

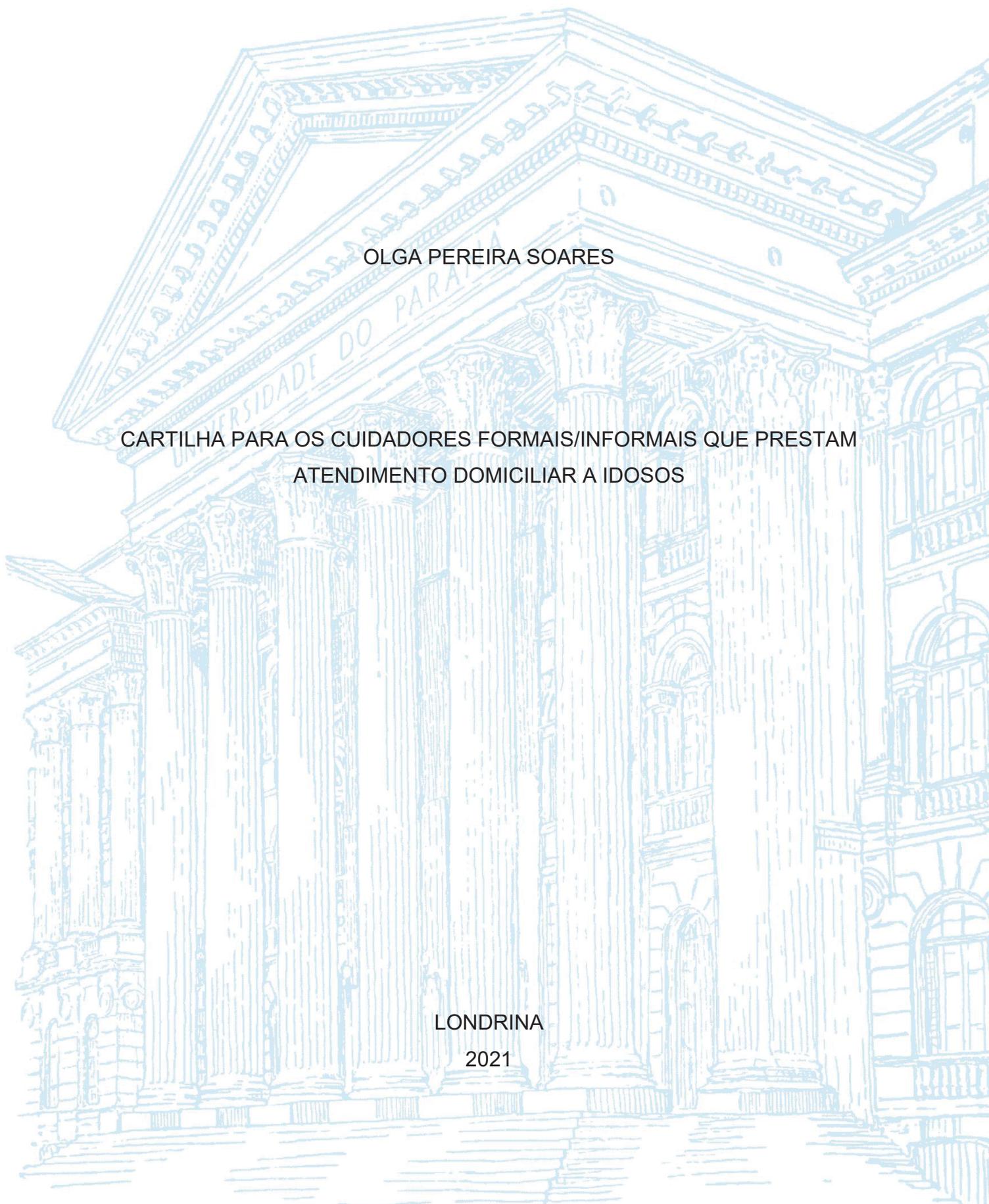
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

OLGA PEREIRA SOARES

CARTILHA PARA OS CUIDADORES FORMAIS/INFORMAIS QUE PRESTAM
ATENDIMENTO DOMICILIAR A IDOSOS

LONDRINA

2021



OLGA PEREIRA SOARES

CARTILHA PARA OS CUIDADORES FORMAIS/INFORMAIS QUE PRESTAM
ATENDIMENTO DOMICILIAR A IDOSOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Marcia Daniele Seima.

LONDRINA

2021

“Este trabalho de conclusão de curso é dedicado à minha equipe de saúde da UBS do jardim do sol pelo seu espírito de amizade, cooperação e dedicação e capacidade de resiliência demonstrados durante a pandemia de COVID-19, principalmente à equipe de atenção domiciliar, Vagna, Adriana, Francine e Alessandra, cujo empenho foi decisivo para a conclusão deste projeto de pesquisa-ação.

Agradecimentos

Dedico este trabalho à minha orientadora e tutora Marcia Daniele Seima pela sua postura impecável ao compartilhar seu conhecimento e profissionalismo. Embora os encontros tenham sido virtuais durante a pandemia de COVID-19, num ano extremamente desafiador: muito obrigada por sua presença.

Meus sinceros agradecimentos aos meus filhos Maria Eduarda, Ana Catarina e Artur, que iluminaram a minha vida com seus sorrisos todas as vezes que eu chegava em casa. obrigada por tornar momentos difíceis em alegres, divertidos e de comunhão com deus.

Meu pai e minha mãe por serem sempre meus melhores exemplos de disciplina e dedicação e por se manterem isolados reinventando a vida a dois, sorte minha ter vocês.

"NÃO PODEMOS ACRESCENTAR DIAS À NOSSA VIDA, MAS PODEMOS
ACRESCENTAR VIDA AOS NOSSOS DIAS."

CORA CORALINA

RESUMO

Introdução. O plano de intervenção que trata do tema orientações básicas de prevenção e cuidado domiciliar aos cuidadores de idosos, destinado à manutenção da autonomia do idoso é um resultado do curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. **Objetivo.** Construir uma cartilha virtual destinada aos cuidadores de idosos sobre prevenção e cuidados na atenção domiciliar. **Método.** A metodologia aplicada foi o estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação, realizado com a equipe de saúde e com idosos usuários de uma Unidade Básica da Saúde. A coleta das informações aconteceu entre os meses de junho a dezembro de 2020. Para fazer um diagnóstico situacional dos idosos foram aplicados dois instrumentos: o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A avaliação tem sido realizada semanalmente por meio de visitas domiciliares e foi à base para a criação da cartilha virtual. **Resultados e Discussão.** Os 84 pacientes visitados, rotineiramente, foram classificados como frágeis ou em moderado risco de vulnerabilidade ou robustos. Pelo MEEM, 4,7% foram classificados com déficit cognitivo grave, 35,7% com déficit moderado, 34% com déficit leve e 25% sem alteração cognitiva. Dentre os idosos hígidos nenhum era analfabeto, dentre os cognitivos leves somente dois (6,8%) eram analfabetos e entre os cognitivos moderados 50% eram analfabetos e tendo os demais escolaridade abaixo de oito anos. O instrumento MEEM permitiu associar o grau de escolaridade com o déficit cognitivo. Encontrou-se um percentual maior de analfabetismo entre os que apresentaram déficit cognitivo moderado do que entre os idosos hígidos e de leve déficit. A partir dos resultados foi construída uma cartilha virtual com orientações básicas de prevenção e cuidado, destinada aos cuidadores tanto formais quanto informais, com a abordagem de pontos-chaves como a prevenção de quedas e polifarmácia, sugestão de exercícios e de atividades de lazer e a prevenção da transmissão do novo coronavírus, Sars-Cov-2. **Considerações Finais.** Optou-se pela construção da cartilha pela necessidade crescente de cuidados em domicílio aos idosos, que em virtude da pandemia estão em isolamento social e, conseqüentemente pelo maior risco de depressão a que estes estão sujeitos. Consideramos que foi possível diagnosticar e classificar o número de idosos em situação de fragilidade; que ocorreu um benéfico estreitamento de laços afetivos entre família e equipe e se evidenciou a importância do respeito à autonomia do idoso. Espera-se que a cartilha auxilie na melhoria da qualidade da assistência domiciliar. Evidenciou-se a necessidade de se individualizar e adequar as regras de intervalos entre visitas e de frequência de coleta de material para exames à condição de saúde do paciente o que resultou em benefício a este paciente.

Palavras-chave: Cuidadores; Idoso; Assistência Domiciliar; Pandemias; Educação.

ABSTRACT

Introduction. The intervention plan that addresses the topic of basic guidelines for prevention and home care, aimed at maintaining the autonomy of the elderly is a result of the specialization course in primary care at UFPR, funded by UNA-SUS. **Objective.** The objective is to design a booklet for caregivers (of the elderly) about homebased prevention and care. **Method.** The applied methodology was a qualitative study of the type of action research, carried out with the health team and elderly users of a basic health centre. The data collected from June do December 2020 were gathered by applying the tools IVFC-20 and MEES during weekly visits to patients at their home. **Results and Discussion.** The 84 patients, routinely visited, were classified as fragiles, or having a moderate risk of vulnerability or yet as healthy or independent. From MEES results, 4,7% of patients were classified as having a severe cognitive deficiency, 35,7% with a moderate cognitive deficiency, 34% with a mild cognitive deficiency and 25% without cognitive alteration. Amongst the healthy elderly none was illiterate, while 2 (6,8%) patients which presented a mild cognitive impairment were illiterate and there were 50% illiterates with moderate cognitive impairment. In this last group all patients had less then 8 years of formal education. The tool MEES allowed association between the formal education level and the level of cognitive impairment. A higher percent of illiteracy was found between those with a moderate cognitive deficit. To further benefit the patients with comorbidities it became evident the necessity to adjust the visits' intervals and frequency of materials collected for analyses instead of having a general routine to all of them, with a great benefit do these patients. A booklet with basic prevention and care guidelines were developed, aimed at caregivers, whether they are professionals or family members, considering key points to prevent falls, avoiding polypharmacy, example of exercises, leisure activities and instructions to prevent transmission of COVID-19. **Final Considerations.** The booklet was necessary to account for an increase in the careful actions needed by elderly people, who are in social isolation due to the pandemic bringing loneliness and depression that in this age group can be the beginning of a functional decline. It was possible to diagnose and classify the number of elderly in fragile situation; a good interaction was developed between family and health team and became evident the importance to respect the elderly's autonomy. It is expected that the booklet will help to improve homebased car.

