- presença de caroços
- úlceras ou manchas brancas,
- vermelhas ou escuras
- sangramento

IMPORTANTE:

- utilizar chapéu, filtro solar e protetor labial quando for expor o idoso ao sol;
- observar se há dentes com cárie, quebrados ou próteses mal adaptadas;
- evitar a má higiene bucal;
- Cuidado com bebidas muito quentes (chimarrão);
- ter atenção especial à alimentação, que seja nutritiva e rica em vitaminas.

Lembre-se: A desnutrição pode afetar a saúde bucal, e a má saúde bucal, por sua vez, pode resultar em desnutrição



FONTE:http://www.crosp.org.br/uploads/folder/7c549df48bf0210be79d2628c9c16a80.pdf

D- Como reconhecer a presença de implantes?

Como forma de reabilitação oral para a falta de dentes, seja ela parcial ou total (edentulismo), a colocação de implantes dentários tem sido cada vez mais uma solução protética. Assim, deve haver um cuidado especial para com a limpeza dos mesmos, atenção com doenças sistêmicas e uso de fármacos, especialmente entre os idosos mais frágeis.

Existem próteses sobre implantes que podem ou não ser removidas, por isso é importante ter uma avaliação de um **cirurgião-dentista** que avalie e anote, em prontuário, o tipo de implante dentário encontrado.

Fonte: pixabay.com; www.crosp.com.br
Figura 20. Implantes unitários

Exemplos de implantes que possuem próteses de elementos dentais fixos são conhecidos como implantes unitários (Figura 20). Quando existe substituição de todos os dentes por elementos fixos em quatro ou mais implantes são chamados de protocolos (Figura 21).

Fonte: pixabay.com
Figura 21. Protocolo sobre Implante

Quando há necessidade de retenção e estabilidade das próteses totais elas são suportadas sobre implantes e podem ser removidas para higienização e também para dormir, são as chamadas sistema overdenture **o´ring e barra-clip** (Figura 23 e 24).

Fonte: www.pixabay.com
Figura 23. Sistema Overdenture o'ring

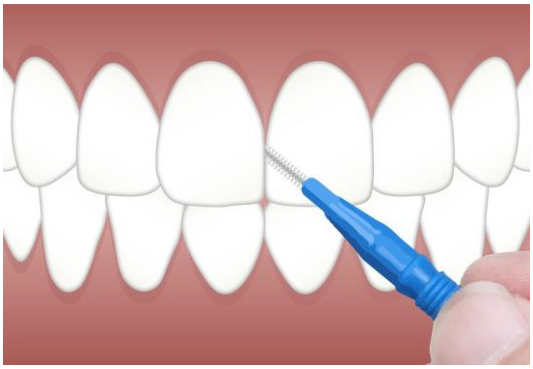
E- Como fazer a limpeza de implantes e de suas próteses?

A limpeza dos implantes dentários segue o mesmo princípios da remoção de resíduos alimentares, células mortas e placa bacteriana (biofilme). Nas próteses totais utiliza-se a escova para prótese (Figura 9), enquanto nas fixas utilizam-se as escovas dentais elétricas e interdentais (Figura 25 e 26). Com o auxílio de um cotonete umedecido em solução de clorexidina a 2% é possível higienizar os implantes o´rings e as barras-clip (Figura 23 e 24).

Fonte: www.pixabay.com
Figura 24. Sistema Overdenture barra-clip.

ATENÇÃO: A falta de higiene dos implantes dentários pode levar às infecções e à pneumonia aspirativa!!

Fonte: www.pixabay.com
Figura 25. Escova elétrica.



Fonte: www.pixabay.com
Figura 26. Escova interdental.

Considerações Finais

- Os cuidados relacionados com a higiene bucal são importantes para o bem estar do residente e convivência social;
- Boca íntegra ajuda a prevenir infecções;
- O estímulo ao autocuidado deve fazer parte da rotina da higiene bucal, de forma a promover independência;
- Os cuidados a saúde bucal visam prevenção/redução de problemas e/ou agravos nos idosos residentes;
- Importante que os cuidadores também estejam atentos à própria saúde bucal;
- A constante capacitação e motivação dos cuidadores para atenção em saúde bucal de idosos acamados tem muita relevância para a qualidade de vida desse grupo.

Referências Bibliográficas

http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/uploads/1596842151Emenda_1_ABNT_NBR_9050_em_03_de_agosto_de_2020.pdf

Fonte: Cartilha Idosos em Domicílios, Pandemia e Procedimentos Pós-Abertura . Coordenação de Projetos de Extensão da UnATI.Uerj.Novembro.2020 (2)

https://redelongevidade.org.br/evi/

https://redelongevidade.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RLV_Publicacoes_Jornada60-F-web-1-3.pdf

GARBACCIO, Juliana Ladeira; FERREIRA, Amanda Domingos; PEREIRA, Amanda Laís Gonçalves Gama. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 45-56, Feb. 2016 .

TORRES, Stella V.S. Saúde bucal: alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M.. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. v.100. p. -

CHEVALIER, Anna L. N.; GOMES, Lucy , MORAES, Clayton F.; ALVES, Vicente P. Implante dentário em idosos: revisão de literatura. Disponível em: https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbm.org.br/pdf/Implantedent%C3%A1rioemidosos.pdf . Acesso em 30 de abril de 2021.

BRASIL. Inca. Ministério da Saúde. Câncer de Boca: É preciso falar disso. 2019. Disponível https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/cancer_de_boca_2019_0.pdf Acesso em 20/05/2020.

•CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 81-91 . Disponível http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/199.pdf Acesso em 20/05/2020.

•https://lh3.googleusercontent.com/proxy/UeGY3DNuRWceS_rix1kyEczOzrcd2IeNP-wW2TI3jk_eVnoC5I_Lgte_Avh5s8iy__rxdaox1PulJd6c-1saAr5gbyOmVgcyGGe993cz-aBXMZM989EluXgbTBnadw

•https://www.vittalodontologia.com.br/wp-content/uploads/2017/08/casal-feliz.jpg

•NASCIMENTO, JE et al. Associação entre o uso de prótese dentária total e o tipo de serviço odontológico utilizado entre idosos edêntulos totais. 2019. Disponivel https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3345.pdf acesso em 20/05/2020

•MARCHINI, L et al. Iowa nursing facility oral hygiene (INFOH) intervention: A clinical and microbiological pilot randomized trial. Special Care Dentistry Association and Wiley Periodicals, Inc. p 1-11. 2018. Disponivel https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scd.12327 Acesso 20/05/2020

•MARTORY, E. et al. Risk factors for denture-related oral mucosal lesion in geriatric population. 2013. Disponivel http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110545/1/638646.pdf

•CRO-SP. Folder Cuidados com Protese Dentária. Disponível em http://www.crosp.org.br/profissionais/servicos/publicacoes/folders/protese_dentaria.pdf

.

5

Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI

Beatrice Carvalho

Glaúcia Campos

Stella Vidal

Por que falar em Qualidade da Alimentação e Hidratação para a pessoa idosa em ILPI?

A qualidade da alimentação é associada à prevenção e controle das doenças crônicas, com melhora da qualidade de vida da população idosa.

Os(as) residentes em instituições de longa permanência (ILPI) podem apresentar elevada prevalência de desnutrição, sarcopenia, fragilidade, obesidade, doenças crônicas e degenerativas e reforça a real necessidade de cuidados nutricionais com enfoque na qualidade da alimentação. Os cuidados são fundamentais para a promoção da saúde e sem um planejamento e escolhas saudáveis dos alimentos não alcançamos o Envelhecimento Saudável.

A gestão da qualidade da alimentação se inicia desde a recepção, higiene, manipulação, preparação dos alimentos até a entrega da refeição ao(a) residente e exige um olhar atento na elaboração do plano alimentar que deve ser construído durante a avaliação da pessoa idosa respeitando a individualidade, o estado nutricional, condições da saúde oral, história alimentar, cultural e social e morbidades.(Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

Neste contexto, o nutricionista necessita realizar uma trabalho integrado e processual que inicia desde o preparo do cardápio, seleção dos alimentos até a entrega da refeição ao(a) residente. Além disso é necessário uma avaliação minuciosa através do exame físico nutricional, triagem e avaliação nutricional.

No exame físico é possível avaliar a condição nutricional - desnutrição ou obesidade - e de hidratação ou desidratação de cada residente. Ainda na avaliação integral da pessoa idosa na ILPI é de fundamental importância intensificar os cuidados com a saúde bucal, pois pode acarretar processos infecciosos, baixa aceitação da alimentação e bebidas ofertadas, dificuldade para a mastigação e deglutição dos alimentos interferindo na formação do bolo alimentar, na digestão e absorção dos alimentos.

Neste capítulo iremos abordar pontos chave para a promoção da qualidade da alimentação e hidratação da pessoa idosa residente na ILPI.

Palavras-chave: Qualidade da Alimentação; Terapia Nutricional; Boas Práticas; Saúde Oral; Avaliação Nutricional.

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

O adequado estado nutricional ao longo da vida é um dos fatores que determinam o envelhecimento saudável. Por estado nutricional, compreende-se o resultado do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes pelo consumo alimentar e o gasto energético do organismo. O consumo inadequado de alimentos pode levar a alterações no estado nutricional do(a) residente.

Nesse sentido, a institucionalização pode contribuir para situações de risco nutricional e de obesidade, devido a diversos fatores biopsicossociais, comorbidades, incapacidade funcional, uso de medicamentos que podem causar efeitos colaterais e restrições ou excessos alimentares. Por isso ressaltamos na Figura 1 algumas estratégias que devem ser implementadas na ILPI buscando uma melhor condição nutricional de cada residente. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

Figura 1 - Estratégias para melhorar a condição nutricional de residentes de uma ILPI.

Estratégias para melhorar a condição nutricional dentro de uma ILPI	Avaliar a condição nutricional de cada residente
	Recomendar a avaliação por dentista em caso de falta de dentes, dor ou lesões na boca que não cicatrizam
	Preparar pratos saudáveis, saborosos e bem apresentados
	Acompanhar a alimentação e a hidratação de cada residente
	Ofertar alimentos respeitando as preferências e especificidades de cada residente.
	Realizar atividades educativas junto a residentes e colaboradores

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Atenção: Todas as atividades em grupo e interdisciplinares deverão ser avaliadas conforme as recomendações das autoridades sanitárias locais, e realizadas, preferencialmente pós pandemia, com todos os funcionários e residentes devidamente imunizados e seguindo as orientações de distanciamento, uso de álcool em gel e máscara. A seguir são apresentadas ações mais detalhadas sobre essas estratégias.

Realizar a avaliação nutricional periódica de cada residente.
Observar na primeira avaliação presença de edentulismo (falta de dentes) total ou parcial, língua saburrosa e lesões e adaptar a consistência e a temperatura da alimentação, se for necessário.
Encaminhar para o odontólogo para avaliação da saúde bucal e eventual indicação de colocação ou ajuste de prótese, em caso de ausência de dentes, dor ou lesões que não cicatrizam.
Intervir quando o diagnóstico nutricional for risco nutricional, desnutrição ou obesidade.
Prestar atenção na administração da dieta de cada residente e comunicar imediatamente ao serviço de nutrição sinais de baixa ingestão, ou nos casos de recusa ou excesso de consumo.
Intervir quando identificar sinais sugestivos de sarcopenia (perda de massa muscular) na triagem utilizando o instrumento Sarc-CALF.
Reforçar a importância de realizar 6 refeições por dia de acordo com a RDC/ANVISA nº 283/2005.
Incluir nos cardápios alimentos minimamente processados como : frutas, verduras e legumes, e fontes proteicas como: leites, queijos, iogurtes, carnes e ovos.
Ofertar líquidos várias vezes ao dia seja na forma de água ou água saborizada ou refrescos.
Monitorar a ingestão de líquidos com garrafas térmicas individualizadas com objetivo de evitar a desidratação e a constipação intestinal.
Incentivar o consumo de alimentos saudáveis.
Realizar atividades de educação nutricional como oficinas de culinária interdisciplinar.
Criar espaços para construção de oficinas com hortas orgânicas com a participação dos(as) residentes e profissionais e utilizar esses produtos na cozinha ou oficina de culinária da ILPI.
Realizar atividades com jogos com o tema relacionado a alimentação saudável.
Apresentar vídeos sobre alimentação, nutrição e hidratação seguido de uma roda de conversa.
Oferecer refeições específicas às necessidades de residentes com doenças.
Preparar as refeições com ervas e temperos naturais para ressaltar o sabor dos alimentos.
Ofertar refeições variadas com pratos coloridos e uma excelente apresentação. Não esqueça '***Comemos com os olhos'.***
Acompanhar as refeições junto aos(as) residentes e comunicar intercorrências, tais como baixa adesão, tosse e engasgos.
Realizar treinamentos com cuidadores e técnicos de enfermagem sobre alimentação, abordagem e formas de administração da dieta e treinamentos interdisciplinares para os funcionários da Unidade de Alimentação e Nutrição sobre a qualidade da alimentação de cada residente, valorizando a segurança alimentar e os aspectos biopsicossociais.

E no dia a dia, como avaliar?

Avaliação Nutricional

É importante realizar a Avaliação Nutricional no momento da admissão do(a) residente ou até 48 horas após a admissão, caso não seja possível, por alguma instabilidade ou agitação. Essa avaliação funciona como um registro de como o(a) residente chegou à instituição: em boas condições nutricionais, desnutrido(a) ou em risco nutricional.

O instrumento de rastreio para a avaliação do estado nutricional de pessoas idosas é a Mini Avaliação Nutricional. Ela permite avaliar alguns fatores que afetam o estado nutricional e mensurar o risco nutricional, para que possa ocorrer uma intervenção precoce. Há duas formas: a MNA reduzida (*short*) e a MNA completa (Veja no link: www.mna-elderly.com).

A MNA reduzida (*short form*) é considerada um instrumento de triagem do Estado Nutricional da pessoa idosa. Recomenda-se a sua aplicação no momento da admissão na ILPI e intervenção conforme a avaliação de cada residente:

- Se o escore for normal, deve-se repetir de 3 em 3 meses ou diante de uma situação adversa, como, por exemplo, uma internação ou a infecção por COVID 19;
- Se apresentar risco nutricional e a avaliação de antropometria for normal: repetir de 3 em 3 meses ou em situações adversas;
- Se houver risco Nutricional com perda de peso ou desnutrição, encaminhar para a avaliação nutricional (MNA completa) e intervenção do(a) nutricionista;
- Caso se enquadre em risco nutricional ou desnutrição, sinalizar para que o(a) nutricionista possa realizar a MNA completa e intervir no estado nutricional.

Ainda na triagem nutricional, recomenda-se aplicar outro instrumento denominado Sarc-F Calf (ver Figura 2), baseado em perguntas de fácil aplicação que permitem a identificação rápida de sinais de sarcopenia, pois muitos residentes de uma ILPI apresentam sarcopenia, fragilidade, doenças crônicas degenerativas e desnutrição.

Figura 2 - Instrumento de avaliação da sarcopenia Sarc-F Calf.

Componente + Pergunta		Pontuação	
Força	O quanto de dificuldade você tem para levantar 5 Kg?	Nenhuma…… Alguma…… Muita ou não consegue……	**0** **1** **2**
Ajuda para caminhar	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma…… Alguma…… Muita, usa apoios ou incapaz	**0** **1** **2**
Levantar da cama/ cadeira	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma……... Alguma…… Muita ou não consegue sem ajuda……	**0** **1** **2**
Subir escadas	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas (10 degraus)?	Nenhuma…… Alguma…… Muita ou não consegue……	**0** **1** **2**
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma…….. 1 a 3 quedas…… 4 ou mais quedas……....	**0** **1** **2**
Panturrilha	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do(a) residente em pé com as pernas relaxadas e pés afastados a 20 cm um do outro	Mulheres > 33 cm……... ≤ 33 cm…….... Homens > 34 cm……... ≤ 34 cm……...	**0** **10** **0** **10**
Somatório (0 a 20 pontos)			
0 a 10	**Sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento. Cogitar reavaliação periódica.**		
11 a 20	**Sugestivo de sarcopenia. Prosseguir com investigação e diagnóstico completo.**		

Fonte:https://prodiet.com.br/blog/2018/09/17/estudo-brasileiro-aprimora-ferramenta-de-rastreio-da-sarcopenia-em-idosos/

Aliados a esses instrumentos de rastreio e avaliação são necessários uma avaliação complementar laboratorial, um inquérito nutricional, uma avaliação antropométrica e, caso haja condições, uma avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância (medida da porcentagem de gordura e de massa muscular) e da dinamometria (medida da força).

Muitas vezes, na ausência desses métodos mais avançados, um excelente parâmetro de avaliação e um bom preditor de massa muscular é a medida da circunferência da panturrilha (CP). A Organização Mundial de Saúde considera como ponto de corte: 31 cm para homens e mulheres.

Quando realizamos a avaliação nutricional também é possível detectar o outro lado da moeda: a obesidade. Nas ILPI encontramos elevadas prevalências de desnutrição e sarcopenia, mas também há residentes com sobrepeso e obesidade. Atenção à obesidade sarcopênica, que é definida pela baixa força e massa muscular em indivíduos com obesidade, que também apresentam acentuado risco de quedas, incapacidade funcional, imobilidade e com um difícil prognóstico. (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI)

E no dia a dia, como intervir?

Terapia Nutricional

A Terapia Nutricional é o conjunto de **ações terapêuticas estabelecidas por uma equipe multidisciplinar** para manter ou recuperar o estado nutricional do(a) residente por meio da nutrição, cuja estratégia é definida de acordo com o perfil, assim como o estado de saúde em que se encontra o(a) residente e suas respectivas necessidades nutricionais. Os objetivos para a Terapia Nutricional em Geriatria são:

- oferecer energia, proteínas e micronutrientes em quantidade suficientes;
- manter ou melhorar o estado nutricional;
- proporcionar condições para uma melhor reabilitação;
- promover qualidade de vida;
- reduzir as morbidades e mortalidades.

A Terapia Nutricional acontece em cinco etapas (Figura 3).

Figura 3 - Etapas da Terapia Nutricional.

Terapia nutricional				
Triagem nutricional: Reconhecer o(a) residente e os seus riscos nutricionais	**Avaliação nutricional:** quantificar o problema de cada residente	**Cálculo nutricional:** Estabelecer as necessidades nutricionais das pessoas em risco, desnutridas ou com obesidade	**Indicação da Terapia Nutricional:** Definir o tipo e a via da terapia nutricional	**Acompanhamento e monitoramento nutricional:** Observar a evolução do quadro do(a) residente e assisti-lo(a)

As duas primeiras etapas já foram descritas. O cálculo nutricional e a indicação da terapia nutricional precisam ser dimensionados e adequados a cada residente. Após a avaliação nutricional, os(as) residentes que apresentarem quadro de Risco Nutricional ou Desnutrição precisarão de intervenção por meio da Terapia Nutricional, conforme o risco:

a) Pessoas Idosas em Risco Nutricional com perda de peso devem receber uma suplementação nutricional de 400 kcal/dia;
b) Pessoas Idosas Desnutridas – 400 a 600 kcal/dia - Iniciar gradativamente até atingir o Valor Energético Total (VET) pleno.

Esses valores servem para se ter uma base, mas cada residente vai necessitar de uma intervenção individualizada (Ver o Capítulo sobre Cuidado Centrado na Pessoa).

A via preferencial de administração da Terapia Nutricional será sempre a via oral. Outras vias alternativas, por exemplo o uso de sonda de alimentação enteral, serão consideradas, somente quando o(a) residente estiver ingerindo menos de 80% por via oral em dias consecutivos ou a via oral não for considerada segura devido à presença de disfagia (engasgo ou dificuldade para engolir). Porém, a discussão sobre qual via usar deve ser da equipe interdisciplinar, em especial: médico, fonoaudiólogo, nutricionista, enfermagem e cuidadores, em conjunto com o(a) residente e sua família. Alguns pontos fundamentais a serem considerados:

- O(a) residente com demência: modificar o cardápio e a consistência para cada estágio da doença para promover a máxima segurança alimentar e adesão dietética. Monitorar o estado nutricional periodicamente e, em caso de ingestão alimentar inferior a 70%, avaliar iniciar terapia nutricional com suplementos;
- O(a) residente em processo de terminalidade: não ser mais capaz de se alimentar ou recusar alimentos é parte do processo de morte, por isso utilize a abordagem paliativa (Ver Capítulo Finitude,Terminalidade e Luto em ILPI);
- O preparo de dietas artesanais para uso por sonda: neste caso, siga expressamente as recomendações da vigilância sanitária do seu município, pois são necessários cuidados especiais na preparação e nem toda ILPI consegue cumpri-los.

A seguir são apresentadas algumas dicas para equilibrar o cardápio na instituição.

Dicas para Equilibrar o Cardápio

1- Elabore um cardápio com 6 refeições por dia bem coloridas e variadas (café da manhã, colação, almoço, lanche , jantar e ceia).

2- Inclua carboidratos nas refeições e faça um controle de carboidratos no caso dos residentes diabéticos (pães, cereais, batata, arroz, aipim ou macaxeira ou mandioca, milho, inhame, massas).

3- Inclua diariamente nos cardápios: frutas, verduras e legumes. Elabore sobremesas e lanches com frutas.

4- No almoço, incentive sempre a combinação Feijão com Arroz . Essa é uma combinação completa de proteínas.

5- Utilize nos seus cardápios proteínas de alto valor biológico como: leites e derivados, carnes e ovos.

6- Inclua no seu cardápio diariamente pelo menos duas porções de leite e pelo menos uma porção de queijo branco.

7- Use sucos naturais e evite os sucos industrializados, sempre que possível. Refrigerantes somente em datas festivas.

8- Sobremesas – Dê preferência a frutas e doces à base de frutas. Doces – 2 x na semana.

9- Incentive o consumo de líquidos, principalmente em dias quentes e em casos de infecção ou resfriados. Ofereça água ou refrescos nos intervalos das refeições.

10- Mesmo elaborando um cardápio único, avalie os casos especiais e vá adaptando o seu cardápio às preferências dos(as) residentes, às necessidades individuais (por exemplo, pessoas com hipertensão arterial, problemas renais, diabetes, demências) e esteja atento(a) à recusa alimentar. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

Não se esqueça de oferecer **TODOS OS DIAS** água em quantidade suficiente para manter o corpo bem hidratado

E as vitaminas?

Vitaminas são substâncias que o corpo, normalmente, não consegue produzir, porém são de suma importância para o funcionamento do organismo. As vitaminas podem ser hidrossolúveis e lipossolúveis. As **vitaminas hidrossolúveis** dissolvem-se em água e devem ser ingeridas diariamente, pois não são armazenadas pelo organismo. Enquanto as **lipossolúveis** se dissolvem em gorduras e são armazenadas pelo organismo.

Normalmente as vitaminas **são utilizadas em pequenas quantidades pelo corpo** e são encontradas em frutas, verduras, carnes, ovos, queijos, leite. A deficiência de vitamina pode causar danos à saúde.

Vitaminas hidrossolúveis

Vitaminas do Complexo B: também são importantes para a saúde bucal para evitar lesões em lábios, língua e cavidade oral além de promover um funcionamento adequado do sistema imunológico e nervoso, evitando doenças sistêmicas e infecções, como a candidíase ("sapinho").

Vitamina B2: Sua falta provoca inflamação nos lábios e fissuras na região da boca. Fontes: leite, são carne, peixe e vegetais que apresentam coloração verde-escura, como o espinafre

Vitamina B6: Sua deficiência provoca irritabilidade, convulsão, doenças de pele, apatia e distúrbios nervosos. Fontes: levedura, vísceras, carnes, cereais, castanhas e soja.

Vitamina B12: Sua falta desencadeia distúrbios nervosos e anemia. Fontes: leite, ovos, peixes e carnes.

Vitamina C: Sua deficiência relaciona-se com uma doença conhecida como **escorbuto**, que provoca sangramento nas gengivas, fraqueza e lesões na mucosa do intestino. Suas fontes são tomate, pimentão, frutas cítricas

Vitaminas lipossolúveis

Vitamina A: Sua deficiência está relacionada com a incapacidade de enxergar em ambientes pouco iluminados (cegueira noturna) e com o surgimento de pele áspera e enrugada. Está presente em leite, fígado, ovos, vegetais folhosos, amarelos e frutas de coloração que variam do alaranjado ao amarelo

Vitamina D: A absorção do cálcio está ligada a esta vitamina. Sua falta pode levar a enfraquecimento e deformidades nos ossos. Ela somente é produzida por meio da exposição solar, suplementação e de uma dieta com peixes, cereais e gema de ovo.

Vitamina E: Sua deficiência provoca irritabilidade, anemia. Está presente na gema de ovo, fígado, vegetais verde-escuros, germe de trigo e sementes oleaginosas

Vitamina K: Sua falta relaciona-se a redução da capacidade de coagulação sanguínea, o que pode levar a hemorragias. Ela também é importante para a saúde óssea e pode auxiliar na prevenção do câncer. Alimentos verdes escuros e legumes são fontes desta vitamina.

Já os **minerais** como **ferro, cálcio e fósforo** também são importantes para a saúde bucal. O ferro auxilia na saúde das gengivas; a absorção do cálcio está ligada à **vitamina D** que é produzida por meio da exposição solar, suplementação e de uma dieta que inclua peixes, cereais e gema de ovo, enquanto o fósforo contribui para dentes e gengivas saudáveis.

SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS:

"Incentive o consumo de água pura ou, como preferido por algumas pessoas, "temperada" com rodelas de limão, folhas de hortelã, casca de abacaxi, ao longo de todo o dia. Água de coco natural, café e chás naturais podem ser consumidos, desde que com moderação e preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível." ***Guia Alimentar para população brasileira na orientação alimentar da pessoa idosa - 2021***

Portanto, entre os comportamentos para o cuidado da pessoa idosa está a alimentação balanceada e diversificada, contemplando todos os grupos alimentares, sem restrições desnecessárias, sem neuras, com sabor e prazer. (A. Frank Guia alimentar para a população brasileira, Veja aqui no link)

Lembre-se de que a alimentação muitas vezes pode ser a única fonte de prazer de um(a) residente e um acalento para a alma. Ceder com equilíbrio a desejos e preferências alimentares pode ser uma excelente terapia.

E a pandemia?

ATENÇÃO! Em tempo de pandemia, a higienização dos alimentos precisa ser redobrada, a fim de evitar a contaminação deles. Os profissionais devem usar roupas próprias, assim como toucas e máscaras para o manuseio e preparo das refeições e usar jalecos adequados, também no momento de oferecer a refeição aos residentes. São fundamentais:

- Lavar as mãos com água e sabão, antes de manusear qualquer alimento;
- Lavar bem todos os alimentos assim que chegarem à ILPI;
- Acondicionar adequadamente os alimentos na geladeira ou dispensa;
- Assegurar a temperatura adequada antes do consumo.

Na sala de refeição, os residentes devem ser colocados numa disposição distante de dois metros um do outro. É importante manter o ambiente limpo - mesas de refeição, talheres individuais, bancadas, pias, louças, paredes, chão e teto, bem como os eletrodomésticos -geladeiras, freezers, fornos, fogão, -precisam ser higienizados com regularidade, com água, sabão e sanitizantes ou água sanitária. Ao final das refeições os funcionários, usando luvas, devem limpar os restos de alimentos colocá-los em sacos plásticos e fechados. (Mais detalhes: Manual de Boas Práticas)

Considerações Finais

A qualidade da alimentação e o cuidado com a hidratação são determinantes para a promoção da saúde da pessoa idosa em ILPI.

A desidratação e a deficiência de nutrientes devem ser corrigidas no plano alimentar. pois, geralmente, ocasionam consequências físicas, funcionais e nutricionais, comprometendo a qualidade de vida, a saúde e a segurança alimentar dos(as) residentes da ILPI. Importante destacar o papel imprescindível da avaliação da saúde bucal com objetivo de prevenir doenças, tratar e orientar os profissionais quanto à higiene oral (Ver Capítulo Cuidados com a Saúde Bucal de Residentes em ILPI).

Destacamos e sugerimos que a cultura da alimentação saudável também deve ser incorporada pela equipe interdisciplinar para melhor adesão e incentivo a práticas promotoras de mudanças de comportamento e estilo de vida. Vale para os(as) residentes e vale para toda a equipe de colaboradores.

Referências Bibliográficas

BARBOSA-SILVA, T. G. et al. Enhancing SARC-F: Improving Sarcopenia Screening in the Clinical Practice. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 12, p. 1136–1141, 1 dez. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal.** Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo, , 2020. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/folder/7c549df48bf0210be79d2628c9c16a80.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021

DE ANDRADE, F. B.; DE FRANÇA CALDAS, A.; KITOKO, P. M. Relationship between oral health, nutrient intake and nutritional status in a sample of Brazilian elderly people. **Gerodontology**, v. 26, n. 1, p. 40–45, mar. 2009.

FRANK, A.; ROSA, M. Alimentação com sabor de saúde. In: **Nutrição No Envelhecer**. 3. ed. São Paulo: Atheneu: Andréa Abdala Frank, 2020.

GALESI-PACHECO, L. F. et al. Oral condition of institutionalized older people: Influence on anthropometric indicators and food and nutrient intakes. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 40, p. 681, 1 dez. 2020.

Guia Alimentar para a População Brasileira | Nupens. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/nupens/o-que-e-o-guia-alimentar/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GUIGOZ, Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 10, n. 6, p. 466–485; dez. 2006.

NAJAS, M. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**, p. 106–106, 2011.

VELLAS, B. et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 10, n. 6, p. 456–463; discussion 463-465, dez. 2006.

https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30314-0/fulltext

6

Funcionalidade

Maria Izabel Santos

Denise Cuoghi

Daiane Fernandes

Stella Vidal

Walquiria Alves

Aline Salla Carvalho

Por que falar em Funcionalidade da pessoa idosa residente em ILPI?

Porque a saúde de um(a) residente reflete o quanto essa pessoa consegue ser funcional para realizar suas atividades do dia a dia de forma autônoma e independente. Isso tem reflexos diretos na qualidade de vida da pessoa e na demanda por cuidados.

Apesar disso, quando se pensa em saúde, a maioria das pessoas pensa em doenças. Ao falar de uma pessoa idosa, muitos se interessarão em saber se ela é hipertensa ou diabética, se tem artrose ou depressão. Ao perguntar sobre como avaliar a saúde de alguém, muitos ficarão atentos somente à medida da pressão arterial, da frequência cardíaca, da oxigenação ou à solicitação de exames laboratoriais, tomografias, radiografias...

Muitas pessoas já ouviram falar em CID - a Classificação Internacional das Doenças, que aparece nos atestados médicos, por exemplo. Agora precisamos conhecer a CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade, que introduz novos conceitos em saúde.

Isso é importante porque a saúde de uma pessoa idosa deve ser entendida como a interação multidimensional entre a sua saúde física, mental, sua integração social, seu suporte sociofamiliar, sua independência econômica e sua independência na vida diária. Esta última é o ponto de partida deste capítulo e engloba diferentes aspectos.

Palavras-chave: Funcionalidade; Idoso; Classificação Internacional de Funcionalidade; Atividades Cotidianas

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

- A saúde de um(a) residente reflete o quanto essa pessoa consegue ser capaz de realizar suas atividades do dia a dia de forma “autônoma e “independente”. Vamos entender melhor esses dois termos considerados “padrões” na saúde global.
  - **AUTONOMIA** - a palavra já diz por si só: fazer algo por “conta” própria. Em Gerontologia ter AUTONOMIA significa ter capacidade individual de decisão, de comandar suas próprias ações e de seguir suas próprias convicções.
  - **INDEPENDÊNCIA** refere-se ao sentido de conseguir realizar suas atividades por seus próprios meios, considerando sua capacidade física e mental.
- A **Incapacidade** acontece quando uma pessoa se torna incapaz de realizar algumas de suas tarefas do cotidiano, que antes realizava normalmente em razão de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Importante reconhecer que a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas algo que acontece em algum momento de sua vida. Ela pode ser temporária ou permanente e também pode ser uma forma de opressão social, discriminação e exclusão, isto é, são as barreiras e preconceitos que mais incapacitam o indivíduo com alguma deficiência.
- **Funcionalidade:** abrange todas **as funções e estruturas do corpo**; a **atividade**, ou seja, a capacidade de realizar ações e tarefas em diferentes contextos e **a participação social** refere-se ao envolvimento do indivíduo na sociedade. A funcionalidade resulta da interação dinâmica entre essas dimensões e o contexto em que a pessoa vive. Este modelo apresentado na Figura 1 permite direcionar as ações e intervenções pelos profissionais de saúde que atuam em ILPI, conforme a necessidade de cada residente (CIF 2003; Nunes; Lanna, 2016).

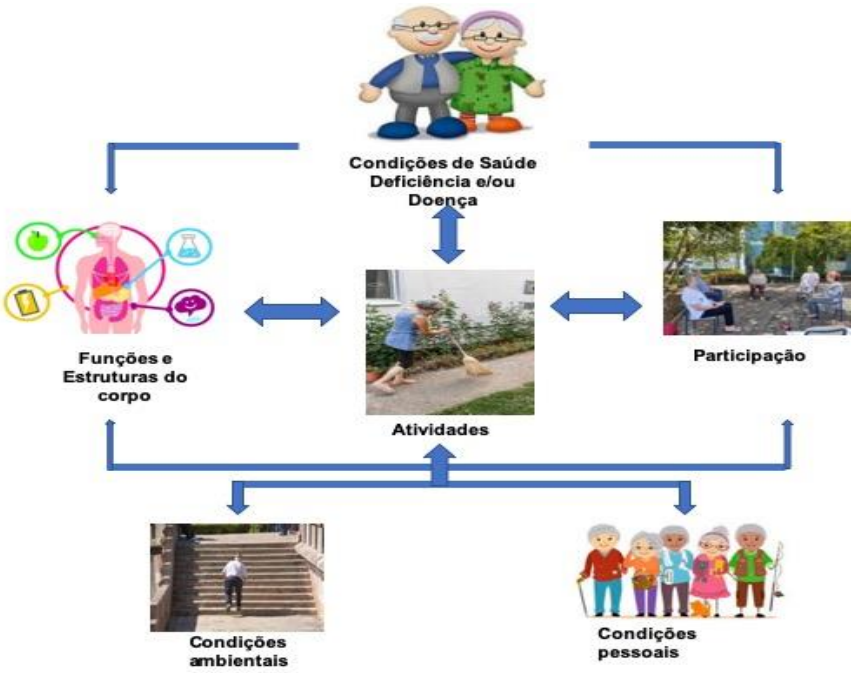


Figura1: Modelo biopsicossocial CIF (2003), adaptada por MIPO (2021), acervo pessoal.

Por outro lado, a saúde pode ser definida pelo quanto a pessoa consegue ser funcional para realizar suas atividades do dia a dia de forma “Autônoma e “Independente”. Então vamos entender melhor esses dois termos considerados “padrões” na saúde global.

Ainda dentro do conceito de funcionalidade, quatro “pilares” precisam estar “saudáveis” e/ou em conexão perfeita na inter relação com áreas importantes do corpo. São eles: **a Cognição, o Humor/Comportamento, a Mobilidade e a Comunicação** (Figura 2), apresentados com mais detalhes a seguir.

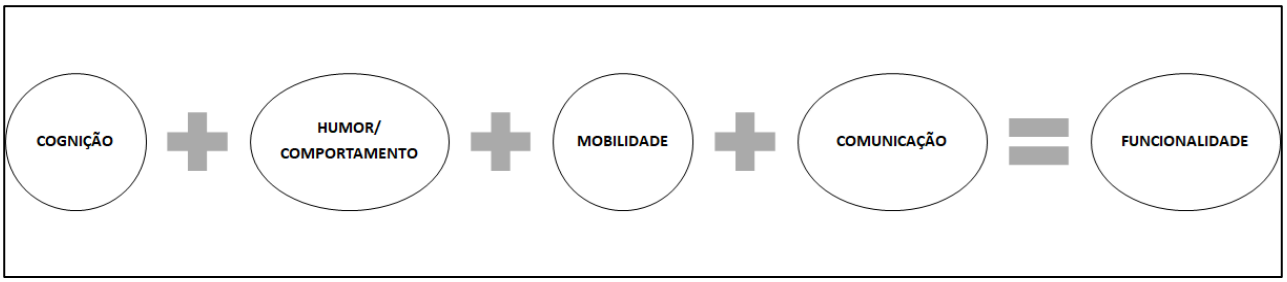


Figura 2 - Pilares para a funcionalidade, segundo Nunes & Lanna, 2016.

- √ **Cognição**

É a capacidade mental para se compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano;

- √ **Humor/Comportamento**

É a motivação necessária para realização de atividades e/ou participação social, incluindo o comportamento do indivíduo que pode ser afetado por outras funções mentais, como a senso-percepção, o pensamento e o nível de consciência;

- √ **Mobilidade**

É a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio.

A mobilidade depende de quatro subsistemas funcionais: capacidade aeróbica e muscular (massa e função), alcance/preensão/pinça (membros superiores) e marcha, postura e transferência. (Ver Capítulo Exercício Físico e Lazer)

A continência também é considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfincteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo. (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidados com o Uso de Fraldas)

- √ **Comunicação**

É a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção /motricidade orofacial (voz, fala e mastigação/deglutição).

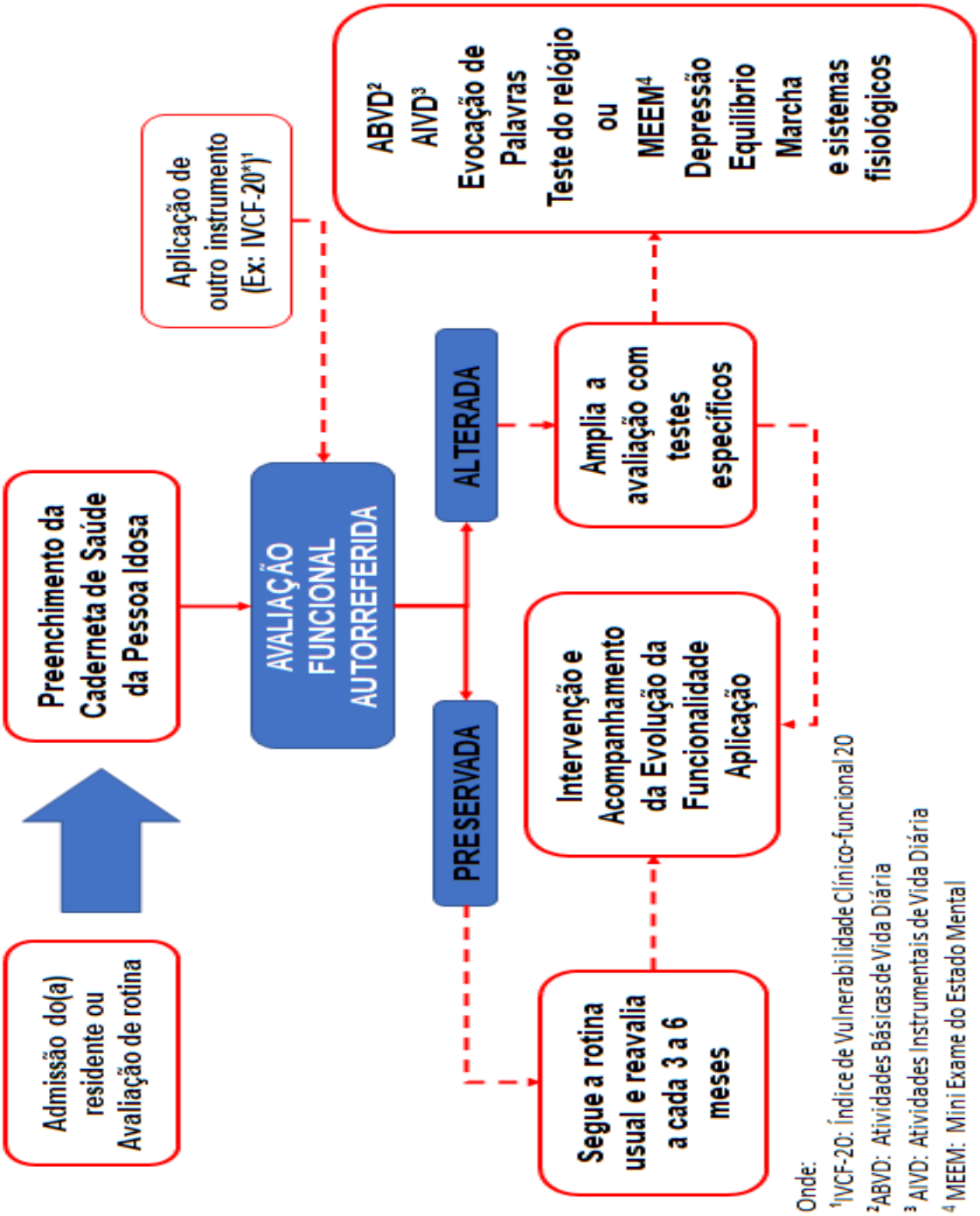
Durante a Pandemia da COVID-19 é importante destacar a comunicação que acontece por meio da interação com os dispositivos tecnológicos e estimula: a percepção visual, a função motora, a memória, a atenção, o processamento de informações.

E no dia a dia, como fazer?

1. **À admissão e/ou na avaliação de rotina da saúde do(a) residente:** quando a pessoa idosa for admitida na ILPI o primeiro passo seria preencher ou utilizar as informações pessoais contidas na **Caderneta de Saúde do Idoso,** caso, ele(a) a tenha. Ela está disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf, .
2. Pode-se também fazer uma **TRIAGEM RÁPIDA DA FUNCIONALIDADE** - **Autorreferida** pelo(a) próprio(a) residente, por algum cuidador ou por um familiar. Nessa triagem rápida, recomenda-se avaliar a capacidade para realizar as **Atividades Básicas da Vida Diária** (ABVD): vestir-se, transferir-se, alimentar-se, banhar-se, levantar da cama sem ajuda e usar o sanitário. O roteiro para essa avaliação encontra-se no Caderno de Atenção Básica nº 19 (p. 146-7). Após esse passo poderíamos avaliar se a funcionalidade está **PRESERVADA OU ALTERADA.**
3. Se a Funcionalidade estiver **PRESERVADA,** deve-se seguir a rotina de avaliação estabelecida em cada ILPI pelos profissionais de saúde. Nesse caso sugerimos refazê-la a cada **3 ou 6 meses.** Caso esteja **ALTERADA,** a recomendação é aprofundá-la, rastreando com outros testes, ou seja, ampliando-a.
4. Por fim, fechando o ciclo do **ALGORITMO**, a equipe de cuidados terá **pistas para intervir, acompanhar a evolução do risco de incapacidade/fragilidade que podem estar iminentes.**

Estes passos estão apresentados no **Algoritmo da Funcionalidade** (ver Figura 3).

