

8. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Valéria Pagotto¹

Cristiane José Borges²

Daniella Pires Nunes³

Kátia Regina Borges⁴

Ivania Vera⁵

Luipa Michele Silva⁶

Marina Aleixo Diniz Rezende⁷

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 288/2004. Dispõe sobre Ações relativas ao atendimento de idosos e outros.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 620/2019. Normatiza as atribuições dos Profissionais de Enfermagem nas instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais, e correspondem a, aproximadamente, 14% da população total, com estimativas de alcançar 40% até 2100 (IPEA, 2021). Paralelo a este processo, ocorre uma transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas

¹ Enfermeira. Doutora, Universidade Federal de Goiás (UFG), Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás.

² Enfermeira. Doutora, Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Jataí – Goiás.

³ Enfermeira. Doutora. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

⁴ Enfermeira. Especialista, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

⁵ Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Catalão – Goiás.

⁶ Enfermeira. Doutora. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiás.

⁷ Enfermeira, Doutora. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiás.

não transmissíveis que podem comprometer a autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos, demandando cuidados que requerem a integração de diferentes setores da saúde e da sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), instituiu os anos de 2020-2030 como a década do envelhecimento saudável, e busca a construção de ações em nível global para reduzir problemas de saúde nos idosos, dependência de cuidados, perda da qualidade de vida e conseqüentes implicações sociais e econômicas (WHO, 2017). Assim, nesse momento, o ponto central das políticas de saúde deve ser coerente com o desenvolvimento e manutenção da capacidade intrínseca e das habilidades funcionais, de modo a permitir o bem-estar do idoso, e que os mesmos “sejam ou façam o que é importante para eles”, conceitos que inspiram um novo cerne para os cuidados de saúde, com foco na otimização do envelhecimento saudável (WHO, 2017).

Diante desse novo paradigma, a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, organizada em atenção primária, secundária e terciária, e integrada à atenção farmacêutica, apoio e diagnóstico, saúde bucal, urgência e emergência, requer integração das respostas às necessidades de saúde dos idosos. A equipe de enfermagem está inserida nos vários pontos de atenção da Rede para prestar cuidados desde a promoção da saúde até a reabilitação. Para que isso ocorra, os enfermeiros precisam conhecer os principais aspectos e demandas de saúde dos idosos e serem, constantemente, qualificados para estes aspectos.

Sendo assim, este protocolo tem como objetivo instrumentalizar a equipe de enfermagem na atenção prestada à pessoa idosa, sua família e seus cuidadores na Atenção Primária, seja na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio.

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

A consulta de enfermagem é uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para abordagem dos idosos na Atenção Primária. Durante a sua execução devem estar previstas as etapas da Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE):

1. Coleta de dados, na qual serão avaliados aspectos do envelhecimento com avaliação multidimensional rápida (funcionalidade global, sistemas fisiológicos e funcionais principais, medicamentos, história pregressa e fatores contextuais);
2. Definição dos Diagnósticos de Enfermagem (julgamento dos problemas encontrados);
3. Planejamento da assistência;
4. Intervenções;
5. Avaliação da assistência.

Contudo, neste protocolo serão enfatizadas as etapas de coleta de dados, diagnóstico e intervenções de enfermagem.

Com vista à otimização do envelhecimento saudável, a consulta de enfermagem deverá considerar a avaliação da capacidade intrínseca (nova proposta da OMS), as síndromes geriátricas e suporte ao cuidador (WHO, 2017). Destaca-se que, a capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem a seu dispor, e envolve as seguintes dimensões: capacidade cognitiva, capacidade locomotora, capacidade visual, capacidade auditiva, vitalidade e capacidade psicológica.

Neste protocolo serão abordados alguns tópicos que envolvem algumas dimensões da capacidade intrínseca, das síndromes geriátricas, síndrome de fragilidade, além da Rede de apoio e suporte social. Estes auxiliam na sistematização da avaliação clínica do idoso e são utilizados, basicamente, na

identificação de situações que afetam a dependência e autonomia dos idosos e que podem impactar na sua qualidade de vida.

No contexto da Atenção Primária, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é uma das ferramentas propostas pelo Ministério da Saúde para qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. Ela contempla os itens que serão abordados neste protocolo e pode ser utilizada pelas equipes de atenção básica no atendimento e acompanhamento das pessoas idosas do território (BRASIL, 2018).

2.1. Capacidade cognitiva

A cognição pode ser avaliada por meio de funções como a memória, a atenção, a linguagem, a praxia, as funções executivas, além de outras como a concentração, a compreensão, o raciocínio, a aprendizagem e a inteligência. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução da função cognitiva.