Keywords: Caregivers; Aged; Home Nursing; Pandemics; Education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVOS.....	13
1.1.1	Objetivos Específicos.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA.....	15
2.2	DADOS ELENCADOS NA CARTILHA.....	16
2.2.1	Prevenção de quedas.....	16
2.2.2	Casa segura.....	17
2.2.3	Prática de exercícios.....	17
2.2.4	Alimentação saudável.....	18
2.2.5	Atenção domiciliar no contexto da pandemia de COVID 19.....	20
2.2.6	Polifarmácia.....	21
3	FERRAMENTAS UTILIZADAS NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO	
	DA CLASSIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE	22
3.1	ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL - 20.....	22
3.2	MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	25
4	MATERIAL E MÉTODOS	26
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÕES	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE 1 – VERSÃO FINAL DA CARTILHA VIRTUAL	37
	APÊNDICE 2 – QR CODE PARA A VERSÃO FINAL	
	DA CARTILHA VIRTUAL	50
	ANEXO 01 – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE	
	CLÍNICO-FUNCIONAL-20	51
	ANEXO 02 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	53

1 INTRODUÇÃO

O bairro da área de abrangência do projeto de intervenção possui o nome de jardim do sol que também é o nome da Unidade Básica De Saúde (UBS), é um bairro antigo próximo ao centro, uma área urbana que está localizada na cidade de Londrina, Estado do Paraná. Com avenidas importantes que ligam a zona leste e oeste. Suas ruas recebem o nome de constelações e a população próxima à UBS reside em casas de alvenaria, mas ainda é possível encontrar casas de madeira. A Estratégia de Saúde da Família inclui duas equipes nomeadas a e b que realizam o atendimento.

O perfil demográfico da população apresenta um grande número de idosos (N= 906), é um bairro antigo e residencial com moradores aposentados e com casa própria. Existe, no entanto, uma barreira geográfica delimitada pelas PR-369. Do outro lado da rodovia uma comunidade carente se desenvolveu a partir de um assentamento, essa população apresenta uma vulnerabilidade maior por conta das inúmeras famílias jovens. Nesta localidade também se instalou em 1974 a fábrica do bicho da seda que emprega alguns moradores locais e possui um condomínio de casas para seus funcionários.

A cultura do modelo biomédico aumenta a busca às especialidades, a automedicação e a polifarmácia, favorecendo o absenteísmo em consultas, diminuição do autocuidado e a participação nos grupos de apoio. A falta de prevenção ocasiona maior incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações. Isto está diretamente ligado ao processo saúde-doença, pois os maus hábitos diários, como consumo excessivo de carboidratos, açúcares e sedentarismo levam a manutenção e aumento dos casos das DCNT.

Para minimizar este problema são realizadas atividades coletivas em parceria com as igrejas locais e a associação de moradores, através dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Atenção Básica. A UBS jardim do sol está localizada em uma área urbana em um bairro antigo da cidade de Londrina. Possui 4001 usuários ativos, sendo 1.821 do sexo masculino e 2.128 do sexo feminino. Deste total 420 são crianças, sendo 73 menores de um ano, 487 são adolescentes, 2.105 adultos e 916 idosos acima de 60 anos. Não houve no último ano nenhum registro de mortalidade infantil ou materna.

As condições prevalentes na área são: 408 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 132 de Diabetes *Mellitus* (DM), dentre estes ocorreram 16 acidentes vasculares cerebrais (AVC) e seis infartos, 15 com doenças respiratórias, 10 com asma e dois com doença respiratória obstrutiva crônica - DPOC. O total de fumantes são 52, o que leva a crer que esses dados estão subnotificados.

Em relação ao perfil nutricional, 851 estão com peso adequado, cinco estão abaixo do peso e 251 acima do peso. Como o registro e cadastro no Sistema De Informação Da Atenção Básica (SIAB) se deu durante a pandemia de COVID-19 e as consultas eletivas estão suspensas, esses dados não correspondem à totalidade das informações.

As doenças mais prevalentes são as cardíacas (n=28). Sendo dessas, 11 com insuficiência cardíaca, cinco com doença hipertensiva renal e três com insuficiência renal. Estes dados foram processados até 29/06/2020 com base no banco de dados do SIAB.

As causas mais prevalentes de mortalidade na área de abrangência são: complicações cardiovasculares decorrentes das doenças crônicas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia.

No mês de janeiro de 2020 foram atendidos 373 pacientes, dos quais, 84 foram registrados através do relatório de atendimento individual com o Código Internacional De Doenças (CID): 10 com hipertensão arterial, 24 com diabetes mellitus, 13 com dislipidemia, 16 obesidade e 10 hipotireoidismo em apenas um mês de atendimento. Dentre estes pacientes 59 eram idosos entre 60 e 80 anos ou mais. Em relação a 2019, a meta preconizada seria de 70 coletas de bacilo álcool ácido resistente- BAAR, com média de seis coletas por mês. No ano, o total coletado foi de 74 sendo quatro casos positivos de tuberculose e três em tratamento. Este ano uma das pacientes de atenção domiciliar foi diagnosticada com tuberculose e apresenta Diabetes insulino dependente e Insuficiência Renal Crônica. A prevalência de consultas é para casos de HAS e DM seguidos de queixas osteoarticulares e lesões causadas por esforço repetitivo, transtorno do humor e de ordem afetiva, bem como as queixas ginecológicas, que incluíram as vulvovaginites e irregularidades do fluxo menstrual como sangramento uterino anormal.

O número de pacientes que utilizam o serviço é o somatório de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e aqueles diagnosticados com transtornos afetivos persistentes (n=575).

Observa-se um número crescente de transtorno afetivo, abuso de tabaco, de drogas e aumento do uso de antidepressivos inclusive na população idosa. A taxa de incidência é de 14% em relação ao número total de residentes na área de abrangência. Estes números foram utilizados no ano passado para solicitar junto a diretoria de Atenção Primária em Saúde, a capacitação dos médicos e da equipe no sentido de possibilitar um diagnóstico melhor e tratamento a nível ambulatorial para minimizar as filas para as especialidades de psiquiatria. A equipe recebeu a equipe do Centro de Atendimento Psicossocial para Álcool e Drogas CAPS-AD para discussão de casos de usuários de álcool e drogas, que são 24 e 13 respectivamente, três pacientes de atenção domiciliar apresentam doenças crônicas decorrentes do abuso de tabaco e álcool ao longo da vida.

Foi realizada uma capacitação multidisciplinar em atendimento ao paciente tabagista. Esta capacitação foi multidisciplinar e horizontal com aulas ministradas pelos profissionais de psiquiatria, pneumologia, nutrição, farmácia, e por terapeuta ocupacional e psicólogo.

Também foi criada no ano de 2019 a “Londrina *In Forma*”, grupos de apoio com a participação dos profissionais do NASF, nutricionista, preparador físico e fisioterapeuta a partir do diagnóstico e evidência da necessidade de mudança dos hábitos de vida identificados em consultório pelo médico e pelos profissionais citados acima.

A vulnerabilidade da população está relacionada ao aumento do número de idosos. Foram 2270 atendimentos de setembro de 2019 até agosto de 2020, sendo atendidos 381 idosos, o que corresponde a uma taxa de 16,78% muito superior ao percentual do município que é de 8,68%, dado este registrado pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2018) que também demonstra uma taxa de envelhecimento da população de 41,79%.

Um ponto positivo é que a partir do registro do SIAB e utilização do prontuário eletrônico, ocorrido a partir de março de 2020, passaremos a contar com informações mais precisas da área de abrangência e conseqüentemente a capacidade de realizar ações mais específicas ao perfil epidemiológico da população assistida

Tem-se trabalhado com a priorização do atendimento ao idoso por meio da identificação do grau de vulnerabilidade indicado pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional- 20 (IVCF-20) (PARANÁ, 2018). A avaliação tem sido realizada

semanalmente por meio de visitas domiciliares pela equipe composta por médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde da respectiva área. É realizada uma reunião semanal antes das visitas elencadas para aquele dia. Para otimizar as visitas domiciliares é trabalhado a logística da localização das casas a serem visitadas, priorizando casas na mesma rua quando as visitas são de rotina. Considera-se a solicitação da família através da reflexão trazida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), o retorno precoce daqueles de maior risco e a programação das visitas pelos próximos seis meses através dos dados coletados como número, comorbidades, classificação quanto ao índice de vulnerabilidade clínico funcional IVCF-20.

Durante a pandemia, houve apoio da equipe do NASF, nutricionista fisioterapia presencial e psicólogo por meio de tele consultas. Nas visitas domiciliares e em discussão com a equipe da UBS foram elencados os seguintes problemas: falta de planejamento estratégico, excesso de visitas, poucos profissionais envolvidos, desinteresse da equipe, solicitações de parentes e familiares tratadas como inoportunas, falta de conhecimento das ferramentas disponíveis, e, ainda, o fato de familiares quererem delegar funções inapropriadas à equipe. Consequentemente, há aumento do risco de vulnerabilidade e baixa resolutividade, evolução para quadros de demências de dependência funcional e até incapacidade, polifarmácia, falta de prevenção e agravos no idoso.

Diante dos problemas elencados torna-se importante identificar modos para promover a educação permanente tanto de profissionais da saúde quanto de cuidadores de idosos. Para este trabalho optou-se em focar as orientações para os cuidadores formais/informais que prestam atendimento aos idosos no domicílio. Para facilitar a comunicação e visualização, optou-se pela criação de cartilha educativa a ser distribuída pela equipe de saúde aos cuidadores de idosos.