Figura 3 - ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM ILPI



Fonte: Adaptado de Santos, MIOP. Capacidade funcional de idosos inscrito em um programa de saúde pública de Belém-PA : implicações para enfermagem, UFRJ, tese de doutorado, 2011

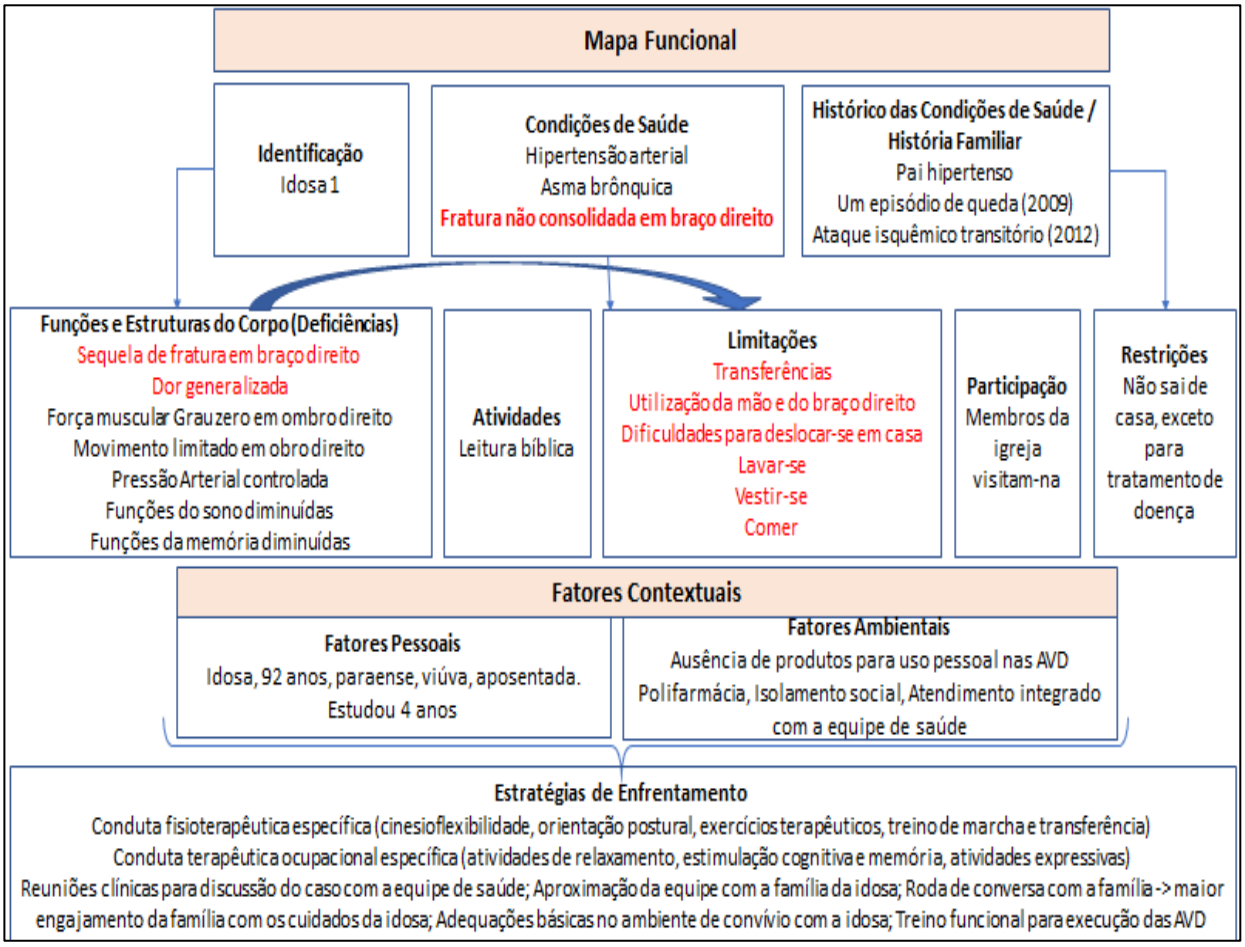
5. Por fim, sugere-se também a construção de um **MAPA FUNCIONAL, como mais uma ferramenta visual** da funcionalidade da pessoa idosa, que pode ser afixado nos documentos da saúde do(a) residente, ou salvo em um arquivo eletrônico, devendo ser consultado sempre que necessário. Este mapa fornecerá informações valiosas sobre o estado funcional de cada residente. Além disso, por ser a funcionalidade dinâmica, deve ser atualizado sempre que necessário. Desse modo, tem-se nesse mapa um **Plano de Cuidados Centrado nas necessidades da Pessoa** (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa), como demonstrado na Figura 4.

Também é proposto um Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional **(IVCF-20)** que pode ser usado por meio de aplicativo no celular ou tablet, disponível no **Google play** ou no site: **www.ivcf.com.br**. Existe uma vídeo-aula sobre a aplicação do **IVCF-20** de forma simples ou avançada conforme a decisão da equipe. Este é outro roteiro de avaliação simples, que demanda pouco tempo para sua aplicação).

Mapa Funcional

- Inicialmente, deve-se realizar a Avaliação da Funcionalidade do(a) residente. Após essa avaliação, seguindo o raciocínio da CIF ou modelo biopsicossocial vamos construir o Mapa Funcional (Figura 3).

Figura 3 - Exemplo de Mapa Funcional de uma pessoa com fratura no braço direito.



Fonte: Adaptada de Steiner, et al, 2002.

- Baseado no Mapa Funcional, proposto por Steiner, et al (2002), auxilia na resolução de problemas do ponto de vista da reabilitação, com base na CIF. Ele permite aos profissionais de saúde analisar os problemas dos(as) residentes, e relacioná-los com as deficiências identificadas. A partir dele a equipe profissional poderá elencar as Estratégias de Enfrentamento, ou seja, quais serão os caminhos terapêuticos, de reabilitação ou cuidados específicos para melhorar a qualidade de vida funcional de cada residente.

Considerações Finais

✓Neste capítulo, são apresentadas considerações e sugestões sobre o principal indicador de saúde do(a) residente idoso(a): a sua **Funcionalidade Global**.

✓ A **avaliação funcional da pessoa idosa residente em ILPI** deve ser o **ponto de partida** para **o planejamento do cuidado individualizado**, ou seja, centrado na pessoa, à sua admissão e periodicamente para os(as) residentes.

✓ Considerando que uma pessoa residirá na ILPI por um período prolongado, é importante manter esse **plano individualizado do cuidado**, atualizado periodicamente, conforme as necessidades de cada residente e de acordo com todas as suas particularidades pessoais, da saúde, de participação e no contexto do ambiente institucional. O plano permitirá traçar estratégias de enfrentamento, planejar intervenções e reavaliar a funcionalidade, sempre pensando-se em um **cuidado multidimensional e por uma equipe multiprofissional.**

✓ Os modos de avaliar citados neste capítulo seguiram as recomendações do Ministério da Saúde, a Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade, e outros propostos por especialistas na área da geriatria e gerontologia.

✓ **Cada gestor e sua equipe multiprofissional têm a liberdade de fazer suas adaptações, inclusões ou exclusões de itens que considerarem mais adequados à sua realidade, visando sempre ao melhor cuidado para o público residente em ILPI.**

Referências Bibliográficas

BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, p. 93, 2018.

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 à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**/. [Centro colaborador da organização Mundial da Saúde para família de classificações internacionais em português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchala] SP. Ed: Universidade de São Paulo, 2015, 333p.

IVCF20. **IVCF20 - Indice de Vulnerabilidade Clínico Funcional**. Disponível em: <http://ivcf20.org/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MORAES, E. N. DE et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

SANTOS, M. I. P. DE O. **Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA)**. Tese de doutorado—Rio de Janeiro: Universdidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

STEINER, W. A. et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098–1107, nov. 2002.

7

Capacitação e Educação Permanente em ILPI

Denise Cuoghi

Gláucia Campos

Lorrany Rodrigues

Paula Chacon

Maria Izabel Santos

Raquel Ferreira

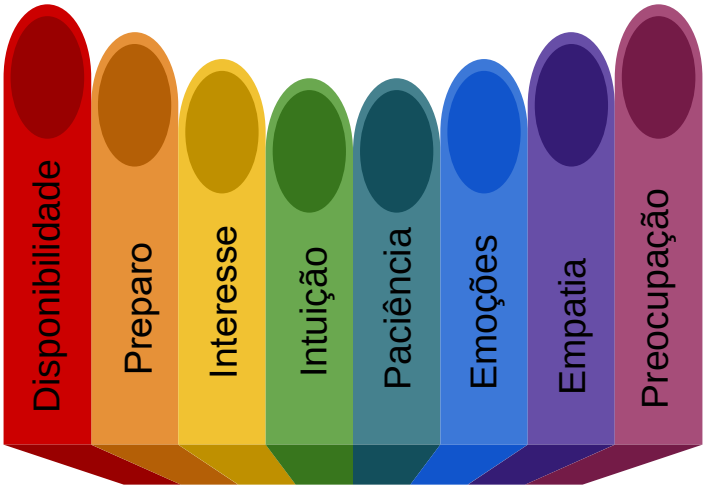
Stella Vidal

Walquiria Alves

Por que falar em Capacitação e Educação Permanente em ILPI?

A qualidade do trabalho da equipe e a qualidade do cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são influenciadas pelas oportunidades de Capacitação e Educação Permanente incluídas na rotina dos gestores e profissionais que atuam neste contexto. Capacitar é uma prática de treinamento e uma forma de aconselhar e dar apoio aos trabalhadores, sejam eles técnicos especializados nas diversas áreas do conhecimento, cuidadores, profissionais da cozinha e da limpeza que atuam na ILPI (Salcher et al, 2015).

Os aspectos do processo de envelhecimento apresentam características distintas, heterogêneas, multifatoriais, multidimensionais e ocorrem de forma muito dinâmica, mudando a todo momento. Cuidar de alguém, especialmente de pessoas idosas com dependência, envolve habilidades como:



Adaptado de Kalache, 2017.

O cuidar exige também **preparo técnico e pessoal**

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Capacitação; Educação Permanente; Equipe Multiprofissional; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

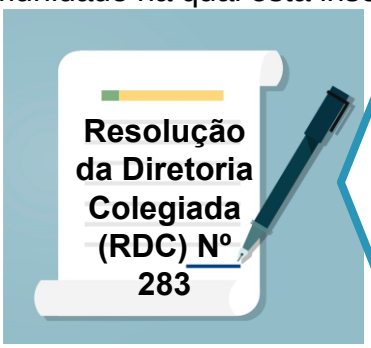
Capacitação e Educação Permanente dentro de uma ILPI

- Aperfeiçoamento profissional
- Espaço para reflexão
- Discussão do processo de trabalho
- Aproximação dos membros da equipe entre si e com gestores
- Lugar de escuta

Sugerimos que os gestores das ILPI garantam este espaço de capacitação, sabendo que os resultados serão colhidos ao longo do cuidado, na satisfação dos trabalhadores e na qualidade dos serviços prestados pela ILPI.

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

A produção de conhecimentos relacionados ao envelhecimento caracteriza-se como um processo gerado no trabalho fundamentalmente participativo, pois resulta da confrontação de experiências e saberes diferentes e complementares, entre os profissionais e toda a equipe de colaboradores da ILPI, bem como a comunidade na qual está inserida.



As ILPI devem realizar atividades de educação permanente na área do envelhecimento, com o objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos(as) residentes idosos(as).

Dessa forma, reconhece-se a necessidade de momentos de educação em saúde para cuidadores e profissionais que atuam nas instituições, como forma de fornecer um suporte teórico e prático, visando proporcionar qualidade na assistência, com destaque para o cuidar como um processo de interação entre técnica e humanização (SALMAZO DA SILVA, APARECIDA e GUTIERREZ, 2018).

Capacitar e implementar um processo de educação permanente possibilitam o desenvolvimento de novas habilidades, além de proporcionar momentos de reflexão e discussão acerca da prática do cuidado ao(a) residente. O objetivo central deve ser a transformação do processo de trabalho, para uma constante melhoria da qualidade das ações coletivas e dos serviços de cuidados prestados à pessoa idosa institucionalizada, além de abranger vivências no sentido de desenvolver empatia e acolhimento (BIZ & MAIA, 2007).

Nos encontros de educação permanente - capacitações - com as equipes é fundamental conhecer a realidade de cada pessoa idosa com suas particularidades, suas histórias de vida, seus vínculos familiares, seus valores sócio-econômicos e culturais. Este espaço pode ser utilizado também para a escuta da equipe da ILPI, de suas angústias, dúvidas e necessidades de novos aprendizados. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

E no dia a dia, como fazer?

Destacamos aqui algumas estratégias para a implementação da Educação Permanente / Capacitação para os colaboradores da ILPI:

1. Realizar reuniões de equipe interprofissional com apresentações de uma área específica (fisioterapia, enfermagem, nutrição, cuidadores, limpeza, etc.) para promover a discussão e a contribuição de toda equipe;

2. Identificar problemas, eleger prioridades e incentivar a busca de soluções e resolubilidade: quais habilidades eu preciso aprender para contribuir com a minha equipe?

3. Implementar a aprendizagem significativa do trabalho, considerando a transformação das práticas profissionais, de modo a permitir reflexões e críticas acerca do trabalho desenvolvido junto à equipe e às famílias;

   - Uma boa estratégia pode ser filmar o trabalho dos profissionais e apresentar para o grupo, para que todos possam refletir sobre os procedimentos realizados, buscando corrigir falhas, adequar as práticas e qualificar o cuidado.

4. Promover estudos de casos clínicos ou de uma situação desafiadora vivenciada pela equipe. Esta discussão possibilita a construção de procedimentos e de projetos terapêuticos para condução de novos casos ou situações semelhantes ou que venham a se repetir.

5. Incorporar e utilizar metodologias ativas e crítico-reflexivas, como por exemplo: oficinas, rodas de conversa, apresentação de filmes, músicas, filmagens da própria equipe;

6. Realizar educação aplicada ao trabalho, considerando a diversidade e os diferentes níveis de dependência do(a) residente;

7. Estimular a qualificação profissional no campo da Gerontologia por meio de cursos de pós graduação e atualização em Gerontologia.

8 Desenvolver atividades promotoras da vivência usando dispositivos que possam simular algumas perdas sensoriais e funcionais para que os trabalhadores experienciem o processo do envelhecimento. Por exemplo:

- Andar com o peso de uma tornozeleira ou de uma pequena garrafa com areia para sentir a dificuldade para caminhar;
- Usar óculos embaçados para experimentar a diminuição da visão;
- Trabalhar com um tampão de ouvido para vivenciar a perda auditiva e outras situações dentro da ILPI;

9 Promover treinamentos básicos e avançados com objetivo de capacitar profissionais que estão iniciando na ILPI e os que já atuam há mais de 2 anos;

10 Realizar capacitações frente às demandas relatadas pelos técnicos, com sugestões e a coparticipação da equipe interdisciplinar.

Além dos temas relacionados ao envelhecimento e ao cuidado, é importante debater com a equipe o significado do trabalho, do valor individual e coletivo para cada um, bem como da integração entre a equipe. Tal atividade pode ser desenvolvida em roda de conversa. Vejam algumas estratégias:

- Colocar em uma mesa vários objetos aleatórios e pedir que cada um escolha o objeto que mais representa o trabalho para ele/ela;
- Construir uma maquete do significado do trabalho em pequenos grupos;
- Fazer uma reflexão sobre os motivos que levaram cada profissional a trabalhar em uma ILPI;
- Disponibilizar folhas coloridas ou gravuras de revistas e pedir que escolham uma que represente o trabalho e compartilhar com o grupo;
- Disponibilizar folhas e canetas e solicitar que cada um desenhe o contorno de sua mão em uma folha em branco. Pedir para que o profissional escreva uma palavra que represente sua equipe e o seu trabalho na ILPI. Depois solicitar que seja colocado nas folhas de uma árvore previamente desenhada;

É muito importante entender que o trabalho pode ser visto como o sustento das pessoas, mas também pode ser algo muito maior: concretização de um sonho, possibilidade de realização profissional, de ajudar o outro, de demonstrar talentos, etc. Além disso, trabalhar em uma ILPI demanda do profissional habilidades pessoais importantes para um cuidado com qualidade. Sugerimos que seja realizada uma reflexão sobre estas habilidades utilizando o instrumento abaixo:

QUEM SOU EU... COLABORADOR DA ILPI (nome da ILPI)

Para responder, leia as instruções:

- Todas as pessoas possuem características, sentimentos, habilidades para:

IMPORTAR E EXPORTAR

- Ninguém é autossuficiente a ponto de não precisar dos outros;
- Pensando assim, cite pelo menos 03 características suas que você considera muito importante e, que por isso mesmo, podem ser seu "produto de exportação";
- Em seguida, apresente pelo menos 03 características que na sua percepção você precisa "importar", pois ainda não tem o bastante.

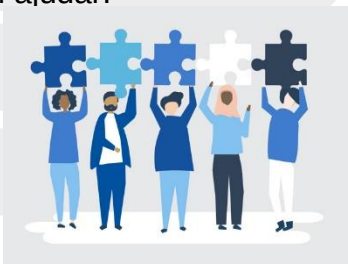
Pontos fortes: exportação
1.
2.
3.

Necessidade de importação
1.
2.
3.

11 Promover a integração dos serviços entre gestores, equipe, serviços gerais (administração, recepção, alimentação, limpeza e lavanderia), residentes, cuidadores e familiares.

12 Capacitar e desenvolver habilidades dos profissionais que constituem a equipe multidisciplinar e demais profissionais pertencentes à ILPI, para o trabalho em equipe e para uma visão integral do indivíduo idoso e de sua inserção social. Neste caso algumas ferramentas podem ajudar:

- Montar um quebra cabeça em grupo;
- Brincar de Escravos de Jó;



Fonte: Freepik.com

Fonte: https://www.mamalisa.com/?t=es&p=208

Estas duas atividades levam à reflexão da importância de cada um, do respeito ao limite do outro, da necessidade de ajudar o colega na busca de superar dificuldades. Para incrementar, você pode estabelecer tempo e pressionar para que a tarefa seja cumprida. Isto leva a pensar sobre os prazos, sobre a rotina corrida e sobre como lidamos com isso.

Outra sugestão é assistir aos vídeos “Lição de vida” ou “Árvore no caminho”, ambos disponíveis do YouTube.*

Embora acreditemos que os assuntos a serem desenvolvidos devam ser elencados pelos profissionais de cada serviço, sugerimos abaixo alguns temas que perpassam toda a prática em uma ILPI disponiveis neste manual:

- Direitos da pessoa idosa
  Veja o **Relatório Técnico I**
- Cuidados de longa duração
- Alimentação saudável
- Prevenção de quedas
- Ambiência
- Reabilitação cognitiva
- Demências
- POP
- Relações sociofamiliares
- Exercício Físico e Lazer
- Envelhecimento como uma etapa da vida
  Veja o **Relatório de Boas Práticas**
- Cuidados ao fim da vida
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- RDC/ANVISA NÚMERO 283/2005
- Violência contra a pessoa idosa
- Medicação
- Auto cuidado
- Preconceito contra a pessoa idosa e contra ILPI
- Autonomia e independência da pessoa idosa
- Cuidando do cuidador
  Veja **Cartilha Cuidando do Cuidador**

Acesso aos materiais: https://www.frentenacionalilpi.com.br/arquivos

Acesso aos filmes: https://www.youtube.com/watch?v=LnfzTR-Lljo (Lição de Vida)
https://www.youtube.com/watch?v=JZ8Q6cvu92s (Árvore no Caminho)

Para viabilizar os encontros, podemos solicitar que os profissionais da rede de saúde e de assistência social, o gestor/ Responsável Técnico e os técnicos da ILPI ou algum outro especialista na área de interesse sejam os facilitadores das discussões, naquele momento. Para motivar a participação dos colaboradores nos encontros, a ILPI deve organizar a escala de trabalho de modo que todos tenham a oportunidade de participar. Pode-se pensar em estratégias de valorizar essa participação: premiação, brindes, homenagens, etc. (FUENTES et al., 2014).

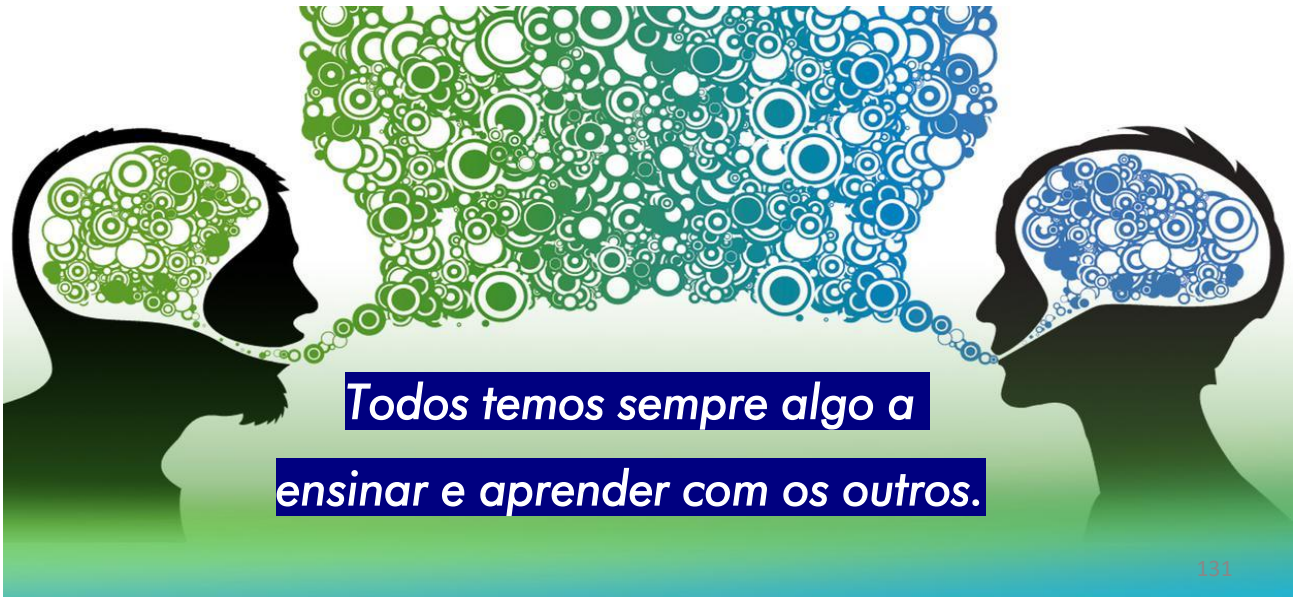
Ressaltamos ainda a importância de momentos de integração, conversas e realização de atividades conjuntas entre equipe, gestores, residentes, familiares e comunidade, para troca de experiências, expressão de sentimentos e aproximação, assim como atividades conjuntas com as famílias. Sugerimos ainda que os voluntários sejam incluídos nos momentos de discussão de temas relevantes para seu trabalho.

No cuidado gerontológico de qualidade, há uma regra de ouro: “Nada sobre nós, sem nós”. Isso significa: precisamos estimular a participação dos residentes neste processo. Afinal, eles são os maiores interessados no melhor cuidado e a satisfação deles funciona como um prêmio para o nosso trabalho bem feito (Ver Capítulo A Melhoria da Gestão em ILPI: uma demanda urgente).

Considerações Finais

Espera-se que o processo de Educação continuada funcione como fonte de conhecimento, mas também como ferramenta para o planejamento e a transformação das práticas no cuidado a(o) residente idoso(a) e aos seus familiares. Ele oferece aos profissionais capacitados a oportunidade de discussão de assuntos pertinentes à prática do trabalho em equipe e à abordagem familiar, procurando estimular uma visão ampliada e singular do envelhecimento, do indivíduo e do cuidado. O cuidado à pessoa idosa institucionalizada demanda troca de saberes, tornando o processo de educação permanente em Gerontologia essencial para a consolidação da saúde, a prevenção de agravos e a manutenção da maior autonomia e independência e, consequentemente, proporcionar liberdade, dignidade e cidadania à pessoa idosa residente. Por isso é tão importante favorecer a participação do(a) residente nestes momentos (Ver Capítulo A Melhoria da Gestão em ILPI: uma demanda urgente).

É de suma importância a participação de todos os envolvidos no processo educativo, a fim de que haja a contribuição de cada um nas demandas que possam surgir ao longo do tempo. Estreitar os vínculos profissionais e afetivos trará uma melhora na qualidade de vida de cada pessoa idosa residente, bem como daqueles à sua volta.



Referências Bibliográficas

BIZ, M. C. P.; MAIA, J. A. EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO À SAÚDE DE IDOSOS*. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 10, n. 2, 2007.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 283. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos** ANVISA, , 26 set. 2005.

DAMACENO, D. G. et al. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, 2019.

KALACHE, Alexandre. Prefácio. In: Pessoa, M. **É tempo de cuidar. Eles envelheceram e agora?** 1 ed.- Rio de Janeiro: Batel, 2017. p.9-12.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. DE M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 259–272, jun. 2015.

SILVA, H. S. DA et al. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, v. 34, n. 67, p. 283–296, fev. 2018.

8

Relações Sociofamiliares em ILPI

Marisa Accioly

Karla Marcelino

Cleofa Toniolo

Paula Chacon

Por que falar sobre relações sociofamiliares em ILPI?

A família sempre foi considerada a principal responsável pelo cuidado. Porém, a estrutura familiar mundial e brasileira vem se alterando drasticamente, passando de uma família numerosa (Figura 1) para o que chamamos de família nuclear com somente 1 ou 2 filhos. Além disso, a família tem passado por várias e profundas transformações, com mudanças no tipo e duração dos casamentos, entre outras (Figura 2).

Fig. 1 Família numerosa com vários filhos

Fig. 2 Eventos modificadores da estrutura familiar

Palavras-chave: Família; Relações Sociais; Rede de Suporte Social; Relações Sociofamiliares.

Além disso, a mulher vista como provedora do cuidado, também se colocou no mercado de trabalho. Assim, muitas vezes, as famílias não têm pessoas disponíveis ou preparadas para cuidar de pessoas idosas que demandam cuidados. O cuidador familiar cuida de modo intuitivo e improvisado, faltam recursos para lidar com cuidados mais complexos, e o Brasil não conta com uma Política Nacional de Cuidados de Longa Duração. Diante desse cenário, a institucionalização à pessoa idosa representa a melhor ou a única alternativa do cuidado.

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

A ILPI é um espaço de vida e, portanto, de relações sociais e familiares. Nele, será possível estabelecer novos contatos, mas também reforçar ou resgatar aqueles anteriormente construídos. O desafio para cada ILPI é se tornar de fato uma residência para cada pessoa idosa. Isso demandará conhecer e manter as relações sociofamiliares dos seus residentes ou até mesmo, em alguns casos, resgatar vínculos significativos frágeis ou que foram rompidos.

Falar em relações sociofamiliares é falar da história de cada residente, é trabalhar para que a instituição seja o espaço da vida, dos encontros, das construções e reconstruções. Afinal, cada um traz, além de sua bagagem de mão, a sua bagagem psicossocial, que deve ser conhecida, conectada, valorizada e respeitada, pois é fundamental para a qualidade de vida, principalmente, da pessoa idosa institucionalizada.

Mas afinal, o que é família?

Segundo Azevedo, F., em seu livro Arroz de Palma:

> *"família é prato difícil de preparar...é prato que emociona...é extremamente sensível. Tudo tem de ser muito bem pesado, muito bem medido. Família é à moda da casa e cada casa gosta de preparar sua família do seu jeito. Há famílias doces, salgadas, apimentadas, diet, fria, quente...O pior é que ainda tem gente que acredita na receita da família perfeita. Bobagem. Tudo ilusão." (Azevedo,2012-7-9).*

Dessa forma, não existe uma família ideal. O que existe é a família possível. Aquela que foi estabelecida, criada e recriada a partir das relações durante toda uma vida. Entendemos a família como "*um núcleo de pessoas que convivem em um determinado lugar em um determinado período de tempo - curto ou longo - e que estão unidas (ou não) por laços consanguíneos"*. (MIOTO, 1998).

É fundamental que a equipe da ILPI não julgue, mas acolha a família como quem precisa de ajuda.

Fonte da imagem: https://idosos.com.br/o-papel-da-familia-no-alzheimer

Sugestões durante o acolhimento de um(a) residente e de sua família

1. Procure um lugar tranquilo para receber a pessoa idosa e sua família;
2. Convide-os para conhecer o quarto;
3. Permita que a pessoa idosa, à sua maneira, organize seus pertences;
4. Apresente-a aos demais residentes;
5. Conheça a pessoa idosa quanto às suas crenças, seu modo de ser, suas vontades e gostos, proporcionando um atendimento personalizado; (Ver o Capítulo Cuidado Centrado da Pessoa)
6. Oriente com clareza o(a) novo(a) residente e a equipe de profissionais da ILPI;
7. Disponibilize-se para receber a família quando ela necessitar.

.

Como a equipe da ILPI pode ajudar a família a entender esse processo?

A ideia aqui é orientar a equipe a apoiar a família a se adaptar com a institucionalização de um dos membros (Figura 3).

Fig. 3 Orientações para favorecer a adaptação da família à institucionalização de um dos seus membros.

1º Passo: Escutar a família sobre

- As características da pessoa idosa;
- O relacionamento do familiar com a pessoa idosa;
- Possíveis conflitos familiares;
- Seus sentimentos e aflições diante da institucionalização;
- Algum sentimento de culpa;
- Aspectos financeiros relacionados à institucionalização.

2º Passo: Orientar a família quanto a possibilidades de

- Dificuldades de adaptação
- O que pode acontecer no horário de visita?
  - Não reconhecer os familiares;
  - Pedir para voltar para casa;
  - Acusar o visitante de furto;
  - Mostrar-se apático ou ausente.

3º Passo: Acompanhar

- Possíveis insatisfações que possam surgir;
- Os momentos de lazer entre idosos e familiares;
- A troca entre as famílias dos diferentes residentes durante a visita.

Lembre-se: a família da pessoa idosa também precisa de cuidados!

Outro passo fundamental é a equipe compreender que existem vários os tipos de família (Figura 4). Cada uma delas com características, sem, no entanto, haver uma família melhor que outra. Identificar o tipo de família do residente possibilita uma intervenção profissional mais acertada. Um(a) mesmo(a) residente poderá ter em sua rede sociofamiliar vários tipos de família. Compreender o tipo de família pode direcionar as intervenções adequadas a cada uma delas (Garcia Pintos, 1996).

Fig. 4 Principais tipos de família

Famílias abandonadoras

Por vezes trazem no seu histórico abandono.

Trabalhemos então o reencontro, não esperando algo que nunca ocorreu nas suas vidas.

Famílias distantes

Por vezes nos pedem auxílio - têm uma construção positiva de vínculos ao longo da vida, porém não dão conta de mais demandas.

Se dermos, portanto acolhimento, mostrando estratégias para o cuidado com a pessoa idosa sem onerar a família, a possibilidade de aproximação tende a ocorrer, pois a família sente-se também cuidada e acolhida

Famílias super protetoras

Esse perfil familiar é o mais difícil de ser orientado, pois a super proteção pode disfarçar tensões de amor e ódio intensas. Por exemplo: 'quando eu era mais jovem, era você (papai ou mamãe) quem mandava em mim. Agora sou eu quem dita as regras do viável e possível'.

Para elas recomendam-se orientações da equipe muito coesas, pois qualquer dificuldade que venha a ocorrer a família tende a culpabilizar quem cuida por agravos na atenção à pessoa idosa.

Famílias tipo clã ou tribal

Nesse tipo de vínculo os integrantes sentem-se amedrontados, aguardando sempre uma ordem a ser cumprida. Geralmente baseiam-se em relações hierarquizadas, rígidas, impostas ou propostas pelo mais velho do clã ou da tribo.

Sugerem-se orientações normativas e prescritivas para os integrantes, pois na origem da construção de papéis e funções, o que o chefe falava era seguido.

Institucionalizar não é abandonar… É um ato de amor pela vida e pela continuidade da vida!

E no dia a dia, como fazer?

O desafio é que a ILPI seja uma residência para cada um que ali reside. Para isso, acolha. Acolha tanto o(a) residente, quanto a sua família.

Lembre-se:

Família é aquela pessoa que é significativa para o(a) residente, havendo ou não laços sanguíneos entre eles.

Sugerimos promover:

- Encontros da pessoa idosa com a rede sociofamiliar e intergeracional.
    - Ligações telefônicas e por videochamadas entre o(a) residente e sua rede sociofamilair;
    - Horários de visita flexibilizados com privacidade para o(a) residente receber suas visitas;
- Participação do(a) residente nas decisões da instituição;
    - Horários flexíveis para as rotinas. Atitudes simples como essa, podem fazer com que a pessoa idosa se sinta valorizada e reconheça aquele espaço como seu;
    - Organização e comemoração de datas festivas;
    - Oficinas terapêuticas que vão ao encontro dos desejos da pessoa idosa, por exemplo: culinária, música, jardinagem, costura, pintura, elaboração de um jornal da ILPI,oficina de memória;
- Reuniões da equipe interprofissional com a família. Alinhe com a rede sociofamiliar a frequência e os horários dessas reuniões para que seja um serviço prestado pela ILPI. Estimule que os participantes escolham os temas a serem discutidos. Encontros mensais ou bimestrais são ótimas oportunidades para aproximar os familiares de um(a) residente com os familiares de outros, trocar experiências, diminuir o sentimento de culpa e o estranhamento entre a equipe de cuidados e os familiares;
- Momentos para o exercício de sua espiritualidade quando o(a) residente desejar;
- Atividades extra muros com os(as) residentes, a comunidade, os amigos e os familiares, quando as condições sanitárias permitirem.

Como avaliar e monitorar estas propostas?

A implementação de atividades que favorecem a inclusão da rede sociofamiliar na ILPI depende diretamente da decisão e do envolvimento da gestão. Essa inserção contribui para uma melhor convivência do(a) residente com a equipe profissional e com demais residentes. O monitoramento das propostas se dará pela medida do(a):

Participação do(a) residente na elaboração das atividades que possam ser ofertadas pela instituição;

- Elaboração e acompanhamento de um plano terapêutico singular dos(as) residentes; (Ver o Capítulo Cuidado Centrado da Pessoa)
- Avaliação do quadro funcional, cognitivo e de humor de cada residente;
- Desenvolvimento de novas habilidades;
- Resgate e/ou manutenção dos vínculos afetivos;
- Adesão da rede sociofamiliar às atividades propostas.

Projeto Terapêutico Singular do Ministério da Saúde (MS) adaptado para a ILPI:
É um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos na vida da pessoa idosa, propondo uma estratégia de intervenção, pactuada com o(a) residente, os profissionais e a rede sociofamiliar. Este plano integra as questões biopsicossociais do envelhecimento (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, pg 127).
Links: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf

Para conhecer mais acesse instrumentos de avaliação sociofamiliar
https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/familia-rede-de-suporte-social-e-idosos-instrumentos-de-avaliacao-1608/ciencias-da-saude-115
https://www.gesuas.com.br/blog/pia-plano-individual-de-atendimento/
file:///C:/Users/karla%20Marcelino/Downloads/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf

Considerações Finais

Trabalhar em uma ILPI exige de cada profissional rever seus conceitos sobre velhice, família e institucionalização. Essa exigência se deve em função do imaginário social quanto ao espaço institucional. Espaço esse carregado de estigmas, preconceitos, medos e culpa.

É muito comum o familiar dizer aos profissionais da ILPI: *"eu estou trazendo meu pai aqui, mas não é porque estou abandonando ele"*.

Essa fala soa como um possível sentimento de culpa ou preocupação quanto ao que vão pensar dele por ter institucionalizado seu pai ou outro ente querido. Para a pessoa idosa pode soar como o medo de ser abandonada e desrespeitada. Afinal, ela está em um espaço desconhecido ou muito conhecido por preconceitos e por um imaginário social muito negativo.

É preciso que a gestão e toda a equipe da ILPI reconheça que ali é um lugar de residência da pessoa idosa, então, é fundamental buscar sempre conhecer, compreender e valorizar as histórias construídas pela pessoa idosa. Isso significa respeitar sua existência, seu modo de ser.

Ajude a rede sociofamiliar de cada residente a:

- Frequentar este espaço sem culpa;
- Aproveitar os momentos juntos;
- Expressar suas insatisfações e sugestões em reuniões de alinhamento e partilha.

Institucionalizar alguém em um local que cuida bem, favorece o bem estar da pessoa idosa e do seu núcleo familiar. Assim que as condições sanitárias permitirem, (re)abra suas portas para a comunidade e deixe a vida e a esperança entrar em cada cantinho da sua ILPI. Você faz muita diferença neste mundo!

Referências Bibliográficas

ALCÂNTARA, AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea; 2004.

AZEVEDO, F. O arroz de palma. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012. p.7-9

BRASIL. Estatuto do idoso: Lei Federal no 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004

DUARTE, Y A.; ACCIOLY, MD. Rede e Suporte Social e Envelhecimento: instrumentos de avaliação. São Paulo: Blucher, 2020.

GARCIA PINTOS, C. A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas, 1997.

GAWANDE, A. Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: ed. Objetiva, 2015

LESSING, D. O diário de uma boa vizinha.São Paulo: ed Record, 1984.

MIOTO, R. C. T. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**, n. 2, p. 20–26, 1 jan. 1998.

OLIVEIRA, J. M. DE; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 773–779, out. 2014.

http://3.bp.blogspot.com/-eQ11yj3wUco/Uk4IgpXh1vI/AAAAAAAAAAg/3fCcRf-I_8E/s1600/familia_antiga3.jpg

9

Controle de Infecção em ILPI

Paulo Villas Boas

Carolina Toniolo

Virgílio Moreira

Por que falar em Controle de Infecção em ILPI?

As infecções são causa primária de 1/3 das mortes de pessoas idosas e também contribuem para o óbito por outras causas. Até 10% dos(as) residentes de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) desenvolvem alguma infecção no decorrer de um mês. Ao longo de um ano, ocorre uma média de uma infecção por residente por ano.

Nas ILPI, alguns fatores favorecem a ocorrência de infecções entre os(as) residentes (Richards 2006; D'Adamo, Yoshikawa, e Ouslander 2020) e estão apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Principais fatores que favorecem a ocorrência de infecções entre residentes de ILPI.

Fatores individuais ligados às características dos próprios residentes

- Idade avançada
- portadores de condições que podem levar à diminuição da resposta imunológica, tais como:
  - desnutrição,
  - múltiplas doenças crônicas com distúrbio cognitivo e/ou incapacidade funcional,
  - polifarmácia, incontinência fecal ou urinária e
  - uso de dispositivos invasivos como cateteres urinários e sondas nasogástricas.

Fatores institucionais que aumentam o risco de transmissão de infecção entre os residentes

- Contato próximo
  - com profissionais pela necessidade de auxílio do cuidado
  - com outros residentes devido às atividades em grupo (refeições, terapia física e recreacional) ou
- Instalações com pouca ventilação
- Limpeza inapropriada dos alimentos, dos objetos, dos ambientes.

Palavras-chave: Infecções; Prevenção; Controle de Infecções.

Como fazemos o diagnóstico de infecção na ILPI?

Yoshikawa TT & Norman DC, 2017

O diagnóstico do processo infeccioso nas ILPI é frequentemente dificultado pelas condições dos(as) residentes, pelas características das instituições, pela imprecisão na definição dos critérios das infecções neste cenário e pela dificuldade na realização de exames complementares (Yoshikawa TT & Norman DC, 2017).

Manifestações clínicas de infecção em pessoas idosas institucionalizadas

Nas pessoas idosas, as manifestações de muitas doenças, inclusive as infecções, costumam ser atípicas, ou seja, fora do padrão habitual. Nos jovens, os indícios clínicos de uma infecção podem incluir febre e outros sinais inflamatórios ou clínicos característicos (p. ex., vermelhidão e pus em conjuntivites bacterianas; aumento da temperatura, da vermelhidão e secreção em lesões por pressão infectadas; tosse e expectoração na infecção respiratória). Porém, esses achados nas pessoas idosas, principalmente residentes de ILPI, podem estar ausentes ou serem muito sutis.

As manifestações mais frequentes entre os(as) residentes podem ser alteração na função cognitiva ou mental e declínio na capacidade funcional, das condições físicas ou descompensação de doença que seja portador (como diabetes mellitus ou insuficiência cardíaca). Neste contexto, as manifestações como um novo quadro ou aumento da confusão, aparecimento de incontinência urinária, queda, piora da mobilidade ou falta de cooperação com a reabilitação, podem ocorrer em 77% dos episódios de infecção.

Temperatura

Recomenda-se medir a temperatura basal do(a) residente à sua admissão ou em um momento em que ele(a) não esteja apresentando nenhum quadro infeccioso.

Em adultos, o valor médio estabelecido como indicativo de febre é 37,7°C. Uma única temperatura de 37,8°C, mensurada por tomada oral ou retal, foi capaz de predizer infecção em 70% dos casos. Em residentes de ILPI, uma única leitura desta temperatura também é considerada um preditor sensível e específico da infecção. Porém, pessoas idosas frágeis podem ter temperatura basal mais baixa, por isso o critério de temperatura indicativo de uma possível infecção nesta população seria o aumento da sua temperatura de pelo menos 1,1°C em relação à temperatura basal do(a) residente. Se a temperatura basal do(a) residente for de 35º, uma temperatura de 36,1º já seria indicativa de febre em uma pessoa idosa frágil.

Quais são as infecções mais frequentes na ILPI? E como fazer o diagnóstico?

Mesmo na ausência de febre, deve-se suspeitar de infecção sempre que um(a) residente apresentar alteração na sua função cognitiva ou mental, declínio das condições físicas ou funcionais, piora da colaboração para realizar as atividades de vida diária, confusão, incontinência, queda, piora da mobilidade e do equilíbrio, falta de cooperação com a reabilitação e em situações que costumamos chamar de piora do estado geral, e tais condições não se justificam por outra condição clínica.

As infecções mais frequentes em ILPI estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Principais infecções observadas em residentes de ILPI.

1) Infecção do trato urinário

É a infecção mais frequente em ILPI, sendo causa importante de bacteremia (presença de bactéria no sangue) e de prescrição de antimicrobianos. Sinais e sintomas de infecção do trato urinário (ITU), como urina com mau cheiro, não são frequentes, tendo sido observados em 50% dos casos, enquanto a febre, em menos de 30%.

Ela afeta mais mulheres, estando associada a deficiência de estrógenos por causa do climatério. Em homens, associa-se a problemas de próstata que dificultam o esvaziamento completo da bexiga. Em ambos os sexos, pode acontecer em razão de anormalidades geniturinárias, instrumentação do trato urinário (sondagem), déficit cognitivo, incapacidade funcional.

É muito importante diferenciar duas situações muito frequentes: a bacteriúria assintomática (BA) e a infecção do trato urinário (ITU) em pacientes com déficit cognitivo e/ou incontinentes. (Ver adiante “Critérios diagnósticos de infecção em hospitais ou instituições de longa permanência”).

1) Bacteriúria assintomática ou Infecção do Trato Urinário?

- **Bacteriúria assintomática**

Diagnóstico: presença de bactéria na urina, sem sintomas de infecção urinária. É relativamente comum em pessoas idosas. Os critérios diagnósticos podem ser vistos na Figura 3.

Critérios Diagnósticos de Bacteriúria Assintomática
• **Em mulheres:** duas amostras consecutivas de cultura de urina com crescimento do mesmo agente bacteriano em contagens quantitativas > 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC) por mℓ; • **Em homens:** uma única amostra de urocultura com uma espécie bacteriana isolada em contagens quantitativas > 100.000 UFC/mℓ; • **Em pessoas que usam sonda vesical de demora (SVD):** uma única amostra de urina cateterizada com única espécie bacteriana isolada em contagens quantitativas ≥ 100.000 UFC/mℓ.

ATENÇÃO! Não se recomenda fazer exames de rotina nem tratar bacteriúria assintomática em pessoas sem sintomas de ITU.

Apenas em duas situações isso deve ser considerado: (1) antes da ressecção transuretral da próstata e (2) antes de procedimentos urológicos em que o sangramento da mucosa é previsto.

Tratamento da BA: não se justifica porque não mostraram benefícios na morbidade, mortalidade e incontinência urinária crônica.

Prevenção da BA: aumentar a hidratação e a deambulação; ingerir suco de cranberry; utilizar terapia em mulheres com estrógeno intravaginal pós-ITU; retirar a sonda vesical de demora (SVD).

- **Infecção do trato urinário**

Diagnóstico: O diagnóstico é confirmado com um resultado de cultura de urina ≥ 100.000 UFC/mℓ associado a sintomas do trato geniturinário.

Portanto, **o primeiro passo é verificar a presença de sintomas e realizar uma cultura de urina coletada de forma adequada.** Quando o(a) residente tem a cognição preservada e consegue relatar sintomas, o diagnóstico é realizado com certa facilidade.

- **Infecção do trato urinário (cont.)**

Diagnóstico: Entre os(as) residentes com déficit cognitivo, a distinção entre BA e ITU muitas vezes é problemática, pois várias doenças podem apresentar sintomas semelhantes aos da ITU e ou o(a) residente ser incapaz de informar. Além disso, pessoas idosas com ITU podem ter sintomas pouco claros, como mal-estar, perda de apetite, dificuldade em adormecer ou em permanecer adormecidos(as), fadiga ou fraqueza. Nesse caso, para o diagnóstico é necessária a confirmação laboratorial de ITU com bacteriúria significativa na cultura de urina e piúria (>10 leucócitos ou piócitos por campo no exame de urina rotina ou tipo 1).

Tratamento: Os critérios mínimos para iniciar antibióticos variam, de acordo com uso ou não de SVD. Para os residentes que:

- **Não utilizam SVD:** apresentar desconforto ou dor ao urinar aguda isolada ou febre (> 37,9°C ou aumento de 1,5°C da temperatura basal) e pelo menos uma das seguintes opções:
  - agravamento da urgência para urinar;
  - aumento da frequência de idas ao banheiro;
  - dor suprapúbica (no baixo ventre);
  - hematúria macroscópica (sangue vivo na urina);
  - hipersensibilidade ou dor no ângulo costovertebral ou
  - incontinência urinária;
- **Usam SVD:** apresentar pelo menos um dos seguintes:
  - febre: > 37,9°C ou aumento de 1,5°C da temperatura basal;
  - dor nova ou sensibilidade do ângulo costovertebral;
  - arrepios (calafrios) com ou sem causa identificada ou
  - novo início de delírio.

(Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidados com o uso de Fraldas)

2) Pneumonia

Esta é a segunda causa mais comum de infecção em ILPI.

Diagnóstico: Em idosos institucionalizados, a apresentação clínica muitas vezes é diferente. Pode não haver tosse, febre e estertoração (ruídos do pulmão). Por outro lado, um sintoma mais importante pode ser o aumento da confusão mental e da frequência respiratória maior que 25 incursões por minuto (ipm) que podem preceder de 3 a 4 dias o surgimento dos outros sinais.

Uma frequência respiratória > 30 ipm correlaciona-se com a gravidade e o risco de óbito.

2) Pneumonia

Diagnóstico: Na avaliação do(a) residente com suspeita de pneumonia recomenda-se, sempre que possível:

- avaliar saturação de oxigênio pela oximetria;
- realizar um raio-X (RX) de tórax nas incidências póstero-anterior e perfil (PA e P) para todos(as) os(as) residentes com suspeita de pneumonia. Porém, essa orientação depende da disponibilidade na localidade.

Tratamento: Não se deve aguardar a realização de exame para iniciar o tratamento.

Para apoiar a decisão sobre o local de tratamento deve ser aplicado o índice CRP-65, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Índice CRP – 65 *

Critério	**Ponto**
C – Confusão mental	
R – Frequência respiratória ≥30 incursões/min	
P – Hipotensão arterial: PAS <90 mmHg ou PAD ≤60 mmHg	
Idade ≥**65** anos	

Para cada um dos critérios presentes se dá 1 ponto. Quando o residente pontuar um ponto ou mais é indicado tratamento hospitalar.

3) Gastrenterite

Diagnóstico: Gastrenterite e diarreia são as infecções gastrintestinais (IGI) mais comumente encontradas em residentes de ILPI. Diarreia é definida como a presença 3 evacuações com fezes aquosas ou não formadas em 24 horas. Em ILPI suas causas podem ser bacteriana, viral ou parasitária. A infecção do intestino delgado ou gastrenterite costuma ter pouca dor abdominal e grande volume de fezes. Os agentes etiológicos mais frequentes são *Giardia lamblia, Cryptosporidium, Cyclospora sp*. e norovírus.

Nas infecções do intestino grosso costuma haver dor abdominal baixa e retal, fezes com sangue, pus ou muco. Há leucócitos (células de pus) nas fezes. Os agentes mais frequentes são: *C. difficile, Enterohemorrhagic toxigenic, E. coli, Shigella sp., Salmonella sp., Campylobacter sp., Yersinia sp. e Entamoeba histolytica.*

Gastrenterite viral, salmonelose e intoxicação por *Clostridium perfringens* podem causar surtos de diarreia em ILPI. Outra causa frequente de diarreia em ILPI é aquela associada ao uso de antimicrobiano.

Critérios diagnósticos de infecção em ILPI segundo McGeer et al. (1991)

CRITÉRIOS CONSTITUCIONAIS:

- FEBRE: pela medida de temperatura oral isolada > 37,8°C ou temperaturas orais repetidas > 37,2°C ou temperaturas retais > 37,5°C ou temperatura única > 1,1°C acima da basal de qualquer local (oral, timpânica, axilar);

- LEUCOCITOSE: > 14.000 leuc/mm3 ou desvio à esquerda (> 6% ou ≥ 1.500 bastão/mm3);

- MUDANÇA AGUDA NO ESTADO MENTAL BASAL: Início agudo; oscilação de humor; desatenção; pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência;

-DECLÍNIO FUNCIONAL AGUDO: piora da funcionalidade segundo Índice de Katz (transferência, ter continência, realizar higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se).

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

EM RESIDENTES SEM SONDA VESICAL DE DEMORA

Critério 1: os itens 1 e 2 devem estar presentes.

Item 1. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Disúria aguda ou dor aguda, inchaço ou sensibilidade dos testículos, epidídimo ou da próstata

- Febre ou leucocitose e pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas associados ao trato urinário: dor ou sensibilidade aguda no ângulo costovertebral, dor suprapúbica, hematúria macroscópica, início ou piora da incontinência urinária, início ou piora da urgência miccional, início ou piora do aumento do número de micções;

- Na ausência de febre ou leucocitose, pelo menos 2 dos seguintes sinais e sintomas associados ao trato urinário: dor suprapúbica, hematúria macroscópica, início ou piora da incontinência urinária, início ou piora da urgência miccional, início ou piora da frequência de micções.

Item 2. Um dos seguintes achados microbiológicos

- Pelo menos 100.000 UFC/mℓ de não mais de 2 espécies de microrganismos em uma amostra de urina de jato médio;

- Pelo menos 100 UFC/mℓ de qualquer número de microrganismos em amostra coletada por catéter vesical.

EM RESIDENTES COM SONDA VESICAL DE DEMORA

Critério 2: os itens 1 e 2 devem estar presentes.

Item 1. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Febre, tremores, hipotensão, sem outro foco de infecção;

- Qualquer alteração aguda do estado mental ou declínio funcional agudo, sem diagnóstico alternativo E leucocitose;

- Dor OU sensibilidade em flanco OU em região suprapúbica de início agudo;

- Secreção purulenta ao redor do cateter OU dor, inchaço ou sensibilidade dos testículos, epidídimo ou da próstata de início agudo.

Item 2. Urocultura com pelo menos 100.000 UFC/mℓ de qualquer microrganismo

Critérios diagnósticos de infecção em ILPI segundo McGeer et al. (1991)

PNEUMONIA
Todos os listados devem estar presentes **- Pelo menos uma das seguintes alterações respiratórias: tosse de início recente ou piora da tosse; expectoração ou piora de expectoração crônica; dor torácica de tipo pleurítico; ausculta respiratória alterada ou com piora recente (estertores, roncos, sibilos ou broncofonia); aumento da frequência respiratória (≥ 25 por minuto); saturação de O2 < 94% em ar ambiente ou uma redução de saturação basal de O2 > 3%;** **- Raios X de tórax demonstrando pneumonia ou presença de novo infiltrado pulmonar.** **- Pelo menos um critério constitucional.**
GASTRENTERITE
Critério 1: diarreia – 3 ou mais evacuações líquidas ou fezes pastosas acima do normal para o paciente dentro de um período de 24 h. **Critério 2: vômitos – 2 ou mais episódios em um período de 24 h.** **Critério 3: Amostra de fezes positiva para um enteropatógeno.** **E pelo menos um dos seguintes: náuseas, vômitos, dor ou sensibilidade abdominal, diarreia.**
INFECÇÃO TEGUMENTAR
CELULITE/PARTES MOLES/ INFECÇÕES PROFUNDAS, LESÃO POR PRESSÃO INFECTADA. (Ver Capítulo Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele) **Pelo menos um dos itens presentes:** **Secreção purulenta em ferida, pele ou partes moles OU achado ou piora de pelo menos 4 dos seguintes sinais: calor no local afetado; vermelhidão no local afetado; edema (inchaço) no local afetado; sensibilidade ou dor no local afetado; drenagem de secreção serosa do local afetado; um critério constitucional.** **INFECÇÃO FÚNGICA** **Devem estar presentes: Erupção característica OU lesões e diagnóstico médico OU confirmação laboratorial de raspagem ou biópsia.** **HERPES SIMPLES E HERPES-ZÓSTER** **Devem estar presentes: Erupção vesicular (bolhas) e diagnóstico médico ou confirmação laboratorial** **ESCABIOSE (sarna)** **Devem estar presentes: Erupção maculopapular ("carocinho") E/OU prurido (coceira) E pelo menos um dos seguintes: diagnóstico médico; confirmação laboratorial (raspagem ou biópsia).**

INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO, MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES

(Villas Boas et al, 2016)

O controle e a prevenção de infecções visam:

- diminuir o adoecimento e a mortalidade atribuíveis a infecções, mantendo o estado funcional dos(as) residentes;
- prevenir e controlar surtos;
- prevenir a infecção nos trabalhadores;
- limitar os custos atribuíveis a infecções e o uso de antimicrobianos (Chami et al., 2011).

TODA ILPI DEVE TER UM PROTOCOLO REFERENTE ÀS PRECAUÇÕES RECOMENDADAS.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

a) ENTRE OS(AS) RESIDENTES: à admissão deve ser obtida história clínica completa, incluindo a revisão da história de vacinação e realizado exame físico.

A verificação do estado vacinal do residente à admissão (vacinas contra influenza, pneumocócica e contra tétano-difteria e contra-Covid-19) é fundamental.

Para todos(as) residentes se recomenda o seguimento correto das vacinas conforme preconizado pelo Plano Nacional de Imunização e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

b) ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: deve ser avaliada a situação vacinal no início do emprego. A vacinação anual contra influenza é, particularmente, importante.

O treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais para o controle eficaz de infecções nas ILPI (higienização das mãos, modos de transmissão da infecção, avaliação dos(as) residentes quanto à infecção e limpeza do ambiente.

c) ENTRE OS VISITANTES E VOLUNTÁRIOS: avaliar o estado de saúde antes da entrada na instituição, higienização das mãos, uso de equipamento de proteção individual quando recomendado e movimentação limitada dentro das instalações. Quando com sintomas respiratórios deve-se proibir a entrada na ILPI.

(Villas Boas et al, 2016)

PRECAUÇÕES

Medidas de precauções como desinfecção e esterilização de materiais devem seguir as mesmas regras hospitalares, bem como a higienização do ambiente.

As precauções padrão devem ser aplicadas a todos(as) os(as) residentes da ILPI.

Precauções de contato: indicadas para os(as) moradores(as) com infecção ativa e totalmente dependentes de cuidados para atividades diárias ou cujas secreções ou drenagens não podem ser controladas.

Precauções adicionais por gotículas e aerossóis: devem ser realizadas no cuidado de todo(a) residente, quando houver indicação.

MONITORAMENTO DE INFECÇÃO NA ILPI

Recomenda-se o monitoramento mensal das seguintes infecções nas ILPI:

- **Infecção do trato urinário:** número de casos novos de ITU diagnosticados no período avaliado;
- **Pneumonia:** número de casos novos de pneumonia diagnosticados no período avaliado;
- **Gastroenterite:** número de casos novos de gastrenterite diagnosticados no período avaliado;
- **Infecção tegumentar (IPP):** número de casos novos de IPP diagnosticados no período avaliado.

Como denominador da taxa se utiliza a somatória do número de residentes-dia no período.

Um exemplo de taxa de incidência de infecção calculada seria:

Incidência de ITU no mês de janeiro/2021 =

Número de casos novos de ITU diagnosticados entre 1º e 31/janeiro

Número de residentes-dia que estavam presentes na ILPI neste período

Considerações Finais

- O controle das infecções na ILPI é um critério de melhor cuidado dos residentes. Nas pessoas idosas, as infecções são causas primárias de 1/3 das mortes e também contribuem para o óbito por outras causas. Entre idosos residentes em ILPI, as infecções mais frequentes são: infecção do trato urinário (ITU), pneumonia, gastroenterite e infecção de pele e partes moles.
- A prevenção da infecção na ILPI é interesse de todos e deve ser realizada pelos(as) residentes, profissionais da área de saúde e visitantes. Toda ILPI deve ter protocolo referente às precauções recomendadas, registro da ocorrência de infecções e, mensalmente, as infecções devem ser monitoradas. Os objetivos deste controle e prevenção de infecções são:
    - Diminuir a morbimortalidade atribuível a infecções, mantendo o estado funcional dos(das) residentes;
    - Prevenir e controlar surtos;
    - Prevenir a infecção nos trabalhadores;
    - Limitar os custos atribuíveis a infecções e o uso de antimicrobianos
- Além disso, todo(a) residente e profissional de saúde deve ser vacinado(a) de acordo com as vacinas preconizadas pelo Plano Nacional de Imunização e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Em pessoas idosas, as manifestações das infecções e das doenças costumam ser atípicas, principalmente nos(as) residentes de ILPI. Podem ser observadas alteração na função cognitiva ou mental e declínio das condições físicas ou funcionais. Importante considerar que o critério de temperatura indicativo de uma possível infecção seria o aumento da temperatura de pelo menos 1,1°C em relação à temperatura basal do(da) residente. Por outro lado, a presença de bactéria na urina pode não ser infecção, mas uma bacteriúria assintomática. Não se recomenda fazer exames de rotina nem tratar bacteriúria assintomática em pessoas sem sintomas de ITU.

Referências Bibliográficas

D'ADAMO, H.; YOSHIKAWA, T.; OUSLANDER, J. G. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-term Care: The ABCDs of COVID-19: COVID-19 in Geriatrics and Long-Term Care. **Journal of the American Geriatrics Society**, 25 mar. 2020.

HAMI, K. et al. Guidelines for infection control in nursing homes: a Delphi consensus web-based survey. **The Journal of Hospital Infection**, v. 79, n. 1, p. 75–89, set. 2011.

MCGEER, A. et al. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. **American Journal of Infection Control**, v. 19, n. 1, p. 1–7, fev. 1991

RICHARDS, C. L. Preventing antimicrobial-resistant bacterial infections among older adults in long-term care facilities. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 7, n. 3 Suppl, p. S89-96, 88, mar. 2006.

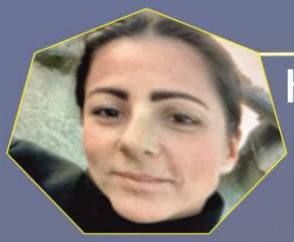
VILLAS BOAS, P. J. F. et al. Recomendações para prevenção e controle de infecções por CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) em Instituições de Longa de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). **Geriatric, Gerontology and Aging**, v. 14, p. 134–7, 2020.

VILLAS BOAS, P. J. F. et al. Infecção em Instituição de Longa Permanência. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elizabete Vianna de Freitas & Milton Gorzoni, 2016. p. 535–542.

YOSHIKAWA, T. T.; NORMAN, D. C. Geriatric Infectious Diseases: Current Concepts on Diagnosis and Management. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 3, p. 631–641, mar. 2017

10

Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele



Karina di Piero

Juliana Girondi

Alcione Abreu

Beatrice Carvalho

Por que falar de lesão por pressão em pessoas idosas institucionalizadas em ILPI?

Em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), a lesão por pressão (LP) funciona como um indicador da segurança e da qualidade da assistência em saúde. De fato, a LP é um problema de saúde pública de âmbito mundial. No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente, em seu documento de referência - o Programa Nacional de Segurança do Paciente - estabelece quatro eixos fundamentais: a) o estímulo a uma prática assistencial segura; b) o envolvimento do cidadão na sua segurança; c) a inclusão do tema no ensino; e d) o incremento de pesquisa sobre o tema.

A cultura de segurança do paciente, no caso da ILPI, aplica-se à segurança do(a) residente e é um elemento que perpassa todos esses eixos. Não por acaso a Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS, adaptado para a ILPI, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Elementos que favorecem a cultura de segurança ao(a) residente.

Cultura de segurança ao residente
• Todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. • Prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais. • Encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança. • Promove o aprendizado organizacional, a partir da ocorrência de incidentes. • Proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A prevenção das LP é uma medida sanitária prioritária para redução de complicações relacionadas à quebra da integridade da pele, como infecção cutânea, osteomielite e sepse – todas condições de alta taxas de morbi mortalidade na pessoa idosa, especialmente quando se trata de pessoas acamadas, cadeirantes e com dependência total de cuidados em saúde. Por isso todos os profissionais de saúde devem incluir a avaliação diária da pele da pessoa idosa em suas rotinas, visando identificar riscos e lesões elementares que determinem a necessidade de intervenções sistematizadas, integralizadas e individualizadas no manejo dessas lesões.

Palavras-chave: Lesão por pressão; Pessoa Idosa; Prevenção e Tratamento.

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

É preciso compreender algumas condições relacionadas à pele da pessoa idosa para que possamos apreender a importância do cuidado para com o maior órgão do corpo humano, como já destacamos anteriormente. No entanto, o desenvolvimento de uma visão mais holística em relação à particularidade de cada residente (Ver o Capítulo sobre o Cuidado Centrado da Pessoa), pode nos trazer alguns parâmetros que são essenciais nesse cuidar.

O(a) residente idoso(a) possui a pele mais fina, mais frágil, mais ressecada e menos elástica (pela diminuição de colágeno e elastina). Além disso, há diminuição da produção do suor e da vitalidade da pele. Também aparecem manchas senis (amarronzadas), as veias ficam mais frágeis e aumenta a chance de pequenos traumas e sangramentos, com queda de pelos (SUFFREDIN, 2014; SANTOS et al. 2016). Todas essas condições, predispõem a lesões induzidas por fatores externos como pressão, cisalhamento - quando acontece o atrito, a fricção ou alguma resistência entre a pele do(a) residente e o local onde ele(a) está sentado(a) ou deitado(a) - e umidade.

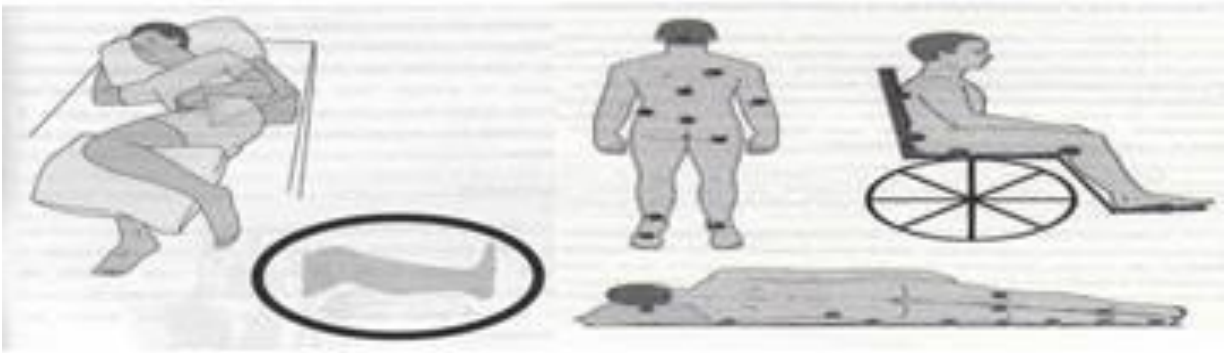
Há que se considerar as várias condições e doenças associadas que influenciam o desenvolvimento de LP entre pessoas idosas, como por exemplo:

- a redução do reflexo da sede o que aumenta o risco de desidratação, e diminui ainda mais a elasticidade da pele, tornando-a ainda mais frágil (FERREIRA *et al.*,2016);
- a ingestão de medicamentos que podem interferir na circulação da pele;
- a presença de incontinências (fecal e urinária) que deixam a pele mais úmida, alcalinizada e consequentemente, mais suscetível a infecções;
- a desnutrição que reduz a imunidade, dificulta a cicatrização e pode agravar ou induzir uma anemia, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de LP (PERES, 2014).

A incidência de LP aumenta consideravelmente conforme a condição clínica do(a) residente, seu contexto social, as formas de cuidado e o acesso aos atendimentos em saúde, quando necessários.

O desenvolvimento da LP, no contexto da ILPI, está relacionado à redução da mobilidade, da atividade e da capacidade da pessoa de modificar sua posição no leito ou na cadeira; também em razão de fatores ligados à condição de saúde e funcional do(a) residente (Ver Capítulo do Cuidado Centrado na Pessoa), além do risco maior em razão do aumento da idade, da desnutrição e de alterações da circulação quando a pessoa fica muito tempo na mesma posição (ver Figura 1) (DOMANNSKY & BORGES, 2014). Ao final deste capítulo, apresentaremos alguns casos práticos.

Figura 1 - Zonas de maior risco para aparecimento de lesões de pressão.



Nesse sentido, há várias ações e cuidados que devem ser implementados para prevenir a ocorrência deste evento, com base no conhecimento e na aplicação de medidas de cuidado relativamente simples e plausíveis de serem institucionalizadas. Essas recomendações devem ser aplicadas a todas as pessoas idosas vulneráveis e ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado. Atenção: a prevenção da LP deve ser uma meta de segurança do(a) residente e responsabilidade da equipe de saúde. Lesões consideradas como Graus 3 e 4 devem ser notificadas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, sendo consideradas um tipo de evento adverso grave que nunca deveria acontecer (os chamados *Never Events*) .

PACIENTE SEGURO

Além disso, são recomendadas intervenções conforme níveis de evidência científica (DOMANNSKY & BORGES, 2014):

Nível de Evidência A (Alta).

- Oferecer suplementos nutricionais (por via oral ou outra) com alto teor proteico.
- Utilizar o reposicionamento para reduzir a duração e a intensidade da pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo.
- Avaliar a frequência de reposicionamento: cada 4 horas sobre colchão de espuma viscoelástica e a cada 2 a 3 horas sobre colchão comum, não específico.

Nível de Evidência B (Moderada)

- Não massagear proeminências ósseas e/ou áreas hiperemiadas.
- Usar hidratante pelo menos 1 vez ao dia, principalmente após o banho em movimentos circulares e suaves.
- Restringir o tempo que o(a) residente permanece sentado(a) na cadeira sem alívio de pressão.

Nível de Evidência C (Baixa)

- Reconhecer e tratar imediatamente condições que aumentam a umidade da pele como, por exemplo, incontinências, suor e presença de secreções (a ferida fica sempre úmida ou molhada). Usar dispositivos coletores (drenos, curativos absorventes) ou produtos de barreiras (cremes protetores da pele).
- Higienizar a pele prontamente após cada evacuação com solução limpadora com dimeticona, evitando esfregar com força a pele.
- Usar absorvente ou fraldas em residentes com incontinência.
- Estabelecer programa de estimular ou levar o(a) residente com incontinência fecal ou urinária ao banheiro, tentando evitar episódios de incontinência.
- Utilizar dispositivos auxiliares para reposicionamento (como por exemplo, um lençol traçado) e transferência dos (as) residentes para reduzir fricção (atrito) e cisalhamento, por isso a pessoa idosa deve ser elevada e não arrastada durante o reposicionamento.
- Evitar elevar a cabeceira acima de 30º quando a pessoa estiver em decúbito dorsal (de barriga para cima).
- Colocar os pés do(a) residente sobre banco ou apoio para pés quando eles não alcançarem o chão na posição sentada, impedindo que ele(a) deslize.

E no dia a dia, como fazer?

No dia a dia, de modo geral, essas recomendações se baseiam em **identificação de pessoas idosas de risco** (mediante o uso de escalas preditivas de avaliação) e i**mplantação de estratégias de prevenção**.

A identificação de pessoas idosas de risco baseia-se na avaliação constante da pele, por inspeção e palpação (avaliar vermelhidão) e na avaliação dos riscos, mediante a utilização de escalas preditivas. Ver os casos discutidos ao final do capítulo.

A escala de Braden é a mais utilizada mundialmente e no Brasil já está validada desde 1999, sendo utilizada em várias instituições de saúde (ROGENSKI &, KURCGANT, 2012; SERPA et al, 2011). Ela avalia fatores preponderantes e que nortearão o cuidado, mantendo o foco avaliativo em: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo e; d) estado nutricional (incluindo desidratação). Uma versão resumida da Escala de Braden está apresentada na Figura 1 e sua versão completa na Figura 2, sendo a interpretação do resultado colocada abaixo.

		PONTUAÇÃO				Total
		1	2	3	4	
FATORES DE RISCO	Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado	
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações	
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-	

A interpretação do escore obtido auxiliará na condução de cada caso.

Classificação de risco	Escore ou pontuação obtida
Risco baixo	15 a 18
Risco moderado	13 a 14
Risco elevado	10 a 12
Risco muito elevado	9 ou menos

Figura 2 - Escala de Braden com os esclarecimentos sobre as categorias.

Nome do paciente:_____		Nome do avaliador:_____		Data da avaliação:		
PERCEPÇAO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	**1. Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**2. Muito limitado:** Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	**3. Levemente limitado:** Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	**4. Nenhuma limitação:** Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.		
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	**1. Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	**2. Muito molhada:** A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	**3. Ocasionalmente molhada:** A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	**4. Raramente molhada:** A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.		
ATIVIDADE Grau de atividade física.	**1. Acamado:** Confinado a cama.	**2. Confinado a cadeira:** A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	**3. Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	**4. Anda frequentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.		
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	**1. Totalmente imóvel:** Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**2. Bastante limitado:** Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	**3. Levemente limitado:** Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**4. Não apresenta limitações:** Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.		
NUTRIÇAO Padrão usual de consumo alimentar.	**1. Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	**2. Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	**3. Adequado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**4. Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.		

Adaptado de BERGSTROM N, BRADEN BJ, LAGUZZA A, HOLMAN V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. NursingResearch.; v.36, n.4, p.:205-10, 1987. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299278/.

O que é preciso entender sobre manejo terapêutico de LP para ser implementado na ILPI?

De acordo com o consenso internacional baseado no painel de especialistas em injúria de pele (NPIAP, 2020), **a principal ação frente aos cuidados de LP é a prevenção.** O manejo terapêutico decorre da falha no controle dos fatores de risco e ou da impossibilidade desse controle em razão da condição clínica mais crítica e complexa do indivíduo.

Para iniciar o atendimento dessas lesões existem orientações na prática clínica que são melhor manejadas pelo especialista – enfermeiro estomaterapeuta ou especialista em enfermagem dermatológica -, dada a complexidade do tratamento de feridas, especialmente em pessoas idosas que apresentam mais barreiras ao reparo e ou a cicatrização. A avaliação da pessoa com ferida segue princípios baseados em boas práticas (WUWHS, 2007), cujas etapas são:

1) Determinar a causa da lesão,

2) Identificar as comorbidades/complicações que podem retardar a cicatrização da ferida individualmente,

3) Avaliar o estado (*status* – agudo, ou seja, menos de 3 meses de existência e crônico, mais de 3 meses de existência) e classificações da ferida e

4) Instituir o plano de cuidados individualizado/sistematizado baseado em evidências científicas.

Diante da avaliação, conforme os itens anteriores, o enfermeiro deverá iniciar manejo da ferida conforme os princípios de preparação do leito da ferida, recomendada internacionalmente pelo acrônimo **TIMERS (**ATKIN, 2019):

T (*Tissue*): Tecido não viável (debridar e preparar o leito);

I (*Infection*): Infecção/inflamação (diminuir carga bacteriana);

M (*Moisture*): Umidade da ferida (controle de umidade);

E (*Edge*): Bordas da ferida não avançam (proteger e desbridar) e

R (*Repair*/*Regeneration*): Cicatrização lenta e estagnada.

Por fim, diante da intervenção, será prescrito o plano terapêutico a ser seguido na ILPI.

E no dia a dia, como fazer?

No dia a dia espera-se que a primeira etapa a ser realizada deva ser a anamnese, ou entrevista, que tem por finalidade resgatar dados da história clínica, estabelecer o vínculo necessário com o(a) residente/cuidador/família e subsidiar as informações que serão registradas no prontuário (RABELO E ALITI, 2010).

A história clínica envolve uma série de perguntas, que devem ser realizadas à admissão de cada residente na ILPI. Caso seja necessário, recomenda-se pedir a ajuda de algum familiar ou pessoa de referência para levantamento mais fidedigno de algumas informações que possam ajudar a identificar características do(a) residente, bem como sobre a ferida, tempo de evolução, produtos utilizados na ferida, se se trata de uma recidiva (se já teve antes), presença de comorbidades (doenças pré existentes), alergia a medicamento, etc.

Diante da anamnese, realiza-se o exame clínico direcionado a cada residente (RABELO & ALITI, 2010) com base nas técnicas:

a) Inspeção: observação de alterações na anatomia, características normais e anormais da pele, além da condição da ferida (presença de secreção, aspecto das bordas, coloração, profundidade, entre outras);
b) Palpação: exploração do local examinado, avaliando sinais de alterações, por exemplo: edema (inchaço), perfusão (circulação), temperatura local (aquecimento ou friagem), presença/ausência de pulsos periféricos, etc.;
c) Percussão: identificação de sons alterados;
d) Ausculta: audição de ruídos normais e alterados e
e) Olfato: auxilia no diagnóstico de infecção de ferida (ex: mau cheiro).

Quanto ao exame macroscópico específico da ferida, busca-se identificar:

a) O número de lesões ativas;
b) A etiologia (causa) da lesão;
c) A presença de dor;
d) O estadiamento da lesão;
e) O tempo de existência da lesão;
f) A localização topográfica (anatômica), o formato da lesão e as estruturas anatômicas comprometidas (pele, músculo, tendão e osso);
g) A medida do tamanho da ferida: comprimento x largura (em cm) (bidimensional) e comprimento x largura x profundidade (em cm) (tridimensional);
h) A fase da cicatrização em que se encontra conforme os tipos de tecidos presentes na ferida em porcentagem (necrose de coagulação, esfacelo, granulação e epitelização). A soma de todos os tipos de tecido do leito da ferida devem totalizar 100%. Isso orienta a equipe acerca da melhora da ferida - proporção maior de tecidos de granulação e reepitelização - ou de piora - com tecidos desvitalizados (esfacelo e necrose de coagulação);
i) A presença de sinais de inflamação e de infecção e o aspecto da secreção - exsudato (cor, odor, quantidade e consistência);
j) O aspecto das bordas da ferida e da pele ao redor da lesão e
k) A presença de cavidade ou de algum túnel ou saída que permita a passagem de secreção que a ferida produz.

Com base no processo de enfermagem, o enfermeiro deverá realizar as prescrições de cuidados com feridas, a serem checadas pela equipe de enfermagem e as trocas de curativo e qualquer intercorrência devem ser registradas. Para a implementação sistematizada do manejo da ferida no(a) residente, toda a equipe de saúde deve estar orientada e treinada para seguir as boas práticas (Di Piero et al, 2017) a fim de evitar retrocessos na cicatrização (Figura 3).

Figura 3 - Folder de Boas Práticas no manejo de feridas (Di Piero et al, 2017)

ENTRE EM CONTATO COM A COMEIP EM CASO DOS SEGUINTES SINAIS E SINTOMAS: FERIDA COM: cheiro ruim, aumento da secreção, vermelhidão, sangramento, aumento do tecido amarelo ou preto e pele ao redor com bolinhas e **SINTOMAS:** dor e febre.

IDENTIFIQUE TECIDOS DA FERIDA:

TECIDO PRETO: NECROSE DE COAGULAÇÃO

TECIDO AMARELO: ESFACELO

TECIDO VERMELHO: GRANULAÇÃO

TECIDO ROSA: REEPTELIZAÇÃO NOVA PELE

GUIA INFORMATIVO DE CUIDADO DE FERIDAS

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Divisão de Enfermagem

COMEIP
Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele

Referências:

Gomes,F.V.L.; Costa,M.R; Mariano, L.A.A. Manual de Curativos. Comissão de Controle de Insfecção Hospitalar e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. 3ª Revisão, 2005.

Equipe de elaboração do folder:

Enfermeira Ms Karina Chamma Di Piero
Enfermeira Ms Ana Lúcia Almeida
Enfermeira Helena Loschi
Enfermeira Mariana Gabriela do A. Pereira
Assistente Social Laís Vargas Fernandes
Farmacêutica Larissa Abrahão da Cruz
Nutricionista Luana Senna Blaudt
Terapeuta Ocupacional Luane M. de L. Aquino
Fisioterapeuta Vinicius Carvalho
Psicólogo Gustavo Patury Sangreman

07 CRITÉRIOS PARA UM CURATIVO IDEAL (TURNER, 1982):

Manter ferida úmida
Absorver a secreção
Isolamento térmico
Permitir troca gasosa sem ressecar a ferida
Ser barreira contra micróbios
Ser livre de partículas tóxicas
Não causar trauma na ferida

HUCFF
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

FERIDA

Caracteriza-se por perda da integridade da pele e tecidos adjacentes (tecido subcutâneo, muscular, etc).

No cuidado de feridas busca-se a proteção de lesões contra a ação de agentes externos-físicos, mecânicos ou biológicos, objetivando reduzir, prevenir e/ou minimizar os riscos de complicações decorrentes. Sendo assim seguem recomendações no cuidado de feridas:

Não esfregar a ferida, pois o atrito pode causar sangramento, dor e aumento do tempo de cicatrização.

Não deixar a ferida aberta, pois existe o risco de ressecamento do tecido novo e risco de contaminação (infecção).

Não reutilizar gazes e ataduras (não ferver ou lavar), pois há risco de contaminação (infecção).

Não molhar a ferida durante o banho, pois a água não é potável contendo microorganismos que podem infectar a ferida, além do sabão que é tóxico para a ferida.

Não lavar a ferida com água (filtrada ou fervida) e sabão (de côco, líquido bactericida, etc), pois o sabão é tóxico à ferida, prejudicando sua cicatrização.

Não limpar a ferida com antissépticos sem indicação do especialista. Exemplo: álcool, clorexidina, polvidine. Não usar: água oxigenada, iodo, violeta genciana, água sanitária, vinagre, etc. Todas estas substâncias são tóxicas à ferida e prejudicam o fechamento da ferida.

Não secar dentro da ferida. O leito da ferida deve ser mantido úmido para favorecer a renovação do tecido. É o meio úmido que acelera a cicatrização, exceto nas feridas com pontos (rafiadas).

Não cobrir a ferida com grande quantidade de gaze e/ou dobrada, pois pode causar dano ao novo tecido. Preferir as gazes não aderentes que evitam atrito.

Evitar o uso de esparadrapo e fitas na pele sensível (idosos e recém nascidos), para evitar rasgos de pele. Preferir uso de ataduras.

Não fazer uso, sem indicação de antibióticos e/ou antifúngicos tópicos, como: nebacetim, sulfadiazina de prata, nistatina, cetoconazol, etc. Pois podem ocasionar o surgimento de microorganismos multirresistentes.

ATENÇÃO! Siga as recomendação do tratamento prescrito pela COMEIP e em caso de dúvida fale com a Enfermeira especialista!

Outro aspecto fundamental no cuidado a LP é a nutrição, como será apresentado a seguir.

NUTRIÇÃO E LESÃO POR PRESSÃO

Como já dito, as LP são lesões causadas pela interrupção do fornecimento de sangue para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção ou uma combinação dos três. A desnutrição é um dos principais fatores que predispõem às LP e também atua como um dificultador da sua cicatrização (Ver Capítulo Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI). Enquanto não se atua na desnutrição do(a) residente não se alcança a cicatrização.

O(a) residente idoso(a) que permanece mais tempo acamado(a) costuma ser um indivíduo frágil, na grande maioria das vezes, desnutrido(a) ou em risco de desnutrição, e por isso mesmo mais propenso a uma LP. Assim, o tratamento das LP deve ser uma atuação multiprofissional: não adianta um excelente aporte nutricional se os curativos não estiverem sendo orientados e executados corretamente pela enfermagem. Além disso, é fundamental garantir o controle e a atuação médica eficaz, em virtude do alto risco de infecções.

Nesse sentido, o melhor meio de prevenir o aparecimento de uma LP é:

- orientar toda a equipe de cuidado sobre os riscos da imobilidade e a necessidade de mobilizar as pessoas idosas restritas ao leito ou que sejam cadeirantes;
- realizar a avaliação nutricional (Ver Capítulo Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI) e
- intervir precocemente nos casos de Risco Nutricional e de desnutrição, respeitando-se as preferências e necessidades de cada residente (Ver o Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

Neste primeiro momento, a avaliação da eficácia da Terapia Nutricional deve ter o seu foco na melhora da cicatrização. Não se deve esperar ganho de peso nem ganho de massa muscular. Muitas vezes quando o(a) residente está apresentando melhora do processo de cicatrização e ocorre uma pequena perda de peso ou de massa muscular, a tendência é avaliar de forma negativa a conduta nutricional, o que não é correto. É preciso insistir no suporte nutricional individualizado na ILPI.

E no dia a dia, como fazer essa terapia nutricional?

Cada nutriente é essencial e tem um papel fundamental em cada fase da cicatrização. Com base na plano de Cuidado Centrado na Pessoa (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa), e conhecendo as preferências alimentares do (a) residente, tentar adequar o máximo possível à dieta funcional:

Proteínas – 1,5 a 2g/kg - Usar proteínas de alto valor biológico - Leite e derivados , carnes, ovos, leguminosas como ervilha, lentilha, grão de bico. A carência protéica prolonga a fase inflamatória da cicatrização, aumentando o risco de infecção, diminuindo a síntese de colágeno e a força tênsil da ferida.

Carboidratos - massas, pães, batatas, inhame, aipim , farináceos , cereais , milho Fonte de energia para leucócitos, proliferação celular, atividade fagocítica e função fibroblástica.

Lipídios - Preferencialmente gorduras insaturadas - azeite, óleos vegetais, abacate, frutas oleaginosas. Fazem parte das membranas celulares, sendo necessárias para a síntese de prostaglandinas, que regulam o processo inflamatório e vascular.

Aminoácidos - Atuam na neovascularização, na síntese do colágeno e na proliferação fibroblástica:

Arginina - 17 a 30g/kg/dia - Aumenta a produção de óxido nítrico e estimula a produção de prolina e hidroxiprolina.

Glutamina – 0,57 g/kg/dia - Essencial para a síntese de nucleotídeos, incluindo fibroblastos,células epiteliais e macrófagos. Estimula a resposta inflamatória durante o processo de cicatrização da ferida.

Vitamina A - Fontes: Leites e derivados, fígado, vegetais verde escuros, carnes e alimentos amarelo - alaranjados. Estimula a síntese de colágeno, é necessária para a manutenção da epiderme saudável e síntese de glicoproteínas e protoglicanos.

Vitamina C - Fontes: Frutas cítricas - laranja, tangerina, limão, acerola, kiwi. Age na função dos macrófagos e neutrófilos na fase inflamatória; participa como agente redutor protegendo o cobre e o ferro dos agentes oxidativos; na fase proliferativa e de maturação é essencial para formação da hidroxiprolina, constituinte do colágeno.

Vitamina E - Fontes: vegetais verde escuros, gergelim, milho, nozes e castanhas. Previne a oxidação dos fosfolipídios das membranas celulares.

Zinco - Fontes: aveia, carnes, leites, frutas e verduras. Atua no sistema imunológico, tem ação antioxidante, atua na regulação hormonal da divisão celular.

Cálcio - Fontes: leites e derivados, vegetais verde escuros, sardinhas. É um cofator na ação de várias colagenases na fase de remodelação e para a coagulação normal.

Magnésio - Fontes: carnes, ovos, leguminosas, lentilhas. Importante em todas as fases de cicatrização. Atua na translocação e síntese de cadeia de peptídeos.

Cobre e Ferro - Fontes: Fígado, carnes, vegetais verde escuros. São essenciais na formação de glóbulos vermelhos, proliferação de colágeno e força tênsil. A anemia dificulta a cicatrização da lesão .