1.1 OBJETIVOS

Construir uma cartilha virtual destinada aos cuidadores de idosos sobre prevenção e cuidados na atenção domiciliar.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar os problemas provenientes do cuidado aos idosos no domicílio;
- Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional e o Mini Exame do Estado Mental nos idosos;
- Levantar quais informações são relevantes para contar na cartilha educativa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O atendimento domiciliar se tornou pauta de discussão das Políticas de Saúde, recentemente, no século XX. Algo que era considerado um fenômeno o envelhecimento populacional se tornou uma realidade, “de acordo com projeções das Nações Unidas estima-se que em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos (BODSTEIN; DE LIMA; DE BARROS, 2014, p. 1).”

A partir da revisão da literatura sobre as questões que possibilitem a melhoria da qualidade de vida e do envelhecimento nesta faixa etária, o enfoque será centrado na melhoria da informação passada aos atores envolvidos neste processo: o paciente, sua família e o cuidador, e quanto às suas funções e autonomia de decisão.

“O respeito à autonomia pressupõe a oferta de informações e a obtenção do consentimento informado do idoso, através da manifestação de sua vontade, sem ter sido submetido à coação, influência, indução ou intimidação.” (ALMEIDA, 2011, p. 611).

2.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA

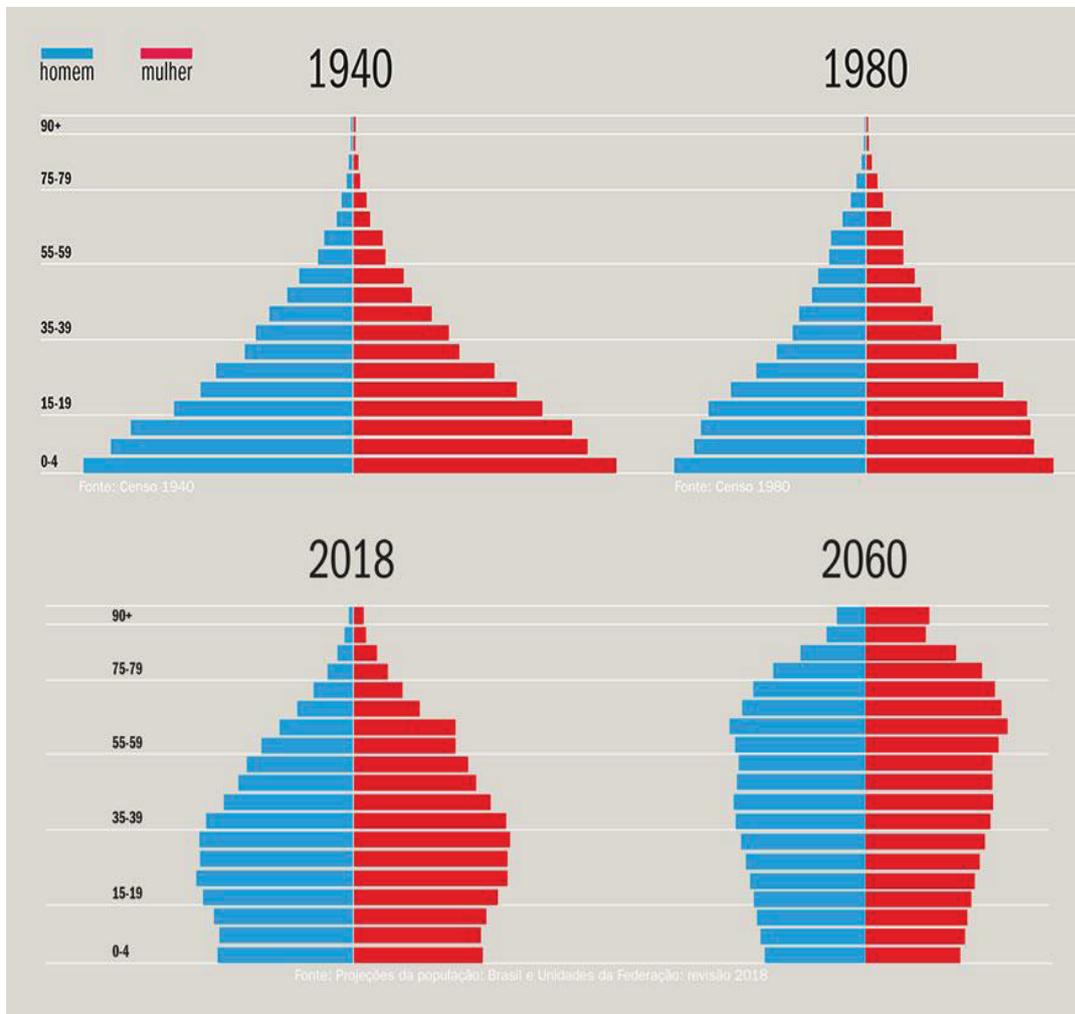
De acordo com a Organização Mundial da Saúde, idoso é todo indivíduo maior de 60 anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, IBGE, estimava-se que em 2020 o Brasil teria 19 milhões de idosos. Porém essa estimativa não correspondeu à realidade atual, pois já em 2017, a população brasileira manteve a tendência ao envelhecimento, superando a marca de 30,2 milhões de idosos. Confirmando, portanto, a tendência mundial de envelhecimento populacional conforme esperado pelo IBGE (2013).

Esses números determinaram um alargamento do topo da pirâmide e que são explicados pela diminuição da taxa de fecundidade pelo aumento da expectativa de vida que vem aumentando desde 1940 totalizando um aumento de 30,5 anos (IBGE, 2013).

O índice de envelhecimento é a relação entre a porcentagem de jovens e de idosos. Estima-se que este número deve aumentar de 43,19%, em 2018, para

173,47%, em 2060 (IBGE, 2019). A figura 1 demonstra a mudança na expectativa de vida, a mudança demográfica da população e o aumento no número de idosos.

FIGURA 1 – PIRAMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.



FONTE: IBGE (2019)

2.2 DADOS ELENCADOS NA CARTILHA

2.2.1 Prevenção de quedas

Diante do número de idosos crescente no Brasil tornam-se necessárias políticas públicas e estratégias para atuar de forma eficaz de modo a garantir o envelhecimento saudável denominado senescência, distinguindo do envelhecimento patológico e senilidade. As políticas públicas existentes protegem e visam garantir o envelhecimento de maneira que permitam a autonomia e a qualidade de vida.

Em 2005 o Ministério da Saúde firmou um compromisso importante chamado “o pacto em defesa da vida”, no qual uma das prioridades pactuadas foi a proteção da saúde da população idosa. (BRASIL, 2006, p. 11)

Diversos estudos apontam as quedas como um fator importante de declínio funcional, sendo a sexta causa de óbitos em idosos. As quedas podem resultar em fraturas e necessidade de hospitalização. Podem, também, provocar alterações psicológicas, depressão, diminuição da prática de exercício físico, além disso a limitação funcional pode levar ao afastamento de atividades sociais. A maioria das quedas ocorrem dentro do domicílio e estima-se que cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez por ano de acordo com Maia *et al* (2011). As quedas são decorrentes de fatores extrínsecos, são eles, locais inseguros, com degraus, pouco iluminados, piso escorregadio, tapetes e uso de calçados inapropriados. Fatores intrínsecos decorrentes da própria fisiologia do envelhecimento como perda da agilidade e reflexo, uso de fármacos que podem causar lipotínea, hipotensão, hipoglicemia contribuem para este quadro de fragilidade. Outra causa muito pertinente ao idoso é o déficit visual.

2.2.2 Casa segura

Através de revisão da literatura vamos elencar alguns fatores pertinentes a casa segura visando a segurança do idoso durante a realização das suas tarefas no dia a dia. Como já apontado, a maioria das quedas ocorre durante a realização das tarefas domésticas, o processo de envelhecimento resulta na perda da mobilidade e os relatos de queda são decorrentes de escorregões e tropeços. Por isto a necessidade de elencar fatores que propiciam uma casa segura.

Dicas da Biblioteca Virtual em Saúde (2018) é importante evitar tapetes soltos, evitar objetos ou fios no caminho, providenciar luz de emergência ou interruptor próximo a cama, luzes no corredor e banheiro e evitar quinas e móveis pontiagudos. Utensílios domésticos devem ser armazenados em armários numa altura compatível, sem que haja necessidade de escadas para alcançar ou de se abaixar.

2.2.3 Prática de exercícios

São inúmeros os benefícios da prática de exercício físico. A adoção de práticas saudáveis no estilo de vida está amplamente documentada na literatura. Deve-se desestimular o sedentarismo reduzindo, como exemplo o tempo em frente à TV e estimular a prática de exercícios sejam eles ao ar livre com 30 minutos de caminhada 3 vezes na semana em terreno plano em horários de sol baixo ou atividades coletivas, hidroginástica, dança, natação levando-se em consideração as habilidades individuais de acordo com Matsudo; Matsudo e Barros Neto (2001).

A prática dos exercícios visa a manutenção da flexibilidade, da marcha, do equilíbrio e da força muscular pois o processo de envelhecimento por si só leva a diminuição da mobilidade dos quadris e joelhos, limitação da amplitude da dorsiflexão dos tornozelos. Os exercícios propiciam melhor qualidade de sono, melhora a função cognitiva, diminui ansiedade, estresse e depressão, diminui também o risco de morte por eventos cardiovasculares, ajuda a manter níveis lipídicos e glicêmicos dentro do esperado e diminui insuficiência venosa periférica (JUDGLE, 2019).

2.2.4 Alimentação saudável

Trabalhos da literatura apontam que o estado nutricional é fator determinante na qualidade de vida, e que a aplicação do índice de avaliação clínico empregando marcadores como o índice de massa corpórea e diâmetro da panturrilha são essenciais segundo PAGOTTO *et al* (2018).

Alimentação saudável é aquela constituída por alimentos variados de origem vegetal e animal, que contenham todos os grupos de nutrientes, visando sempre o equilíbrio e a harmonia, associando alimentos de qualidade, em quantidades adequadas. A recomendação alimentar para a população idosa deve levar em conta as alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento, como também considerar a alimentação especial de idosos com o risco aumentado para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

O sobrepeso, a obesidade e o baixo peso são indicadores de alerta para diferentes patologias e demandam uma intervenção nutricional adequada pois se relacionam com aumento do risco de morbimortalidade.

A partir dos dados da revisão bibliográfica contidos na revista de nutrição sobre fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS, 2000), podemos subdividir as recomendações pelo tipo do idoso, a saber:

a) Idoso eutrófico

Diariamente sugere-se incluir nas refeições alimentos do grupo dos cereais, dando preferência aos produtos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural. Grupo dos cereais: arroz, milho, trigo, pães, massas, batata, mandioca, cará e inhame (são importantes fontes de energia). Os alimentos integrais fornecem as fibras e nutrientes importantes para o bom funcionamento do corpo em particular do intestino evitando a constipação intestinal.

Legumes, verduras, frutas nas sobremesas e lanches. ao invés de consumir alimentos açucarados e industrializados.

A cartilha virtual visa exemplificar as diferentes fontes nutricionais e sugere como se alimentar de maneira saudável. As frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, sais minerais e fibras: melhoram o funcionamento do intestino e contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças. Esses alimentos podem ser consumidos em diferentes preparos ao longo do dia: saladas, refogados, sopas, caldos, tortas, sucos, vitaminas, bolos etc.;

Leite e derivados (queijos, iogurtes, coalhada) diariamente pois são boas fontes de proteína e cálcio na alimentação;

Preparações assadas, grelhadas e cozidas como carnes (bovina, suína, aves, peixes) e ovos devem ser consumidas diariamente já que são proteínas de alto valor biológico; além dos alimentos de origem vegetal: feijão, soja, lentilha, grão de bico e ervilha.

Hidratação adequada, pelo menos 2 litros de água por dia, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia;

b) Idoso com sobrepeso/obesidade

Recomenda-se a realização de no mínimo 4 refeições/dia (café da manhã/ almoço/ lanche da tarde/ jantar);

Garantir boa ingestão de alimentos fonte de proteínas (carnes, ovos e leite), gorduras monoinsaturadas (chia, linhaça, coco, azeite, castanhas, nozes, azeite de oliva, abacate etc.);

Restrição na ingestão de carboidratos simples como os açúcares (usados em pães, biscoitos, bolos) e as farinhas pouco nutritivas, dando preferência aos carboidratos complexos (ex. Cereais integrais, tubérculos, contendo amido resistentes);

Excluir alimentos ultra processados da dieta;

Melhorar o gasto energético com a prática de exercícios físicos; sono regular;

c) Idoso de baixo peso

Visamos neste grupo intervir favorecendo o ganho de peso e aquisição de força muscular através do ganho de massa magra retomando o estado eutrófico para tal a estratégia é garantir a densidade calórica das refeições;

Neste grupo está recomendado o uso de suplementos nutricionais industrializados hipercalóricos, hiperprotéicos, imunomoduladores, glutamina (pó ou líquido) entre as principais refeições favorecendo assim a reabilitação do estado nutricional, recomenda-se também evitar o jejum prolongado; e a consistência da dieta.

2.2.5. Atenção domiciliar no contexto da pandemia de COVID 19

A Atenção Domiciliar (AT) se apresenta como uma estratégia importante e eficaz no contexto da pandemia, durante o período de isolamento e distanciamento preconizado pela OMS. A AT oferece orientação sobre as medidas preventivas instruindo famílias e cuidadores quanto à utilização eficaz dos equipamentos de proteção individual, álcool gel e máscaras.

As equipes de estratégia da saúde da família que realizam o atendimento no domicílio neste contexto, também são fundamentais na identificação de casos suspeitos de COVID-19 no tratamento e isolamento destes. Assim como a

manutenção dos tratamentos de doenças pré-existentes, garantindo a manutenção dos cuidados domiciliares de palição, reabilitação e prevenção.

2.2.6 Polifarmácia

A descrição de polifarmácia pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2017) é uso simultâneo de quatro ou mais medicamentos (com ou sem prescrição médica) por um paciente.

Secoli (2010) considera o uso de cinco ou mais medicamentos e este foi o critério usado no questionário de IVCF-20. Estima-se que o uso concomitante de medicações pode trazer prejuízo para a saúde do idoso, as interações medicamentosas e as Reações Adversas Medicamentosas (RAM) são hoje um desafio para a saúde pública.

A vulnerabilidade dos idosos nas interações medicamentosas e RAM é ainda mais presente decorrente da própria mudança fisiopatológica do envelhecimento. A frequência de eventos adversos relacionados a polifarmácia é maior nesta faixa etária. Estudo publicado por Rodrigues e Oliveira (2016) demonstram que o risco de reações adversas aumenta em 13% na presença de dois agentes, e de 58% quando são administradas 5 medicações e 82% na presença de sete ou mais medicamentos. A polifarmácia pode causar toxicidade, induzir ao erro medicamentoso e está associado a morbimortalidade. O risco de RAM aumenta de 3 a 4 vezes em pacientes submetidos à polifarmácia. As interações medicamentosas e as RAM são responsáveis por hipoglicemia, hiperglicemia, lipotínea, tontura, visão turva, que podem levar a confusão mental e quedas. Alguns fármacos causadores de RAM nos idosos podem induzir a quadros como depressão, arritmia cardíaca, náusea (VILELA, MORAES, LINO, 2008, p. 260). São eles neurolépticos, betabloqueadores, benzodiazepínicos, digoxina, anti-inflamatório não esteroides, anticolinérgicos. Deve -se desestimular a prática de automedicação pelo risco potencial à saúde do idoso que esta pode causar, assim como a interrupção, substituição, inclusão de medicamentos sem o conhecimento do profissional de saúde, inclusive de medicações fitoterápicas. No Brasil existem poucos estudos relacionados a este tema.

3. FERRAMENTAS UTILIZADAS NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA CLASSIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE

3.1 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL - 20

O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional foi avaliado através de estudo publicado na revista de saúde pública 2016 (MORAES, 2016) e se mostrou um instrumento eficaz na identificação da fragilidade do idoso e, portanto, eficaz no monitoramento da saúde básica. Como os indivíduos não envelhecem de forma homogênea não se pode determinar a vulnerabilidade apenas pela idade ou presença de comorbidades. Este instrumento é de fácil manejo pela equipe

De atenção domiciliar e classifica o idoso como: robusto ou em risco de fragilização ou frágil de acordo Moraes (2016). O IVCF-20 é um questionário (ANEXO 1) que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso.

TABELA 1- GRUPOS E CLASSIFICAÇÕES,

Grupo	Estrato	Classificação clínico-funcional
Idosos robustos	Estrato 1	Eles estão em seu grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as atividades avançadas, instrumentais ou básicas da vida diária e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.

Idosos robustos	Estrato 2	São independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como hipertensão não complicada ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, entre outros.
Idosos robustos	Estrato 3	São independentes para todas as atividades da vida diária, mas apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas de maior complexidade, como hipertensão complicada, diabetes mellitus, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral
Adultos mais velhos em risco de fragilidade	Estrato 4	Eles são independentes para todas as atividades da vida diária, mas apresentam condições preditivas de resultados adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou morte: presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou múltiplas comorbidades (polipatologia, polifarmácia ou hospitalização recente). Nesse grupo, estão incluídos os idosos que apresentam três ou mais critérios do “fenótipo de fragilidade”, segundo Fried e Ferrucci ⁴
Adultos mais velhos em risco de fragilidade	Estrato 5	Apresentam condições preditivas de desfechos adversos (como no Estrato 4), mas apresentam declínio funcional nas atividades de vida diária, associado ao lazer, trabalho ou interação social. Esses idosos ainda são independentes para as atividades instrumentais e básicas da vida diária.

Idosos frágeis	Estrato 6	Apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as atividades básicas.
Idosos frágeis	Estrato 7	Apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas.
Idosos frágeis	Estrato 8	Apresentam dependência completa nas atividades instrumentais de vida diária associada à semi-dependência nas atividades básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizagem - tomar banho, vestir-se e usar o banheiro
Idosos frágeis	Estrato 9	Apresentam dependência completa nas atividades instrumentais da vida diária associada à dependência incompleta nas atividades básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e continência), além de serem claramente dependentes para tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada.
Idosos frágeis	Estrato 10	Estão no seu grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, são os que mais dependem funcionalmente, necessitando de ajuda até para se alimentar.

FONTE: Adaptada de classificação clínico-funcional dos idosos, segundo Moraes (2011).

3.2 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

O MEEM (ANEXO 02) é constituído de duas partes, uma abrange orientação, memória e atenção que somam 21 pontos e habilidades específicas, como nomear e compreender somando 9 pontos, total de 30 pontos (FOSTEIN et al. 1975; BERTOLUCCI, 1994). Porém o resultado é afetado pelo grau de escolaridade e em nosso meio o ponto de corte é menor do que o preconizado no rastreio cognitivo para identificação de demência (MELO, BARBOSA, 2015). O MEEM avalia orientação temporal, espacial, memória, atenção e cálculo, linguagem. O padrão ouro continua sendo a Avaliação Geriátrica Avançada – AGA.

O caderno de Atenção Básica (Brasil, 2006), sugere os seguintes pontos de corte: Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação, que teve como público-alvo a equipe de saúde e os usuários idosos da unidade básica saúde. O estudo foi realizado em uma unidade de saúde e domicílio dos idosos.

As informações foram coletadas por meio do instrumento IVCF-20 e o MEEM, os quais foram aplicados aos idosos em cuidado domiciliar no período de junho de 2020 até janeiro de 2021. Foram identificados os problemas provenientes dos cuidados ao idoso em domicílio e utilizados para a construção da cartilha educativa. As informações foram analisadas e fundamentadas com a literatura vigente.

TABELA 2 - PLANO DE INTERVENÇÃO QUE TRATA DO TEMA ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO DOMICILIAR AOS CUIDADORES DE IDOSOS, DESTINADO À MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO. LONDRINA, 2021.