A **Hidratação** é fundamental para a cicatrização. A água ajuda no transporte dos nutrientes. Estimular a hidratação com água e refrescos nos intervalos das refeições.

Muitas vezes é necessário a suplementação nutricional para se alcançar as recomendações necessárias desses nutrientes. É importante que o suplemento utilizado seja hiperproteico e hipercalórico e que contenha vitaminas C, E, arginina, glutamina e prolina. Esses nutrientes ajudam a acelerar o processo de cicatrização .

Vivasenior Alimentos | Portal Amigo do Idoso - Portal Amigo do Idoso

Considerações Finais

Algumas condições relacionadas ao envelhecimento da pele são necessárias para compreender como ter cuidado com o maior órgão do corpo humano. A **avaliação da pele** e a prevenção de LP devem ser diárias. A **prevenção** deve ser prioritária, especialmente em pessoas acamadas, cadeirantes e com dependência total de cuidados em saúde. Além das medidas de prevenção e tratamento das LP destacadas neste capítulo, a nutrição e a hidratação oral são partes essenciais do processo de reparo tecidual

O tratamento das LP deve ter um enfoque interdisciplinar, indo além da escolha do curativo ideal. A avaliação de uma equipe interprofissional é extremamente importante, com ênfase para o enfermeiro, o nutricionista, o nutrólogo e o médico. Também é fundamental a participação do fisioterapeuta, da equipe de cuidados da ILPI, da gestão atenta a cada detalhe. Nossa meta deve ser sempre o melhor cuidado!

.

Referências Bibliográficas

ATKIN, L. et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. Journal of Wound Care, v. 23, n. Sup3a, p. S1–S50, 1 mar. 2019.

BORGES, E.; DOMANSKY, R. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2. ed. São Paulo: Rubio, 2014.

BRASIL - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf.>. Acesso em: 1 maio. 2021

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 529, DE 1o DE ABRIL DE 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente, 1 abr. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html >

DANTAS, C. M. DE H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 6, p. 914–920, dez. 2013.

DI PIERO, K. Manejo de pacientes com feridas crônicas: boas práticas em saúde. Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, 2017.

EPUAP; NPIAP; PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries:Quick Reference Guide. European Pressure Ulcer Advisory Panel , National Pressure injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injure Aliance Emily Haesler, , 2019.

FERREIRA, J. D. L. et al. Ações Preventivas para Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física no Âmbito Domiciliar. Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, v. 14, n. 1, 7 abr. 2016.

GRDEN, C. et al. Lesões de pele em idosos hospitalizados. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 9 fev. 2019.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, É. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 78, n. 4, p. 393–408, ago. 2003.

OTTO, C. et al. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS. Enfermagem em Foco, v. 10, n. 1, 27 fev. 2019.

PERES, G. R. P. Prevalência e fatores associados às lesões por fricção em idosos de instituições de longa permanência. Dissertação de Mestrado—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.

RABELO, E.; ALITI, G. Exame físico. In: Casos clínicos para a Enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2010.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 1, p. 24–28, 2012.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em pacientes críticos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 50–57, fev. 2011.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETS (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: exsudado en las heridas y utilidade de los apósitos. Documento de consenso,London: MEP Ltd , 2017.

11

Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidado com Uso de Fraldas

Fabio Cimador

Graziele Bitencourt

Roberta Góes

Verônica Silveira

Por que falar em promover a continência urinária de pessoas idosas e estabelecer critérios para o uso fraldas em ILPI?

Uma pessoa idosa será considerada continente quando conseguir:

- Reconhecer a necessidade de urinar;
- Procurar o local correto para fazê-lo;
- Alcançar o local num período de tempo suficiente e
- Reter a urina até que o local tenha sido seguramente alcançado, sendo então, capaz de urinar ao chegar ao local adequado.

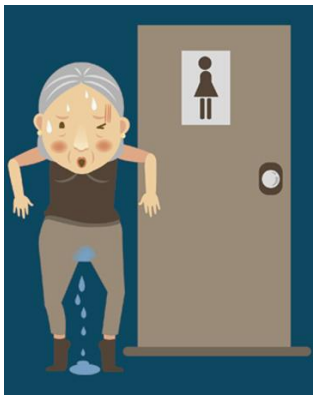
Dito de outro modo: ela consegue urinar no tempo certo, no local adequado.

Por sua vez, a incontinência urinária (IU), uma das síndromes geriátricas mais comuns entre pessoas idosas institucionalizadas, é uma condição prevenível e tratável, sendo possível lançar mão de medidas e cuidados que possam minimizar o risco do surgimento ou da piora desta condição e até mesmo reabilitar a pessoa idosa incontinente.

Nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) este problema aumenta muito os custos com o cuidado. Portanto, uma boa prática de cuidado é conhecer os fatores de risco da IU e como minimizá-los. A IU é uma condição multifatorial que envolve cuidados multiprofissionais, tais como a nutrição e a hidratação, os hábitos de higiene, algumas mudanças comportamentais e a promoção de um ambiente acolhedor e acessível.

Por outro lado, erroneamente, a fralda tem sido vista como a primeira e única alternativa de controle da IU. Quando. na verdade, a IU causada pelo uso impróprio da fralda pode chegar a 1/3 dos casos. Esse aspecto mostra o quanto profissionais de saúde e cuidadores prestam pouca atenção ao problema.

Por isso é importante estar ciente do papel da equipe de cuidados em conhecer as maneiras adequadas de prevenção e tratamento da IU, os principais fatores de risco na população idosa institucionalizada, e ainda como avaliar e quando indicar o uso correto de auxiliares de absorção.



Fonte:https://blogpilates.com.br/incontinencia-urinaria-em-idosos/

Cada um desses pontos será abordado neste capítulo: fatores de risco para incontinência urinária, critérios para uso e principais características a serem consideradas na escolha do produto absorvente.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Incontinência Urinária; Gestão de Risco; Fraldas para Adultos.

Quais os fatores de risco para incontinência urinária na pessoa idosa em ILPI?

A incontinência urinária (IU), uma das síndromes geriátricas mais comuns entre pessoas idosas institucionalizadas, **refere-se a toda e qualquer perda involuntária de urina**. Dentre os **fatores de risco de IU que não conseguimos modificar** estão o envelhecimento e o sexo:

- Com **o avançar da idade**, diminuem a contratilidade, a capacidade de armazenamento de urina na bexiga e a habilidade para retardar a micção; enquanto aumenta o volume de urina que permanece na bexiga após a micção (volume residual) e surgem contrações espontâneas do músculo da bexiga devido à atrofia (diminuição) do córtex cerebral, que é onde se encontra o centro inibitório da micção (VILELA;MORAES; LINO, 2008);
- **Sexo**: as mulheres possuem alto risco de IU, devido a fatores hormonais e múltiplas gestações. Porém, homens com idade avançada, adquirem este risco devido ao aumento da próstata e cirurgias para correção de distúrbios prostáticos (CÂNDIDO et al. 2017).

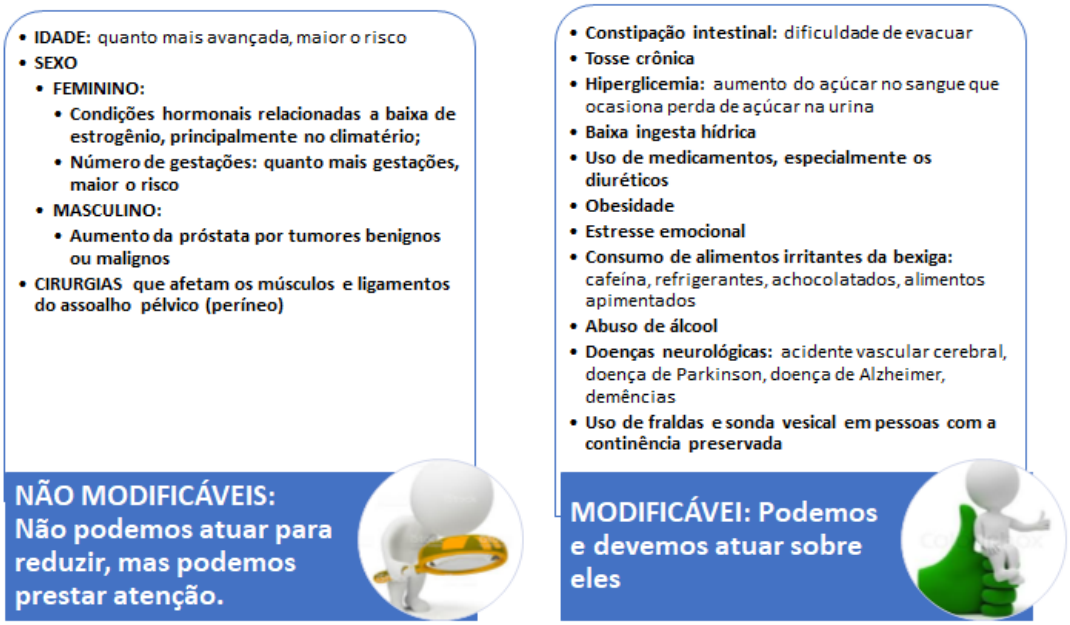
Dentre os **fatores de risco modificáveis** destacam-se:

- a constipação intestinal (dificuldade para evacuar);
- a tosse crônica;
- a hiperglicemia - diabetes mellitus descompensado - que aumenta o volume de urina;
- a baixa ingestão hídrica: tomar pouca água para evitar perdas urinárias é um mito, pois a urina mais concentrada é irritante vesical, predispondo à irritação da parede da bexiga, fazendo com que ela se contraia e elimine urina em momentos inadequados. Além disso, ingerir pouca água pode predispor a infecção urinária, um fator de risco para episódios de incontinência (SILVA; D'ELBOUX, 2012);
- a obesidade;
- o estresse emocional;
- o desconhecimento do ambiente, que pode levar a IU porque a pessoa não consegue chegar a tempo ao banheiro, muitas vezes urinando no chão o que pode gerar constrangimento e aumentar o risco de queda (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI);

- a diminuição da visão e da capacidade de se movimentar rapidamente, que dificultam a ida ao banheiro a tempo, podendo, inclusive, aumentar o risco de queda (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI);
- o consumo de alimentos irritantes vesicais: cafeína, bebidas gaseificadas (refrigerantes), bebidas alcóolicas, alimentos apimentados e condimentados e achocolatados; e
- o uso de medicamentos:
    - diuréticos: aumentam a produção da urina e a urgência para urinar;
    - calmantes e remédios para dormir: alteram o equilíbrio e a velocidade da marcha da pessoa idosa;
- infecção do trato urinário;
- algumas doenças neurológicas, como esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e outras;
- o uso de dispositivos urinários como fraldas em pessoas com a continência urinária preservada (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Na Figura 1 estão descritos os fatores de risco modificáveis e não modificáveis que podemos identificar nas pessoas idosas institucionalizadas

Figura 1- Fatores de risco para o surgimento ou piora da incontinência urinária.



Fonte: Elaborado pelo autor

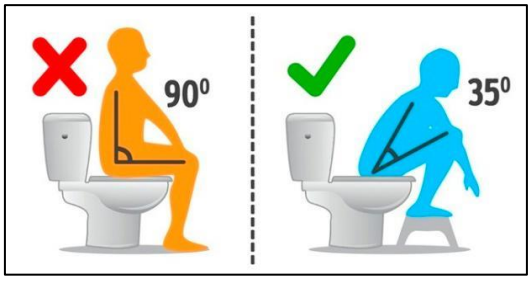
E no dia a dia, como fazer?

A abordagem do dia a dia, em se tratando dos fatores de risco, será voltada para intervenções que minimizem cada um dos fatores de risco modificáveis.

a) **A constipação intestinal:** é um dos fatores mais comuns. O esforço contínuo sobre o assoalho pélvico, no momento de evacuar, provoca tensão e estiramento das fibras musculares do assoalho da pelve, o que prejudica sua função de contração voluntária (segurar a urina), nos momentos necessários (ASSIS et al. 2020).

Medidas como a adequação da dieta (maior ingestão de fibras), posicionamento correto no momento de evacuar (Figura 2) e massagem abdominal no sentido horário (sentido do trânsito intestinal) podem melhorar a constipação e minimizar o risco de tensão sobre o assoalho pélvico e consequentemente o risco de perdas urinárias (ASSIS et al 2020);

Figura 2- Posição correta para facilitar a evacuação



Fonte:http://www.tupan.ind.br/wp-content/uploads/2019/06/forma-correta-de-sentar-no-vaso-sanitario.jpg

a) **A tosse crônica:** provoca tensão no momento do esforço durante o movimento. Esse esforço repetido pode predispor perdas urinárias frequentes. Devemos tentar descobrir a causa da tosse e atuar sobre ela a fim de minimizar estes episódios;

b) **A hiperglicemia:** em pessoas idosas sabidamente diabéticas ou que estejam apresentando uma glicemia descontrolada pode haver IU. Ao eliminar o açúcar (glicose) na urina (glicosúria) ocorre a irritação da parede da bexiga, provocando contração e perda de urina e também a poliúria (aumento do volume urinário), o que predispõe a perdas urinárias (CÂNDIDO et al. 2017);

d) **A baixa ingestão hídrica:** deve-se calcular o volume ideal de líquido baseado no peso da pessoa idosa (Ver Capítulo Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI). Recomenda-se uma ingesta hídrica de cerca de 30ml/kg/dia, ou seja, se a pessoa possui 50 Kg, a ingesta hídrica ideal é de 50x30: 1500ml, o que corresponde a um litro e meio de líquidos por dia (ASSIS et al. 2020). Atenção ao horário em que se oferta líquidos. Como as perdas urinárias são mais frequentes à noite, recomenda-se que sejam ingeridos líquidos apenas até duas horas antes de dormir. Por sua vez, para as pessoas idosas que fazem uso de diuréticos, eles devem ser aprazados para o horário da manhã, a fim de minimizar os riscos de perdas urinárias à noite.

e) **A obesidade:** causa IU por aumento da pressão sobre a bexiga, sendo necessário favorecer o controle do peso corporal (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa);

f) **O estresse emocional:** pode ser controlado por meio de técnicas de relaxamento e do manejo de situações estressantes dentro da ILPI;

g) **Os alimentos irritantes vesicais:** devem ser conhecidos pelos residentes com IU e, sempre que possível, evitados;

h) **As doenças neurológicas:** buscar o melhor manejo das doenças neurodegenerativas, inclusive com orientações sobre o ambiente para favorecer a identificação do banheiro para residentes com demência (Ver Capítulo Cuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento);

i) **O uso de critérios para colocação de dispositivos de controle urinário** como as fraldas e o cateter (sonda) vesical também são fortemente indicados para reduzir o risco ou surgimento da IU nessas pessoas (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Além disso, outro aspecto fundamental para a equipe da ILPI: embora toda IU se manifeste pela perda de urina, nem toda IU é igual. Há diferentes tipos de IU e de acordo com o tipo, a abordagem e o manejo serão diferentes, como será visto a seguir.

Principais tipos de Incontinência Urinária

Os principais tipos de IU são:

- **A incontinência urinária aos esforços (IUE):** quando há perda urinária ao fazer esforços, como tossir, espirrar ou carregar pesos. É o caso de mulheres que tiveram muitas gestações ou cirurgias ginecológicas. Em mulheres, a IUE corresponde a cerca de 40 a 70% dos casos de IU. Em homens, a IUE é rara e tem como principal causa as cirurgias prostáticas.
- **A incontinência urinária de urgência:** a queixa de perda de urina é acompanhada ou precedida por uma sensação de urgência para urinar. A pessoa sente uma vontade repentina e incontrolável de urinar e não consegue chegar a tempo ao banheiro. Geralmente, o(a) residente urina com grande frequência durante o dia e mesmo durante a noite, o que pode comprometer o sono. Também recebe o nome de *bexiga hiperativa*. Na maior parte das vezes, não se identifica uma causa aparente, mas algumas doenças neurológicas aumentam o risco deste tipo de problema, incluindo esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, Parkinson e outras. Homens idosos com a próstata aumentada também podem apresentar este tipo de IU. A avaliação deve sempre afastar a existência de outros problemas na bexiga, tais como infecção urinária, presença de cálculo (pedra) ou tumores. A prevalência da bexiga hiperativa é bastante alta na população geral, atingindo cerca de 35% dos homens e mulheres acima de 70 anos.
- **A Incontinência urinária mista:** quando há perda involuntária de urina associada a ambas - urgência e esforço;
- **A Incontinência por transbordamento:** quando a pessoa não consegue esvaziar a bexiga completamente.
- **A Incontinência urinária funcional:** quando a pessoa idosa é capaz de perceber a necessidade de urinar, mas perde a urina porque não consegue chegar a tempo ao vaso sanitário. Geralmente a causa está relacionada a dificuldades de deambulação, seja por artrose, pernas inchadas, uso de medicamentos, ou mesmo desconhecimento do ambiente.

O que são produtos absorventes?

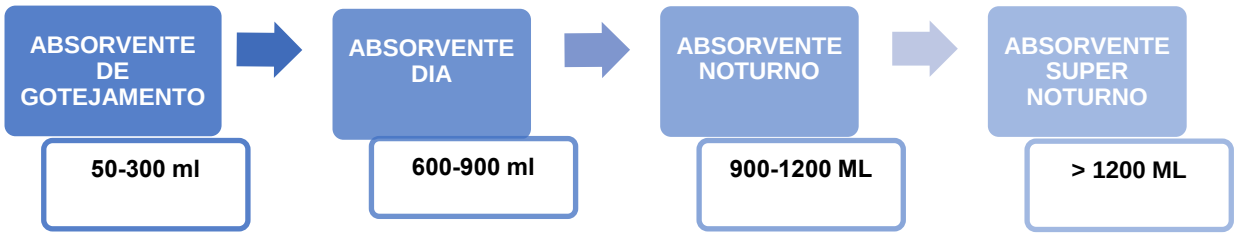
Dependendo do tipo de incontinência e do volume de urina perdido será indicado o tipo ideal de produto absorvente, isto é, os absorventes e as fraldas. Estas estratégias podem ser utilizadas como forros ou como peças íntimas de absorção do fluxo urinário e/ou fecal. Podem ser indicadas para adultos e idosos com incontinência ou restrições de mobilização e cognição severa, impossibilitados do uso de utensílios de auxílio para o controle de eliminações urinárias e intestinais.

Como escolher um produto absorvente adequado para a pessoa idosa na ILPI?

Alguns critérios precisam ser considerados.

1) **Capacidade de absorção:** cada produto absorvente pode ser considerado pela quantidade de fezes e urina que consegue reter (Figura 3).

Figura 3 - Tipos de produtos absorventes e sua capacidade de absorção.



Fonte: Elaborado pelos autores.

2) **Tamanho:** para saber o tamanho adequado da fralda, considere o peso e as medida da cintura e do quadril do(a) residente (Figura 4). Se o(a) residente apresentar medidas em vários tamanhos, priorize a cintura e o quadril. Sempre observe as indicações que o fabricante estabelece no rótulo.

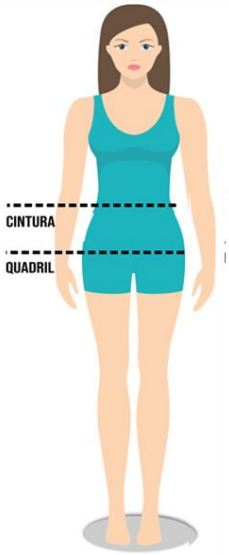


Figura 4 - Localização das medidas da cintura e do quadril

Fonte: Google imagens.

3) **Adequação do produto ao(a) residente:** cada indivíduo pode se adaptar a uma marca específica. Quando for possível identificar a marca mais adequada a(o) residente, tente orientar a família e a equipe a manterem este uso, pois reduz o desconforto para a pessoa incontinente e para equipe de cuidados com menos episódios de vazamento de urina no leito e em outros ambientes da ILPI.

Para identificar o produto mais adequado a(o) residente, é importante considerar algumas características. A fralda ou o absorvente devem ser:

- Adaptável: precisam se adequar ao formato do corpo do(a) usuário(a);
- Eficaz: capaz de reter a urina e fezes, conforme esperado;
- Tolerável: não irritar a pele com a qual está em contato ou produzir escoriações. Alergias comumente são confundidas com lesões de pele;
- Confortável: ser fácil de colocar e não incomodar a pessoa idosa. Avaliar sempre e corrigir possíveis dobras que possam causar lesões de pele;
- Discreto(a): aparecer o menos possível.

4) **Tamanho:** Existe uma diferença entre os absorventes femininos e masculinos.

O absorvente masculino deve ser mais curvo para ajustar-se ao pênis e a fralda, preferencialmente, com elástico na cintura. Para as mulheres, os absorventes higiênicos e as fraldas devem ser mais retas, de preferência com velcro na cintura.

Na Figura 5 são apresentadas orientações quanto ao uso dos produtos absorventes.

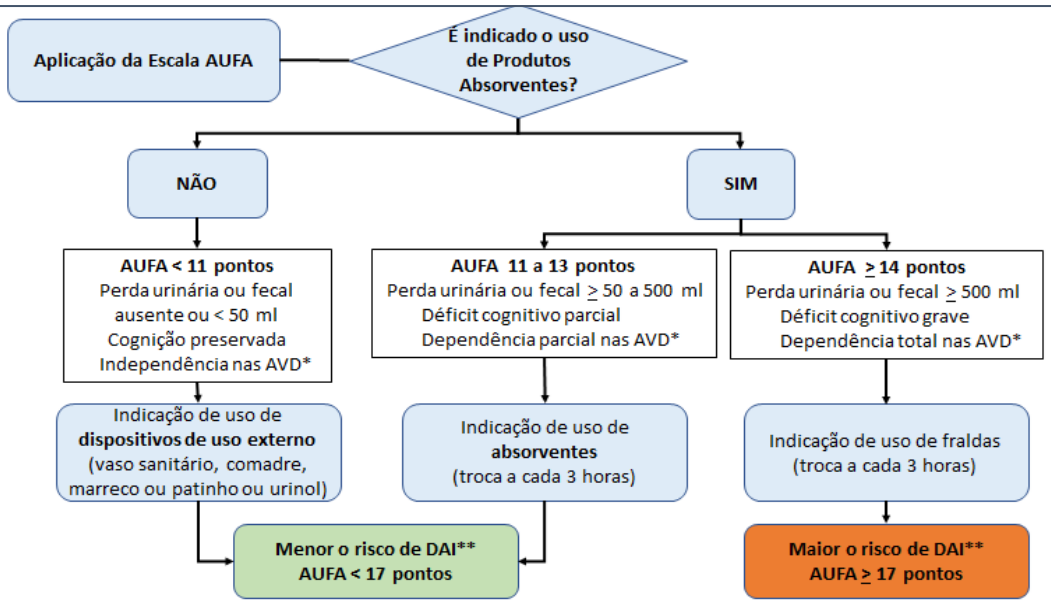
Figura 5 - Orientações para uso do produto absorvente

CUIDADO COM A FRALDA	LIMPEZA DA REGIÃO	PROTEÇÃO DA PELE	FIXAÇÃO DO PRODUTO ABSORVENTE
• **MUITO IMPORTANTE:** • Para permitir sua máxima absorção, a fralda deve ser retirada de sua embalagem comprimida e depositada em um armário limpo com pelo menos 12/24h de antecedência (uma fralda comprimida não absorve bem)	• Limpar a região perineal com panos úmidos e água limpa em temperatura ambiente. • **MUITO IMPORTANTE:** Limpar sempre na direção do órgão genital para o ânus. • Não reutilizar o pano. • Evitar esfregar a pele excessivamente. Para a remoção da barreira da pele, aumente o frequência e não a força em cada limpeza.	• Após a limpeza, utilizar a barreira cutânea selecionada. Por exemplo, pomada de óxido de zinco 1%, dimeticona 3%.	• Fixar o produto absorvente (fralda ou absorvente) conforme indicado. • **MUITO IMPORTANTE:** • Não usar mais de uma fralda ou absorvente a cada troca.

Há algum instrumento que ajude na indicação do uso de fraldas na ILPI?

A escala de avaliação de uso de fraldas e absorventes - AUFA - é uma alternativa de auxílio de indicação ao uso de fraldas e absorventes como estratégia de cuidado e ainda avalia o risco de dermatite associada à incontinência (DAI). Neste instrumento, são considerados diferentes aspectos: a preferência do usuário/cuidador, as condições da pele, o envelhecimento da pele, a capacidade cognitiva, a capacidade motora e a incontinência.

Fatores	Avaliação
Preferências do paciente/cuidador	1 Dispositivos externos (vaso sanitário, comadre, patinho, cateter com preservativo) 2 Uso de absorventes 3 Uso de fraldas geriátricas
Condições da pele	1 Íntegra 2 Hiperemia em genitália, glúteo, região inguinal e/ou abdômen inferior 3 Lesão ulcerada em genitália, glúteo, região inguinal e/ou abdômen inferior
Envelhecimento da pele	1 Elasticidade preservada 2 Prova de Turgor ≥ 2 e < 5 segundos 3 Prova de turgor ≥ 5 segundos
Capacidade cognitiva	1 Preservada 2 Queixa subjetiva de memória 3 Queixa objetiva de memória
Capacidade motora	1 Independente para atividades de vida diária 2 Parcialmente dependente para atividades de vida diária 3 Dependente para atividades de vida diária
Incontinência	1 Incontinência ausente 2 Incontinência leve 3 Incontinência moderada a grave
Pontos	< 11 pontos - Não indicado o uso de absorventes ou fraldas ≥11 e < 14 pontos - Indicado o uso de absorventes ≥14 pontos - Indicado o uso de fraldas



Onde: *AVD= Atividade de Vida diária; ** DAI = Dermatite Associada à Incontinência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Qual a Atuação da equipe multiprofissional nas Incontinências Urinárias nas ILPI?

Qual a Atuação da Terapia Ocupacional nas Incontinências Urinárias nas ILPI?

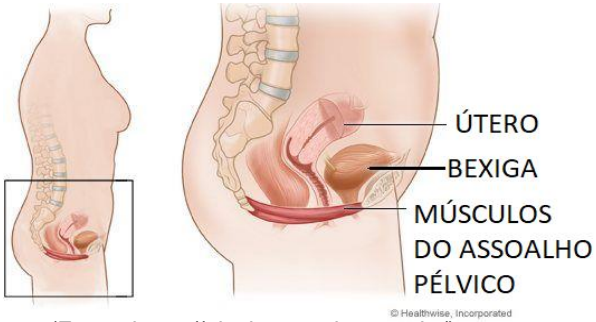
Em uma equipe multidisciplinar, o(a) terapeuta ocupacional pode orientar uma pessoa com declínio cognitivo a localizar o banheiro (identificação do ambiente), pode apoiar a equipe de cuidados a identificar situações em que uma pessoa com demência tenha dificuldades para expressar sua vontade (Ver Capítulo Cuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento). Também é interessante solicitar a avaliação da Terapia Ocupacional na disposição do ambiente de modo a favorecer pessoas com dificuldades de mobilidade a ficarem mais próximas ao banheiro para evitar a IU funcional.

Qual a Atuação do Fisioterapeuta nas Incontinências Urinárias nas ILPI?

Em uma equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta tem sua atuação reconhecida quanto aos benefícios para saúde motora e respiratória, sendo de fundamental importância para preservação da autonomia e independência da pessoa idosa institucionalizada. Entretanto, pouco é falado sobre a atuação fisioterapêutica na prevenção e tratamento das IU.

(Re)conhecendo o Períneo

Os músculos do assoalho pélvico, popularmente conhecidos como “períneo”, são estruturas responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos e por manter o controle urinário e fecal. Ensinar à pessoa idosa a localização exata e para que serve o seu assoalho pélvico são etapas iniciais de grande valor.



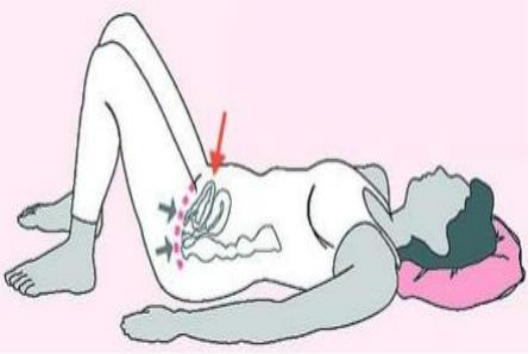
(Fonte: https://gizelemonteiro.com.br/)

Treinamento da Musculatura de Assoalho Pélvico

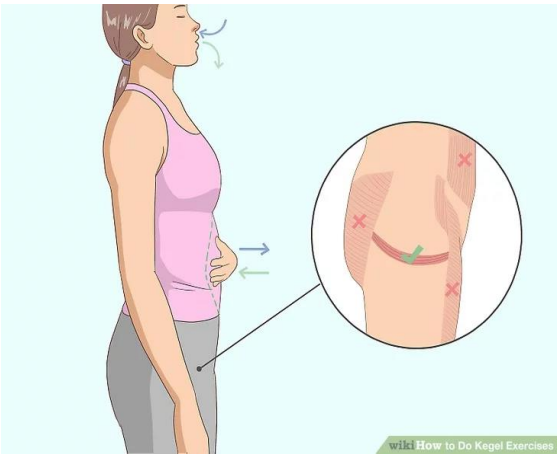
Os músculos do períneo são de comando voluntário, ou seja, funcionam de acordo com a nossa vontade. Porém, por ser uma área considerada “tabu”, sua função tende a ser comprometida e negligenciada.

Orientamos sempre iniciar o treinamento numa posição confortável, deitada ou sentada, para poder perceber melhor a ação do músculo. A seguir solicitamos um movimento de fechamento do canal vaginal e/ou do ânus junto com uma elevação do períneo.

Imagine a figura de um elevador localizado na parte baixa da pelve (entre o púbis e o cóccix). As portas do elevador fechando se associam aos canais da vagina e do ânus. Em seguida o elevador sobe para os andares superiores (realizando, assim, a elevação da musculatura do assoalho pélvico).



(Fonte: http://cienciasecognicao.org)



(Fonte: http://wikihow.com)

É importante frisar que a ação muscular deve ser totalmente concentrada na região do períneo, evitando ao máximo utilizar os músculos do abdômen, glúteos e parte interna da coxa.

Para facilitar a percepção, conte com o auxílio da respiração, executando a contração muscular ao soltar o ar.

Exemplos de treinamento:

- Contrair e soltar o períneo rapidamente cerca de 10 a 15 vezes com um descanso de 2 a 5 segundos entre uma contração e outra;
- Contrair a musculatura do períneo e segurar por 3 a 5 segundos, soltar e descansar por cerca de 5 a 10 segundos.
- Repetir este processo entre 8 e 10 vezes

Com um treino muscular adequado é possível evitar a perda urinária aos esforços, adiar a micção através da inibição da urgência urinária e garantir o esvaziamento completo da bexiga (reduzindo os riscos de infecção urinária). **A taxa de cura das incontinências urinárias tende a ser de 5 a 8 vezes maior em pessoas que realizam tratamento fisioterapêutico com treino de musculatura de assoalho pélvico quando comparado com nenhum tipo de intervenção.**

- O ideal é a pessoa idosa institucionalizada iniciar o treinamento da musculatura de assoalho pélvico com acompanhamento individualizado com profissional especializado para garantia de melhor eficiência no treinamento muscular. Muito importante também é considerar como a pessoa está lidando com esta condição. Muitas pessoas idosas podem apresentar certo pudor ao falar sobre esta região do corpo (Ver Capítulos Cuidado Centrado na Pessoa e A Vivência da Sexualidade no Âmbito Institucional).

Entretanto, após algumas sessões de treinamento, é possível traçar programas de exercícios em grupo que promovam maior interação e estímulo à participação social.

Qual a Atuação do Profissional de Enfermagem nas Incontinências Urinárias nas ILPI?

A equipe de enfermagem pode identificar os fatores de risco de IU; reconhecer o tipo da IU e o melhor manejo para cada residente. A aplicação da Escala AUFA pode servir de subsídio para orientar o tipo de produto absorvente e avaliar o risco de dermatite associada à incontinência.

Qual a Atuação do Profissional Médico nas Incontinências Urinárias nas ILPI?

O médico deve realizar a avaliação individualizada, interferir nos fatores de risco modificáveis e estar sempre atento ao risco de medicamentos e infecções associadas à IU.

Considerações Finais

A prevenção, o rastreio e o gerenciamento de risco da IU são medidas possíveis e de baixo custo que podem reduzir a ocorrência dessa condição nas ILPI. O uso de dispositivos urinários absorventes e suas consequências precisam ser criteriosamente considerados na manutenção da independência e funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada.

Alguns pontos importantes de reflexão abordados neste capítulo:

- É preciso conhecer os fatores de risco para IU do(a) residente na ILPI;
- A fralda não deve ser a primeira escolha no controle de urina e fezes da pessoa idosa;
- Se for a melhor escolha no controle de fezes e urina, é necessário pensar no produto mais adequado para a prevenção de riscos;
- Não há nenhum benefício no uso de duas fraldas ou de um absorvente e uma fralda simultaneamente. Esta prática embora muito comum, apenas aumenta os custos, o desconforto e o risco de lesões de pele.

Atenção ainda na atuação da equipe multidisciplinar, que pode contribuir no controle da IU, interferir nos fatores de risco de IU e evitar o uso de produtos absorventes. A terapia ocupacional pode orientar melhor o ambiente, a enfermagem avaliar os riscos e apoiar o manejo das IU, enquanto o fisioterapeuta, por exemplo, pode auxiliar na indicação e orientação do Treinamento da Musculatura de Assoalho Pélvico para prevenção e tratamento, fazendo uso de tecnologias para o controle da IU. O profissional médico deve abordar as causas, inclusive medicamentosas, de IU, bem como intervir nos fatores de risco modificáveis e tratar as IU, quando possível.

Referências Bibliográficas

ASSIS, GM et al. Prevenindo e tratando a incontinência urinária feminina. 1.ed. - Taubaté: Casa Cultura, 28 pág. 2020. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/11/Cartilha-Sobest-Incontinencia.pdf.

BEGUIN A-M et al. Health Education improves older subject's attitudes toward urinary incontinence and access to care: a randomized study in sheltered accomodation centers for aged.Journal of the American Geriatrics Society, 45: 391-392. 1997.

BERTOTTO A et al.. Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and quality of life in postmenopausal women with stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. Neurourology and Urodynamics. 2017; 36: 2142– 2147.

BITENCOURT GR, ALVES LAF, SANTANA RF. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study.Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):343-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341

CÂNDIDO F.J.L.F. et al. Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. Visão Acadêmica, Curitiba, v.18 n.3, Jul. - Set./2017. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506.

COTTENDEN A, FADER M, BEECKMAN D, BUCKLEY B, KITSON-REYNOLDS E, MOORE K, et al. Management with continence products. In Cottenden A, organizador. Reino Unido: ICS-ICUD; 2017, p. 149-74.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, E. J. C.; MAC HABÉE-SÉGUIN, G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. The Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, p. CD005654, 14 maio 2014

SILVA VA, D'ELBOUX MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. Texto Contexto Enferm, Florianópolis [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-338.pdf

TEERAWATTANANON Y, ANOTHAISINTAWEE T, TANTIVESS S, WATTANADILOKKUL U, KRAJAISRI P, YOTPHUMEE S, et al. Effectiveness of diapers among people with chronic incontinence in Thailand. Int J Technol Assess Health Care. 2015;31(4):249-255.

VILELA AL, MORAES EM, LINO VTS. Grandes síndromes geriátricas: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. 22.ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. p. 241-251.2008. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_570847936.pdf

VIRTUOSO JF et al. Effect of Weight Training with Pelvic Floor Muscle Training in Elderly Women with Urinary Incontinence, Research Quarterly for Exercise and Sport. 2019.

12

Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI

Christiano Barbosa

Daiane Fernandes

Walquiria Alves

Por que falar em prevenção de quedas na ILPI?

Pessoas de todas as idades caem, porém quando se trata da população idosa, as quedas são consideradas como um problema de saúde pública devido às repercussões que podem causar. Um evento simples como tropeçar em um tapete, escorregar em um piso molhado, pode levar a uma queda e este evento pode levar a desfechos como restrição de atividade de vida diária, medo de cair, fratura, hospitalizações, aumento de incapacidades e mortalidade. (ROMERO, ANDRADE, 2020).

Ser uma pessoa idosa residente em instituição de longa permanência para idosos (ILPI) pode ser um fator contribuinte para quedas, pois a mudança de ambiente familiar para uma instituição pode levar a alterações psicológicas, cognitivas funcionais, que podem estar associadas ao isolamento e falta de atividade física. (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Estrutura Física)

Embora existam diversas definições de quedas, neste capítulo, utilizaremos: "É definida como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem correção em tempo hábil, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, ou seja, mecanismos envolvidos com a manutenção da postura" (MENEZES; VILAÇA; MENEZES, 2016).

Incidência das quedas em residentes da ILPI

A prevalência do evento pode variar de acordo com o contexto que a pessoa está inserida, porém existe consenso que as taxas de quedas são elevadas em ILPI, com uma estimativa de incidência entre 34-67% (BAIXINHO; DIXE; HENRIQUES, 2017)

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Acidente por Quedas; Equipe Multiprofissional; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Por que é importante investir em prevenção de quedas na ILPI?

A causa das quedas é multifatorial, podendo ser relacionada a fatores intrínsecos (internos) – relacionadas ao indivíduo - e a fatores extrínsecos - como riscos presentes no ambiente em que o(a) residente idoso(a) interage (Figura 1).

Figura 1 - Fatores intrínsecos e extrínsecos que favorecem quedas em idosos.

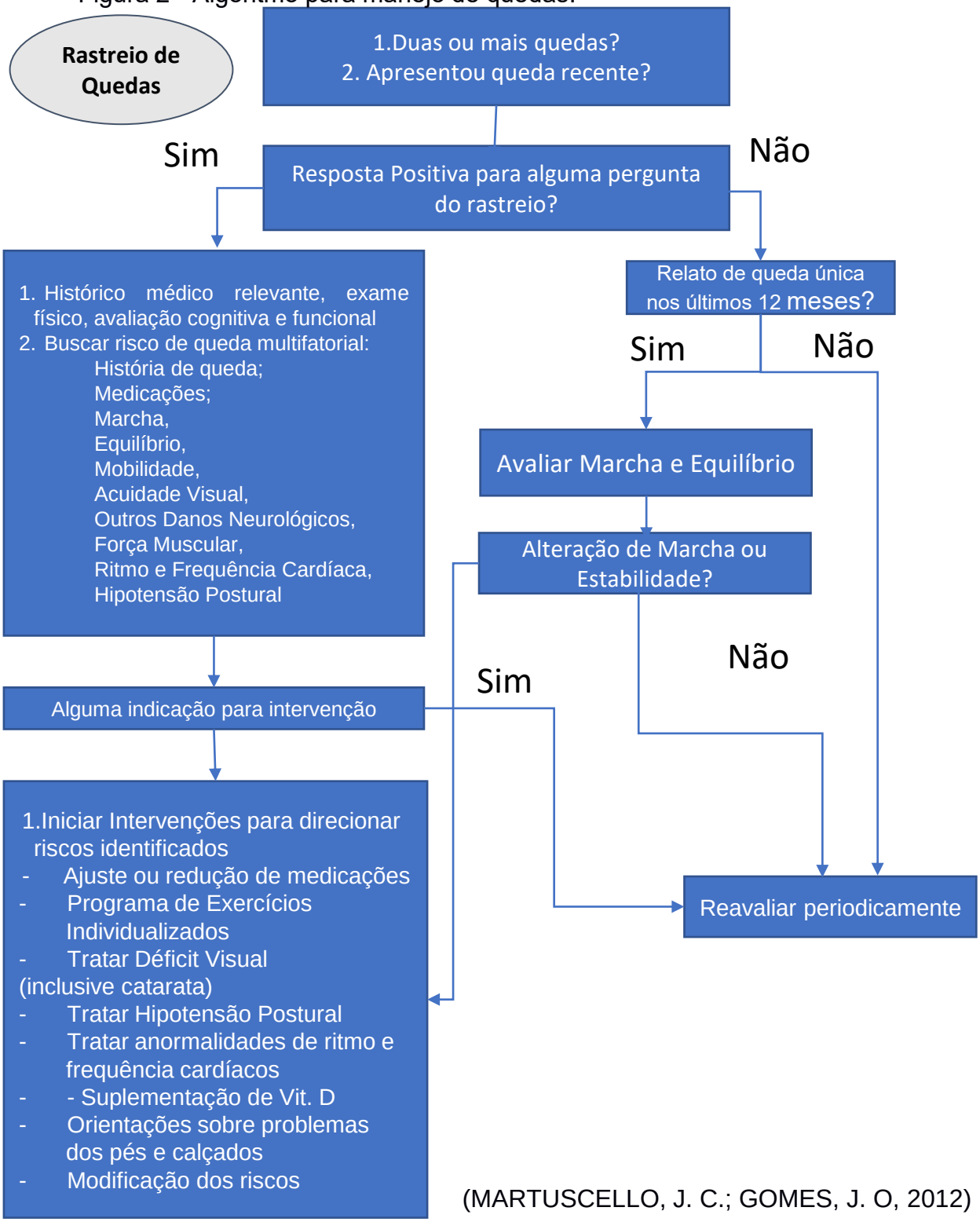
Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos
• História prévia de quedas • Transtorno da visão • Equilíbrio • Marcha alterada • Idade • Polifarmácia • Interação medicamentosa • Condição clínica • Doenças crônicas não transmissíveis • Doenças neurológicas/ortopédicas que afetam a marcha • Incontinências • Sarcopenia • Fragilidade	• Iluminação inadequada • Superfícies escorregadias • Tapetes soltos • Degraus altos ou estreitos • Obstáculos no caminho (como móveis baixos, pequenos objetos e fios) • Ausência de adaptação ambiental em corredores, banheiros, entre outros. • Prateleiras baixas ou altas • Vestimenta e calçados inadequados • Vias públicas • Ambientes com buracos • Calçamento irregular

São considerados **fatores de risco para quedas inerentes à ILPI:** a dependência funcional e o histórico de quedas (Deandrea et al., 2013), sendo outro desfecho muito provável o medo de cair novamente. Alguns medicamentos podem aumentar o risco de quedas como os: anticonvulsivantes, psicotrópicos, sedativos/hipnóticos, benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos (Ver Capítulo Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica). As incontinências também contribuem para quedas (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidado com Uso de Fraldas).

Como consequência da(s) queda(s), os(as) residentes tendem a se tornarem menos ativos, o que diminui a força muscular, altera o equilíbrio, o que aumenta o risco de novas quedas, caracterizando o chamado ciclo do medo de cair.