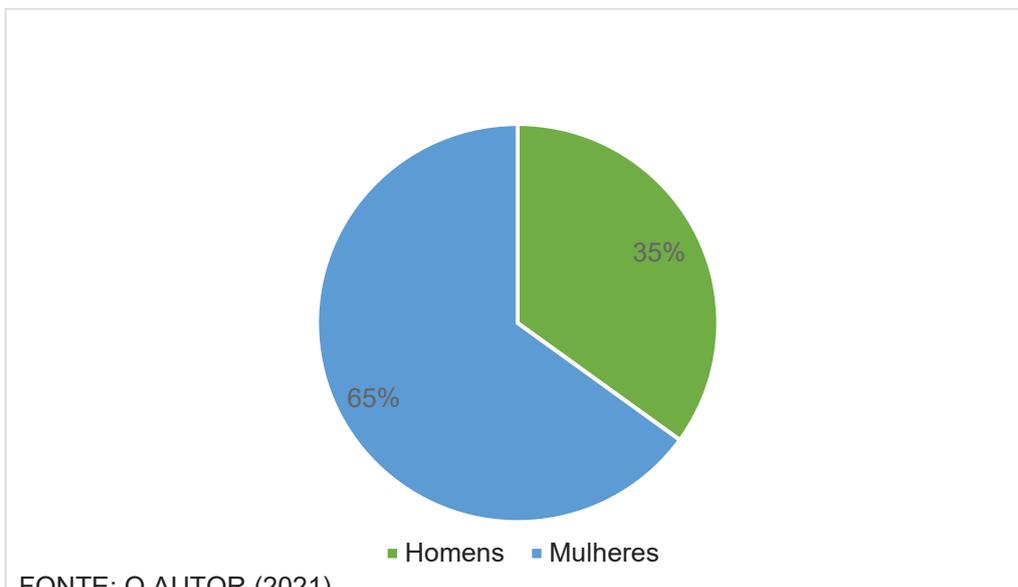
Data Horário Local	Objetivo	Estratégia	Duração Participantes	Recursos Educacionais
A implantação ocorreu na tarde de quarta-feira de 13 às 19 h	Realizar <i>screening</i> cognitivo dos idosos	Utilização da ferramenta MEEM	Médico da área de abrangência	Instrumento MEEM
Horário destinado a visita domiciliar	Identificar o grau de vulnerabilidade clínico funcional.	Utilização da ferramenta IVCF-20	Agentes comunitários de saúde 3 participantes	IVCF-20
Cartilha elaborada no mês de janeiro e fevereiro 2021 durante o processo de trabalho	Construção da cartilha educativa	Desenvolvimento da cartilha de orientação e prevenção de agravos em conjunto a equipe de saúde.	Técnica de enfermagem Nutricionista Fisioterapeuta	

FONTE: A autora (2021).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÕES

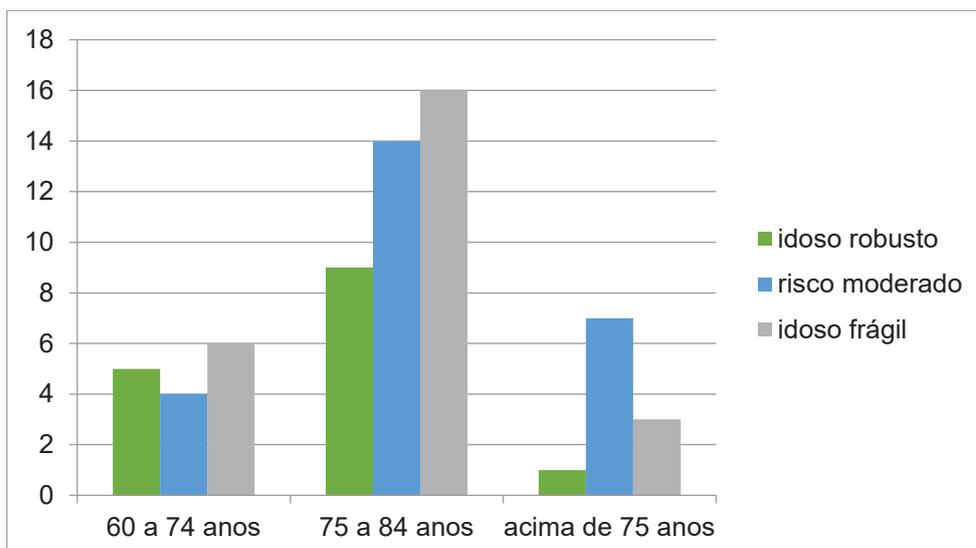
Recebem atenção domiciliar, no momento, 84 pacientes, sendo 55 do sexo feminino e 29 do sexo masculino, todos são visitados rotineiramente pela equipe de Estratégia de Saúde da Família. Dentre estes, a partir da classificação do IVCF-20: 44 são idosos frágeis (quatro estão acamados), 25 são idosos em moderado risco de vulnerabilidade e 15 são robustos.

GRÁFICO 1 – HOMENS E MULHERES ACIMA DE 60 ANOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR, LONDRINA, 2021.



FONTE: O AUTOR (2021)

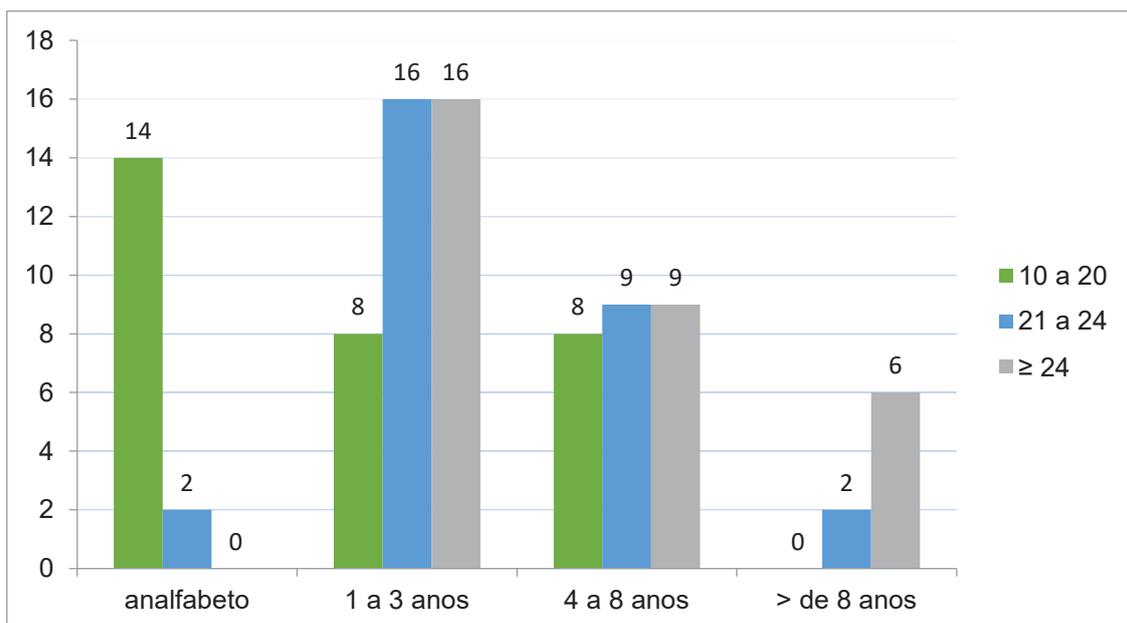
GRÁFICO 2 – CLASSIFICAÇÃO NO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL- 20, LONDRINA, 2021.



FONTE: O AUTOR (2021)

Quanto ao resultado do MEEM tem-se que quatro (4,7%) pacientes receberam classificação déficit cognitivo grave, são dois casos de demência um paciente com Alzheimer e um com paralisia cerebral, foram considerados déficit moderado 30 (35,7%) pacientes que obtiveram pontuação entre 10 e 20 pontos, leve entre 21 e 24 pontos, totalizaram 29 (34%) e sem alteração cognitiva 21 pacientes. (25%). O estudo Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais publicado na revista De saúde Pública agosto 2006 (LOURENÇO, VERAS, 2006), traz dados bastante divergentes, 10% dos idosos atendidos pela Atenção domiciliar da UBS Jardim do Sol são aposentados. Neste grupo 9,5% dos entrevistados tinham mais de 8 anos de estudo, 38% eram analfabetos. Estes resultados sofrem influência do grau de instrução do avaliado e da presença de déficits que podem prejudicar a avaliação como surdez e cegueira.

GRÁFICO 3 – NÚMERO DE IDOSOS CLASSIFICADOS DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE E PONTUAÇÃO, LONDRINA, 2021.



FONTE: O AUTOR (2021)

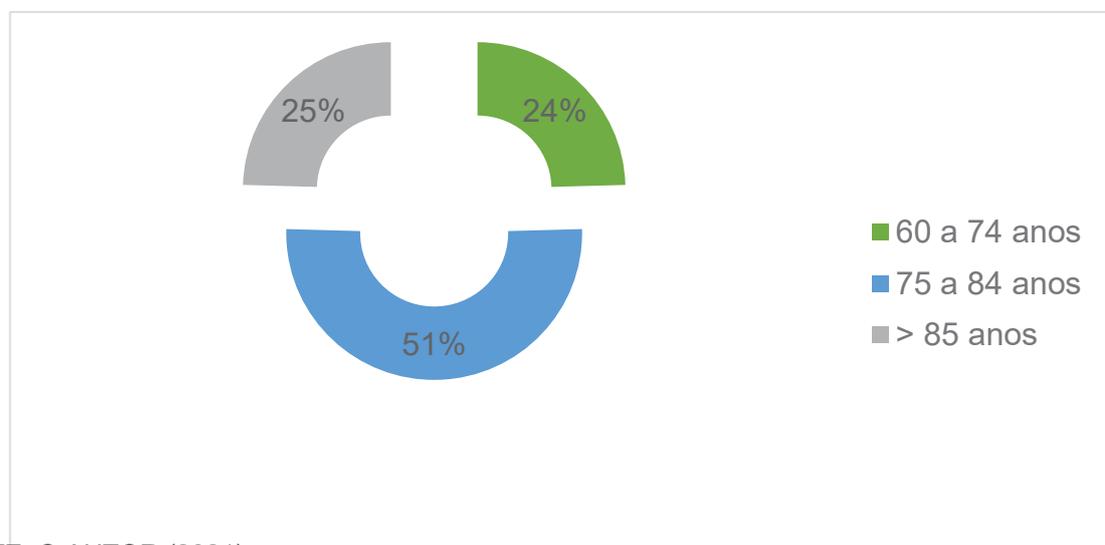
As visitas domiciliares ocorrem rotineiramente às quartas-feiras no período vespertino com a presença do médico da equipe, da auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde da área de abrangência. Uma queixa constante das famílias costumava ser o intervalo entre uma visita e outra, levando a necessidade de procurar as unidades de pronto atendimento, que se constitui muitas vezes em um transtorno para o paciente acamado. A partir do levantamento do número de

pacientes que necessitam de atenção domiciliar, e a classificação de risco realizada pelo médico da equipe, por meio do IVCF-20, os retornos precoces foram otimizados de acordo com a necessidade de cada paciente conforme sua patologia e classificação de risco. As coletas de exames realizadas no domicílio foram otimizadas e feita uma semana antes da visita levando conforto e segurança. Anteriormente as coletas não tinham qualquer relação com a visita, ou seja, poderia ocorrer de um paciente fazer exames laboratoriais, mas só ser visitado 6 meses após.

A intervenção descrita acima favorece o conhecimento dos agentes comunitários e de toda a equipe das reais condições de saúde dos pacientes visitados para permitir condutas não invasivas que tragam benefício e conforto, minimizando a angústia em situações paliativas tanto para a família quanto para a equipe.

As visitas são momentos oportunos para a realização das orientações pertinentes ao estado de saúde, sempre evidenciando a prevenção, estimulando os hábitos saudáveis e a prática de exercícios físicos. As visitas de rotina visam abranger o cuidado multidisciplinar lembrando dos riscos que um calçado inadequado ou a automedicação pode ocasionar, essa relação da equipe com o paciente é focada na cordialidade e respeito mútuo, preservando a autonomia e identificando as necessidades.

GRÁFICO 4– CLASSIFICAÇÃO POR IDADE DOS PACIENTES QUE RECEBEM VISITA DOMICILIAR LONDRINA, 2021.



FONTE: O AUTOR (2021)

De acordo com a idade e grau de vulnerabilidade obteve os seguintes resultados: de 60 anos a 74 anos: cinco dos idosos são robustos, quatro são risco moderado e seis dos idosos são considerados frágeis, totalizando 15 indivíduos. Entre 75 anos a 84 anos, 9 dos idosos são robustos, 14 são risco moderado de vulnerabilidade e 16 dos idosos são considerados frágeis totalizando 39 indivíduos. Entre os idosos > 85 anos, somente um dos idosos foi considerado robusto, sete são risco moderado e 22 dos idosos estão em estado de vulnerabilidade, ou seja, frágeis totalizando 30 indivíduos.

Foram obtidos os seguintes resultados a partir da aplicação do questionário MEEM. Os idosos considerados hígidos do ponto de vista cognitivo foram um total de 21 e nenhum era analfabeto, seis tinham grau de escolaridade entre 1 e 3 anos, 9 idosos entre 4 a 8 anos e 6 mais de 8 anos. Idosos com déficit cognitivo leve foi um total de 29 sendo que 2 são analfabetos, 16 de 1 a 3 anos, 9 idosos tinham escolaridade entre 4 a 8 anos e 2 mais de 8 anos. Os que obtiveram pontuação entre 10 e 20 pontos foram considerados com grau de comprometimento cognitivo moderado e neste grupo 14 eram analfabetos, 8 de 1 a 3 anos, 8 de 4 a 8 anos e nenhum acima de 8 anos de escolaridade. Idosos com déficit cognitivo grave foram 4, sendo que 2 foram diagnosticados com demência senil, 01 com Alzheimer e 01 com paralisia cerebral.

De acordo com os resultados obtidos quanto ao grau de vulnerabilidade e Mini Exame do Estado Mental, verificou-se a necessidade de abordar informações referente aos cuidados básicos aos idosos no domicílio com os cuidadores formais e informais dos idosos. Também foi levantado apontamentos dos próprios cuidadores quanto à falta de informações com relação a alimentação e hábitos saudáveis de vida, assim como a prevenção de acidentes no domicílio. A cartilha traz pontos-chaves na prevenção de quedas e polifarmácia, exercícios, lazer e prevenção da transmissão do novo coronavírus denominado Sars-Cov-2, conforme apêndice 01.

A visita da equipe tem como princípio construir laços de respeito e cooperação mútua entre os atores. Ao entrar no domicílio a equipe se depara com histórias de vida e culturas diferentes, para tal trouxemos ilustrado na cartilha o personagem fictício José, um idoso que narra as dificuldades e prazeres do envelhecimento. Esta pesquisa-ação visou diagnosticar e classificar o número de idosos em situação de fragilidade e a partir destes dados construir a cartilha focando nos problemas pertinentes verificados durante as visitas. A aproximação da equipe

com as famílias foi fundamental neste processo. O personagem José da cartilha incentiva e promove um olhar zeloso dos atores envolvidos nos cuidados do idoso. Objetivando práticas saudáveis e educação em saúde. Como a cartilha virtual até este momento não foi apresentada a comunidade não podemos concluir os benefícios em sua totalidade, sabemos que laços e benefícios foram construídos durante a pandemia pela fragilidade emocional pertinente ao momento. Sabemos que a capacitação da equipe deve ser constante e as ferramentas abordadas neste estudo devem ser reutilizadas de tempos em tempos por ser o envelhecimento um processo dinâmico. Este ciclo da vida é caracterizado por muitos desafios tanto no diagnóstico como na intervenção. Porém o maior desafio se apresenta no momento de não intervir, quando a autonomia deve ser respeitada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho visou construir uma cartilha virtual para favorecer o diálogo e elucidar tópicos pertinentes aos cuidadores formais e informais responsáveis pelos cuidados dos idosos na Atenção Domiciliar. A cartilha trouxe pontos-chaves na prevenção de quedas e polifarmácia, exercícios, lazer e prevenção da transmissão do novo coronavírus denominado Sars-Cov-2. O material educativo favorece a educação permanente dos cuidadores formais e informais dos idosos, além de ser ferramenta para gestores e profissionais da saúde, para a padronização dos cuidados.

Espera-se melhorar a qualidade da assistência através do fortalecimento do vínculo das famílias com a equipe, utilizando a cartilha virtual como uma ferramenta de aproximação.

7 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A partir da divulgação da cartilha virtual devemos reavaliar os benefícios e falhas desta, ponderando nas próximas visitas quais tópicos devem receber um olhar diferenciado caso necessitem de intervenção pontual, sabendo que as particularidades de cada família vão nortear o processo.

Portanto sugere-se que a utilização da Cartilha não se restrinja a apenas esta unidade, mas que possa ser utilizada como material de apoio por outras equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) tanto do Município de Londrina como de outras localidades.

Este trabalho não trata na sua totalidade de toda a temática que compreende a atenção domiciliar, abrange as peculiaridades elencadas desta equipe de ESF em particular.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCCI, PHF ET AL. O Mini-Exame Do Estado Mental Em Uma População Geral: Impacto Da Escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 1994.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Queda de Idosos. 2009. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html Acesso em 05 de abril de 2021.

BODSTEIN, A. , DE LIMA, V.V.A., DE BARROS, A.M. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Rev ambiente & Sociedade**, São Paulo v. XVII, n. 2 n p. 157-174 n abr.-jun., 2014.

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, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em: 28 set de 2020.

BRUCKIS M.d. Et al. Sugestões Para O Uso Do Mini-Exame Do Estado Mental No Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 2003.

CAMPOS, M.T.F. de S.; MONTEIRO, J.B.R. ORNELAS, A.P.R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 13, n. 3, p. 157-165, Dec. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR, Mini-Mental State: A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For Clinician. **JPsychiatrRes**, 1975.

IBGE .Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060** – Revisão 2013. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Longevidade viver bem e cada vez mais. **Revista Retratos do Brasil**, n 16, fev 2019. Disponível em https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 28 set de 2020.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Projeção da população dos municípios do paraná para o período 2018 a 2040**. Curitiba, PR: 2018. Disponivel:

http://www.ipardes.pr.gov.br/ipardes/pdf/nota_tecnica_populacao_projetada.pdf

LOURENCO, R. A; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 712-719, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>.

MAIA, B. C. et al . Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 381-393, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200017>.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos *Rev Bras Med Esporte* _ Vol. 7, N  1 – Jan/Fev, 2001.

MELO, D. M. de; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3865-3876, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203865&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.

MORAES, E. N. de *et al* .  ndice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 81, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100254&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 abr. 2021. Epub 22-Dez-2016. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>.

PAGOTTO, V. et al . Circunferência da panturrilha: valida o clínica para avalia o de massa muscular em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 2, p. 322-328, Apr. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672018000200322&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção a Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2018.

RODRIGUES, M.C.S.; OLIVEIRA, C. de. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2800, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100613&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. Epub Sep 01, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1316.2800>.

SECOLI, S.R.. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 136-140, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>.

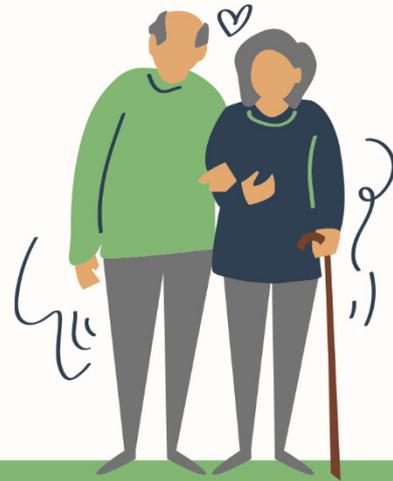
VILELA, A.L.; MORAES, E.N., LINO, V. **Grandes síndromes geriátricas**. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_570847936.pdf> Acesso em: 01 abr de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Without Harm – **Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017.