Martuscello e Gomes, 2012 desenvolveram um algoritmo prático para prevenção de quedas em pessoas idosas (Figura 2).

Figura 2 - Algoritmo para manejo de quedas.

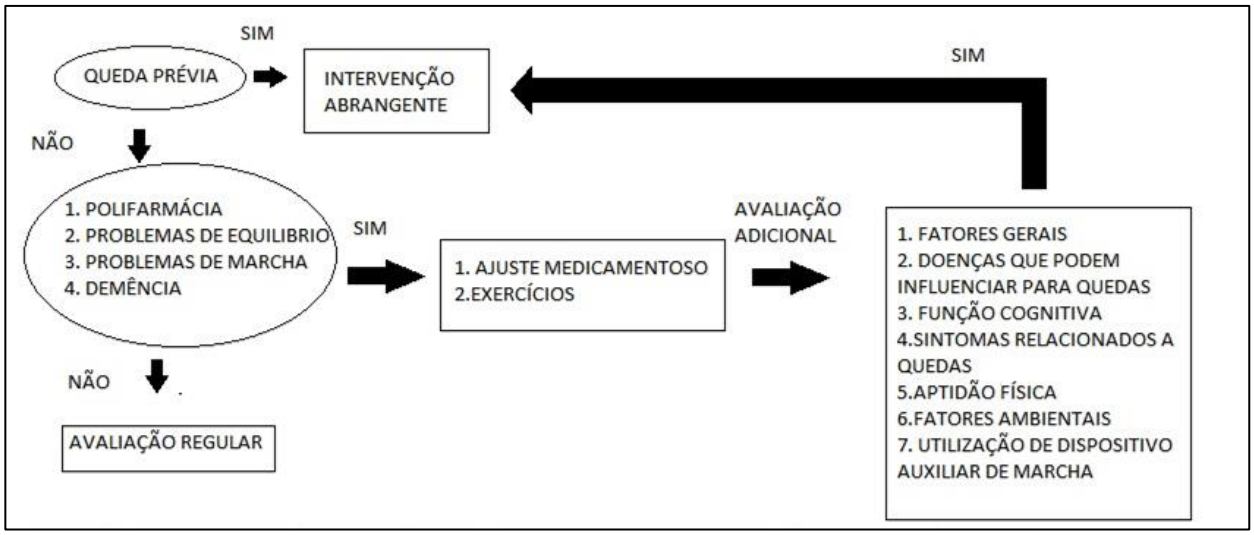


(MARTUSCELLO, J. C.; GOMES, J. O, 2012)

Algoritmo quedas na ILPI

Jung et al., 2014 desenvolveu uma diretriz com algoritmo para prevenção de quedas em pessoas idosas residentes em ILPI, sendo elaborados por equipe multiprofissional atuantes ILPI ou estudiosos sobre envelhecimento. O material contém um algoritmo desenvolvido através da qualidade das evidências. São três estágios de avaliação e três níveis de intervenção, como apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Algoritmo para prevenção e manejo de quedas em ILPI.



Fonte: Adaptado de Jung et al, 2014

Caso o(a) residente apresente algum dos fatores de risco maiores, deverá ser realizado o ajuste medicamentoso e um programa de exercícios, além da avaliação e ajuste adicional, caso haja algum dos seguintes motivos: fatores gerais que podem favorecer quedas, como doenças que podem levar a quedas, rastreio cognitivo, sintomas relacionados a quedas (tais como: tontura, vertigem), aptidão física (marcha, equilíbrio, força muscular), avaliação e ajuste ambiental, análise da necessidade e adaptação de dispositivo auxiliar de marcha, além de promover atividades educacionais para prevenção de quedas. Sugere-se um acompanhamento através de equipe de prevenção de quedas. (Jung et al., 2014) (Ver Capítulos Exercício Físico e Lazer e Polifarmácia e Reconciliação Farmacêutica)

As recomendações de exercícios, para residentes em ILPI, segundo a Força Tarefa Europeia para Idosos que residem em ILPI são as seguintes: exercícios multicomponentes, com treinamento de força e cardiorrespiratório. Treinamento de flexibilidade e equilíbrio também devem ser incluídos sempre que possível (de SOUTO BARRETO et al., 2016).

E no dia a dia, como fazer?

A maioria das pesquisas sobre quedas na velhice é realizada com pessoas idosas que vivem na comunidade, as quais tendem a apresentar melhor mobilidade física quando comparadas às que vivem em ILPI, ainda que o estilo de vida não seja comparável (MARMAMULA et al., 2020).

As características do(a) residente de uma ILPI podem ser representadas por várias doenças, declínio funcional, alterações psíquicas com quadros de depressão, demência e elevada vulnerabilidade (GOMES et al., 2014; MENEZES et al., 2020). Por isso as quedas são mais frequentes no ambiente institucional, quando comparado às pessoas idosas que residem na comunidade (BAIXINHO; DIXE; HENRIQUES, 2017).

- **ESTABELECER MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA ILPI**

Para uma efetividade na qualidade do cuidado no que refere à prevenção de quedas recomenda-se o levantamento do perfil dos(as) residentes, atentando para as condições de saúde, fatores intrínsecos e extrínsecos que podem provocar uma queda, para, a partir deste diagnóstico situacional, estabelecer e priorizar medidas de prevenção (FERREIRA et al., 2019). (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa). Na ILPI, é fundamental buscar fatores de risco maiores para quedas nos residentes, tais como:

- Quedas prévias, polifarmácia, falta de equilíbrio, problemas na marcha e demências. (Ver Capítulo Cuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento)

Além disso, é necessário caracterizar o episódio de quedas; abordar os(as) residentes que sofreram quedas; realizar testes de desempenho físico; promover uma intervenção multidisciplinar direcionada a cada caso e a educação permanente da equipe que atua na ILPI quanto a quedas (Ver Capítulo Capacitação e Educação Permanente em ILPI).

1) Rastreio de Quedas prévias:

"O Sr.(a) Caiu no último ano?" Este questionamento pode ser realizado também com familiares e cuidadores" (SIM) ou (NÃO)

"O Sr.(a) caiu recentemente?" Este questionamento pode ser realizado também com familiares e cuidadores" (SIM) ou (NÃO)

POR QUE É IMPORTANTE CARACTERIZAR O EPISÓDIO DE QUEDA?

Porque é necessário saber a(s) razão(ões) da queda. Se ela foi ocasionada por um fator interno (intrínseco), fator externo (extrínseco), comportamental ou misto. Essa caracterização ajuda a explicar o que levou a pessoa idosa a cair e pode ajudar a elaborar estratégias com o intuito de evitar uma nova queda. Sugere-se que o relato seja feito conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Exemplo de investigação e registro de queda em ILPI.

Evento: Queda
Local: Descrever o local onde ocorreu o evento (ex: banheiro, quarto, área externa da ILPI, etc.)
Como ocorreu:
Data / Horário:
Relator do Evento:
Medidas Corretivas:

Fonte: elaborado pelos autores.

Em seguida, após esse relato, investigar se a pessoa idosa já sofreu queda com evento semelhante; feita essa busca, estabelecer medidas corretivas, além de verificar se havia medidas anteriores e se, for o caso, analisar o motivo de não ter surtido efeito. Organizar em tabelas, caderno ou sistema informatizado o evento ocorrido.

Além disso, segundo a RDC nº 283/2005 (Anvisa), **toda ILPI deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, o evento sentinela (queda com lesão).**

Testes Funcionais

Alguns testes auxiliam a condução clínica de muitos casos, dentre os quais:

1) **Escala de equilíbrio funcional de Berg**: A escala avalia o equilíbrio em 14 itens comuns à vida diária. Cada item possui uma escala ordinal de 5 alternativas que variam de 0 a 4 pontos, sendo a pontuação máxima de 56 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento da estabilidade do indivíduo. A escala avalia diversos aspectos do equilíbrio com equipamentos de baixo custo como escada de dois graus, cadeira com e sem apoio de membros superiores, cronômetro e fita métrica. Os pontos baseiam-se no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância que o braço é capaz de alcançar à frente do corpo e no tempo para completar a tarefa. Quanto menor a pontuação atingida pelo indivíduo, maior será o seu risco de queda. Clique aqui para acessar

2) **Short Physical Performance Battery (SPPB):** este instrumento é eficaz para avaliar a funcionalidade dos membros inferiores (pernas). É composto por 3 testes que avaliam na sequência: o equilíbrio estático em pé; a velocidade de marcha em passo habitual e indiretamente, a força muscular dos membros inferiores por meio do movimento de levantar-se da cadeira e sentar-se nela 5 vezes consecutivas e sem o auxílio dos membros superiores. Soma dos escores: equilíbrio em pé (0 a 4), velocidade de marcha (0 a 4), e levantar e sentar da cadeira (0 a 4). **Resultado final:** 0 a 3 pontos (incapacidade ou desempenho ruim), 4-6 pontos (baixo desempenho), 7 a 9 pontos (moderado desempenho) e 10 a 12 pontos (bom desempenho). Clique aqui para acessar

3) **3) *Time get up and go – TUG*:** o teste avalia a capacidade do(a) residente se levantar de uma cadeira sem apoio de braços, caminhar 3 metros, dar meia volta e sentar-se novamente. De acordo com o tempo para desempenhar esta tarefa é possível avaliar o risco de quedas (Figura 3).

Conforme o desempenho nos três testes citados, o risco de quedas do(a) residente é avaliado (Figura 4).

Figura 3 - Descrição do teste TUG

Pede-se para a pessoa idosa se levantar de uma cadeira com braços, caminhar por 3 metros, dar meia volta, caminhar e sentar na cadeira. A pessoa deverá caminhar na sua velocidade usual, de forma confortável e segura.

Menor ou igual a 10s independente em tarefas básicas, sem alterações.	Entre 11 e 20s independente em transferências básicas, baixo risco de quedas.	Maior ou igual a 20s dependente em várias atividades da vida diária e na mobilidade - alto risco de quedas.

Figura 4 - Avaliação do risco de queda (testes funcionais – Berg, SPPB, TUG)

Risco	Intervenção sugerida
Baixo	Medidas gerais de prevenção e ações educativas.
Alto	Exercícios multicomponentes (treino de força, cardiorrespiratório, equilíbrio, flexibilidade) e rastreio de outros fatores que contribuem para o alto risco.

INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NA ILPI
Implementar estratégias para controlar as consequências da queda e prevenir o declínio de funcionalidade pós queda.
Incentivar a prática de exercícios físicos para melhorar a marcha e o equilíbrio
Orientar aos responsáveis, na hora da medicação, quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas que geram risco para quedas.
Viabilizar a criação de um ambiente seguro para o(a) residente conforme a legislação preconiza: pisos antiderrapantes; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos.
Estimular a elaboração e distribuição de material educativo para prevenção do risco de quedas.
Assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.
Orientar a pessoa idosa sobre a importância do uso de calçados e vestuários apropriados.
Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo auxiliar de marcha da pessoa idosa (como, andador, muleta e bengala).
Comunicar à família os fatores de risco individual de queda da pessoa idosa.
ATENÇÃO! Reavaliar o risco de quedas dos(as) residentes em caso de mudança de ambiente, por exemplo de quartos dentro da própria ILPI, no período pós hospitalização ou na identificação de qualquer outra mudança de rotina, mudança do quadro clínico, episódio de queda ou outro fator considerado de risco.

Considerações Finais

- Embora residentes de ILPI possuam alto risco para quedas devido a fragilidade e declínio cognitivo, **muitas quedas são evitáveis**, então, intervenções multifatoriais e individualizadas podem auxiliar na prevenção de quedas no cenário das instituições.
- Um dos desfechos desfavoráveis advindos da queda é o comprometimento da capacidade funcional, favorecendo a perda da autonomia e aumento da dependência da pessoa idosa. Estes acontecimentos acarretam grandes repercussões no cotidiano de trabalho da equipe, demandando mais tempo e sobrecarga no cuidado do(a) residente que cai .
- No plano de cuidados de cada residente é importante identificar e classificar os fatores de risco para quedas em modificáveis e não-modificáveis para uma intervenção assertiva (MARMAMULA et al., 2020). Estratégias devem ser pensadas, formuladas e colocadas em prática no que concerne aos fatores, visando à preservação e à manutenção da funcionalidade (Ver Capítulo Funcionalidade).
- A elaboração e a adoção de uma intervenção multidisciplinar e personalizada com foco nos fatores multifatoriais para redução de quedas é premente, mas exige tempo, esforço e muita disposição da gestão e da equipe de cuidados. Para prevenir quedas é preciso ter cuidado com intervenções gerais que não respeitam as características individuais de cada residente (VLAEYEN et al., 2015). (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

- A educação permanente configura uma importante prática para garantia da qualidade do cuidado e da prevenção de quedas na ILPI (Ver Capítulo Capacitação e Educação Permanente em ILPI) Estas capacitações necessitam ser periódicas e focadas nos principais motivos que contribuem para o evento adverso, identificados pela equipe da ILPI, com foco em ações integradas envolvendo todos os colaboradores e favorecendo a elaboração de um plano de prevenção, estimulando a promoção do autocuidado e a funcionalidade dos(as) residentes (GOMES et al., 2014).

Referências Bibliográficas

BAIXINHO, C. R. S. L. et al. Queda nas Instituições de Longa Permanência para Idosos: validação de protocolo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 740–746, ago. 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 283. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos** ANVISA, , 26 set. 2005.

DE SOUTO BARRETO, P. et al. Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 5, p. 381–392, 1 maio 2016.

DEANDREA, S. et al. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 56, n. 3, p. 407–415, jun. 2013.

FERREIRA, L. M. DE B. M. et al. Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 67–75, jan. 2019.

GOMES, E. C. C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3543–3551, ago. 2014.

JUNG, D.; SHIN, S.; KIM, H. A fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities. **International Nursing Review**, v. 61, n. 4, p. 525–533, dez. 2014.

MARMAMULA, S. et al. Falls and visual impairment among elderly residents in “homes for the aged” in India. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 13389, 7 ago. 2020.

MARTUSCELLO, J.; GOMES, J. Quedas. In: **Manual de Geriatria – Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP**. 1. ed. São Paulo: Editora Roca: Luiz Fernando dos Reis Falcão e Luiza Helena Degani Costa, 2012. p. 38–45.

MENEZES, C. et al. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 75, n. 1, p. 40–44, fev. 2016.

MENEZES, T. M. DE O. et al. Telemonitoring of Brazilian Nursing homes before Coronavirus and COVID-19 Infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

ROMERO, D.; CASTANHEIRA, D. **Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DO SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora ICICT-Fiocruz, 2020.

VLAEYEN, E. et al. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 2, p. 211–221, fev. 2015.

13

Exercício Físico e Lazer

Aletea Figueiredo

Walquiria Alves

Tenildo Lopes

Por que falar em Exercício Físico e Lazer em ILPI?

Praticar exercício físico promove um estilo de vida saudável. Contudo, vários estudos têm demonstrado elevada prevalência de inatividade e comportamentos sedentários nas pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). O ser humano para obter o seu equilíbrio físico, mental e social necessita desenvolver exercícios físicos de forma sistemática, pois nosso corpo foi projetado para se movimentar. Manter-se ativo dentro da ILPI propicia a interação social, estimulando a cognição, melhorando a autoestima e a capacidade funcional.

A capacidade funcional diz muito sobre a qualidade de vida que o(a) residente tem dentro da ILPI, pois a saúde da pessoa idosa está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, ou seja, sua capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Essa capacidade de funcionar sozinho é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária (AVD), que são tarefas do cotidiano realizadas pelo(a) residente (MORAES, 2008)

O cuidador tem influência direta na capacidade funcional das pessoas idosas institucionalizados, pois é o profissional que atua diretamente no cuidado diário nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD e AIVD).

Palavras-chave: Exercício Físico; Lazer; Qualidade de Vida; Envelhecimento; Longevidade.

Nesse sentido, tem-se buscado a capacitação dos cuidadores de forma direta para auxiliar e promover maior autonomia e independência da pessoa idosa Institucionalizada, orientando-as a estimular a participação do(a) residente nas ABVD e AIVD. Importante esclarecer: existe uma grande diferença entre atividade física e exercício físico.

EXERCÍCIO FÍSICO X ATIVIDADE FÍSICA

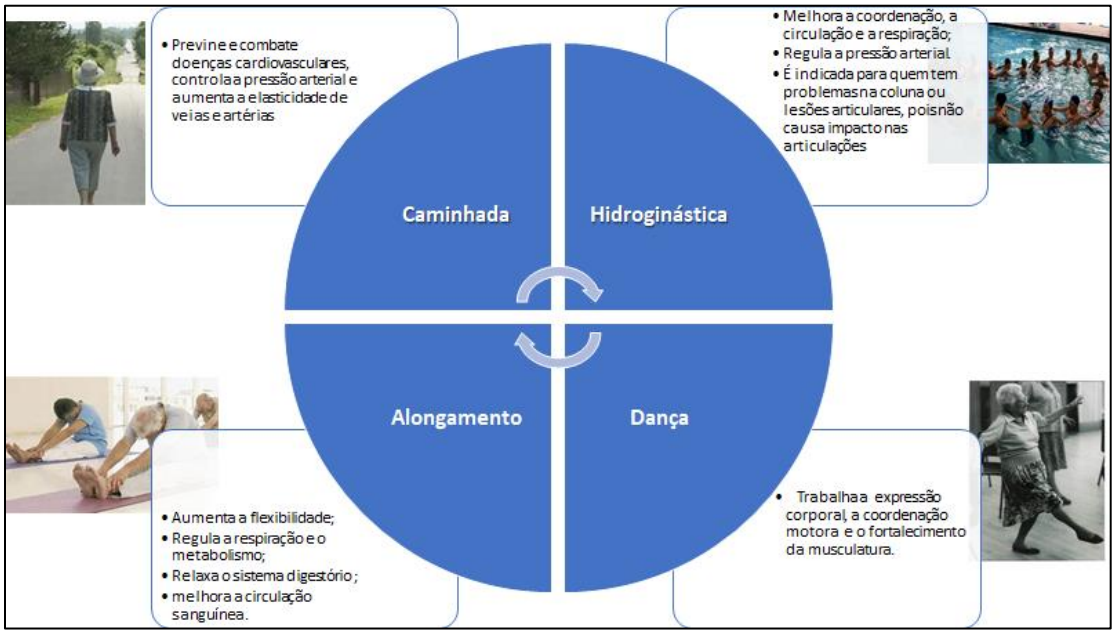
Atividade física refere-se a qualquer movimento do corpo produzido por músculos esqueléticos que requer um gasto energético maior do que o estado basal. Todas as atividades desenvolvidas pelo(a) residente que devem ser estimuladas por meio dos cuidados básicos, de higiene pessoal e higiene do ambiente, como forrar a cama, dobrar suas roupas e organizar seus objetos pessoais. Essas ações irão ajudar a reduzir o ócio diário de uma pessoa idosa institucionalizada.

Exercício físico é uma forma de atividade física que está planejado, estruturado, repetitivo e realizado com o objetivo de melhorar a saúde. Embora todos os exercícios sejam atividade física, nem todas as atividades físicas são exercícios físicos.

Pessoas fisicamente ativas apresentam menor risco de serem acometidas por desordens mentais em relação às sedentárias. Isso mostra que a participação em programas de exercícios físicos exerce benefícios nas esferas física, psicológica e cognitiva. Embora os benefícios cognitivos do estilo de vida fisicamente ativo pareçam estar relacionados ao nível de atividade física regular, ou seja, exercício realizado durante toda a vida, sugerindo uma “reserva cognitiva”, nunca é tarde para se iniciar um programa de exercícios físicos. Exercícios físicos como caminhar, dançar, fazer Yoga ou Tai Chi trazem muitos benefícios (Figura 1), dentre os quais:

- melhoram o humor, o sono, a função cognitiva e o bem-estar emocional geral;
- ajudam a reduzir sintomas de depressão, ansiedade e estresse;
- aumentam o condicionamento físico, o nível de energia, a massa magra e a resistência muscular, assim como a densidade mineral óssea;
- diminuem o percentual de gordura, a pressão arterial e a frequência cardíaca;
- previnem doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial e o diabetes, além de lesões musculares e vícios de postura e
- reduzem o risco de quedas.

Figura 1 - Benefícios de alguns exercícios físicos.



GINÁSTICA:

Trabalha força, resistência e flexibilidade.

Um exemplo de um circuito de exercícios está apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Circuito de exercícios físicos.

http://vivifrail.com/wp-content/uploads/2020/04/RUEDAS-PORT.pdf

Atualmente as atividades de lazer são de grande importância para se ter uma vida saudável. O lazer é denominado como “o tempo que sobra do horário de trabalho e/ou do cumprimento de obrigações, aproveitável para o exercício de atividades prazerosas” (Dicionário de Houaiss). Podem-se distinguir no lazer, três funções principais, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais funções do lazer

Descanso	*Recreação, divertimento e distração*	*Desenvolvimento pessoal*
Funciona como um reparador dos desgastes físicos e mentais provocados pelas tensões das obrigações cotidianas.	*Tem a função de acabar com o tédio. Muitas vezes a pessoa idosa tem uma vida monótona, ou seja, sem atividades diversificadas no seu dia a dia, e a partir da recreação, surge a possibilidade de se divertir e se distrair, de fazer algo diferente, saindo da “mesmice” de todos os dias.*	*Possibilidade da pessoa através de alguma atividade significativa (não deve estar relacionada com o trabalho), obter conhecimento e trocas de informações, permitindo assim uma participação social maior e mais livre.*

As atividades de lazer podem ser classificadas por áreas de interesse (Quadro 2).

Quadro 2 - Atividades de lazer, segundo a área de interesse.

Manuais	*São atividades práticas que trazem prazer através do manuseio e transformação da matéria prima. Ex.: pintura, desenho, marcenaria, bordado, costura, etc.*
Intelectuais	*Exercício do conhecimento em qualquer campo, pois a vida é fonte de conhecimento, de informação, de aprendizagem. Ex.: ler um livro, assistir a um documentário, etc.*
Associativas	*Sempre pode haver um conteúdo de sociabilidade expresso no contato com amigos, parentes, vizinhos; é o prazer do convívio pessoal com outras pessoas. Ex.: confraternizações, eventos religiosos, etc.*
Artísticas	*Ligadas ao campo estético, do belo, da emoção, do encantamento, do sentimento. Ex.: teatro, poesia, apreciar obras de arte e audições musicais.*
Física	*São aquelas atividades que levam o indivíduo a conhecer novos lugares, novas formas de vida, permitindo num curto período de tempo alterar a rotina cotidiana como ir à praia, montanha, lugares históricos, sítios, casas de campo, visitas ao shopping center e parques, praticar esportes, dentre outras.*

A importância de se elaborar um plano de Exercícios Físicos e de Lazer para ser implementado na ILPI

A assistência à pessoa idosa não deve se resumir à adequação de atividades às suas incapacidades. O processo do cuidado deve contemplar a multidimensionalidade da saúde, das necessidades e dos desejos do(a) residente. Assim, a avaliação e a intervenção são multidimensionais. Por isso a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional na ILPI.

O acompanhamento de cada residente prevê a avaliação clínico-funcional evolutiva, com estratificação de risco a cada atendimento programado, a elaboração, o monitoramento e a atualização do plano de exercícios físicos. A prática de exercícios físicos orientados conforme o perfil e as preferências do(a) residente (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa) oportuniza inúmeros ganhos na qualidade de vida, favorece a convivência, o bem-estar, a socialização entre os(as) residentes e a longevidade.

A elaboração de um plano de exercícios físicos por um profissional qualificado promove saúde e qualidade de vida. Sugerimos que os exercícios sejam orientados por equipe interdisciplinar, como: professor de Educação Física, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta. No caso de a ILPI não possuir tais profissionais, recomendamos criar parcerias com Universidades, Faculdades ou com o serviço público local (Secretaria de Esportes, equipes de Nasf - Núcleo Ampliado de Saúde da Família, ou outros). Para planejar o plano de exercícios físicos e de lazer é importante verificar os níveis de funcionalidade. A RDC/ANVISA número 283/2005 que regulamenta as normas de funcionamento de uma ILPI define três graus de dependência funcional entre as pessoas idosas institucionalizadas, a saber:

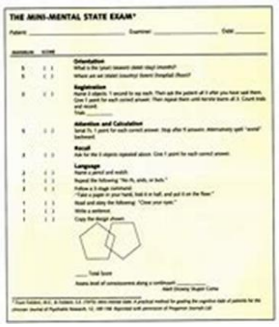
- Grau de Dependência I: Pessoas idosas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- Grau de Dependência II: Pessoas idosas com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- Grau de Dependência III: Pessoas idosas com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Conhecer a funcionalidade dos(as) residentes é parte do processo de avaliação da condição de saúde e permitirá auxiliar na definição de estratégias de enfrentamento na prevenção e no tratamento proporcional, por exemplo em caso de Covid-19.

Testes de capacidade funcional nas ILPI.

A autonomia funcional, também conhecida como capacidade funcional, mostra-se como um dos conceitos mais relevantes em relação à saúde, à aptidão física e à qualidade de vida, sendo mais determinante na análise dos efeitos do envelhecimento do que na idade cronológica. A capacidade funcional está associada ao declínio na habilidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD), podendo ser essa a maior razão para a perda da autonomia e da independência das pessoas idosas, e sua redução pode também resultar em institucionalização em ILPI (Ver Capítulo Funcionalidade).

Nesse sentido, para se avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas se faz necessário a aplicação de alguns testes específicos para a manutenção destas funcionalidades. O Ministério da Saúde oferece a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (acesse aqui o link para a Caderneta https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf) para identificar os riscos de fragilidade e o monitoramento da vulnerabilidade clínica e social dos(as) residentes. Nela encontramos alguns instrumentos de avaliação da pessoa idosa, tais como:



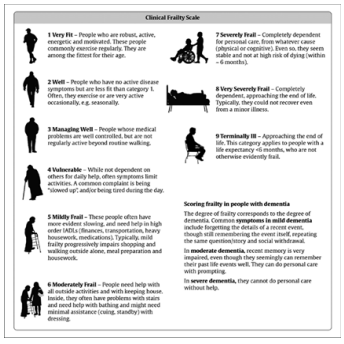
Teste de Cognição: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

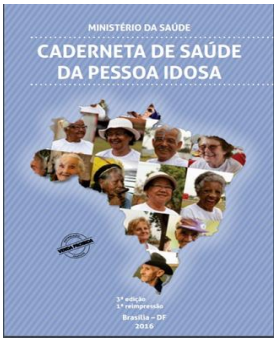
Teste de Mobilidade: Time and Go Test (TUG)

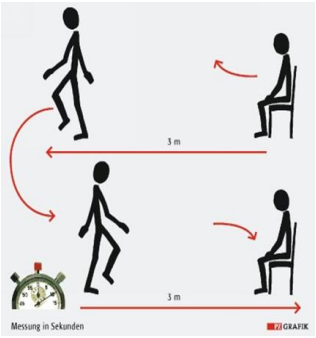
Teste de Capacidade Funcional: Índice de Katz (para Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD)

Fragilidade: Escala Clínica de Fragilidade

Existem testes funcionais para avaliar capacidade motora , tais como: Levantar e Sentar da Cadeira 5 Vezes (SL5x), Equilíbrio estático e Pegar a Moeda no Chão (PMC).







E no dia a dia, como fazer?

A inatividade em pessoas idosas, principalmente nas institucionalizadas, favorece a instalação de várias doenças. Para reduzir a imobilidade no ambiente da ILPI se faz necessário a conscientização sobre a importância da prática regular de exercícios físicos. Esta prática possibilita elevar o nível de condicionamento físico da pessoa idosa institucionalizada. Este material objetiva contribuir na melhoria da qualidade de vida, portanto sugerimos algumas estratégias, tais como:

- Estimular que a pessoa idosa realize suas ABVD com o mínimo de auxílio possível;

- Ao ajudar o(a) residente a se levantar, solicitar que ele(a) faça força nas próprias pernas para poder levantar, ao invés de levantá-lo(a) sozinho;

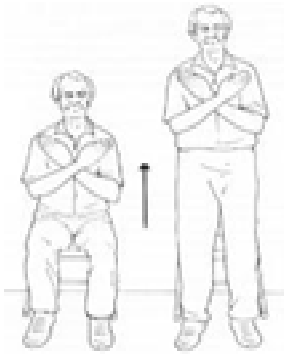
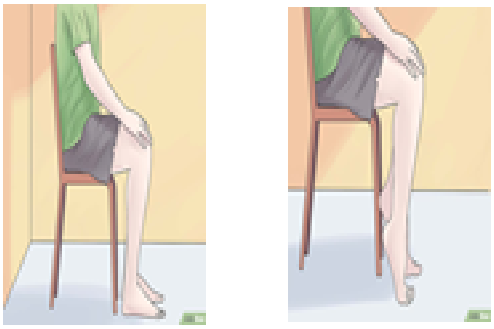
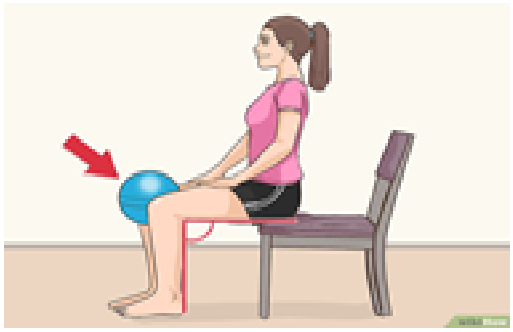
- Valorizar e estimular a maior deambulação (caminhada) dentro da Instituição, 30 min de caminhada por dia, sendo 15 minutos pela manhã e 15 pela tarde;

- Permitir que a pessoa idosa realize algumas atividades instrumentais como, arrumar a sua cama e dobrar a sua roupa, por exemplo;

- Devido ao baixo número de profissionais de educação física atuando dentro das ILPI, alguns exercícios de baixo impacto e fácil execução podem ser realizados, com a participação de residentes e cuidadores nas ILPI, para auxiliar na manutenção e no aumento da força muscular da pessoa Idosa (Ver Figura 4).

Sugestões de Exercícios Físicos

Figura 4 - Sugestões de Exercícios Físicos para serem realizados em ILPI.

EXERCÍCIOS	IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE
	O exercício de **sentar e Levantar** vai aumentar o nível de força dos Membros Inferiores auxiliando na Mobilidade. Sugerimos iniciar com Frequência semanal de 2-3 vezes por semana iniciando com repetições curta entre 3 e 5 repetições e ir aumentando aos poucos decorrente da evolução de cada Idoso.
	Exercício Para **Panturrilha** auxilia no retorno Venoso diminuindo o inchaço e os Edemas de Membros Inferiores. Sugerimos iniciar com Frequência semanal de 2-3 vezes por semana iniciando com repetições curta de 10-15 repetições.
	Exercício de **Panturrilha** para os idosos cadeirantes ou com dificuldade de Locomoção. Sugerimos iniciar com Frequência semanal de 2-3 vezes por semana iniciando com 2-3 series e repetições curtas de 10-15 Repetições.
	Exercício de **adução do Quadril** ajuda a reduzir e a sanar a Incontinência Urinária dentre os Idosos fortalecendo o assoalho pélvico e os adutores da coxa. Sugerimos iniciar com Frequência semanal de 2-3 vezes por semana iniciando com 2-3 séries de repetições curtas de 10-15 repetições.

A fim de melhorar a capacidade aeróbia/muscular, sugerimos:

- Realizar atividade física multimodal, constituída por exercícios resistidos, aeróbicos e de flexibilidade (tipo Tai Chi e similares) de forma regular e sistematizada, por meio de prescrição e acompanhamento pela equipe multidisciplinar;
- Exercícios aeróbios, como caminhada, dança ,etc., com frequência mínima de cinco vezes na semana, com duração de 30 minutos, de intensidade moderada , totalizando 150 minutos/semana;
- Exercícios que trabalhem a força e com carga, como carregar peso, usar faixas elásticas etc., com frequência mínima de duas vezes semana, com duração de 30 minutos e intensidade moderada;
- Fazer atividade física regular, com prescrição de exercícios de flexibilidade, como dança, ioga, artes marciais, alongamento etc.;
- Identificar os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, associados ao risco de quedas (Ver Capítulo Capacitação e Educação Permanente em ILPI);
- Usar de maneira adequada dispositivos de auxílio para locomoção, como bengalas, muletas e andadores;
- Ter cuidado com os pés, fazendo uso de calçados adequados para evitar calosidades e deformidades.

Considerações Finais

A ociosidade nas ILPI é um fato comum que precisa ser combatido, pois prejudica os aspectos cognitivos, físicos e mentais da pessoa idosa residente.

A prática regular de exercícios físicos e a realização de atividades de lazer são muito importantes, pois estimulam a memória e a atenção; melhoram a autoestima, a autoconfiança e as relações interpessoais; previnem doenças e podem melhorar a coordenação motora e o equilíbrio.

Estudos demonstram que pessoas idosas que realizam atividades preservam sua autonomia e funcionalidade por maior tempo. A manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas é um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, a prática de exercícios físicos é um importante meio para se alcançar esse objetivo, devendo ser estimulada ao longo de toda a vida.

Especificamente nessa população, deve-se priorizar o desenvolvimento da capacidade aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de acordo com as peculiaridades de cada residente, de modo a proporcionar uma série de benefícios específicos à sua saúde biopsicossocial.

Assim, equipe da ILPI deve observar os níveis de funcionalidade dos(as) residentes e tratar adequadamente os principais fatores de risco para as doenças crônicas degenerativas e as condições relacionadas ao declínio funcional da cognição, da mobilidade e da comunicação, Para tanto, se faz necessário incentivar essas condutas de cuidado dentro das ILPI.

Referências Bibliográficas

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 283. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos** ANVISA, , 26 set. 2005.

GERALDES, A. A. R. et al. A força de preensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 14, n. 1, p. 12–16, fev. 2008.

GIACOMIN, K. C. **Instituições de Longa Permanência para Idosos e o enfrentamento da pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] : subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal : relatório técnico** Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos, , 2020.

GOULART, F. A. DE A. **Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde** Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS/OMS, , 2011.

IZQUIERDO, M. et al. **Programa multicomponente de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas** VIVIFRAIL (Erasmus), , 2017.

LORENZO OTERO, J.; FONTÁN SCHEITLER, L. La rehabilitación de los trastornos cognitivos. **Rev. méd. Urug**, p. 133–139, 2001.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

NOGUEIRA, W. B. S.; MARTINS, C. D. O LAZER NA TERCEIRA IDADE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, 17 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** Organização Mundial de Saúde, , 2005. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/401>. Acesso em: 25 abr. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud** Organização Mundial de Saúde, , [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/>. Acesso em: 25 abr. 2021

PAULA, R. H. DE et al. Efeitos da autonomia funcional de idosos sobre a fadiga muscular. **Fisioter. Bras**, v. 9, n. 1, p. 33–38, fev. 2008.

PESCATELLO, L. S. et al. **Diretrizes do ACSM: Para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 9ª edição ed. [s.l.] Editora Guanabara Koogan, 2014.

RIBEIRO, A. P. et al. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 2, p. 191–202, ago. 2007.

14

Qualidade do Ambiente e Estrutura Física

Christine Abdalla

Vânia Cantanhêde

Flavia Ranieri

Aletea Figuereido

Cleofa Toniolo

Marisa Accioly

Stella Vidal

Por que falar em qualidade do ambiente e estrutura física em ILPI?

Porque o ambiente que proporciona qualidade de vida à pessoa idosa é aquele que a respeita, que a trata com carinho e que se preocupa com as suas necessidades de segurança e de acessibilidade.

Sabemos que o ambiente influencia em como vivenciamos o nosso dia a dia. Quando somos jovens, por exemplo, somos muito influenciados pelo ambiente de trabalho, da faculdade, da escola, da casa onde moramos, e conforme envelhecemos, não é diferente; a pessoa idosa precisa se sentir bem e conviver em espaços agradáveis que prezam pelas suas particularidades no cuidado com a saúde e bem estar, proporcionando um sentimento de pertencimento.

Quando falamos nas pessoas idosas que residem em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), temos que pensar da mesma forma, para que haja boa adaptação e que se garanta um ambiente seguro e acolhedor.

E quais as normas exigidas e as sugestões que podem nos balizar?

- Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 283/2005 e RDC nº 94/2007, que determinam de forma compulsória as diretrizes mínimas para o funcionamento da ILPI;
- Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, 2003;
- Política para se envelhecer em casa e na comunidade, *Aging in Place (AiP)*, 2015-2017;
- Norma Brasileira-ABNT NBR 9050: 2015-2020;
- Ferramenta de Gestão Ambiental-*5 S/1992.*

Palavras-chave: Ambiência; Estrutura Física; Segurança; 5S; Humanização; Envelhecer no Lugar (Aging in Place).

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

Conhecer a RDC/ANVISA Nº 283/2005 que define os critérios mínimos de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**,** assegurando o cumprimento dos seguintes requisitos:

- Direitos da pessoa idosa
- Prevenção e redução de riscos à saúde
- Critérios mínimos para o funcionamento, avaliação e monitoramento
- Qualificação e prestação de serviços públicos e privados.

Conhecer a RDC/ANVISA nº 94/2007, que altera o item, 4.7.7.1 d) da RDC/ANVISA nº 283/2005.

Distância mínima de 0,80 entre as camas.

Conhecer a Política Nacional de Humanização PNH, 2003

Na presente Política fica estabelecido o conceito de Ambiência, que se refere à criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho, sendo lugares de encontro entre as pessoas.

Dialogar sobre o espaço de residência da pessoa idosa, respeitando as necessidades coletivas e individuais dos residentes e dos profissionais, para melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

A partir da implementação das normativas da RDC nº 283/2005 e da RDC nº 94/2007 é possível tornar o ambiente mais acolhedor e seguro para residentes, profissionais e rede sociofamiliar das ILPI.

Também existem estratégias muito interessantes pelo mundo. Você já ouviu falar no conceito "Envelhecer no lugar" (do termo em inglês "*Aging in Place*")?

Significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente (OMS, 2012; WHO, 2015; Fonseca, 2017). Será que é possível envelhecer assim em uma ILPI?

A ILPI é uma realidade cada vez mais comum para determinada parcela da população. Considerando que a ILPI é a residência da pessoa idosa, a adaptação do conceito *Aging in Place* é muito pertinente, por isso é importante:

- Oferecer e garantir uma rede ativa de relações atuantes;
- Garantir a individualidade, respeitar a biografia e incentivar a independência do(a) residente;
- Oportunizar espaços e atividades que resgatem experiências e vivências prévias à institucionalização.

Outra estratégia muito eficiente é a Ferramenta de Gestão Ambiental-5S. Você a conhece?

Trata-se de um programa de qualidade que visa melhorar o ambiente e as relações interpessoais, originado no Japão, que toma por base cinco sensos. O programa 5S tem como objetivo melhorar a vida no trabalho, ou seja, criar um ambiente agradável e acolhedor, eliminando o desperdício, esforços excessivos, problemas com higiene, limpeza, produtividade e outros (Ver Quadro 1).

Para saber mais, consulte a cartilha 5S, disponível em: Clique aqui para baixar

Quadro 1 - Sugestões de ações conjuntas e contínuas com foco em requisitos legais (compulsórios), individuais e coletivos

AMBIENTES	RDC nº 283/2005 RDC nº 94/2007*	NBR 9050* 2015/2020	PNH (Plano Nacional de Humanização)	5 S
Dormitórios	4.7.7.1* e Resolução – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, item d	4.3, 4.6, 5.6.1.2, 6.11.2, 6.11.3, 9.3, 10.9	Travesseiros, luminárias, livros, rádios, cadeira confortável, luz de vigília, alarme	Senso é a capacidade de discernir e manter a atenção sobre determinados pontos dentro da organização. São considerados: Senso de utilização, Senso de ordenação, Senso de limpeza, Senso de saúde, Senso de autodisciplina
Banheiros	4.7.7. 1 e 4.7.7.4	4.3, 4.6, 5.6.4.1, 6.11.2, 6.11.3, 7	Shampoo, sabonetes, perfumes, esponjas de banhos, escovas dentais, cremes e fios dentais, pentes, espelhos, cadeira de banho, pisos antiderrapantes na área de banho	
Sala para atividades coletivas	4.7.7.2 a	4.3, 4.6, 4.7, 6.11.2, 6.11.3, 9.3, 10.16	Mesas e cadeiras com ângulos arredondados	
Sala de convivência	4.7.7.2 b	4.3, 4.6, 4.7, 6.11.2, 6.11.3, 9.3	Mesas e cadeiras com ângulos arredondados para discussão, estantes, armários fechados com materiais de apoio lúdico.	
Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar	4.7.7.3	4.3, 4.6, 4.7, 6.11.2, 6.11.3, 9.3	Mesas e cadeiras com material de apoio clínico e administrativo	
Banheiros	4.7.7.4 a	4.3, 4.6, 5.6.4.1, 6.11.2, 7	Luz clara, toalheiro, saboneteira	

Onde: *NBR 9050: Os itens indicados são os mais importantes, mas não exime a leitura da norma completa onde outros itens também podem e devem ser aplicados aos ambientes em questão.

AMBIENTES	RDC nº 283/2005 RDC nº 94/2007*	NBR 9050* 2015/2020	PNH (Plano Nacional de Humanização)	5 S
Espaço ecumênico e/ou para meditação	4.7.7.5	4.3, 4.6, 4.7, 6.11.2, 6.11.3	Bancos, janelas de ventilação	Senso é a capacidade de discernir e manter a atenção sobre determinados pontos dentro da organização. São considerados: Senso de utilização, Senso de ordenação, Senso de limpeza, Senso de saúde, Senso de autodisciplina
Sala administrativa/reunião	4.7.7.6	4.3, 4.6, 6.11.2, 6.11.3, 9.3	Mesas, cadeiras, computador, quadro de planilhas, armários com chaves, fichários, iluminação clara	
Refeitório	4.7.7.7	4.3, 4.6, 4.7, 6.11.2, 6.11.3, 9.3, 10.8	Mesas com ângulos arredondados, cadeiras seguras, som ambiente, pratos e copos inquebráveis, talheres apropriados, guardanapos, lavatórios para higienização das mãos, luz de vigília	
Cozinha e despensa	4.7.7.8	4.3, 4.6, 6.11.2, 9.3	Itens de cozinha (forno e fogão), guardanapos	
Lavanderia	4.7.7.9	4.3, 4.6, 6.11.2	Tanques, Luminária com lâmpadas frias, janelas de ventilação,	
Local para guarda de roupas de uso coletivo	4.7.7.10	4.3, 4.6, 6.11.2	Armários com caselas individuais e nomeadas	
Almoxarifado	4.7.7.12	4.3, 4.6, 6.11.2,	Armários ou estantes	
Vestiário e banheiro para funcionário	4.7.7.13 a e b	4.3, 4.6, 5.6.4.1, 6.11.2, 7	Porta toalha, saboneteira, Armários para guarda de itens pessoais de higiene	
Lixeira ou abrigo externo	4.7.7.14	4.3, 4.6, 8.6	Lixeiras tampadas, sacos de lixo reforçados	
Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre	4.7.7.15	4.3, 4.3.3, 4.3.4, 4.3.5, 4.6, 4.7, 6.5, 6.9, 6.12, 8.1, 8.5, 8.8, 8.9, 9.3	Janelas e portas de ventilação, iluminação clara, bancos, caminhos antiderrapantes,	

Onde: *NBR 9050: Os itens indicados são os mais importantes, mas não exime a leitura da norma completa onde outros itens também podem e devem ser aplicados aos ambientes em questão.