APÊNDICE 1 – VERSÃO FINAL DA CARTILHA VIRTUAL

Cartilha sobre Visita Domiciliar

- Maneiras de cuidar do bem-estar do idoso
- Dirigido aos cuidadores formais e informais que prestam atendimento domiciliar a idosos.



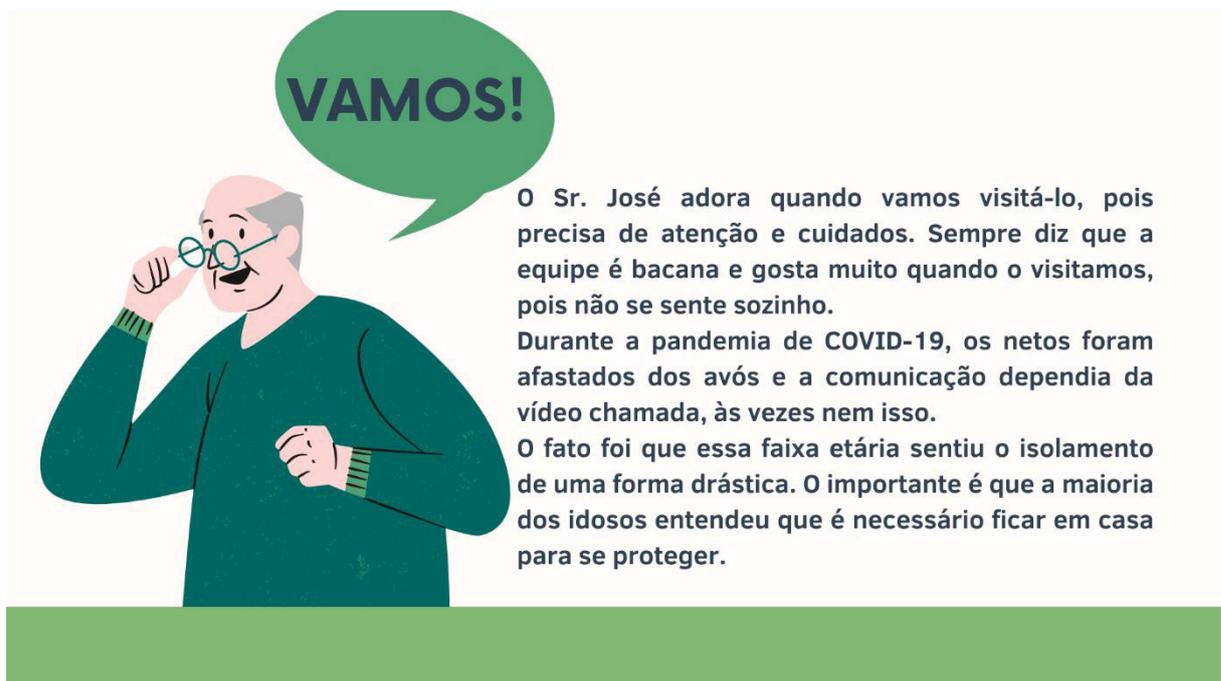
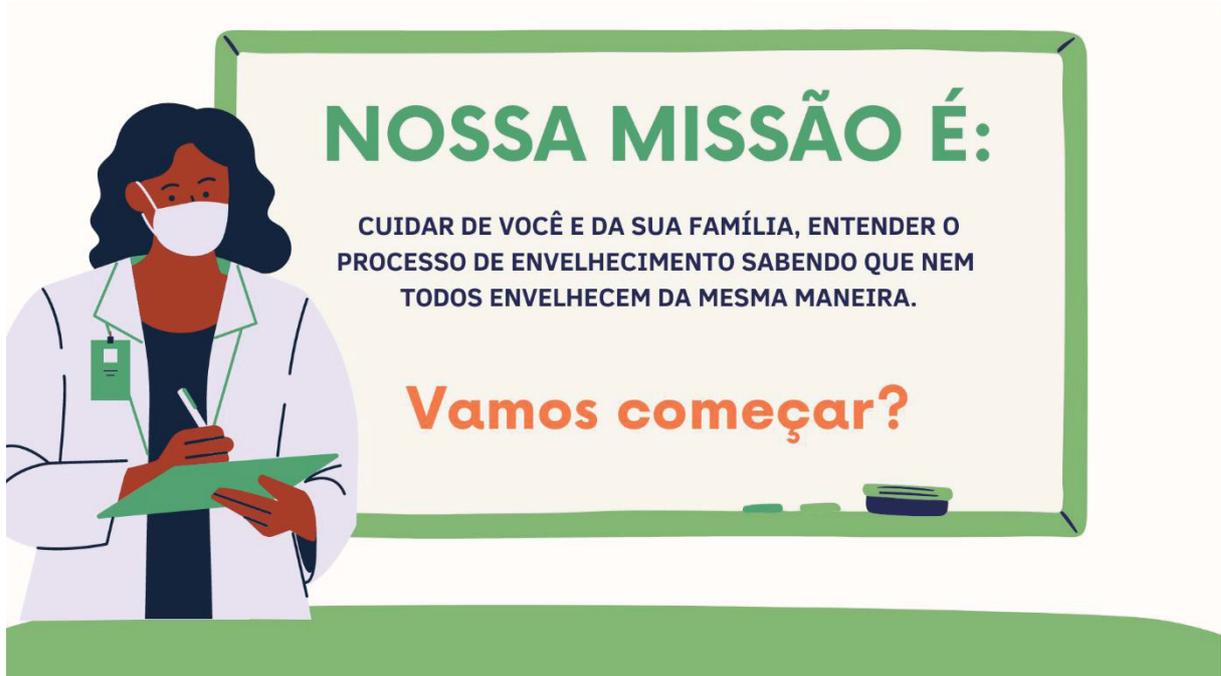
2021



Olá, Sr. José!

NÓS, DA EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR, GOSTARÍAMOS DE VISITÁ-LO E LHE PASSAR ALGUMAS INFORMAÇÕES.

"Sr. José" representa todos os idosos nesta cartilha.



Então se for visitar o Sr. José:



LAVE AS MÃOS



USE MÁSCARA



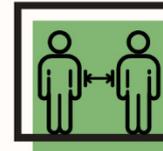
LIMPE ITENS QUE VIERAM DA
RUA



USE ÁLCOOL EM GEL 70%



RETIRE OS
SAPATOS



MANTENHA
DISTÂNCIA

**ISSO
MESMO!**



Esta é a lista para poder visitar um idoso. Além disso, nós da equipe de saúde estamos sempre de avental, máscara e sapatilha descartável no pé! É fundamental que durante a visita domiciliar o idoso use máscara também.

QUEM CUIDA DO IDOSO?



- O cuidador de um idoso pode ser: da equipe da unidade básica, um membro da família ou uma pessoa contratada.
- Existem características que um cuidador deve adotar.
- Quem cuida do senhor José é a sua filha Ana. Ela vai lá de vez em quando, e de acordo com ele não tem paciência.

"Eu estou velhinho, não sou mais tão ágil, rápido e flexível, meus reflexos são lentos, faço tudo devagarinho, às vezes esqueço onde guardei meus remédios e a Ana, minha filha, fica brava... então peço para que tenha paciência comigo!"





Idosos e cuidadores:

- Empatia
- Atividade Física
- Atenção
- Polifarmácia e automedicação
- Nutrição
- Sol da manhã e Higiene
- Horas de Sono
- Lazer

Empatia



O Sr. José e todos os outros idosos deram duro para chegar até aqui.
Trate-os como gostaria de ser tratado no futuro.

Atenção



"Preciso de você para me dar meus remédios no horário correto. Banho eu tomo sozinho, mas preciso de ajuda para fazer a barba e cortar as unhas. A vista está fraca, sabe?

Aliás, será que já marcaram meu médico de vista? Preciso de óculos novos, a letrinha da bíblia é muito miúda."

Nutrição



"Aliás, será que estou com anemia?

Ando tão desanimado, só quero dormir, será que posso tomar uma vitamina? Tem essa aqui que a minha filha comprou na farmácia, vou pegar a caixinha para a doutora ver."

Sr. José, as melhores vitaminas são as verduras e legumes, uma alimentação saudável rica em fibra, e colorida, como: cenoura, rúcula, brócolis, couve, frango, ovo, leite, queijo, e beber bastante água.

"Verdade! Aquela mocinha nem parece que é doutora né? Tão novinha. A nutricionista também veio nos visitar e disse como preparar os alimentos, também falou para lavar tudo e para não deixar fora da geladeira por muito tempo, pois pode estragar. E já viu né, diarreia na minha idade é muito sério, não posso desidratar."

Fórmula de soro caseiro: 1 litro de água filtrada + 1 colher de sopa de açúcar + 1 colher de chá de sal.

Hidratação Adequada

"Eu sei, eu sei. Água é muito importante, mas eu amo um café!"

Isso mesmo Sr. José, água é muito importante!

Consuma pelo menos 2 litros de água por dia!

O senhor pode beber em pequenas quantidades, várias vezes ao dia.

Sobre o cafezinho... Um pouco não faz mal! Mas cuidado com o açúcar, tá bom?



Sugestão de Cardápio

*Consulte um nutricionista

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
CAFÉ DA MANHÃ	Banana amassada.	Vitamina de banana e maçã com chia	Mingau: 1/2 xícara de aveia 1 banana 2 colheres de maizena	Maçã cozida com uma pitada de canela e um ovo mexido	Mamão picado e uma fatia de pão integral com geleia sem açúcar.
ALMOÇO	Arroz integral, feijão, frango, alface e tomate	Purê de batata inglesa, lentilha e filé de peixe	Arroz, feijão, carne moída, batata, vagem e cenoura.	Cenoura cozida com frango e macarrão simples	Abóbora cozida com picadinho de carne e rúcula
JANTAR	Sopa de legumes com frango	Purê de batata, peixe, beterraba e ervilha	Arroz, abobrinha, pepino e carne moída	Macarrão, frango e legumes	Sopa de feijão, chuchu e picadinho



Exercício Físico



Os exercícios promovem bem estar físico e psíquico, auxiliam no sono, diminuem a ansiedade e depressão, ajudam no funcionamento do intestino, evitam doenças como pressão alta, diabetes, osteoporose e ajudam a manter o corpo ativo e flexível, evitando quedas.

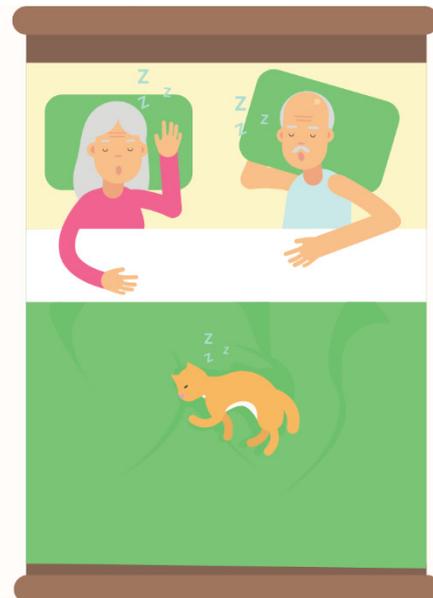
"O médico disse que preciso de exercícios! A fisioterapeuta do postinho, gosto tanto dela, me ensinou alguns movimentos, faço todo dia! Antes dava uma volta na pracinha, agora não posso sair, mas dou um passeio no quintal! Ultimamente tenho preguiça de ir tomar sol, mas a minha esposa me obriga. Ando muito desanimado, que bom que vocês vieram."

Horas de Sono

"Eu, a minha querida Aparecida e a nossa gata Magali, vamos dormir todos os dias depois do jornal!"

Muito bom Sr. José! É importante que o idoso tenha uma boa noite de sono, o mais saudável é dormir de 7 a 8 horas por noite.
Quantas horas vocês estão dormindo?

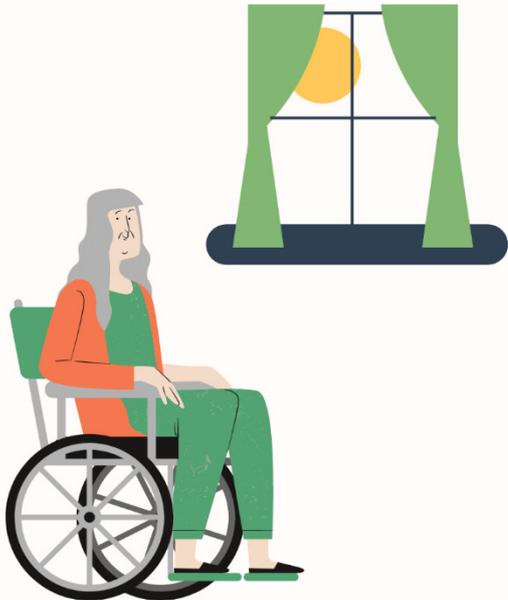
Um bom chá pode te ajudar a relaxar!
Opções: camomila, erva-cidreira ou valeriana.



Automedicação

"Olha eu vou contar um segredo... Estou sentindo dor de cabeça todos os dias, e vou logo tomar o remedinho rosa."

Sr. José! Quando um idoso se automedica, ele não faz a avaliação correta por falta de conhecimento técnico. É um risco para a sua saúde! Evite a ingestão de remédios sem consultar seu médico.



Sol da Manhã

Sr. José, vou falar para o senhor, porque a Dona Aparecida já está craque nisso. O sol é fundamental para a produção de Vitamina D, que ajuda o sistema imunológico do idoso. Tome dez minutos de sol por dia, não se esqueça!

Higiene

"Banho nós tomamos dois por dia, anda muito calor por aqui! Mas sinto muita preguiça de escovar os dentes..."

Sr. José, a higiene é um passo muito importante na prevenção de doenças! Adote medidas e cuidados com os alimentos, ambiente, roupas e a higiene corporal e bucal.

Lembre-se: após o banho, é necessário secar cuidadosamente todas as regiões do corpo.



Lazer

- Leitura
- Costura
- Cultivo de plantas e ou temperos
- Ouvir música
- Dançar
- Jogos interativos (palavra cruzada, jogo da memória, tabuleiro e dominó)

Sr. José, exercite sua mente! Os jogos, por exemplo, evitam algumas doenças como Alzheimer, pois melhora suas funções cognitivas.



CASA SEGURA É AQUELA QUE PREVINE QUEDAS E ACIDENTES:

- 01** Boa iluminação no ambiente. Para o período noturno, instale luz noturna nos corredores;
- 02** Evite fios e objetos no meio do caminho;
- 03** Escolha pisos antiderrapantes;
- 04** Remova tapetes ou fixe-os com fita adesiva;
- 05** Instale corrimão e guarda corpo (estrutura de segurança) em escadas da área interna e externa;

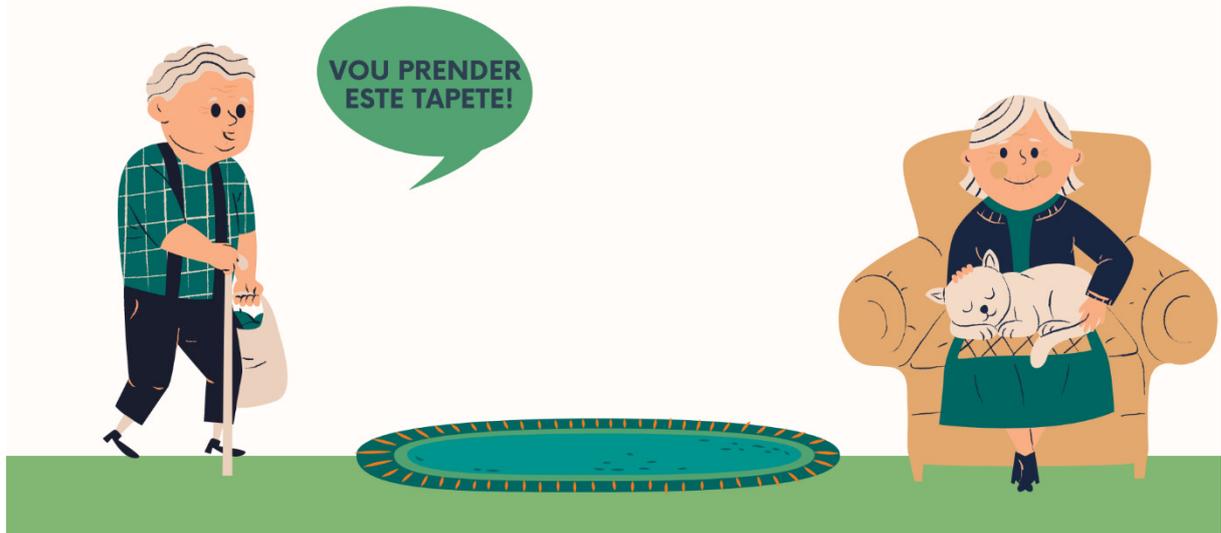


CASA SEGURA É AQUELA QUE PREVINE QUEDAS E ACIDENTES:



- 06** Procure acomodar a cama próxima de interruptores de luz;
- 07** Instale barras de apoio para entrar e sair do chuveiro e em volta do vaso sanitário.;
- 08** Considere instalar campainha de emergência no banheiro;
- 09** Procure organizar os utensílios de uso frequente em prateleira ou parte dos armários que fiquem ao alcance das mãos, evitando curvar o corpo ou subir em escadas.

SUA CASA ESTÁ SEGURA SR. JOSÉ?



Saúde Mental

Sr. José e D. Aparecida: esta tempestade (pandemia) irá passar e em breve vocês estarão passeando por aí.

Enquanto isso preciso que vocês cuidem da saúde mental; é muito importante que mantenham-se ativos, de mente e corpo!

"Ah nós estamos tentando e nos cuidando, já ouvimos falar sobre depressão... ainda bem que temos um celular, agradeço esse aparelhinho, por ele nós conseguimos conversar com os nossos netos e matar um pouco da saudade.

Nós vamos continuar tomando sol no quintal e seguindo suas outras orientações doutora!

Obrigado por ter nos visitado nesta semana, até mais!"





**"NÃO PODEMOS
ACRESCENTAR DIAS
À NOSSA VIDA,
MAS PODEMOS
ACRESCENTAR VIDA
AOS NOSSOS DIAS."**

Cora Coralina

**LONDRINA
2021**



**Cartilha Virtual
Dra. Olga Pereira Soares**

APÊNDICE 2– QR CODE PARA A VERSÃO FINAL DA CARTILHA VIRTUAL



ANEXO 01 – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação	
IDADE	1. Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: <input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹		
ATIVIDADES DEVIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positiva valem 4 pontos cada. Ainda, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Alcance, preensão e	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	

	pinça	() Sim () Não	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não	Máx 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

FONTE: Adaptada de IVCF-20

ANEXO 02 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos. **Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

28 Identificação do cliente

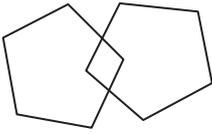
Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: _____ / _____ / _____ Avaliador: _____.

<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? 1 Dia do mês? 1 Mês? 1 Ano? 1 Hora aproximada? 1 2. Onde estamos? 1 Local? 1 Instituição (casa, rua)? 1 Bairro? 1 Cidade? 1 Estado? 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o pacientedizer o nome desses objetos conforme você os aponta 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nemlá”. 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa.” 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e umobjeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar apalavraMUNDO de trás para frente. 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseçãoformarem um quadrilátero. 1</p> 
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. 3</p>	

Avaliação do escore obtido	Total de pontos obtidos
<p>Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 29 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 30 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.</p>	

Teste	Idade no teste	Orien. Tem. Espaço	Registros	Atenção e cálculo	Lembrança	Linguagem	Total	Classificação	Data

FONTE :Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais, Roberto A Lourenço e Renato P Veras.