No Quadro 1, são apresentadas algumas sugestões de ações conjuntas e contínuas entre gestores, profissionais, residentes e rede sociofamiliar com foco em requisitos legais (compulsórios) e em requisitos individuais e coletivos, de modo a atender, sempre que possível, as necessidades, desejos e interesses de todos.

Os grupos de requisitos foram organizados a partir de cada espaço físico da ILPI, sendo identificados os artigos correspondentes na RDC no.283/2005, RDC no. 94/2007, na NBR no.9050/2015-2020, assim como a referência na PNH/2003 e do 5S/1992 e um catálogo com imagens sugeridas de como atendê-los na prática (disponível em https: Revista com Sugestões de Ambiência para ILPI.pdf

Um dos aspectos muito exigidos pela legislação diz respeito à infraestrutura, que inclui a estrutura física, o ambiente e suas peculiaridades e abordagens que estimulem a convivência e a segurança. Apesar disso, muitas pessoas têm dificuldade em compreender por quê tantas exigências.

A ILPI é um equipamento integrado à Assistência Social, mas por se tratar de entidade de interesse para a saúde, por ser também um local que oferece cuidados aos residentes, sua autorização de funcionamento necessita da avaliação da Vigilância Sanitária, ligada à Assistência à Saúde. Desse modo, torna-se uma Instituição híbrida submetida ao cumprimento das legislações pertinentes para atender de forma segura aos que lá residem ou trabalham.

Essas normas existem para proporcionar uma definição técnica apropriada de funcionamento, que possa ajudar na organização de instituições que têm por finalidade acolher e cuidar do outro. Porém as realidades são muitos diversas. Por isso as normas elaboradas precisam ter um cunho orientativo, que guie e auxilie as ILPI a seguirem diretrizes concretas sobre o que fazer e como fazer para oferecer serviços adequados e seguros, atendendo as necessidades de todos os interessados - os que utilizam e os que prestam serviços ali. Afinal, são essas pessoas que no cotidiano interferem e são afetadas positivamente ou negativamente por esse ambiente.

Porém, por mais abrangente e detalhada que a norma ou a regulamentação seja, sempre é difícil abarcar todos os pontos intangíveis do ser humano: o simbólico, as histórias, as memórias, as relações de amizade e sociofamiliares. Difícil que regras observem toda uma experiência de vida que não pode ser ignorada também na organização dos espaços físicos de uma moradia. E tudo isso faz parte do impacto dos ambientes em nossa vida em todas as etapas de nossa existência. Afinal, sempre, em todas as etapas da vida, queremos nos sentir bem, confortáveis e felizes.

Para apoiar o entendimento e o cumprimento das normas são propostas algumas estratégias para apoiar os gestores de ILPI.

A primeira é um checklist onde cada gestor poderá aplicar na sua ILPi e verificar:

- se você fosse um fiscal sanitário que viesse conferir o cumprimento da RDC 283/2005 você terá cumprido todas as exigências?
- O que precisa ser melhorado?
- Como estão seus indicadores de cuidado? Que tal analisar como estão evoluindo (Ver Capítulo Controle de Infecção em Instituição de Longa Permanência para Idosos);
- Como anda o Plano Individualizado de Cuidado? (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa);
- Como você pode conversar com sua equipe para juntos melhorarem as condições da sua ILPI?

Outra dica: que tal aplicar uma ferramenta de melhoria de qualidade como o Programa 5S?

Vamos começar?

Considerações Finais

As Instituições de longa permanência possuem várias obrigações para serem consideradas locais apropriados de moradia coletiva para pessoas idosas, entre tantas o ambiente se mostra presente tanto na RDC nº 283/2005, quanto na RDC nº 94/2007, e na NBR 9050/2015-2020. Essas instituições são serviços considerados sociossanitários integrados ou híbridos, que são aqueles cuja gestão de fiscalização e de monitoramento é feita pelo órgão público da Saúde e da Assistência Social simultaneamente, com enfoque na articulação destas redes e no cuidado de média e longa duração das pessoas idosas.

A ILPI independente da sua natureza jurídica, estão submetidas as mesmas regras de funcionamento, independente das suas condições financeiras, para bem atendê-las. No entanto, muitas vezes, algumas decisões de melhorias mesmo em se tratando de requisito tão objetivo, poderá ser atendido se forem levados em conta as questões de cultura, regionalidade, humanização, entre outros.

Nesse contexto, oferecer um ambiente seguro e saudável, exige uma escuta qualificada de quem mora naquele lugar, como se sente, o que espera, como se percebe naquele ambiente, quais fatores facilitam ou dificultam a sua vida nesse espaço e isso é muitos vezes superior às regras ditatoriais das legislações.

Envelhecer em um ambiente coletivo não precisa ser sinônimo de morte da individualidade de cada sujeito que necessite desse equipamento social.

Conclui-se que as normas existem para organizar o caos. São necessárias e orientativas. São elas que nos guiam e nos ajudam a ter diretrizes concretas do que fazer e do como fazer. Mas, nunca podemos esquecer que elas existem para ajudar aos residentes. São eles na ponta, no cotidiano que irão usar os ambientes. E por melhor e mais completa que a norma ou a regulamentação seja, sempre é difícil que ela cubra os pontos intangíveis do ser humano. O simbólico, as histórias, as memórias, as relações de amizade e sociofamiliares. Difícil que ela cubra toda uma experiência de vida que não pode ser ignorada também na organização dos espaços físicos de uma moradia. E tudo isso faz parte do impacto dos ambientes em nossa vida em todas as etapas de nossa existência. Afinal, sempre, em todas as etapas da vida, queremos nos sentir bem, confortáveis e felizes.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada/RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005.** Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada/ RDC Nº 94, de 31 de dezembro de 2007** . Altera anexo da Resolução - RDC No- 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-9-34-2007-12-31-94

BRASIL; **Política Nacional de Humanização**. Documento Base. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 3ª Edição, 2007.

CÉSAR, C. VOITTO - Escola de Gestão. **Aprenda como o PDCA possui importante papel para a implementação do Programa 5S em uma empresa.** 15/11/2020. Disponível em:https://www.voitto.com.br/blog/artigo/implantacao-do-programa-5s

FONSECA, A. M. (org.). **Ageing in place: boas práticas em Portugal. Lisboa:** Ed. Fundação Calouste Gulbenkian: Faculdade de Educação e Psicologia: Universidade Católica Portuguesa, 2019.

GONÇALVES, T. Voitto - Escola de Gestão. **Programa 5S: o que é e como implantar em sua empresa?** 18/09/2017 Disponível em:https://www.voitto.com.br/blog/artigo/programa-5s

ISHIKAWA, K. Governo de São Paulo/PRODESP. **5S um bom começo.** Disponível em: https://livrozilla.com/doc/50805/pode-se-come%C3%A7ar-varrendo

NAPOLEÃO. B. M. **5S**. 5/9/2018. Disponível em: https://ferramentasdaqualidade.org/5s/

OSADA, T. HOUSEKEEPING. **5S's: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke.** São Paulo: Instituto IMAM, 1992.

PEREIRA, P.T.V. SEBRAE. **5S nas empresas: Dicas para aplicar a metodologia no seu negócio.** 31/08/2017 Disponível em: https://blog.sebrae-sc.com.br/5s-nas-empresas/

15

Cuidados à Pessoa Idosa com Demência e Manejo de Alterações de Comportamento

Tânia Menezes

Virgílio Moreira

Larissa Costa

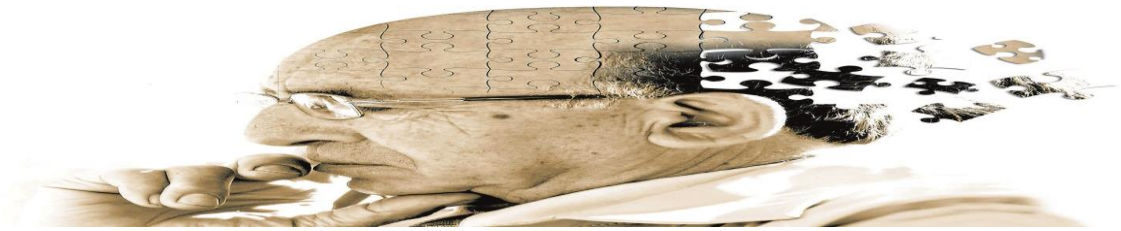
Por que falar sobre as Demências e seus cuidados no contexto da ILPI?

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo. Viver mais e melhor é, da mesma forma, objeto de desejo de todos nós. Entretanto, com o aumento da expectativa de vida, temos também o aumento potencial de doenças até então observadas de forma discreta e pouco expressiva.

Uma dessas condições é a síndrome demencial, que representa, atualmente, uma grande preocupação em todo o mundo. Trata-se de um conjunto de doenças que se expressam com perda cognitiva e perda da capacidade funcional, o qual demanda do profissional de saúde seu reconhecimento precoce e intervenção.

Dentre os principais motivos que podem levar à institucionalização de pessoas idosas encontram-se: a inexistência ou fragilidade de vínculos (Alencar et al., 2012; Oliveira e Novaes, 2013); vulnerabilidade social (Pavan et al., 2008); dependência da pessoa idosa, somada a cuidadores familiares também mais velhos; o alto custo com a manutenção de uma pessoa idosa dependente na residência (Bessa e Silva, 2008), as famílias muito reduzidas ou conflituosas; a necessidade de trabalho externo dos familiares; o tratamento do indivíduo envelhecido e/ou familiares responsáveis (Alencar et.al, 2012) e, principalmente, a presença de demências e/ou alterações cognitivas (Converso e Iartelli, 2006; Alencar et.al, 2012). Também pode acontecer de uma pessoa idosa residente em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) desenvolver os sintomas de um processo demencial após institucionalização.

Portanto, toda a equipe da ILPI deve ter conhecimento sobre como lidar com o(a) residente que evolui com alguma demência.



Palavras-chave: Demência; Idosos; Cuidado; Manejo; Distúrbios do Comportamento

O que é preciso saber sobre Demências?

Definição

Demência é definida como declínio geral das habilidades cognitivas associado à perda expressa das atividades de vida diária. Memória, linguagem, raciocínio, dificuldade de reconhecimento de fatos, objetos e, também, de seus entes queridos, com flutuações do comportamento, estão entre os aspectos mais comumente observados. Demência não é uma doença em si, mas um conjunto de sinais e sintomas expressos em uma variedade de doenças. Dentre elas, a causa mais comum é a doença de Alzheimer.

Sintomas

A pessoa idosa com demência pode apresentar alterações psicológicas e de comportamento, principalmente nas fases moderada a avançada dessa condição. Esses sintomas englobam agitação, euforia, irritabilidade, necessidade de se movimentar ou de caminhar sem rumo, ansiedade, depressão, apatia, desinibição, delírios, alucinações, alterações de sono e de apetite (STELLA *et al.*, 2013).

Entre pessoas com demências, os sintomas identificados mais frequentemente têm sido: apatia, agitação/agressividade, ansiedade e depressão; e, em menor frequência, a alteração alimentar, necessidade de se movimentar ou de caminhar sem rumo, irritabilidade, delírio, desinibição, alucinações, alteração do sono e a euforia (PERDIGÃO, ALMEIDA e ASSIS, 2017).

Os sintomas psicológicos e comportamentais da demência (cuja sigla em inglês se chama “BPSD” - the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) resultam da interação entre os estímulos do ambiente social e físico e as alterações provocadas pela demência no cérebro. A resposta dessa interação transmite uma reação, que pode significar um evento estressante ou uma necessidade não atendida pela pessoa que vive com demência, o que afeta a qualidade de vida dela e das pessoas que se relacionam com ela.(SCALES ;ZIMMERMAN; MILLER, 2018).

Os BPSD ocorrem quando as demandas ambientais ultrapassam a tolerância do estresse ou do limite de enfrentamento pelo fato de as pessoas com demência terem dificuldade em expressar suas necessidades, como dor, raiva, tristeza e medo (MARINS; HANSEL; SILVA, 2016). Por exemplo, digamos que durante o banho, a água esteja em uma temperatura desconfortável (muito quente ou muito fria). A pessoa com demência pode reagir com agressividade, por não conseguir transmitir esse desconforto por meio das palavras. Isso demonstra que o ambiente causou um estresse, que pedia uma resposta de enfrentamento, a qual estava comprometida pelo impacto cognitivo da demência. (SCALES; ZIMMERMAN; MILLER, 2018). (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Espaço Físico)

O Quadro 1 apresenta as principais alterações comportamentais observadas ao longo de uma síndrome demencial.

Quadro 1: Alterações comportamentais mais comuns no curso da síndrome demencial

Sintomas	**Expressão ao longo de 3 anos da doença**
Perseguição	15%
Confusão mental	20%
Alucinações	15%
Agitação e Perambulação	60%
Agressão física	12%
Humor deprimido	25%

Fonte: Adaptado de Gray (2004).

Esses sintomas podem levar a família de uma pessoa com demência a buscar a institucionalização. O cuidado a um familiar com demência é considerado, em muitos estudos, como o mais estressante e o que mais traz sobrecarga para as famílias. Somado a isso o familiar que assume diretamente o cuidado, muitas vezes, vivencia um isolamento social e apresenta alto índice de depressão, causados pelas alterações comportamentais da pessoa que cuida. Assim, compreender os motivos que levam uma pessoa idosa a residir em ILPI pode auxiliar na criação de estratégias de (re)aproximação das famílias, quando possível, ou do maior envolvimento delas no cuidado, principalmente se o motivo da institucionalização tiver sido o estresse e a sobrecarga decorrentes do difícil manejo em domicílio. (Pinto et. al., 2009; Cruz, Hamdan, 2008, Lemos, Gazzola e Ramos, 2006).

Como manejar os sintomas comportamentais e psicológicos da Demência (BPSD)?

- A demência é uma doença progressiva, o que, ao longo do tempo, gera um aumento na necessidade de cuidado em diferentes atividades. Por exemplo, a pessoa pode começar demandando suporte para realização do banho e, posteriormente, para se vestir e até para comer. (Ver Capítulos Higiene Corporal e Conforto de Residentes nas ILPI, Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI e Cuidados com a Saúde Bucal de Residentes em ILPI) Para lidar com este declínio cognitivo e funcional é muito importante valorizar e estimular as habilidades que a pessoa com demência possui. Isso significa que para apoiá-la na realização de suas atividades diárias, devemos sempre considerar as práticas de cuidado centrados na pessoa, possibilitando sua escolha, valorizando suas preferências e respeitando seus desgostos (PRIZER; ZIMMERMAN, 2018).(Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)
- Seguem algumas orientações nos cuidados da pessoa idosa com Demência:

- **Administração de medicamentos:** ficar atento ao dar o medicamento, se o(a) residente vai, de fato, engoli-lo ou guardar na boca, para depois jogar fora. Caso não queira tomar no momento, sair do quarto e retornar em breve, se a medicação permitir administração posteriormente. Reavaliar sempre se a medicação ainda é necessária (Ver Capítulo Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica);
- **Banho e cuidados higiênicos:** É um desafio a cada dia. É importante reunir tudo que a pessoa idosa precisa para o banho, que pode ser no leito, na cadeira ou no chuveiro. A depender do estágio da demência, a pessoa atende ao comando e o cuidador vai apenas supervisionar. À medida que avança a doença, será necessário auxiliar ou fazer por ele. Estimular realização da higiene íntima (Ver Capítulo Higiene Corporal e Conforto de Residentes nas ILPI);
- **Estímulo ao autocuidado**: permitir que a pessoa idosa, dentro de suas possibilidades, realize várias ações: pentear o cabelo, escovar os dentes, ensaboar, enxugar, vestir e despir a roupa. Quando a pessoa não tem estímulo, a tendência é retrair-se, esquecer e o declínio ser mais rápido.

- **Uso de fraldas**: estar atento à pessoa idosa que necessita de fraldas, para não ultrapassar o tempo de troca e comprometer a pele. A cada troca, observar as condições da pele (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária e Pessoas Idosas em ILPI e Cuidados com o Uso de Fraldas);
- **Alimentação**: caso o(a) residente tenha condições de se alimentar sozinho(a), preparar o local, orientá-lo(a) e supervisionar. A lentidão dos movimentos se intensifica, sendo necessária muita paciência do cuidador. Uma característica comum é a desatenção ou o cansaço fácil diante de uma atividade. Por isso, na hora da alimentação, é importante preparar a mesa e evitar elementos de distração, como a televisão ligada, por exemplo. Uma ambiência mais tranquila, com poucos ruídos, favorece a adesão de uma pessoa com demência. Pode ser necessário adaptar alguns utensílios, para que permaneça se alimentando sozinho(a). Em caso de recusa alimentar, a orientação é não forçar e reapresentar o alimento um tempo depois. Outra alternativa é oferecer alimentos em pequenos volumes, mas com alto valor nutritivo. Oferecer água em horários regulares para manter a hidratação (Ver Capítulo Qualidade da Nutrição e da Hidratação para a Pessoa Idosa em ILPI);
- **Estímulo à comunicação**: o vocabulário vai ficando empobrecido e promover a socialização auxilia a preservação do vocabulário. O cuidador precisa desenvolver maneiras de se comunicar com a pessoa idosa com demência, para se relacionar melhor com ela. Às vezes, ela não lembrará de uma palavra e o cuidador pode dar pistas para que se lembre. É importante considerar a comunicação não verbal. A capacidade de perceber um toque afetuoso é mantida, mesmo quando a pessoa já se encontra em estágio avançado da demência;
- **Sono e repouso**: o sono é uma necessidade humana básica e tem influência na qualidade de vida. A pessoa com demência tem sono irregular, dorme pouco e isso vai interferir no comportamento e bem estar. Importante observar que se a pessoa idosa ficar o dia todo na cama ou cadeira de rodas, cochilar muito durante o dia, não terá sono na hora de dormir. Um banho quente e uma massagem de conforto pode auxiliar no sono. Ao acordar, procurar orientar o(a) residente no tempo e espaço, dizendo o turno, a data, mês e ano. (Ver Capítulo As Alterações e a Higiene do Sono);

- **Cuidados com a pele**: muita atenção a: limpeza, hidratação, observação de mudança de coloração, restos de alimentos que ficam na cama para os acamados. Para um(a) residente que fica somente sentado(a) ou na cadeira de rodas, é importante a cada duas horas estimular a mudar de posição: elevar e sentar novamente, para aliviar a pressão sobre a região sacral. Para uma pessoa acamada, a mudança de posição também deve acontecer a cada duas horas, com observação rigorosa da pele, para perceber qualquer vermelhidão ou outro sinal de lesão de pressão. Especial atenção deve ser dada à nutrição (Ver Capítulo Prevenção e Terapêutica de Lesões de Pele);
- **Estímulo às atividades cognitivas e que promovam o lazer**: há muitas estratégias para estimular a memória, tais como jogos, bingo, imagens, fotografias, pintura, desenho, revistas. As atividades podem ser desenvolvidas em grupo ou individual. Porém, sempre que possível, é interessante contar com o apoio de um profissional da terapia ocupacional para fazer atividades mais individualizadas (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa). Uma pessoa com demência pode apresentar dificuldade para encontrar seu quarto, o banheiro ou o refeitório, por exemplo. Por isso é importante identificar estes ambientes de um modo fácil, com uso de placas, fotografias ou imagens que facilitem o seu reconhecimento. Também é importante favorecer a orientação temporal do(a) residente mantendo calendário e relógio de fácil visualização.(Ver Capítulo Exercío Físico e Lazer);
- **Observar alterações do comportamento**: são muito frequentes a síndrome do pôr do sol (agitação ao final da tarde), a perambulação (andar sem rumo), a agitação psicomotora. Para lidar com estes sintomas é importante: ligar as luzes do ambiente antes do entardecer; não entrar em discussão com o(a) residente; buscar dialogar mais com ele(a), caso identifique as alterações de comportamento.

Em relação **aos sintomas psicológicos e comportamentais da demência (BPSD),** é importante identificar as características do ambiente físico e as atitudes das pessoas próximas, que podem desencadear ou intensificar essas alterações de comportamento da pessoa idosa que vive com demência. Destaca-se que os gatilhos ambientais e as respostas a eles são diferentes para cada indivíduo, o que significa que a avaliação deve ser individualizada e centrada na pessoa (SCALES; ZIMMERMAN; MILLER, 2018).

Alguns exemplos de alterações que podem ser geradoras de BPSD:

- **Alterações no ambiente:** alteração na rotina da pessoa idosa, falta de iluminação, sombras, excesso de estímulos, alteração na alimentação e na rotina do sono;
- **Alterações causadas por atitudes de pessoas próximas**: excesso de barulho, conversas persistentes, atitudes agressivas, forma de tocar ou de se aproximar da pessoa idosa com demência;
- **Mudanças de cuidador**: não raro uma ILPI tem vários cuidadores que se revezam no cuidado. É importante identificar cuidadores com maior afinidade a uma pessoa com demência e tentar manter este cuidado mais personalizado;
- **Intervenção no autocuidado**: a pessoa idosa com demência pode não ter noção da sua incapacidade e pode não gostar de ser auxiliado em atividades como a higiene íntima, o banho, os cuidados com a boca e os dentes. Estes podem ser momentos estressantes para todos - para quem cuida e quem é cuidado.

Por outro lado, é importante garantir a máxima manutenção da funcionalidade da pessoa idosa com demência durante a realização das atividades básicas de vida diária. Deve-se implementar estratégias não farmacológicas centradas na pessoa, considerando o que é viável para o ambiente da ILPI.

Para identificar o suporte necessário deve-se reconhecer a atividade, a capacidade funcional do indivíduo e o impacto dos déficits cognitivos na realização das mesmas, sendo que esta avaliação deve ser realizada pelo Terapeuta Ocupacional. No entanto, existem estratégias para estimular a funcionalidade da pessoa idosa no dia a dia da ILPI, sendo elas:

- Dividir cada tarefa em etapas simples, ofertando orientações verbais e/ou táteis;
- Comunicar com clareza e calma e permitir tempo suficiente para a resposta da pessoa idosa;
- Oferecer um ambiente simplificado e livre de confusão e/ou distrações, utilizando pistas visuais para orientação;

- Possibilitar o direito de escolha, como a roupa que quer vestir, o que quer comer, qual acessório quer usar - sempre limitar a oferta em duas opções;
- Garantir um local seguro e com privacidade para a realização do banho, uso do banheiro, despir e vestir; e
- Alinhar as atividades com a preferência e a capacidade de cada indivíduo e fornecer suporte proporcional à demanda e somente quando necessário.

Importante reforçar a influência que os medicamentos antipsicóticos e outros psicotrópicos podem causar efeitos adversos nas pessoas idosas e, por isso, as práticas não farmacológicas devem ser a abordagem de primeira linha (SCALES; ZIMMERMAN; MILLER, 2018). (Ver Capítulo Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica).

Consideramos práticas sensoriais, psicossociais e protocolos de cuidado estruturados:

Práticas sensoriais: identificar imagens, cores, decoração; incentivar a leitura; reconhecer sons, instrumentos musicais; identificar aromas; estimular o paladar com diferentes sabores, massagens, estímulos táteis, durante a hidratação da pele e banho.

Fonte: Arquivo próprio

Fonte: Arquivo próprio

Práticas psicossociais: terapia de validação, terapia de reminiscência, musicoterapia, terapia assistida por animais, utilização de atividades significativas.

As práticas psicossociais demandam treinamento para serem realizadas de maneira eficaz e segura, pois quando empregadas de forma inadequada, podem exercer papel de gatilhos ambientais e sociais e agravar as alterações de comportamento.

https://storage.googleapis.com/atados-v3/user-uploaded/images-large/3633bdaf-4086-4788-92fc-9806ab5f27fb.jpg

A **elaboração e implementação do plano de cuidado centrado na pessoa** está no descrita no Capítulo 2 do presente manual (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).Destaca-se que as capacidades e as necessidades das pessoas idosas que vivem com demência se alteram com o passar do tempo. Desse modo, o protocolo e as estratégias para aliviar os BPSD devem ser individualizados e podem precisar se ajustar, sendo necessário avaliar rotineiramente a eficácia das estratégias e adaptá-las ou alterá-las visando o bem-estar do(a) residente.

Considerações Finais

A demência é uma doença desgastante, dinâmica, que pode levar o cuidador a exaustão. O conhecimento sobre as características da Síndrome Demencial e seu manejo é fundamental considerando o contexto da ILPI, devido à alta prevalência da pessoa idosa com demência, neste ambiente, e os desafios enfrentados na rotina. Além disso, **um dos objetivos do cuidado à pessoa idosa deve ser sempre a qualidade de vida.**

Assim, em todos os espaços, inclusive na ILPI, devem ser realizadas ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e manutenção da independência funcional. Cabe destacar a importância de considerar os limites e potencialidades da residente, uma vez que isso é relevante no planejamento e na execução do cuidado.

Considerando as particularidades da Síndrome Demencial, conclui-se ser necessário o cuidado centrado na pessoa, a psicoeducação e a abordagem da Equipe Multidisciplinar, visando melhor qualidade na prestação do cuidado para quem realiza e para quem recebe. Além disso, a aproximação da rede sociofamiliar também é uma necessidade para a pessoa com demência, por ser uma referência da memória para o(a) residente. Por sua vez, causa muito sofrimento ao familiar o seu esquecimento pela pessoa com demência.

A interrupção de visitas durante a pandemia e as mudanças decorrentes das rotinas introduzidas pela Covid-19, com a interrupção ou restrição das atividades da equipe multidisciplinar, que aceleraram a evolução de síndromes demenciais e a perda funcional de muitos residentes.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 785–796, dez. 2012.

BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. DA. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 258–265, jun. 2008.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267–272, 2007.

CRUZ, M. DA N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 223–229, jun. 2008.

GRAY, K. F. Managing agitation and difficult behavior in dementia. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 20, n. 1, p. 69–82, fev. 2004.

LEMOS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 170–179, dez. 2006.

MARINS, A. M. DA F.; HANSEL, C. G.; DA SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352–356, jun. 2016.

OLIVEIRA, M. P. F. DE; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069–1078, abr. 2013.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2187–2189, set. 2008.

PERDIGÃO, L. M. N. B.; ALMEIDA, S. C. DE; ASSIS, M. G. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 156–162, 25 out. 2017.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 652–657, out. 2009.

PRIZER, L. P.; ZIMMERMAN, S. Progressive Support for Activities of Daily Living for Persons Living With Dementia. **The Gerontologist**, v. 58, n. suppl_1, p. S74–S87, 18 jan. 2018.

SCALES, K.; ZIMMERMAN, S.; MILLER, S. J. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. **The Gerontologist**, v. 58, n. suppl_1, p. S88–S102, 18 jan. 2018.

STELLA, F. et al. The Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity in dementia. **International Psychogeriatrics**, v. 25, n. 9, p. 1503–1511, set. 2013.

16

As Alterações e a Higiene do Sono

Carla Sena

Denise Cuoghi

Por que falar nas alterações e higiene do sono em ILPI?

O dormir bem é um dos maiores desafios da humanidade. A boa qualidade de sono é uma das chaves para a boa saúde, pois ele é essencial para a vida. Hoje se sabe que o dormir é um processo ativo para o bom funcionamento do corpo e, por isso, é tão importante dormir bem. Durante o sono o corpo trabalha para manter o equilíbrio geral do organismo, consolidando a memória e regulando os hormônios.

O cuidar de pessoas idosas com dificuldades de pegar no sono ou que passam a noite em claro é uma realidade em muitas ILPI. É importante estar atento ao sono de quem cuidamos!

Quem dorme mal vive com menos qualidade de vida e pode apresentar diversos problemas de saúde. É importante que os profissionais das ILPI saibam entender os conceitos básicos sobre o funcionamento do sono e seus principais distúrbios, para ajudar os(as) residentes a dormir melhor.

Palavras-chave: Sono; Pessoa Idosa; Instituição de Longa Permanência; Higiene do Sono; Intervenções Diurnas e Noturnas no Sono.

Por que falar nas alterações do sono em ILPI?

Porque a má qualidade do sono está presente em mais da metade das pessoas idosas nas ILPI (Araújo, 2008). Além disso, as alterações do sono levam a um aumento das quedas, agitação, sonolência diurna, alterações metabólicas e redução da atenção; (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI);

- **Do que os residentes reclamam?**

Entre as pessoas idosas que vivem em ILPI, as principais queixas relacionadas à qualidade do sono nas ILPI são:

❖Menor duração do sono noturno;

❖Dificuldade para iniciar e/ou manter o sono;

❖Temperatura e iluminação desfavoráveis;

❖Muitas idas ao banheiro durante a noite; (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas Idosas em ILPI e Cuidados com Uso de Fraldas)

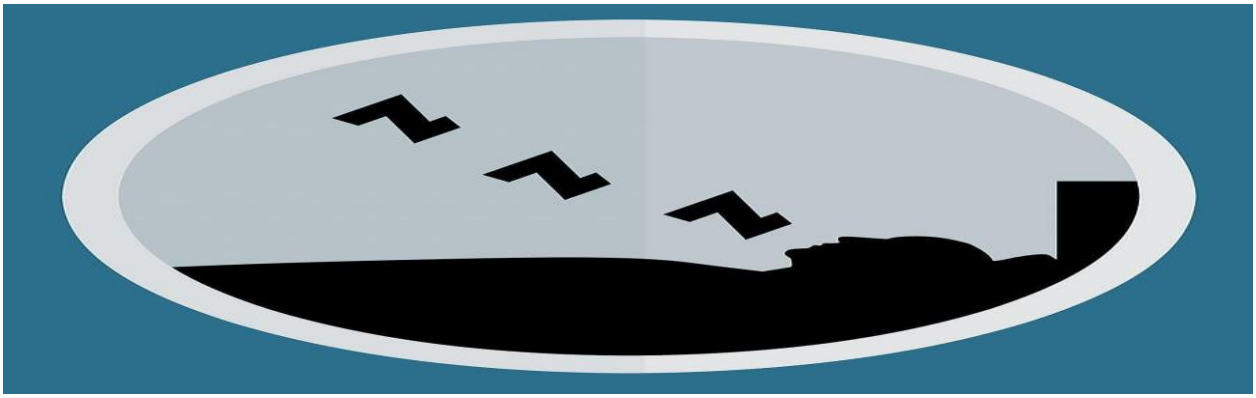
❖Presença de dor e desconforto durante o funcionamento intestinal ou urinário;

❖Colchão e travesseiros inadequados;

❖Agitação do companheiro de quarto;

❖Entrada e saída de funcionários à noite no quarto.

Tudo isso interrompe o sono, causa irritação e compromete o dia seguinte de todo mundo: do(a) residente e da equipe de cuidado...



O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

Assim como para todos os outros aspectos da vida da pessoa idosa residente em ILPI, o sono também merece uma abordagem individual, que leve em conta a história de vida deste(a) residente. Importante que ele(a) possa nos contar como tem sido seu sono ao longo da vida, como gosta dormir e quais são suas necessidades de sono. Essa abordagem deve, idealmente, ser realizada no primeiro encontro com a pessoa, na anamnese mesmo, na entrevista inicial, ou até mesmo antes da institucionalização. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

O QUE É PRECISO SABER SOBRE O SONO

❖ A importância do sono e do repouso:

Sono e repouso são funções restauradoras e necessárias para a saúde e para a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada; o sono pode sofrer alterações quantitativas (horas de sono) e qualitativas (afetando o desempenho das atividades, durante o dia em seu estado de vigília ou sono noturno que pode ser superficial, fragmentado e diminuído).

Para entender por que uma pessoa tem problemas para dormir é importante conhecer:

- as características do sono normal da pessoa idosa e e
- as características e rotinas da instituição: hora do banho, da alimentação, das atividades recreacionais e da reabilitação, hábitos da sesta, horário e rotinas no momento de deitar à noite para dormir.

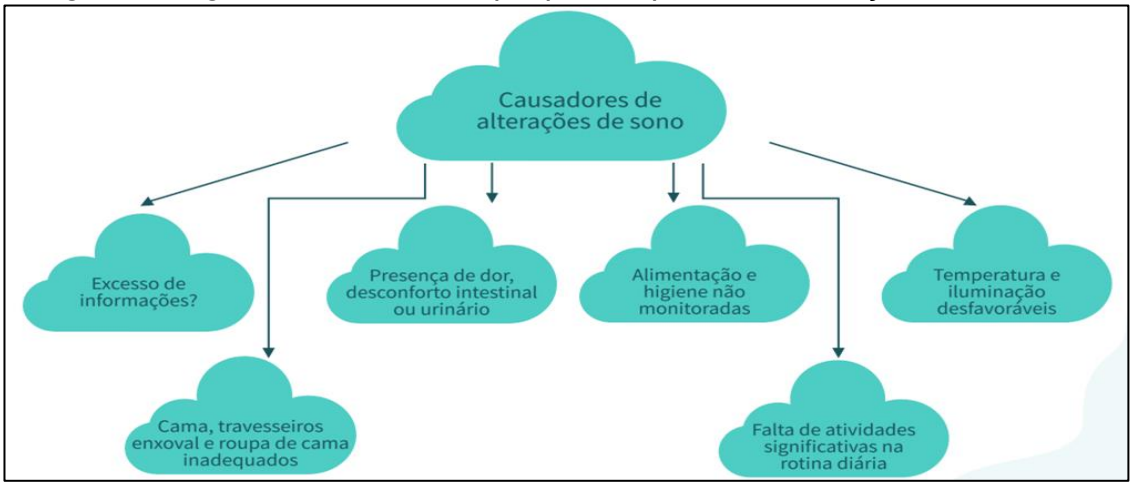
Na Figura 1 estão apresentados os fatores intrínsecos (próprios da pessoa idosa) e os extrínsecos (aqueles relacionados com o ambiente) que podem afetar o sono do(a) residente.

Figura 1 - Fatores intrínsecos e extrínsecos que interferem no sono de uma pessoa idosa.

❖Os fatores intrínsecos	❖Os fatores extrínsecos
❖ Doenças reumatológicas, ósseas e musculares que provocam dor; ❖ Doenças que podem aumentar o volume de urina, como hipertensão e diabetes mellitus; ❖ Alterações digestivas: refluxo gástrico que pode provocar tosse; constipação que pode causar desconforto; ❖ Doenças neurológicas: demências, doença de Parkinson; ❖ Apnéia do sono (momentos diurnos ou noturnos de interrupção da respiração), problemas respiratórios como enfisema, asma, bronquite), obesidade, dentre outros.	❖ Ruídos; ❖ Barulhos excessivos; ❖ Luminosidade; ❖ Cheiros; ❖Colchão; ❖ Arrumação da cama (lençol bem esticado, lisinho); ❖ Travesseiro

Além disso, alguns agentes estressores que podem influenciar negativamente o sono do idoso são apresentados na Figura 2.

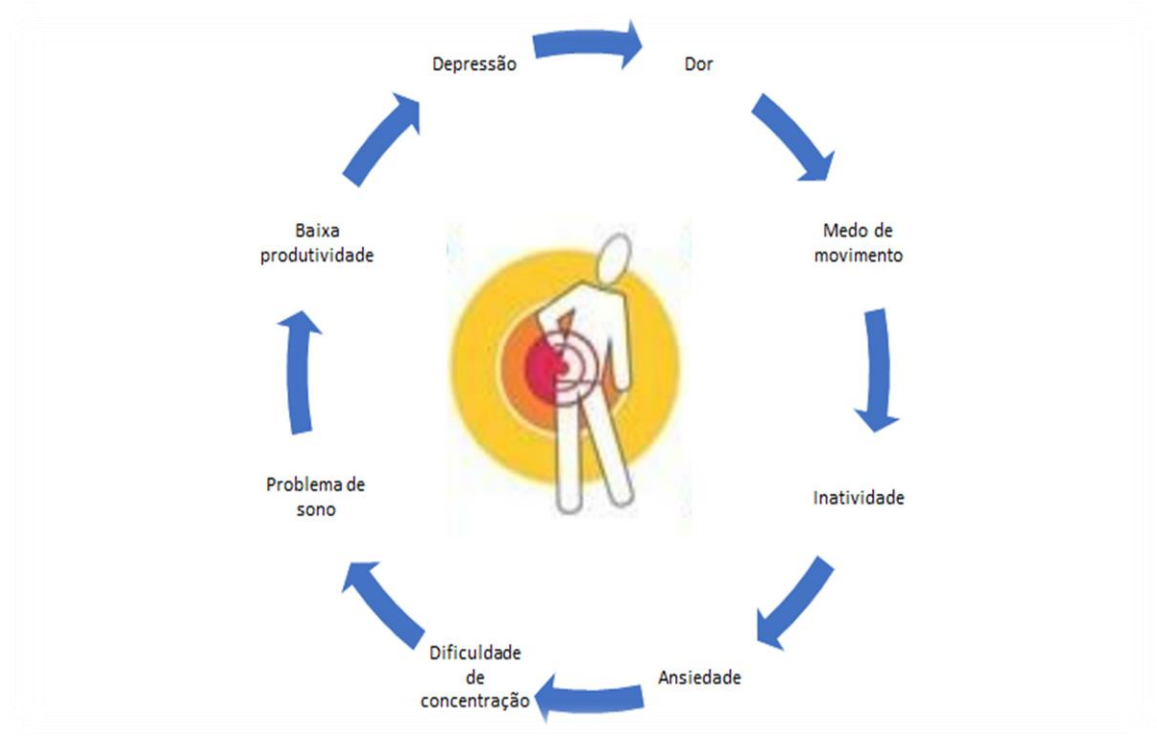
Figura 2 - Agentes estressores que podem provocar alterações do sono.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Atenção e alerta aos sinais e sintomas da pessoa idosa em relação ao sono: apresentados na Figura 3. Esta ação requer o envolvimento da equipe multiprofissional.

Figura 3 - Sinais e sintomas que uma pessoa idosa com dificuldades de sono pode apresentar.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

É muito importante que toda a equipe de cuidados seja orientada a estar atenta ao padrão de sono dos residentes. A mudança do sono para mais ou para menos pode ser reveladora de doenças, como a depressão, por exemplo. Quando a pessoa dorme mal, sua capacidade de concentração diminui, aumenta a chance de a pessoa ficar mais inativa, o que pode causar dor, gerar ansiedade, comprometer o desempenho durante o dia. Essa perda funcional pode gerar depressão e reforçar um ciclo vicioso que prejudica o sono.

E o sono nas ILPI: podemos melhorar?

Sim, podemos!

Inúmeros aspectos podem afetar a capacidade de uma pessoa idosa dormir bem todas as noites, mas algumas intervenções diurnas e noturnas podem ajudar a trazer benefícios para o sono dos(as) residentes.

Existem diversos fatores extrínsecos relacionados com o ambiente e com a rotina das instituições que têm papel fundamental na qualidade do sono.

a) **Intervenções diurnas que podem auxiliar uma melhor qualidade do sono:**

- ❖ Reduzir o tempo no leito ao longo do dia;
- ❖ Oferecer atividades físicas, lúdicas e de interação social. Em tempos de pandemia, as vídeo chamadas são muito bem vindas)
- ❖ Realizar atividades ao ar livre; (Ver Capítulo Exercício Físico e Lazer)
- ❖ Aumentar a exposição das pessoas idosas à luz solar. O organismo é preparado para acordar mais facilmente e se manter ativo com a luz e além disso, a luz ajuda a regular o ciclo dia-noite do organismo;
- ❖ Ampliar as informações referentes ao tempo e
- ❖ Evitar cochilos longos - recomendam-se 30 minutos.

b) **Intervenções noturnas que podem auxiliar uma melhor qualidade do sono:**

- ❖ Criar rituais de sono e rotinas que ajudem a acalmar, tais como colocar o pijama ou a camisola, ler livros, fazer orações e ouvir músicas relaxantes;
- ❖ Controlar o nível de iluminação - luzes amarelas ou indiretas são as melhores para não reduzir o efeito da produção de melatonina, hormônio que ajuda no sono; (Ver Capítulo Ambiência e Estrutura Física)
- ❖ Levar ou lembrar o(a) residente de usar o banheiro antes de deitar (Ver Capítulo Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas em ILPI e Cuidados com Uso de Fraldas);
- ❖ Restringir o uso de bebidas estimulantes como o café a noite; (Ver Capítulo Incontinência (Ver Capítulo Promoção da Continência Urinária de Pessoas em ILPI e Cuidados com Uso de Fraldas)
- ❖Reduzir atividades que geram interrupções no sono do(a) residente como entrada e saídas constantes de colaboradores nos quartos;
- ❖ Adequar horários das medicações, por exemplo, conversar com médicos sobre os horários dos diuréticos e antibióticos, evitar horários de medicações de madrugada; e (Ver Capítulo Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica)
- ❖ Se possível, separar residentes com distúrbios comportamentais dos(as) residentes que conseguem ter uma noite inteira de sono. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

Considerações Finais

A qualidade do sono está diretamente relacionada à qualidade de vida do ser humano. Um bom sono nos faz muito bem e nos protege de várias doenças. o cuidar de pessoas com dificuldades de pegar no sono e que passam noites em claro é uma realidade nas ILPI. É fundamental cuidar do sono pois, segundo a Associação Brasileira do Sono: dormir bem é envelhecer bem!

A equipe de cuidados tem muito a contribuir:

- conhecer as rotinas de sono do(a) residente antes da institucionalização;
- evitar ruídos excessivos, luminosidade durante a noite;
- programar atividades e rotinas que preparem uma boa noite de sono;
- corrigir e ajustar os medicamentos para diminuir a chance de alteração do sono;
- prevenir, identificar e tratar a dor e outros sintomas desconfortáveis, como a tosse, as câimbras, a constipação intestinal, as incontinências, entre outros;
- levar ou estimular a ida do(a) residente ao banheiro antes de dormir;
- promover atividades sociais e de reabilitação;
- evitar cochilos diurnos demorados;
- estar atenta a alterações do sono.

Muito importante lembrar que se trata de uma residência coletiva e as dificuldades de sono de um pode resultar em problemas de sono para todos.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, C. L. DE O. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Dissertação de mestrado—Unicamp: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2008.

ARAÚJO, C. L. DE O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 3, p. 619–626, set. 2010.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 4, p. 610–616, ago. 2014.

NOGUEIRA, J. T. et al. A qualidade do sono e a fragilidade em idosos: revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 10, n. 0, 30 dez. 2020.

17

Polifarmácia e Reconciliação Terapêutica

Fernanda Andrade

Pedro Gibson

Por que falar sobre polifarmácia e reconciliação terapêutica em ILPI?

O avanço tecnológico da indústria farmacêutica nos últimos anos, associado ao envelhecimento populacional, tem se refletido na prescrição de um número cada vez maior de medicamentos para pessoas idosas. Além disso, a dosagem terapêutica dos medicamentos na população geriátrica quase sempre é próxima da dose tóxica devido às alterações do envelhecimento na composição corporal, com o aumento da gordura e a redução do volume hídrico, o que altera o tempo de meia-vida das drogas por exemplo. Por sua vez, a ocorrência de reações adversas a medicamentos aumenta com a idade, com a existência de várias doenças e com a polifarmácia, isto é, o uso de 5 ou mais medicações, afetando cerca de 20 a 40% das pessoas. A polifarmácia é ainda mais prevalente em pessoas idosas com comprometimento cognitivo (em revisão da literatura, 53 a 89% deste grupo com alteração nesse domínio possuíam prescrições de maior quantidade de medicações)(1). Assim, o desafio de manejar a polifarmácia se torna componente essencial do cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

- Outro conceito fundamental é o de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, reforçando que a qualidade se torna mais relevante do que a quantidade. Algumas medicações específicas ou classes de medicamentos devem ser evitadas, por serem ineficazes ou apresentarem riscos de danos maiores que os benefícios. Com isso, administrar a manutenção ou suspensão de medicamentos visa reduzir o risco de eventos adversos nas ILPIs, como prevenção de quedas (Ver Capítulo Abordagem e Prevenção de Quedas em ILPI), sangramentos e delirium, por exemplo, até desfechos como aumento da fragilidade, internações hospitalares e mortalidade.

Palavras-chave: Polifarmácia; Iatrogenia; Interação medicamentosa; Efeitos colaterais; Reconciliação terapêutica.

O uso de múltiplos remédios é resultado do cuidado fragmentado em várias especialidades médicas e está presente nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Nesse contexto, é frequente a admissão de pessoas idosas com prescrições de mais de cinco medicamentos, para as quais o(a) residente, família e profissionais se sentem inseguros para suspender ou substituir devido ao seu uso prolongado.

Dessa maneira, após a realização de uma avaliação geriátrica ampla e análise dos riscos e benefícios em relação ao uso de cada medicação, a definição do plano de cuidado (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa) com os medicamentos de maior eficácia e menor possibilidade de efeitos colaterais e interação medicamentosa será estabelecida de maneira mais segura. (2,3)

Atualmente, com o apoio de critérios validados internacionalmente, como os de *Beers* (2019), conseguimos sinalizar os principais riscos das medicações e guiar a abordagem multiprofissional para validação da reconciliação terapêutica.

Podemos falar de vários tipos de prevenção, como apresentado na Figura 1.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

- Destina-se a remover causas e fatores de risco de um problema de saúde, antes mesmo de ele acontecer.
- Inclui as ações de promoção da saúde e proteção específica.
- Ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA:

- Visa detectar precocemente um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico.
- Favorece o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduz ou previne os efeitos de longo prazo de uma doença
- Ex.: rastreamento de cânceres, diagnóstico precoce de diabetes.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA:

- Objetiva reduzir os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico.
- Inclui as ações de reabilitação.
- Ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto ou acidente vascular cerebral.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:

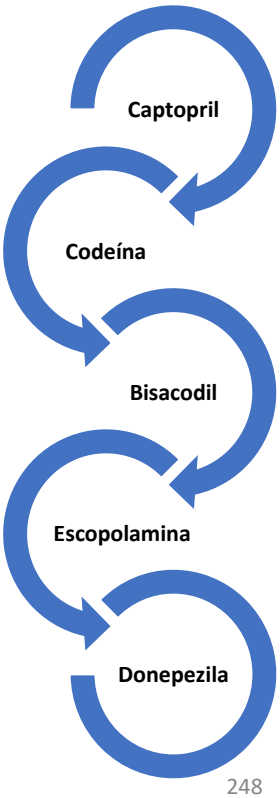
- Busca diminuir o risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para proteger as pessoas de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.
- Ex.: prevenir iatrogenias.

Iatrogenia é uma das grandes síndromes geriátricas e pode ser definida como sendo qualquer dano, direto ou indireto, decorrente de ações ou omissões praticadas por médicos e/ou outros profissionais da saúde, em qualquer tipo de diagnóstico ou terapêutica. Assim, a prevenção quaternária busca evitar danos associados às intervenções de profissionais da área da saúde, sendo portanto papel de toda a equipe da ILPI: desde a administração adequada (horário, forma de ingestão e risco de interação se uso concomitante de diversas drogas); a forma de armazenamento; o manejo não-farmacológico de transtornos não-comportamentais para redução da carga de medicamentos como antipsicóticos; até a prescrição final, tudo deve ter seu fluxo monitorado e readequado constantemente a partir da educação continuada. Com isso, reduz-se o risco de iatrogenia nas ILPI e será cada vez mais assertivo o uso dos medicamentos com indicação clínica adequada.

Fala-se de cascata iatrogênica quando uma prescrição gera outra prescrição para "tratar" um evento adverso de um medicamento. Um exemplo clássico de cascata iatrogênica no cuidado da pessoa idosa é apresentado na Figura 2.

Iniciado uso de ***captopril*** para tratar um residente diagnosticado com hipertensão arterial. Ele evoluiu com tosse seca (efeito colateral comum da classe do medicamento), sendo-lhe prescrito xarope com ***codeína***, que provoca constipação intestinal, efeito comum em opióides. Por causa disso, foi prescrito ***bisacodil***, laxante que causa cólicas abdominais. Optado por introduzir ***escopolamina***, com ação anticolinérgica, interferindo na cognição do residente. Diante disso, optado por iniciar ***donepezila***.

Figura 2. Exemplo de Cascata iatrogênica.



Neste exemplo, o manejo incorreto da interpretação do efeito colateral da primeira prescrição provocou um efeito em cascata de abordagem de novos sintomas pelo uso inapropriado das medicações. Nada disso aconteceria se o anti-hipertensivo tivesse sido substituído por outro sem o efeito colateral. Daí a importância central dos profissionais se atentar aos riscos da polifarmácia, priorizando a prescrição terapêutica segura.

O que é polifarmácia?

Polifarmácia, por definição, é o uso de vários medicamentos simultaneamente. O conceito, no entanto, ainda não é consensual. Pode ser definida como uso de medicamento potencialmente inapropriado ou o uso de mais medicamentos do que clinicamente indicados. Atualmente, a definição mais utilizada é a de uso de 5 ou mais medicamentos.(4)

Reação adversa a medicamentos é qualquer efeito nocivo, não intencional ou não desejado de uma droga, ocorrendo em doses usadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento. Sua incidência aumenta em até sete vezes nas pessoas idosas. (5)

Interação medicamentosa é quando dois ou mais fármacos interagem entre si, interferindo com os efeitos do outro, seja potencializando (aumentando o efeito) ou antagonizando (reduzindo) seu efeito.

A polifarmácia aumenta o risco de reações adversas, interação farmacológica droga-droga e uso incorreto das medicações.

São considerados fatores de risco para o uso excessivo de medicamentos:

- o desejo do indivíduo de receber uma prescrição sempre que comparece à consulta;
- a consulta com múltiplos médicos; e
- a omissão de sintomas que podem ser reações adversas a outros fármacos.(5)

Além disso, a polifarmácia dificulta a adesão ao tratamento: 30 a 50% das pessoas idosas não tomam seus medicamentos corretamente (5), o que aumenta o risco da subutilização de fármacos potencialmente benéficos.

Por sua vez, uma pessoa idosa não tolera determinadas drogas da mesma forma que um adulto jovem, aumentando o risco de toxicidade. Importante salientar que o envelhecimento não é um processo uniforme em todas as pessoas, sendo as pessoas idosas frágeis, as que mais têm impacto das alterações relacionadas com os processos farmacológicos, como será visto na próxima seção..

Porque a pessoa idosa não tolera algumas medicações?

Com o envelhecimento, ocorrem alterações na forma como os medicamentos são absorvidos, distribuídos, metabolizados e excretados no nosso organismo (Tabela 1).

- **A absorção medicamentosa** em pessoas idosas normalmente não apresenta prejuízos importantes, desde que não haja doenças do trato gastrointestinal;(4)
- **A distribuição corporal** de determinados medicamentos muda muito, pois o tecido adiposo aumenta entre 20 a 40%, enquanto a quantidade de água corporal total reduz em 15%. Fármacos lipofílicos como os benzodiazepínicos, a morfina e a amiodarona elevam seu volume de distribuição; medicamentos hidrofílicos como lítio, gentamicina e digoxina, apresentam menor volume de distribuição e aumentam sua concentração plasmática;
- **A metabolização** hepática e a **capacidade de filtração renal** diminuem, o que pode aumentar a concentração sérica de algumas drogas e afetar a depuração e a excreção de algumas medicações como anti-inflamatórios não hormonais, anticoagulantes orais e diuréticos.

Tabela 1 - Principais alterações no processo farmacológico relacionadas ao envelhecimento.

Processo Farmacológico	Alterações observadas	Consequências farmacológicas
Absorção	Redução do número de células de absorção; Aumento do pH gástrico; Redução da motilidade do sistema digestório;	Absorção de fármacos não sofre alterações significativas;
Distribuição	Aumento da massa de gordura; Redução da massa hídrica; Redução da albumina sérica (idosos frágeis);	Aumento da meia-vida de fármacos lipossolúveis e redução do volume de distribuição de drogas hidrossolúveis;
Metabolismo	Redução da massa hepática e fluxo sanguíneo hepático; Redução da atividade do citocromo P-450;	Redução do metabolismo de alguns fármacos;
Excreção	Redução da massa renal total; Redução fluxo plasmático renal; Redução da taxa de filtração glomerular;	Redução do Clearance dos fármacos de excreção renal;

Fonte: Tabela adaptada do Tratado de Geriatria e Gerontologia, 4ª edição.

Quais medicamentos devem ser evitados em pessoas idosas?

Medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas são medicações ou classes medicamentosas que devem ser evitadas por serem elas, ineficazes ou de alto risco para efeitos deletérios maiores que os benéficos. (1)

A maior prevalência de comorbidades, a polifarmácia, a fragilidade e a escassez de trabalhos científicos nessa faixa etária, fazem com que exista maior risco de problemas associados ao uso de medicamentos. (6)

Diversas listas / critérios para detecção de medicamentos inapropriados são úteis para a decisão terapêutica. Dentre eles, destacam-se o critério de Beers (2019) , o Consenso Brasileiro de Medicamentos Inapropriados para Idosos e o sistema STOPP (Screening Tool of Older People´s Prescriptions) / START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) (2019), sendo que este último traz uma lista de medicações que não devem ser restritas pelo potencial benefício a pessoas idosas com morbidades (2,3,7)

Esses critérios não foram criados para proibir o uso de determinadas drogas em pessoas dessa faixa etária, mas servem como um alerta para a prescrição de medicamentos que são comumente problemáticos nessa população e que devem, se possível, serem evitados (Quadro 1). Exemplos de classes medicamentosas que devem ser evitadas: anti-histamínicos de primeira geração como dexclorferinamina, alfa agonistas centrais como metildopa, antidepressivos tricíclicos como amitriptilina, benzodiazepínicos como alprazolam e anti-inflamatórios como ibuprofeno. As listas completas são extensas e podem ser consultadas na internet. Segue o link da listagem.
https://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://sbgg.org.br/infor

Quadro 1 Descrição dos critérios para medicamentos que devem ser evitados em idosos, independentes de condição clínica.

Número	Critério	Racional	Exceção
Sistema Nervoso Central e Medicamentos Psicotrópicos			
1	Antiparkinsonianos com forte ação anticolinérgica (biperideno e triexifenidil) para tratar os efeitos extrapiramidais de medicamentos neurolépticos.	Risco de toxicidade anticolinérgica.	–
2	Anti-histamínicos de primeira geração (Bronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproeptadina, Clemastina, Clorfeniramina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Dimenidrinato, Doxilamina, Hidroxizina, Meclizina, Prometazina, Triprolidina).	Risco de sedação e efeitos anticolinérgicos (confusão, boca seca, constipação, entre outros). Há o desenvolvimento de tolerância, quando utilizados como hipnótico.	O uso de Difenidramina, em situações como reação alérgica grave, pode ser apropriado.

Qual é o papel da equipe multi no controle da polifarmácia?

É papel de toda a equipe multidisciplinar auxiliar na prevenção e no controle da polifarmácia, evitando assim, danos à pessoa idosa.

O médico deve conhecer as alterações fisiológicas do envelhecimento bem como os critérios e listas de medicações inapropriadas ao(a) residente, de modo a prescrever sempre o melhor tratamento possível, com o mínimo de danos.

O farmacêutico é responsável pela análise de interações medicamentosas, armazenamento e dispensação das drogas.

O enfermeiro e cuidadores da ILPI devem estar atentos a possíveis efeitos colaterais de drogas e devem relatar ao médico assistente, quaisquer sintomas que surjam após a introdução de uma nova medicação. Devem também, garantir a correta administração das medicações.

Os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais podem observar efeitos das drogas sobre a funcionalidade e a marcha da pessoa idosa.

O fonoaudiólogo deve avaliar a segurança da administração dos fármacos por via oral e sinalizar ao médico a melhor apresentação dos medicamentos.

Por isso, o trabalho multi e interprofissional é essencial para garantir um cuidado adequado aos(as) residentes.

- **TODOS PODEM CONTRIBUIR:**
  - Médico
  - Enfermeiro cuidadores
  - Farmacêutico
  - Fisioterapeuta
  - Fonoaudiólogo
  - Terapeuta ocupacional

E no dia a dia, como fazer?

O fluxo ideal para realização da reconciliação terapêutica segue alguns passos: ***1) Realização de avaliação geriátrica ampla (AGA):*** Inicialmente, deve-se conhecer o perfil do(a) residente. Discriminar cada domínio da AGA associado à avaliação do histórico patológico pregresso é fundamental para a tomada de decisões em relação às indicações de uso de cada medicamento.

2) Definição do plano de cuidado individualizado: A partir da realização da AGA e com o apoio da equipe multiprofssional da ILPI, estamos capacitados para definir, de acordo com a funcionalidade, as metas terapêuticas e prioridades do cuidado da pessoa idosa, como a necessidade de prevenção primária medicamentosa por exemplo (ex: AAS e estatina). (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa)

3) Definição da indicação clínica dos medicamentos prescritos: O próximo passo é definir a indicação de cada medicação utilizada rotineiramente pelo(a) residente. Muitos medicamentos são iniciados em condições transitórias (ex: uso de anti-inflamatórios) ou sem objetivo específico na fase atual do cuidado. Deve-se avaliar a suspensão dessas medicações de acordo com a especificidade de cada medicação, progressivamente (ex: anti-hipertensivos com potencial efeito rebote, antidepressivos, anticonvulsivantes) ou abruptamente.

4) Avaliação dos medicamentos potencialmente inapropriados: Recomenda-se utilizar três fontes citadas nas referências bibliográficas deste capítulo (critério de Beers 2019, critério STOPP/START 2019 e o Consenso Brasileiro de Medicamentos Inapropriados para Idosos 2016) para avaliar quais medicamentos estão inseridos nessas relações para avaliar os riscos e benefícios de cada um deles, optando pela continuidade ou interrupção do uso.

5) Avaliação das interações medicamentosas: Após avaliar a suspensão de drogas, avaliar as possíveis interações medicamentosas entre as prescritas. Para isso, há aplicativos e sites: https://intmed.com.br/interage/ ; I*BM micromedex.*

6) Decisão compartilhada com residentes e familiares: Por fim, após avaliação da equipe multiprofissional nos cinco passos anteriores, devemos explicar a indicação de cada medicação continuada e o motivo da suspensão das demais, em conversa compartilhada com o(a) residente e seus familiares, com o objetivo de evitar desencontro de informações e garantir a adesão das mudanças propostas.

Exemplo: Residente, 88 anos, totalmente dependente para atividades instrumentais e básicas de vida, portador de incapacidade cognitiva por Demência de Alzheimer em fase avançada e imobilidade cama-cadeira. Diagnóstico prévio de hipotireoidismo, diabetes mellitus e um episódio de infecção urinária há dois anos.

Atualmente em uso de: Donepezila 10 mg 1x/dia; AAS 100 mg 1x/dia; Sinvastatina 40 mg 1x/dia; Metformina 500 mg 1x/dia; Nitrofurantoína 100 mg 1x/dia e Levotiroxina 50 mcg 1x/dia.

Após realização dos passos supracitados, optou-se por:

- Donepezila: Suspensão progressiva (efeito clínico indicado para fase inicial a moderada da Doença de Alzheimer), avaliando alterações comportamentais prováveis pela redução da dose;
- AAS e Sinvastatina: Suspensão abrupta. Residente sem relato de eventos cardiovasculares (AVC, infarto agudo do miocárdio, etc.) prévios. Sem indicação de prevenção cardiovascular primária devido funcionalidade e idade do residente;
- Metformina: Suspensão abrupta. Exame recente de hemoglobina glicada 5,4%. Meta terapêutica inadequada de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes para o perfil citado.
- Nitrofurantoína: Suspensão abrupta. Em uso há mais de 6 meses (período sugerido de utilização de profilaxia para infecção urinária) e sem histórico de infecção de repetição (> 3 episódios no último ano ou > 2 nos últimos 6 meses). Pode causar neurite periférica e fibrose pulmonar pelo uso prolongado.
- Levotiroxina: Mantida após realização de exames laboratoriais que evidenciaram controle adequado da função tireoideana.

Após reconciliação terapêutica: Levotiroxina 50 mcg 1x/dia.

Considerações Finais

A polifarmácia é uma condição comum e preocupante em pessoas idosas. Aumenta riscos de efeitos colaterais, uso incorreto das medicações e interações medicamentosas, podendo levar a perda de funcionalidade, redução na qualidade de vida e óbito nessa população.

O trabalho em equipe multiprofissional e o conhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como, das medicações potencialmente inapropriadas para as pessoas idosas, torna a prescrição mais segura.

A prescrição de residentes em ILPI deve sempre ser revisada a fim de se evitar a cascata iatrogênica e a polifarmácia com suas inúmeras consequências.

Referências Bibliográficas

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2019 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, 29 jan. 2019.

FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4a. ed. [s.l.] Guanabara Koogan, 2016.

MORAES, E. N. DE. **A Arte (Des)Prescrição no Idoso - A Dualidade Terapêutica**. [s.l.] Folium, 2018.

OLIVEIRA, M. G. et al. Brazilian consensus of potentially inappropriate medication for elderly people. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 4, p. 168–181, 2016.

O'MAHONY, D. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. **Age and Ageing**, v. 44, n. 2, p. 213–218, mar. 2015.

O'MAHONY, D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. **Expert Review of Clinical Pharmacology**, v. 13, n. 1, p. 15–22, 2 jan. 2020.

REDSTON, M. R. et al. Prevalence of Potentially Inappropriate Medication Use in Older Inpatients with and without Cognitive Impairment: A Systematic Review. **Journal of Alzheimer's disease: JAD**, v. 61, n. 4, p. 1639–1652, 2018.

VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia. Uma Perspectiva Interdisciplinar**. 1ª edição ed. [s.l.] Doc Editora, 2010.

18

A Vivência da Sexualidade no Âmbito Institucional

Aline Salla Carvalho

Mariane Coimbra

Ana Carolina leite

Por que falar sobre vivência da sexualidade no âmbito institucional em ILPI?

O tema da sexualidade na velhice ainda é carregado de muitos preconceitos e informações equivocadas, que geram dificuldade de diálogo e entendimento entre profissionais, familiares e pessoas 60+. No contexto das ILPI, o tema pode ser ainda mais desafiador quando associado às questões de autonomia e independência da pessoa idosa institucionalizada. Falar sobre esse assunto é importante para desfazer mitos e crenças equivocadas, evitar a patologização de comportamentos que são normais e diminuir preconceitos que certamente comprometem o cuidado.

Para começo de conversa, é importante compreender que sexo e sexualidade não são sinônimos! De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é uma energia que motiva as pessoas a procurarem amor, contato e intimidade. Segundo Ribeiro (2002), “sexualidade é a maneira como a pessoa expressa o seu sexo, como a mulher vivencia o ser mulher e o homem o ser homem, se expressando por meios de gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim, de cada detalhe do indivíduo”. A relação sexual é apenas um dos componentes da sexualidade, e ao contrário do que muitos pensam não se refere apenas à relação pênis-vagina, mas sim à troca de sons, cheiros, olhares, toques, secreção e carícias. (RIBEIRO, 2002, p.124). Há diversas formas de manifestar afeto e erotismo que variam conforme os gostos e preferências de cada indivíduo.

A sexualidade da pessoa idosa relaciona-se com a forma com que foi vivenciada ao longo da vida. Por outro lado, a velhice também pode trazer novas possibilidades e desejos que antes não podiam ser expressados. Nesse sentido, mesmo no contexto da institucionalização, é importante que os profissionais estejam abertos a escutar, acolher e compreender as questões relacionadas à sexualidade de forma integral, considerando os aspectos fisiológicos, psíquicos e culturais. Apesar de as alterações corporais, mentais e sociais trazerem mudanças na vida sexual na velhice, como em qualquer outra etapa da vida - mesmo após os 60 anos - também é possível sentir desejo de amar e de continuar a ser objeto de atenção e afeto.

Um exemplo prático da abordagem do tema em uma instituição pode ser visto em Modena, uma ILPI Italiana, que promove um encontro chamado “Afetividade e sexualidade na idade geriátrica”. Neste espaço, assistentes sociais, profissionais de saúde e cuidadores se reúnem com psicólogos, sociólogos e educadores para aprofundar os conhecimentos relacionados à sexualidade.

Muitas vezes, dentro das residências coletivas, assistimos a acontecimentos que dificultam as ações das equipes multiprofissionais, pois envolvem a dimensão emocional da relação com as pessoas idosas residentes. Os mal-entendidos que podem se desenvolver no relacionamento terapêutico estão principalmente ligados a experiências agressivas e/ou sexuais não reconhecidas por ambos. Somente uma preparação adequada pode ajudar os profissionais que atuam na ILPI a se comportarem de maneira adequada, a dialogar com os(as) residentes, a superar preconceitos e a compreender profundamente a atitude do outro - ILPI Anni Azzurri.

Em relação à família, há por vezes a sobreposição de preocupações, desinformações e preconceito: o medo de a saúde física ser abalada se houver relações sexuais na velhice; além do medo do envolvimento emocional levar a perdas financeiras para a família. O envolvimento sexo amoroso também sofre preconceitos e julgamentos, principalmente se a relação for oficializada. A discussão deve ainda contemplar os familiares das pessoas idosas, no sentido de orientar e também apoiar na desconstrução de preconceitos.

Palavras-chave: Sexualidade na Velhice; Sexualidade das Pessoas Idosas Institucionalizadas; Preconceito Sexual na Velhice.

O que é preciso entender para que seja implementada na ILPI?

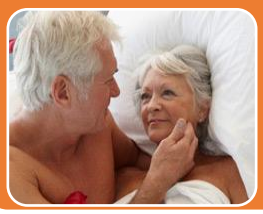
A institucionalização de uma pessoa idosa representa uma grande mudança na vida do sujeito, que se vê privado de projetos anteriores como a casa, a família e relações construídas ao longo da vida. (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Estrutura Física). Em uma ILPI, muitas vezes a rotina limita-se à realização das mesmas atividades, com o mesmo grupo de pessoas, no mesmo horário, atendendo, nesse sentido, às demandas institucionais e não às pessoais. Isso pode e deve mudar. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

Por isso, para abordar o tema nas ILPI, um dos elementos mais fundamentais é promover um ambiente no qual os profissionais e cuidadores sejam capazes de refletir e compreender de forma ampla a sexualidade. Alguns aspectos podem dificultar o dialógo entre profissionais, cuidadores e pessoas idosas: a falta de conforto emocional em relação ao tema; as crenças religiosas e culturais; o receio, entre os mais novos, de que falar sobre sexo com os mais velhos seja ofensivo; a falta de privacidade; os preconceitos, sentimentos e crenças negativas em relação a doenças crônicas, sexualidade e envelhecimento; as limitações de tempo; a falta de formação ou de conhecimento; não saber como começar a conversa, como continuá-la e/ou como terminá-la.

O respeito pelas pessoas idosas como seres sexuais e vitais, muitas vezes, fica minimizado pela falta de privacidade proporcionada a elas, pela ausência de credibilidade conferida à sua sexualidade e pela falta de aceitação, respeito e dignidade para que haja a manutenção de sua expressão sexual, negando o desejo e tratando esse assunto de forma velada.

No entanto, segundo a sexóloga Carla Cecarello os benefícios do sexo para pessoas mais velhas são muitos e devem ser estimulados: “aumenta a autoestima, melhora a qualidade de vida, o humor e a intensidade das relações”. Diferentes pesquisas têm mostrado os benefícios do sexo para pessoas idosas e demonstram que a qualidade de vida e o bem estar das pessoas idosas melhoraram muito se elas realizaram alguma atividade sexual nos últimos 12 meses; e que casais com mais frequência sexual eram mais felizes.

Mitos e verdades sobre Sexualidade (**Maggie Kuhn, 1976**)



Mito 1

• O sexo não importa na velhice. A vida das pessoas idosas deve ser assexuada.

Na verdade, o sexo é um instinto de vida (Eros, diz Freud) e esse instinto dura até a morte.

Mito 2

•O interesse por sexo é anormal nas pessoas idosas.

De fato, o interesse por sexo é normal em todas as idades.

Mito 3

•Os anciãos não devem se casar novamente depois que seu cônjuge morre.

Falso. Quando as pessoas encontram novos interesses, isso auxilia na longevidade. Ter sempre novos objetivos ajuda a prolongar a vida.

Mito 4

• As pessoas idosas devem ser separadas por gênero em ILPI para que criem menos problemas para os funcionários e suas famílias.

Filhos não devem ser egoístas e ciumentos de seus pais, mas deixá-los viver da melhor maneira possível. Toda equipe deve ser capacitada para abordar corretamente o assunto. Vale o ditado: "O amor não tem idade".

Tudo é passível de aprendizado e melhoria. Por meio da escuta ativa, centrada na pessoa, é possível estabelecer um vínculo com mais liberdade e acolhimento. (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

Com o envelhecimento, inclusive após a viuvez ou ainda diante de incapacidades, homens e mulheres podem desejar novas parcerias amorosas, iniciar e/ou continuar a utilizar práticas como a masturbação e massagem e assumir novas maneiras de buscar satisfação de seus desejos.

Na mulher idosa, com o fim da menstruação (menopausa), ela deixa de produzir hormônios femininos – especialmente, o estrogênio - e isso pode causar alterações como secura vaginal, diminuição da lubrificação, afinamento da mucosa vaginal - que pode gerar desconforto durante a penetração - diminuição do desejo sexual, alterações de humor, menor elasticidade da pele, insônia, entre outras.

No envelhecimento do homem, também acontece uma queda progressiva do hormônio masculino – a testosterona, que favorece a ocorrência de disfunções sexuais, como a diminuição da libido, transtornos de ereção e alterações no esperma. Embora as disfunções sexuais não representem riscos à vida, podem provocar uma série de transtornos, como a diminuição da autoestima, aumento da ansiedade, comprometimento do relacionamento social e até a depressão. Isso pode causar repercussões no estado geral de saúde do homem.

No caso de pessoas com demência, elas também necessitam de amor, relações seguras e toque carinhoso. No entanto, a forma de dar e receber afeto vai variar de acordo com cada indivíduo e a forma como é impactado pela doença. Alguns podem se tornar mais exigentes e menos sensíveis às necessidades dos amigos e familiares, outros podem apresentar comportamentos inadequados na expressão da sexualidade, e ainda podem ter alterações para mais ou para menos no desejo sexual. É importante lembrar que os comportamentos atípicos de uma pessoa diagnosticada com demência são ligados à doença e devem ser dialogados entre a equipe para saber como conduzir o cuidado. De qualquer forma, não é preciso ter medo, é possível que todos aprendam a lidar com esse tema delicado.

E no dia a dia, como fazer?

No dia a dia da instituição, é importante que os(as) residentes se sintam confortáveis para expressar seus sentimentos e esclarecer dúvidas relacionadas à sexualidade. Para que isso aconteça, diversas estratégias podem ser adotadas:

- ***Preparação da equipe para manter uma escuta ativa e qualificada.***

A escuta ativa é uma ferramenta de comunicação em que o ouvinte se coloca disponível para o outro, sem julgamentos ou interferências prévias. Para que os profissionais desenvolvam esse tipo de escuta é importante: interessar-se genuinamente pelo que a pessoa idosa está falando, evitar distrações e treinar a mente para manter a atenção, perguntar e responder de forma clara para demonstrar que está escutando e acompanhando, ser empático.

- ***Capacitação técnica da equipe para orientar e esclarecer dúvidas.***

É fundamental compreender os processos de mudança do corpo e da libido tanto no envelhecimento saudável quanto no envelhecimento com comprometimento. Quanto mais a equipe se sentir capacitada tecnicamente para abordar o assunto, mais se sentirá confortável para criar soluções que respeitem a individualidade e desejos dos(sa) residentes. Ler artigos científicos, dialogar com profissionais da atenção primária à saúde, fazer cursos como da UNA-SUS por exemplo, são algumas formas simples e acessíveis de adquirir essa competência.

- ***Entendimento e respeito à orientação das pessoas idosas LGBTQI+ .***

Primeiramente é importante entender o que significa **Cisgênero e transgênero:**
Uma pessoa é considerada cisgênero (cis), quando se identifica, em todos os aspectos, com o gênero atribuído ao nascer. O transgênero (trans), é uma pessoa que transita entre os gêneros, ou seja, é aquele/a que nasceu com órgão sexual feminino ou masculino, mas se identifica com o gênero diferente. Agora vamos entender o que significa a sigla LGBTQI+. Cada letra da sigla agrega um grupo de pessoas que se reconhece por uma orientação sexual ou uma identidade de gênero:
L - lésbica: Pessoa cis ou trans que se identifica no gênero feminino e se relaciona afetiva e/ou sexualmente com outras pessoas do gênero feminino;

G - gay: Pessoa cis ou trans que se identifica no gênero masculino e se relaciona afetiva e/ou sexualmente com outras pessoas do gênero masculino;

B - bissexual: Aquele ou aquela que se relaciona afetiva e/ou sexualmente com pessoas do gênero feminino, masculino ou demais gêneros.

A partir do T, a sigla inclui identidades de gênero dentro do amplo espectro de diversidade. Na letra T estão incluídas as pessoas transgêneros, transexuais e travestis, que se identificam com um gênero diferente do que foi designado no nascimento.

T - transgêneros (travestis ou transexuais): Pessoas que não se identificam com o gênero atribuído com base nos órgãos sexuais e transacionam para outro gênero.

Exemplificando, uma pessoa que nasceu com órgão sexual feminino, mas se identifica com o gênero masculino. As travestis são pessoas que nasceram com o órgão sexual masculino, mas se identificam pelo gênero feminino, no entanto ainda desejam manter o órgão sexual biológico. Muitas mulheres e homens transexuais realizam mudanças no corpo para se sentir em conformidade com o gênero que lhe é adequado.

Q - queer: São pessoas fluidas, ou seja, que não se identificam com o feminino ou masculino e transitam entre os "gêneros". Elas também podem não concordar com os rótulos socialmente impostos.

I - intersexual: Designa uma variedade de condições em que uma pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva ou sexual que não se encaixa na definição típica de sexo feminino ou masculino. Por exemplo, ter a aparência exterior da genitália do gênero feminino mas a anatomia interior, do gênero masculino.

+ - Engloba outras possibilidades, o "A" de assexualidade (indivíduo que não sente nenhuma atração sexual, pelo sexo/gênero oposto ou pelo igual); "P" de pansexualidade (que podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independentemente de sua identidade de gênero ou sexo biológico).

Com tantas novidades como fazer?

Primeiramente, é necessário que a equipe esteja aberta a refletir e evitar julgamentos morais sobre a orientação sexual dos(as) residentes. A manifestação do desejo sexual é diversa e não existe um único padrão a ser seguido.

A vivência da sexualidade ainda é um tema tabu para idosos, mas também para os profissionais que trabalham na ILPI. Na ILPI em que você trabalha, você já percebeu algum desejo sexual de um(a) residente? A ILPI dispõe de algum espaço reservado para uma visita íntima? Existe algum casal de residentes que namora? Como você reagiria se visse um casal de residente namorando? Você se sentiria impelido a avisar os familiares? E se este casal fosse do mesmo sexo?

Precisamos conversar mais sobre isso.

É interessante conhecer experiências de ILPI onde as relações emocionais e sexuais entre os(as) hóspedes não são proibidas nem prejudicadas.

Em 2013, um gestor, que administra uma ILPI norte-americana, disse ao New York Times: “Todo mundo nos diz que envelhecer é perder algo. A visão, a mobilidade, os amigos. Por que você também deve perder a intimidade? O prazer de dar e receber carícias diminui com a idade? E se a intimidade leva a uma relação sexual, tudo bem, vamos lidar com isso como adultos". Um dia em 1995, uma enfermeira entrou em uma sala e encontrou dois hóspedes fazendo sexo lá dentro. A enfermeira foi pedir orientação ao diretor Reingold: “O que devo fazer?”. A resposta foi: "Saia da sala na ponta dos pés e feche a porta."

Em 1995, a casa adotou uma política - considerada a primeira do gênero - segundo a qual os(as) residentes "têm o direito de buscar e se envolver em expressão sexual", incluindo "palavras, gestos, movimentos ou atividades que pareçam motivados pelo desejo de gratificação sexual. Neste Lar existe até um serviço de encontros, organizado pela equipe.

Considerações Finais

Os 60+ desfrutam e se beneficiam da intimidade sexual, mesmo que ela não seja como antes. No envelhecimento sem adoecimento, verifica-se menor frequência da atividade sexual, resposta sexual mais lenta e diminuição da agilidade. Em pessoas com demências podem se observar alterações comportamentais que, em alguns casos, precisam ser medicalizadas para melhor controle. No entanto, independente da condição, a manutenção da sexualidade ativa proporciona níveis de satisfação e prazer para todas as pessoas. Uma curiosidade: o nível mais alto de poder sexual ocorre na adolescência, então prevalece a inteligência sexual, ou seja, a experiência, a capacidade de compreender os desejos do parceiro para satisfazê-los.

É fundamental capacitar toda a equipe quanto ao respeito, entendimento e compreensão da sexualidade dos(as) residentes, quebrar o tabu de que pessoas idosas são assexuadas, além de favorecer a inclusão das pessoas idosas LGBTQI+. Garantir um espaço privativo para situações mais íntimas, promover rodas de conversas sobre o tema e permitir que os(as) residentes tenham liberdade e se sintam confortáveis, entendendo a instituição como aquilo que deveria ser: o seu lar.

Por que estes assuntos ainda causam certo desconforto? O que fazer? Se a perspectiva for viver 90 anos, a sexualidade estará presente até o final da vida. Se formos residentes em uma ILPI, como quebrar paradigmas, inclusive o de determinar uma abstinência sexual por absoluta negação da sexualidade da pessoa idosa? Quando admitiremos que a lei do desejo nunca morre?

"Consideramos justa toda forma de amor"
Lulu Santos

Referências Bibliográficas

Anziani, i pregiudizi sull'affettività e sulla sessualità dell'età avanzata - la Repubblica. Disponível em: <https://www.repubblica.it/solidarieta/volontariato/2018/11/19/news/anziani_i_pregiudizi_sull_affettivita_e_sulla_sessualita_dell_eta_avanzata-212076473/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

AUGUSTO, T. **Benefícios da Vida Sexual na Terceira Idade TELAVITA**, 29 jul. 2019. Disponível em: <https://www.telavita.com.br/blog/vida-sexual-na-terceira-idade/>. Acesso em: 24 abr. 2021

LIMA, D. P. **Comportamento sexual de idosos institucionalizados**. Dissertação de Mestrado—Mestrado Em Saúde Coletiva: Universidade de Fortaleza, 2015.

LINDAU, S. T. et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **The New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 8, p. 762–774, 23 ago. 2007.

Permitting sex by geriatrics sets Hebrew Home apart – The Denver Post. Disponível em: <https://www.denverpost.com/2013/07/29/permitting-sex-by-geriatrics-sets-hebrew-home-apart/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RIBEIRO, A. Sexualidade na Terceira Idade. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 1. ed. São Paulo, Netto, Matheus Papaléo, Atheneu, 2002. p. 124–135.

VENTURINI, L. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

19

Finitude, Terminalidade e Luto em ILPI

Arlete Portella

Aline Teixeira

Mariana Azevedo

Por que falar em finitude, terminalidade e luto em ILPI?

Falar sobre a morte é um tema que nos incomoda. E muito! Preferimos conviver com a ideia de que ela nunca chegará até nós, p tendemos a negá-la. Na velhice, o avanço das doenças, das perdas físicas, afetivas e sociais tornam a morte mais próxima, permitindo reflexões sobre a finitude do ser humano. Em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), refletir sobre a finitude també é uma boa prática de cuidado.

A *finitude* é um conceito subjetivo que remete à ação do tempo sobre o indivíduo até chegar à morte biológica. Um tempo que é percebido por aquele que envelhece em três dimensões do ser humano, como:

- Realidade física: é um corpo físico que sofre as agruras do tempo;
- Realidade biológica: nela, os processos saúde-doença são afetados por avanços tecnológicos que buscam o prolongamento da vida e a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa -muitas vezes adiando a morte;
- Realidade histórica: contempla as histórias pessoais que se intercruzam com histórias da coletividade, onde o homem constrói sistemas políticos, econômicos e socioculturais.

As histórias pessoal e coletiva permitem com que se crie uma relação dialética entre a finitude de nossa realidade física e biológica e a infinitude do legado e benefícios a serem deixados a nossos filhos, netos, bisnetos e à sociedade, como um todo (Py, Trein et al. 2011). Como tão bem expressou Caetano Veloso em sua melodia: “Oração ao tempo”.

...“Peço-te o prazer legítimo
E o movimento preciso
Tempo tempo tempo tempo
Quando o tempo for propício
Tempo tempo tempo tempo
De modo que o meu espírito
Ganhe um brilho definido
Tempo tempo tempo tempo
E eu espalhe benefícios
Tempo tempo tempo tempo”...
Caetano Veloso

https://www.istockphoto.com/br

A pandemia da COVID-19 trouxe um número elevado de óbitos, em condições pouco favoráveis, imersas em um contexto de falta de planejamento por parte das autoridades, o que vem, de certo modo, banalizando a experiência e o sofrimento vivido neste processo de morte.

Chorar a morte, ritualizá-la, pode ser um caminho necessário para ressignificar a vida. Os rituais de luto (pessoais ou coletivos) servem a muitas funções:

- Marcam a perda de um membro da família,
- Celebram as marcas deixadas pela pessoa que morreu,
- Permitem a expressão do sofrimento de forma consistente com os valores da cultura, utilizando símbolos para os sentidos de morte e de vida, e
- Mostram uma direção para proporcionar sentido à perda, oferecendo oportunidades para a reconstrução da vida (Doll, 2006).

Neste capítulo, são explorados os conceitos de finitude, terminalidade e luto. O processo de luto em uma situação pandêmica ocorre de forma mais intensa e duradoura podendo dar origem a um luto complicado. Alternativas para se lidar com a morte e o luto, dentro de uma ILPI, serão apresentadas, com ênfase nas ações de autocuidado por parte dos profissionais.

Palavras-chave: Morte; Finitude; Terminalidade; Cuidados Paliativos; Luto Psicológico.

O que é preciso saber para lidar com a terminalidade, a morte e o luto dentro de uma ILPI?

Com o aumento da expectativa de vida, vimos tornar-se necessário o conhecimento adequado sobre o processo de envelhecimento. Tal conhecimento torna possível entender que a vida é um período finito que culmina com a morte.

O processo de envelhecimento pode ser um momento de bastante reflexão sobre o tempo, mas também de preparo para a morte. A morte de um(a) residente idoso(a) pode refletir uma vida vivida e cheia de experiências boas e difíceis, alegrias e tristezas, realizações e frustrações. Pode representar de maneira natural o momento do término do ciclo da vida, trazendo a(o) residente, seus familiares e equipe de cuidado o conforto do “dever cumprido”.

Aceitar esse processo de terminalidade com naturalidade reduz nossas angústias e nos ajuda a cuidar de forma mais digna e coerente, principalmente quando o(a) residente apresenta doenças crônicas e terminais. Por outro lado, o prolongamento artificial da vida, em situações nas quais a morte é parte inexorável do processo de adoecimento, pode trazer a(o) residente em processo de terminalidade e à equipe de cuidados muito mais sofrimento e dor.

Para toda pessoa em fase terminal, tanto a qualidade de vida quanto a morte digna, são aspectos importantes que devem ser buscados por todos aqueles que lidam, rotineiramente, com ela. É fundamental que pensemos na perspectiva da morte e do morrer em diversos locais e instituições.

Nas ILPI, incluir o estudo sobre o tema na formação de profissionais da área da saúde e de cuidadores pode nos auxiliar a enfrentar nossos medos e a ter mais habilidade para conversar sobre este processo com os residentes e com familiares de pessoas com doenças crônicas e/ou em terminalidade. Também é da nossa humanidade sentir a perda e a falta de alguém, por isso ter espaço para trabalhar nosso luto diante da morte de um(a) residente também é uma forma de cuidado conosco, com os residentes e com a nossa equipe.

A morte é parte da vida e acontecerá com todos nós. Não sabemos como nem quando, além disso pode acontecer em diversos locais e instituições. Geralmente acontece em hospitais, mas também pode ocorrer em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), local que cuida de pessoas com doenças crônicas e que podem evoluir em um processo de terminalidade.

Para lidar com esta possibilidade é preciso incluir o tema na formação de profissionais da área da saúde, cuidadores e familiares. Para residentes em fase terminal, tanto a qualidade de vida quanto a morte digna, são aspectos importantes e que devem ser buscados por todos aqueles que lidam e cuidam, rotineiramente, dessas pessoas.

Vamos trazer alguns pontos para o debate:

- **O que significa envelhecer para você?**

O envelhecimento pode ser um momento de bastante reflexão sobre a vida e um tempo, também, de preparo para a morte. A morte de um(a) residente pode refletir uma vida vivida e cheia de experiências boas e difíceis, alegrias e tristezas, êxitos e frustrações. Também pode representar de maneira natural o momento do término do ciclo da vida, trazendo a(o) residente, seus familiares e equipe de cuidado o conforto do “dever cumprido”.

- **O que a morte representa para você?**

Cada um pode ter uma resposta com base nas suas vivências pessoais, crenças, filosofia de vida, mas, em princípio, ninguém deseja morrer. Porém, é preciso reconhecer que o prolongamento artificial da vida, em situações onde a morte é inexorável e parte do processo de adoecimento, pode trazer a(o) residente e à equipe de cuidados muito mais sofrimento e dor.

Aceitar o processo de terminalidade com naturalidade reduz nossas angústias e nos ajuda a cuidar de forma mais digna e coerente, principalmente quando se trata de pessoas idosas com doenças crônicas avançadas e terminais.

- **O que são Cuidados Paliativos**?

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pessoas e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce e da avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (EVANGELISTA et al, 2015). Em uma ILPI praticamos cuidados paliativos cotidianamente, mas muitas vezes não temos consciência disso.

O foco da atenção do cuidado paliativo não é apenas a doença a ser curada ou controlada, mas o(a) residente, que tem história própria e, muitas vezes, autonomia para decidir sobre suas possibilidades de tratamento. Esse modelo de cuidados é centrado na pessoa/família, respeitando os valores e preferências desses, utilizando-se da tomada de decisões compartilhadas com a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

A comunicação é essencial para o estabelecimento de cuidados paliativos. O plano de cuidados de cada residente deve ser fundamentado em seus valores, para garantir assim o máximo conforto e dignidade, principalmente em seu final de vida. Assim, para garantirmos uma melhor assistência aos(as) residentes de forma integral e humanizada a equipe deve ter ciência sobre esse modelo de cuidados.

Porém, muitas vezes, estamos diante de situações onde o(a) residente não apresenta mais autonomia para decidir. Algumas pessoas idosas já chegam à ILPI muito frágeis, com múltiplas comorbidades; por vezes, sua capacidade cognitiva também já está ou se torna comprometida. Isso dificulta a participação dele(a) nas tomadas de decisões. Por isso é tão importante tentar, previamente, discutir os valores e preferências do(a) residente com os seus familiares ou responsáveis legalmente, para que o cuidado possa ser estabelecido de forma integral e corretamente. Quanto mais precocemente conhecermos as preferências e valores dos(as) residentes, o quanto antes deliberaremos o plano de tratamento com condutas condizentes com as suas preferências e demandas (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

- **Qual a diferença entre Espiritualidade e Religiosidade?**

Quando nos vemos diante da perspectiva da morte, pessoas com doenças graves e em terminalidade necessitam, verdadeiramente, da abordagem de questões espirituais, para ajudá-las a enfrentar momentos de sofrimento com mais presença e entendimento. Isso pode influenciar de forma muito positiva no processo terapêutico dessas pessoas e de seus familiares, trazendo esperança às suas questões, sem lhes tirar a consciência da finitude.

A espiritualidade e a religiosidade são importantes fontes de apoio emocional para pessoas e suas famílias, influenciando a saúde física e mental de todos os envolvidos. Residentes e familiares encontram bastante apoio em crenças religiosas e espirituais, quando estão diante de doenças crônicas e/ou terminais. Por isso, a abordagem desses temas torna-se tão essencial no acompanhamento de pessoas em cuidados paliativos (CERVELIN e KRUSE, 2014).

Espiritualidade e Religiosidade são conceitos relacionados, mas não têm o mesmo significado:

- A espiritualidade engloba as necessidades humanas universais, podendo ou não incluir crenças religiosas específicas, ela fornece uma filosofia ou uma perspectiva que norteia as escolhas da pessoa;
- A religião pode ser entendida como um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, o sagrado ou o divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados a tais crenças.

Diante da necessidade de considerar o indivíduo como um ser holístico, o conceito de saúde desvinculou-se daquele que se restringia apenas à ausência de doenças, cujo objetivo principal era a cura, e passou a contemplar a pessoa em sua totalidade. Assim, o conceito de saúde atual incluiu outras dimensões além da biológica, tais como a psicológica, a social e a espiritual, conforme propõem as diretrizes dos cuidados paliativos (EVANGELISTA et al, 2015).

Podemos orientar residentes e familiares a cuidarem de suas dimensões espirituais por meio de práticas simples, como:

- Separar um local onde consigam expressar suas emoções de acordo com suas escolhas mais íntimas, incluindo apetrechos religiosos, flores, incensos, fotos, etc; (Ver Capítulo Qualidade do Ambiente e Estrutura Física)
- Realizar uma prática em silêncio, diariamente, aproveitando o momento e se fazendo presente, o que permite que tomemos consciência de nossas dores e expressemos nossas vontades;
- Encontrar algo que os nutra espiritualmente, ativando também a criatividade (música, dança, literatura, etc).

Tudo isso visando ao maior bem-estar e conforto diante de um processo de terminalidade. Chegamos assim a outro aspecto muito importante deste momento de vida.

- **O que podemos fazer quando o(a) residente entra em situação terminal?**

O entendimento dos profissionais da ILPI, residentes e familiares, quanto ao conhecimento da história natural das doenças e a compreensão do prognóstico, é fundamental para que a equipe possa apoiar o(a) residente no processo de decisão compartilhada e cuidado centrado na pessoa (Ver Capítulo Cuidado Centrado na Pessoa).

É de grande importância o trabalho dos profissionais de saúde, neste momento, tanto para facilitar que o(a) residente possa partir tranquilo(a) e, de alguma forma, acompanhado(a), quanto para que os familiares possam passar por esses momentos sentindo que acompanham e expressam seus sentimentos ao familiar que está nos últimos dias de sua vida.

Na Figura 1, são apresentadas algumas orientações para que, na medida do possível, possam ser utilizadas pelos profissionais que estão atendendo a essas situações.

Figura 1 - Informações relevantes para o acompanhamento de residentes em processo de terminalidade

Ligue para familiares:

- Identifique-se;
- Forneça informações claras e progressivas;
- Encontre um horário em que você possa passar alguns minutos na ligação;
- Faça isso em um local onde não haja muito ruído e você possa fornecer as informações da maneira mais calma possível;
- Dê a opção de fazer e responder suas perguntas, se não tiver as informações necessárias, comunique o familiar sobre isso;
- Se for possível fornecer essas informações em outro momento, informe ao familiar ou responsável, isso lhe dará tranquilidade.

Informações básicas para dar aos familiares:

- Situação em que o(a) residente está, em termos de evolução, possível nível de sedação e prognóstico paliativos.
- Se possível, dar a chance de ver o(a) residente. É importante explicar como poderia ser feito e informar que talvez seja a última vez que seu ente querido será visto, para que pensem na forma como desejam realizar essa visita. Converse com eles sobre trazer algo, traga algo especial para eles…, tudo isso sempre respeitando as medidas de segurança para que não haja risco de contágio, em caso de COVID-19, ou outra situação que ofereça risco.
- Informe a família sobre os cuidados que seu familiar receberá da equipe médica e enfermagem.
- Se for possível e a família optar por ver seu parente, explique que pode ser acompanhado por um especialista. Também neste caso, é conveniente fazer uma breve descrição da situação em que se encontra o(a) residente, para que saibam qual situação os aguarda.
- Comunicar à família que o(a) residente está informado do motivo de não ser acompanhado(a) por seus entes queridos.
- Será informada sobre a possibilidade de visitas ou contatos telefônicos, e caso seja possível, que eles podem enviar uma recordação ou um objeto significativo para o(a) residente.

Informações para fornecer a(o) residente (se suas condições permitirem):

- Informe-o(a) da preocupação e da presença de seus parentes à distância.
- Ofereça a possibilidade de transmitir uma mensagem a seus parentes e facilite-a com os meios disponíveis.
- Dê-lhe a opção de perguntar e expressar o que ele(a) precisa.

- **O que é luto psicológico?**

O luto pode ser compreendido como o preço que pagamos pelo compromisso, ou seja, "só se perde aquilo que se tem" (PARKES, 2009). Porque nos apegamos às pessoas que nos são importantes é que desenvolvemos uma dor emocional ou agonia, quando tememos ou vamos perdê-las.

Ficar enlutado é um processo psicológico pelo qual, a partir de sentimentos diversos (tristeza, sentimentos de vazio e de perda, raiva, pesar, entre outros), nos leva à renúncia da pessoa amada, com o passar do tempo e das experiências vividas. O processo não implica em um retorno à situação anterior, mas sim, abrir-se ao novo diante da ausência da pessoa querida.

- **Como ficam as emoções de quem perde alguém?**

Quando morre alguém dentro da instituição, surgem muitos questionamentos e sentimentos para as pessoas. Em tempos da pandemia, não é raro ouvir: "Por que esse vírus apareceu?", "Será que ela sofreu?", "O que mais poderia ter sido feito?", "Poderia ter sido eu!", "Como será conviver com a ausência dela?", "Como serei tratado se estiver próximo da morte?". Afinal, quando morre um(a) residente, a equipe da ILPI também perdeu um ente querido e aquele(a) que mora em uma instituição, tem aquele lugar e as pessoas como sua casa e família. Por isso é importante compreender que o luto tem fases.

Um estudioso da teoria do apego, Bolwby (1997), fala em 4 fases:

a) *entorpecimento*: a pessoa fica chocada e pode negar a morte,
b) *anseio*: desejo desesperado de recuperar o ente querido,
c) *desespero e desorganização* (raiva e tristeza por se sentir abandonado) e
d) *reorganização*: retomada da vida, a partir da perda;

http://vamosfalarsobreoluto.com.br/

Outra pesquisadora do luto, Elizabeth Kubler-Ross (1987), médica de pacientes terminais, refere-se a 6 etapas: *negação, raiva, tristeza, depressão, barganha com a realidade e aceitação.* Todos esses sentimentos fazem parte da adaptação da pessoa à perda.

A tristeza é o sentimento genuíno de quem perdeu algo muito valorizado. Por isso, não precisa ser evitada. Sentir raiva é oportuno, porque representa indignação e, portanto, é mobilizadora de esforços para superação. Estes sentimentos podem ocorrer em ondas e um deles persistir por mais tempo ou todos ao mesmo tempo. IMPORTANTE: cada um reage à dor da perda a seu modo. Em uma mesma família, as pessoas podem estar em momentos diferentes do luto.

Aos poucos, momentos de tristeza vão sendo temperados com os de persistência, memórias positivas e desejo de renovar. As recordações dos bons momentos e dos aprendizados feitos com aquele que partiu, a necessidade de dar continuidade à vida, o apoio recebido pelos colegas de trabalho e familiares, constituem-se importantes facetas da aceitação e do enfrentamento da morte.

Em tempos de Pandemia, como a da Covid-19, vivemos tempos de *luto coletivo* - além dos entes queridos, do número de mortes em crescimento, perdemos o trabalho, a segurança, a liberdade de ir e vir. Surgem sentimentos de confusão, perda de confiança, desesperança, incerteza quanto ao amanhã. Acolher os sentimentos, não se culpar por eles. Procurar focar o presente, buscar prazer nas coisas pequenas, controlar apenas o que é possível, exercitar a compaixão. Estas são
algumas estratégias para lidar com as emoções e sentimentos que nos acometem nos tempos atuais.

- **Existem diferentes tipos de luto?**

Sim. O luto pode ser considerado *"normal"*, quando permite a reorganização do mundo, dos sentimentos e das atividades, depois de um certo tempo da perda. Quando acontece diante de uma doença terminal, esse período que antecipa a morte é considerado um *luto antecipatório* (PARKES, 2009).

A partir do processo de adoecimento, a realidade da perda também é absorvida, gradualmente, por aquele que cuida. Esta pessoa pode pensar em mudanças na sua forma de ser, como seria sua vida, caso viesse a perder o ente querido e também fazer planos para o futuro. Falamos em *luto adiado* quando reações imediatas à morte não são ou não podem ser apresentadas e serão provocadas mais tarde por outros eventos (PARKES, 2009).

É importante saber que algumas vezes o luto se torna complicado.

O enfrentamento das perdas afetivas pode estar sujeito a quatro fatores de risco:

a) a vulnerabilidade física e emocional de quem vive o luto - a pessoa enlutada;
b) a relação que ele(a) tinha com a pessoa falecida;
c) o apoio social que recebe, bem como
d) as circunstâncias que levaram à morte (Parkes, 2009).

Por exemplo, a pandemia pode nos colocar em contato com circunstâncias muito ameaçadoras, como o isolamento, a falta de atendimento médico e de cuidados, a impossibilidade de fazer os rituais de despedidas. Por esse motivo, podem aparecer reações de desregulação física e emocional, como taquicardia, palpitações, sensação de aperto no peito, dores de cabeça, sensação de nó na garganta, impaciência, dificuldade para prestar atenção, aumento do uso de tabaco, álcool, entre outras. Se tais reações perduram no tempo, implicando em danos à vida cotidiana, podem caracterizar um *luto complicado,* que se não cuidado, pode levar à depressão, ou ser acompanhado por ela. Por este motivo, se estiver vivendo situações como essa *é importante procurar ajuda especializada.*

- **Como enfrentar tantas perdas?**

Se estivéssemos em outro momento, talvez não precisássemos falar da enorme sobrecarga de trabalho físico e da pressão emocional que todos os profissionais de uma ILPI estão vivendo, diante dos múltiplos medos - de se contaminar, de contaminar o outro, de adoecer gravemente, de morrer, de não ter a visita dos familiares, de perder familiares.

E no dia a dia, como fazer?

Todos somos afetados diante de uma perda, nos nossos diferentes papéis: gestor(a), enfermeiro(a), médico(a), cuidador(a), cozinheiro(a), responsável pela limpeza ou administrativo, filho(a), pai/mãe, irmã(o), avô/avó, neto(a).

Poderíamos pensar que o profissional é um equilibrista emocional que transita entre dois momentos vitais: o da morte e aquele em que se sente capaz de se lembrar do ente querido, sem naufragar em suas emoções ou se paralisar, ou olhar para o vazio e sentir que pode cair. Oscila entre tarefas de conexão com sua dor - chora, observa as circunstâncias da morte, os objetos, fotos e lembranças do(a) falecido(a). Do outro lado, se depara com tarefas de confronto e desconexão (trabalho, estudo, limpeza, compras, tentar não pensar no que aconteceu, às vezes, consumindo álcool ou drogas, ou fumando mais).

O caminho do equilibrista é duro:
seus passos podem ser inseguros,
pode avançar e depois recuar,
oscila entre “eu não sou capaz” e
“eu tenho que dar conta”.

É preciso tempo, o tempo de cada um para equilibrar essa pesada carga...
(https://seguraaonda.com.br/wp-content/uploads/2020/05/guia-vitimas-final.pdf.).

ORIENTAÇÕES PARA DAR MÁS NOTÍCIAS

- Deve ser realizada pelo(a) médico(a) ou por pessoa treinada - o(a) responsável por dar notícias complicadas. Pode e, se possível, deve ser realizada pessoalmente.
- Antes de dar a má notícia: **reserve um momento para respirar e se concentrar na tarefa a ser realizada**.
- Passos para comunicação de más notícias envolvem:
    - **Preparação para a comunicação** (saber o quanto o(a) residente sabe e o quanto quer receber de informação, a escolha de um lugar adequado);
    - **Comunicação em si** (usar linguagem acessível, objetiva, demonstrando empatia) e seguimento (resumo da conversa, tirar dúvidas, planejar próximos passos).

Uma ferramenta útil para apoiar a comunicação é o protocolo SPIKES, uma sigla em inglês, que orienta para este momento (Figura 1).

Figura 1 - Protocolo Spikes para comunicar más notícias.

S	*Setting up*	**Preparando-se para o encontro**
P	*Perception*	**Percebendo a pessoa**
I	*Invitation*	**Convidando para o diálogo**
K	*Knowledge*	**Transmitindo as informações**
E	*Emotions*	**Expressando emoções**
S	*Strategy and Summary*	**Resumindo e organizando estratégias**

"Ao cuidar de você no momento final...
faremos tudo que estiver ao nosso alcance,
não somente para ajudá-lo a morrer em paz,
*mas também para você viver até o dia de sua **morte**."*
Cicely Saunders

- **Notifique a família:** informe sobre o procedimento que ela deve seguir.
- **Organize um local na ILPI para permitir a despedida do(s) membro(s) da família e obter apoio psicológico**.
- **Informe o familiar de que não é possível estabelecer contato físico com o falecido ou qualquer outro material que possa estar contaminado.** Forneça o material adequado, como equipamentos de proteção individual, para que não haja risco de contágio, se a presença deles no local for necessária.
- **Dê a opção de que possam carregar um objeto simbólico** para que o profissional encarregado de preparar o corpo possa colocá-lo junto ao morto.
- **Ofereça contato com a assistente social e o(a) psicólogo(a)**.
- **Em relação aos outros residentes da ILPI**, é importante também reconhecer sua dor, oferecendo-lhes o suporte.
- **Em relação à equipe**, é importante que ela possa parar e fazer um pequeno ato de despedida com o(a) residente.

CUIDADO PÓS ÓBITO:

Envie uma carta de condolências e/ou faça uma ligação subsequente para a família mostrando respeito e carinho.

Rituais de despedida

Em tempos de distanciamento social, os rituais de despedida precisam de criatividade e do auxílio da tecnologia e, em especial, da colaboração dos profissionais da ILPI, para que possam ocorrer como oportunidade de cuidado e de despedidas. Aqui vão algumas sugestões:

- ❑ Fazer uma reunião com os(as) residentes para que falem sobre suas lembranças e momentos especiais vividos com a pessoa falecida. Pode-se realizar uma atividade simbólica, como por exemplo, fazer um cartaz ou um desenho, um conjunto de flores, bandeirinhas a serem afixadas em local apropriado, podendo simbolizar sentimentos de despedida e de reverência. Pode-se fazer uma oração em conjunto.
- ❑ Quando a pessoa idosa estiver internada em um hospital ou em isolamento dentro da instituição, escrever uma carta, mandar algum objeto de que ela goste ou uma música por áudio.
- ❑ Organizar uma reunião virtual (por Whattsapp, Zoom, Google Meet, etc) com os familiares e colegas residentes.
- ❑ Planejar a reunião com os familiares envolvidos. Podem participar crianças, pessoas idosas e pessoas com necessidades especiais. Vocês podem escolher uma música, um texto, fotos, poesia que expressem as memórias e sentimentos direcionados à pessoa falecida.
- ❑ Deixar que as pessoas se manifestem ou pedir que compartilhem momentos especiais que ajudem a conhecer melhor a pessoa falecida. O importante é que os envolvidos se sintam bem.
- ❑ Publicar nas redes sociais ou em reuniões da instituição mensagens sobre o legado de vida deixado pela pessoa.

Finalmente, cabe pensar em como cuidar de nós, mantendo no autocuidado, uma estratégia fundamental de sobrevivência e de suporte em tempos difíceis (Figura 2).

Figura 2 - Estratégias de Autocuidado

Aspectos corporais e físicos	Aspectos relacionais
Coma alimentos saudáveis. Utilize horários fixos para dormir, faça relaxamentos antes de ir para cama, desligue celulares. Faça pequenas paradas ao longo do dia, com respirações pausadas. Tome um café ou contemple uma planta ou jardim. Faça exercícios. Faça atividades prazerosas: cozinhe, cuide de uma planta, contemple o entardecer, regue o jardim. Tome um pouco de sol. Não se abandone, escove os dentes, arrume o cabelo, mude a roupa, mantenha a aparência.	Expresse seus sentimentos para pessoas em quem confia. Respeite a necessidade de ficar sozinho algumas vezes para digerir o que está acontecendo. Escreva sobre sua dor ou solidão em um diário. Escreva uma carta ao ente querido, expressando como se sente com tudo que aconteceu. Construa uma caixa de memórias para manter a memória do ente querido viva. Envolva sua família. Recorra a grupos de apoio, procure ajuda, se necessário. Procure redes de apoio às famílias e vítimas fatais da Covid-19.
Aspectos cognitivos e mentais	**Aspectos espirituais**
Procure se desligar um pouco das notícias, imagens, negativismos em relação à pandemia. Não se exija demais no nível intelectual. Seu cérebro está sequestrado emocionalmente. Estabeleça apenas metas de curto prazo, em respeito a sua dor e à incerteza que vivemos. Deixe as decisões importantes para quando a situação estiver mais sob controle.	Crie um espaço especial para colocar suas lembranças (decore-o com flores, velas, fotos, imagens...). Ore a Deus na linguagem de seu coração. Realize práticas de silêncio e contemplativas diariamente. Realize atividades que estimulem sua expressão artística: desenho, artes plásticas, música, dança.

Fonte:https://seguraaonda.com.br/nasce-a-rede-de-apoio-as-familias-de-vitimas-fatais-do-covid-19-no-brasil/

Considerações Finais

A equipe de profissionais de uma ILPI, quando envolta com as questões da terminalidade, necessita, sempre que possível, de uma abordagem interdisciplinar coordenada, clara e alinhada. O alinhamento da equipe apoia-se na relação de cuidado e o cuidado deve estar sempre centrado na pessoa.

O cuidado manifesta-se no olhar, na atenção, na amorosidade, na calma, na conversa tranquilizadora, na escuta compassiva, diante daquele(a) que antecipa sua morte ou daquele(a) que perdeu algum ente querido. Trata-se de um cuidado espiritual, no sentido que transcende crenças, religiões, valores, procedimentos técnicos, respeitando-se a pessoa em sua multidimensionalidade.

O cuidado espiritual envolve a experiência de um luto antecipado, durante o avançar da doença, passa pela atenção constante à pessoa e aos familiares, quando ela entra em situação terminal, pelo zelo na comunicação de más notícias, na organização de rituais de despedida e na presença amorosa e compassiva junto aos enlutados.

Atenção especial pode ser dada ao período que antecede a morte, de maneira que questões pendentes possam ser abordadas e resolvidas e a pessoa em terminalidade possa expressar seus sentimentos, perdoar e ser perdoada, se assim o desejar. Neste momento pandêmico, a orientação é usar, preferencialmente, ferramentas de comunicação virtual, mas as situações devem ser avaliadas caso a caso.

Fonte:https://www.academiademedicina.com.br/genmedicina/o-cuidado-deuses-mitos-e-a-nossa-humanidade/

Quando o olhar repousa sobre aquele que cuida, a imagem do «curador ferido» ajuda-nos a chamar a atenção para todos aqueles que prestam ajuda a quem passa por momentos difíceis na vida. O mito do «curador ferido» nos remete a Esculápio, que foi educado pelo centauro Quíron na arte da medicina. Ele era o curador, ou seja, tinha capacidade de sentir-se «em casa» diante do sofrimento, mas também, precisava curar sua chaga incurável, castigo que lhe havia infligido Hércules (OLIVEIRA e PESSINI, 2006).

Assim, o profissional que trabalha em uma ILPI também está diante do delicado equilíbrio entre suas feridas emocionais e as feridas de quem cuida.

Aquele que foi capaz de se reconciliar com suas próprias feridas pode estar mais presente diante das dores do outro, sem se sentir ameaçado. Conhece sua vulnerabilidade.

Tempos de pandemia exigem atenção especial ao autocuidado. Apenas apoiando-se na própria fragilidade, com consciência de sua finitude, criando espaços para o autocuidado (mesmo que de forma, nem sempre completa ou perfeita), poderá estar disponível para uma relação autêntica com aquele que sofre.

Cuide-se bem!

Referências Bibliográficas

BOWLBY, J. **Formação e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes 1997.(BOWLBY, 2015)

CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar.** Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery, 2014.

CESAR, D.; CASTRO, E. T. **Guia para pessoas que perdem um ente querido em tempos de coronavírus (COVID 19).** Tradução de manual espanhol**.** Brasil, 2020. Disponível em: https://seguraaonda.com.br/wp-content/uploads/2020/05/guia-vitimas-final.pdf. Acesso em: 23 de março 2021.

D' ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; NEVES, F. D.; MAIELLO, A. P. M. V. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Ministério da Saúde. CONASS. Hospital Sírio-Libanês**:** 175 p. 2020.

EVANGELISTA, C. B. et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591–601, jun. 2016.

JOHANNES, D. Luto e viuvez na velhice. FREITAS, E. V. d. e PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 120, p. 1339-1352.

LINO, C. A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52–57, mar. 2011.

MACHADO, R. d. M.; CAVALETTI, A. C. L.; GROISMAN, D. **Como lidar com a solidão e o luto durante a pandemia de Covid-19**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ministério da Saúde 2021.

OLIVEIRA, J. F. P.; PESSINI, L. Espiritualidade e Finitude na "Religiosidade" do Envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. d. e PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 140, p. 1553-1560.

PARKES, C. M. **Amor e perda: as raìzes do luto e suas complicações**. Tradução FRANCO, M. H. P. São Paulo: Summus Editorial, 2009.

PY, L.; TREIN, F.; OLIVEIRA, J. F. P.; AZEVEDO, D. L. O tempo e a morte na velhice. *In*: FREITAS, E. V. d. e PY, L. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 121, p. 1350-1359.

Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Processo de luto no contexto da COVID-19. Fiocruz. Ministério da Saúde 2020.

20

Enfrentando Preconceitos para Construir uma Política Nacional de Cuidados Continuados

Karla Giacomin

Fábio Cimador

Por que é importante falar sobre o preconceito contra o envelhecimento?

A resposta ao controle da pandemia da COVID-19 revelou o quão generalizado o preconceito etário ou velhismo/etarismo/idadismo/ageísmo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 95% das mortes registradas na Europa devido ao novo coronavírus envolveram pessoas com mais de 60 anos. No Brasil são quase 80% das mortes. Os idosos frágeis e com comorbidades são os que sofrem as piores consequências.

Em alguns contextos, a idade foi utilizada como o único critério para acesso a cuidados médicos, terapia intensiva e isolamento social. Uma revisão sistemática em 2020 mostrou que em 85% de 149 estudos, a idade determina quem deve receber certos procedimentos ou tratamentos médicos (CHANG et al, 2020). O refrão do "vírus que atinge apenas os idosos" indica uma falsa sensação de tranquilidade que identifica a velhice como uma fase de declínio físico, cognitivo e social. Quem adota essa perspectiva acredita que os efeitos mais graves do vírus recaem sobre os idosos, que já têm "quantidade de vida" suficiente e são vistos como onerosos para o sistema social e econômico.

Esta é apenas a mais recente reativação de um fenômeno conhecido como "ageísmo", termo cunhado em 1969 pelo gerontólogo Robert Neil Butler para indicar o conjunto de preconceitos, estereótipos e discriminações com base na idade. O conceito não se refere apenas à última fase da vida, mas indica, em geral, a atitude desdenhosa e discriminatória de indivíduos pertencentes a uma faixa etária em relação a sujeitos pertencentes a outra faixa etária.

Palavras-chave: Idosos; Políticas de Cuidados; Idadismo

O que é preciso saber sobre o preconceito Etário?

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA) e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas (OHCHR), alertaram em um relatório que as principais instituições - saúde, sistemas sociais e jurídicos - são afetadas pelo preconceito de idade (Figura 1).

Uma em cada duas pessoas no mundo já sofreu preconceitos baseados na idade.

Figura 1 – Impactos do preconceito contra o envelhecimento.

Nas sociedades contemporâneas, formadas com base no mito da juventude e no estigma da velhice, é intuitivo que o preconceito de idade acaba se referindo sobretudo aos velhos. Dentre os vários tipos de discriminação, o preconceito de idade é o mais frequente, persistente, banalizado e socialmente aceito. Tal preconceito atravessa e agrava outras formas de preconceito e desvantagens, incluindo aquelas relacionadas a gênero, raça/cor e deficiência, com consequências graves e de longo alcance para a saúde e o bem-estar das pessoas. Na verdade, o debate público e midiático sobre o idadismo permanece marginal, emergindo mais como notícia esporádica - por ocasião de fatos específicos - do que como uma questão em si.

Esta dificuldade de aceitar "a velhice" se passa em nível individual, social e do Estado. A negação da velhice e o preconceito contra a velhice se instalam nas práticas sociais, linguísticas, de trabalho e de gestão e se manifestam na falta de políticas específicas de cuidado para as pessoas idosas. Portanto, a falta de políticas de cuidado é indissociável da violência e do preconceito contra a pessoa idosa: ela é a sua mais absurda concretização (Figura 2).

O ciclo vicioso: Invisibilidade da velhice, Violência, Falta de políticas públicas

Figura 2 – O ciclo vicioso da invisibilidade da velhice, da violência e da falta de políticas de cuidados.

O velhismo está por trás de abusos e maus-tratos a idosos, quer seja em seus domicílios pessoais, quer seja em ILPI, quer seja na falta de acesso a informações e a serviços do interesse do cidadão idoso. Em todo o mundo: 1 em cada 6 idosos já sofreu abuso financeiro, psicológico, físico. No nosso meio, cabe destacar ainda a violência institucional, que se apresenta como um tipo de violência invisível que ocorre nos serviços que se organizam como estruturas burocratizadas e distanciadas do cidadão.

Vale ressaltar que os comportamentos negativos relacionados à idade têm origem emocional e psicológica: a hostilidade e a repugnância pela velhice derivam do medo de nossa própria fragilidade e mortalidade. O sucesso da ciência no tratamento e na prevenção das doenças tornou-as crônicas e aumentou o número de pessoas com comorbidades a serem atendidas e a quantidade de recursos a serem direcionados à população idosa fragilizada ou com doenças crônicas. Por outro lado, morrer jovem não nos parece uma boa alternativa para quem não deseja envelhecer.

No caso brasileiro, o idadismo é ainda mais gritante. Por aqui, os estereótipos negativos associados à velhice admitem graus variados de condescendência e negligência em relação aos mais velhos – incluindo a indesejada infantilização do indivíduo idoso, muitas vezes abordado com palavras no diminutivo por cuidadores e profissionais de saúde: “está hora do seu remedinho, da sua aguinha, de tomar a sopinha”. Embora travestida de carinho diante da fragilidade da situação de dependência, esta atitude “atinge a dignidade do mais velho ao destituir-lhe do status de pessoa adulta” (CASTRO, 2015, p 108). Por sua vez, o paternalismo condescendente expõe e reforça o estereótipo que realça a dependência dos mais velhos. A gerontóloga Anita Neri afirma que

> [...] longe de ajudar os idosos, os estereótipos compassivos podem contribuir para a criação e o fortalecimento de novas avaliações negativas e de novos estereótipos, prejudiciais aos seus interesses” (Neri, 2007, p. 38).

Portanto, enfrentar o idadismo significa “desafiar estereótipos e visões arraigadas que nos impedem de celebrar a diversidade e as diferenças que nos caracterizam como seres humanos” (CASTRO, 2015, p. 109).

O velhismo/ageísmo/idadismo/etarismo e a pandemia da Covid-19

A pandemia da Covid-19 trouxe os idosos ao centro das atenções, por serem os mais vulneráveis aos resultados desastrosos da Covid. Um estudo italiano, conduzido pelo Diversity Lab e pela Universidade de Pavia, mostrou que de janeiro a abril de 2020, a cobertura da mídia para as 5 áreas da diversidade (Gerações, Gêneros, Deficiências, Etnias, LGBT+) caiu drasticamente, exceto para pessoas com 60 anos e mais. A história, porém, centrou-se no número de mortos e na questão do acesso à terapia intensiva, com referências próximas a números, parâmetros e estatísticas. Muito pouco foi dito, entretanto, sobre a condição de muitas pessoas com mais de 70 anos socialmente isoladas e esquecidas. Além disso, não se pode excluir que a atenção aos idosos tenha gerado certo ressentimento nos jovens e nas categorias sociais mais negligenciadas nos últimos meses, acentuando o fosso geracional.

Segundo pesquisa do Censis, atualmente na Itália 49,3% dos *millennials* (os nascidos entre 1980 e 1995) acreditam que é correto dar prioridade aos jovens em situações de emergência, enquanto 35% estão convencidos de que a parcela dos gastos públicos dedicados à terceira idade é muito grande.

Além de corroborar estereótipos e preconceitos, o ageísmo tem um impacto negativo do ponto de vista psicológico, comportamental e fisiológico. Em primeiro lugar, apontar como frágil quem não se sente assim propor-lhe medidas de proteção e prevenção em função da idade, pode ser percebido como uma ação paternalista desmotivada, intrusiva e ofensiva. Acima de tudo, o próprio rótulo de “pessoa vulnerável” pode causar essa mesma vulnerabilidade, induzindo nos idosos sentimentos de inutilidade e frustração que são prejudiciais à sua saúde.

Nesse sentido, o maior risco que uma vítima de preconceito de idade corre é do tipo "profecia autorrealizável": a consciência de ser vista de uma determinada maneira pelos outros pode levar uma pessoa idosa a adotar uma imagem negativa (preconceito dirigido à idade) e levar a estilos de vida passivos e sedentários. Por exemplo, ela pode desenvolver um sentimento de resignação para a vida, abrindo mão de comportamentos preventivos e de adesão terapêutica. No Brasil, sua tradução está nas falas de profissionais de saúde que atribuem à idade os problemas de saúde das pessoas idosas (MORAES, 2016).

Para piorar este cenário, a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª edição criou uma seção chamada “*Old Age*”, isto é, a velhice está sendo “oficialmente” categorizada como uma doença. Daí a importância do envolvimento fundamental de toda a comunidade gerontológica na derrubada desses conceitos e na reconstrução de um mundo pautado em valores éticos e anti-idadistas para responder às questões sócio sanitárias.

Tudo isso tem ainda repercussões econômicas significativas. Um estudo realizado nos Estados Unidos com pessoas com mais de 60 anos estimou que o ageísmo é uma causa contribuinte para 17 milhões de casos de doenças, incluindo doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, com um gasto anual de U$ 63 bilhões. E o ciclo de adoecimento e preconceito se reforça negativamente.

Tanto para o bem-estar do indivíduo quanto para o equilíbrio social, seriam desejáveis uma reavaliação e uma mudança na forma de conceituar a velhice, a partir de uma representação mais complexa e realista do indivíduo idoso. Um fato que deve ser levado em consideração é que com o aumento da expectativa de vida a categoria dos idosos mudou de perfil, reunindo pessoas de uma faixa etária extremamente ampla e diversificada em características, em alguns casos muito distantes da imagem estereotipada.

E o que dizer do preconceito contra o cuidado institucional?

Durante a pandemia 2020/2021, em vários países do mundo, aconteceram situações muito graves em residências para idosos que não ofereciam cuidados de qualidade para seus hóspedes. As limitações de treinamento da equipe, as deficiências dos controles, as regras para o funcionamento que deveriam ser revisadas e aprimoradas explodiram.

O preconceito contra a ILPI talvez tenha origem no seu processo histórico de criação, visto que tais instituições surgiram para abrigar pessoas idosas e não idosa, em condição de mendicidade, juntamente com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Atualmente, ainda que o cenário seja bem diferente, os desafios no Brasil são muito grandes: sequer sabemos a demanda por institucionalização ou o número de instituições e de idosos institucionalizados. Porém, tudo leva a crer que esta demanda deve aumentar, principalmente se não forem criadas alternativas de cuidados para apoiar as famílias.

Se a família não consegue, quem poderia ajudá-la a cuidar?

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal, a família, a sociedade e o Estado dividem a responsabilidade de amparo às pessoas idosas que demandarem cuidados. Porém deste tripé constitucional somente a família consegue ser identificada e penalizada. A família que precisa institucionalizar sofre com o olhar do outro, o medo de ser mal compreendida ou até mesmo julgada pela sociedade.

A sociedade que não comparece com a sua parte culpabiliza quem demanda cuidado e quem busca na ILPI essa possibilidade. Poucos programas formais por parte do Estado prestam assistência aos idosos que não têm ou não podem contar com auxílio da família, como é o caso do Programa Acompanhante do Idoso em São Paulo e do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte.

Se precisar de uma vaga em uma ILPI pública, onde encontrar? Falta muita transparência quanto aos fluxos e serviços que devem ser acionados. Enquanto isso as ILPI privadas com e sem fins econômicos se multiplicam e se desdobram para oferecer cuidados que a família atual não consegue ofertar. Apesar disso, ainda há pessoas e serviços que carecem muito de apoio para ofertar um atendimento de qualidade e segurança.

Assim, a pessoa idosa e sua família se veem desamparadas e incompreendidas. Institucionalizar uma pessoa idosa significa buscar cuidado. A questão é que até agora a ILPI não aparece como uma opção formal e desejável de cuidado para a pessoa idosa, sendo sempre vista como a última opção ou como falta de opção. Essa situação faz com que as pessoas idosas que demandam por cuidadas não os tenham da maneira adequada, no tempo oportuno.

O processo da institucionalização pressupõe etapas que promovam e garantam a integridade, a privacidade, a independência e a autonomia de cada residente. Ao longo de todo este manual ficou claro que a ILPI deve promover a integração com a redes sociofamiliar, oferendo serviços e cuidados que garantam o bem-estar e promovam um sentido de pertencimento ao grupo. A institucionalização pode servir para a criação de novos projetos e objetivos para esta etapa da vida (BARBOSA et al, 2020).

Para Ana Amélia Camarano (2010), o direito ao cuidado pode ser considerado o quarto pilar da política de seguridade social. Cada cidadão brasileiro tem direito a cuidado, o qual ainda não está concretizado em políticas. Um país que envelhece tão rapidamente e de maneira tão desigual demanda uma política maior que assegure cuidados a quem precisar, pelo tempo que precisar e qualidade de vida a toda a comunidade institucional: residentes, rede sociofamiliar, funcionários e gestores das ILPI.

Considerações Finais

Pessoas idosas, aposentadas e saudáveis continuam a desempenhar importantes funções produtivas e sociais, por exemplo, por meio de apoio financeiro aos filhos, assistência aos netos, trabalho não remunerado, trabalho voluntário. Apesar disso, o idadismo/velhismo/etarismo/ageísmo está enraizado na sociedade, nos macrossistemas políticos, de saúde e sociais, o que infelizmente tem permitido uma visão distorcida dos problemas e necessidades de grande parte da comunidade e impedido o acesso a direitos à pessoa idosa.

Para enfrentar tal preconceito, infelizmente, de âmbito mundial são necessárias leis e políticas que reconheçam o valor das pessoas de todas as idades, promovam atividades intergeracionais e educacionais que aumentem a empatia e dissipem conceitos errôneos relacionados aos mais velhos. Isso seria facilitado pela existência de uma Convenção em favor das Pessoas Idosas pela Organização das Nações Unidas.

Recentemente, todos os países e partes interessadas são incentivados a usar estratégias baseadas em dados e pesquisas, e trabalhar juntos para construir um movimento para mudar a maneira como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento e para avançar a colaboração global para a década do envelhecimento saudável das Nações Unidas (https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing). Afinal, mais do que nunca se faz necessário garantir o atendimento e o direito de envelhecer com dignidade, saúde e segurança. Precisamos evoluir para uma política nacional de cuidados continuados, por isso é importante insistir (Figura 3).

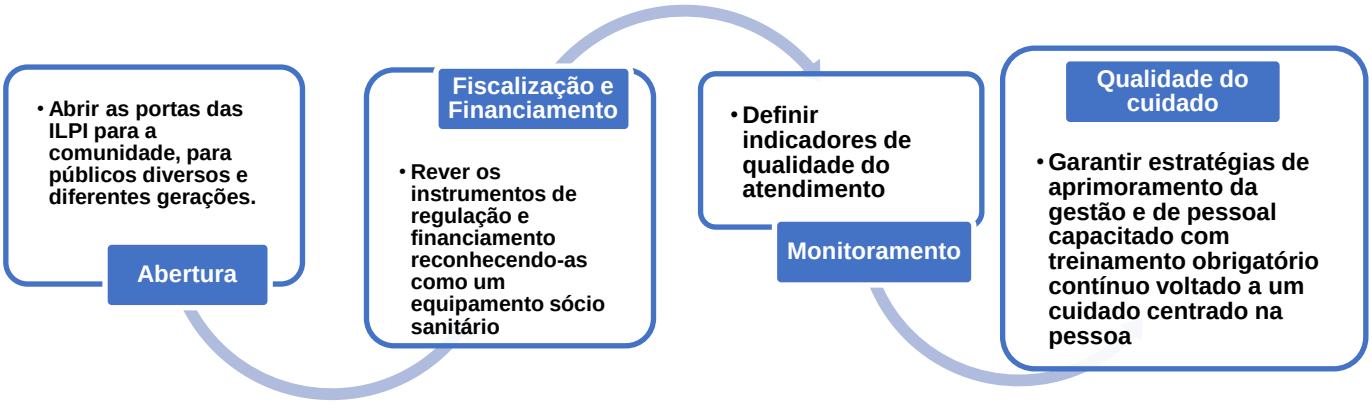


Figura 3- Passos para uma Política de Cuidados que inclua a ILPI.

Isso certamente ajudará a reduzir o preconceito contra o envelhecimento e contra as instituições e favorecerá um cuidado melhor para estas e para as futuras gerações.

(Photo: Griffith University)

Referências Bibliográficas

Barbosa, L. D. M., Noronha, K., Camargos, M. C. S., & Machado, C. J. (2020). Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*, 2017-2030.

Camarano, Ana Amélia Organizadora, et al. "Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?." (2010).

Camargos, M. C. S. (2014). Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. Revista Brasileira de Estudos de População, 31(1), 211-217.

Castro, B. R., Silva, G. O., Cardoso, A. V., Rocha, L. S., & Chariglione, I. P. F. S. (2020). A expressão do idadismo em tempos de COVID-19: Uma reflexão teórica. Revista Kairós-Gerontologia, 23(Número Temático Especial 28, “COVID-19 e Envelhecimento”), 479-497. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo, SP: FACHS/NEPE/PUC-SP

Castro, G. G. (2015). Precisamos discutir o idadismo na comunicação. *Comunicação & educação*, *20*(2), 101-114.

Chang, E. S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons’ health: A systematic review. PloS one, 15(1), e0220857.

https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. IN: NERI. A. L. (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. S. Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Ed. SESC SP, 2007, p. 33 – 46

Envelhecer *sem idadismo* é nosso direito

A ***vida*** de toda pessoa ***idosa*** *institucionalizada* ***importa***

Contato redes sociais:
@frentenacional.ilpi
E-mail: frentenacional.ilpi@gmail.com