Alguns sinais de alerta importantes indicam a necessidade da avaliação cognitiva, tais como: esquecimento ou perda da memória, dificuldade na execução de tarefas familiares, desorientação no tempo e no espaço, mudanças no humor e comportamento diferente do habitual sem motivo aparente. Em relação aos idosos com esquecimento, deve-se avaliar a autopercepção, o tipo e a evolução do esquecimento. Quando a presença de esquecimento, é notada pelo paciente de forma desproporcional à percepção dos familiares, que suspeita de comprometimento cognitivo. O enfermeiro deve-se atentar para algumas doenças que podem causar perdas cognitivas temporárias como a depressão e o *Delirium*.

Pacientes deprimidos tendem a superestimar a perda de memória, dificultando o diagnóstico de comprometimento cognitivo. Idosos com declínio cognitivo apresentam dificuldades na execução das atividades de vida diária, que demandam funções cognitivas mais complexas, como bloqueio para realizar compras, utilizar o transporte, preparar as refeições, gerenciar suas finanças e, em casos mais avançados, apresentam dificuldades nas atividades de autocuidado.

Para a avaliação do estado cognitivo, sugere-se a realização do teste rápido, que consiste em solicitar ao idoso que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após 3 minutos, solicita-se que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. Um dos testes utilizados é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), devido a sua rapidez e facilidade de aplicação. O enfermeiro deve ter atenção especial durante a avaliação cognitiva de idosos que residem sozinhos ou institucionalizados.

É importante destacar que ao enfermeiro cabe investigar a possível perda cognitiva, encaminhar de forma responsável a pessoa idosa para o diagnóstico correto e garantir tratamento adequado dentro da sua área de competência, contando com a estrutura da rede de saúde na qual atua. O planejamento e a execução das medidas terapêuticas e de reabilitação cognitivas necessárias à melhor qualidade de vida dos idosos deverão ser adotadas em conjunto pela equipe interdisciplinar.

O Fluxograma I (ver final deste capítulo) aborda a consulta de enfermagem para avaliação da capacidade cognitiva da pessoa idosa.

Intervenções para idosos com declínio cognitivo e suas famílias:

- a) Proporcionar tranquilidade e segurança quanto aos locais de seus pertences pessoais, evitando mudanças;
- b) Auxiliar a elaborar suas tentativas de conversação, seja baseada em fatos antigos ou não. Utilizar palavras curtas, específicas e familiares, em frases simples;

- c) Estimular diariamente a cognição do idoso com lembranças e imagens do cotidiano, ou repetir o último pensamento que o paciente expressou;
- d) Utilizar relógio e calendário para a manutenção da orientação temporal e espacial;
- e) Incentivar o aprendizado de novas experiências e reforçar experiências passadas;
- f) Criar oportunidades para o uso da memória por meio de jogos, reconhecimento de figuras e fotos;
- g) Atentar-se para sentimentos de inutilidade, tristeza, choro e isolamento social;
- h) Manter a capacidade de execução das atividades de vida diária;
- i) Incentivar a integração com outros idosos e estimular a participação social;
- j) Promover a comunicação com outros idosos e com outras gerações;
- k) Envolver a família no cuidado ao idoso com declínio cognitivo, orientando-os nos cuidados;
- l) Orientar familiares e cuidadores a promoverem atividades ou momentos que se remetam a interesses da pessoa idosa, e ou a sua história de vida;
- m) Identificar, na família, os potenciais cuidadores, e orientar sobre a importância de terem momentos de descanso, atividades de lazer e sociabilidade.

2.2. Capacidade locomotora, Instabilidade postural e quedas

A capacidade locomotora é a capacidade física de uma pessoa deslocar-se de um lugar para o outro. A redução da mobilidade é comum entre os idosos e, um dos fatores principais do envelhecimento saudável.

Alguns problemas de saúde como fraturas de fêmur, osteoartrose, deformidade plantar, úlcera plantar, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença pulmonar obstrutiva crônica, iatrogenia medicamentosa, demência, depressão, doença de Parkinson, isolamento social, desnutrição, podem levar à imobilidade prolongada afetando a autonomia e qualidade de vida dos idosos.

Esses problemas de saúde geram adinamias no aparelho locomotor, tais como: redução na amplitude de movimentos, diminuição da velocidade da marcha (passos lentos, movimentos dos braços diminuídos e próximos a do corpo, base de sustentação ampliada e centro de gravidade corporal adiantado em busca de maior equilíbrio). A imobilidade prolongada leva à deterioração funcional progressiva dos vários sistemas, muito além da senescência, podendo ocasionar a síndrome de imobilização.

No Quadro 1 (ver final deste capítulo) apontam-se os sistemas atingidos pela síndrome, as modificações por eles sofridas e os cuidados que o enfermeiro deverá ter ao orientar os familiares e cuidadores.

O conjunto de fatores que afetam a mobilidade dos idosos pode, também, levar a dificuldades em manter o corpo em equilíbrio, tanto nas situações de repouso, como em movimento, a qual é definida como instabilidade postural que, por sua vez, pode levar às quedas, que apresentam outros desfechos desfavoráveis à saúde dos idosos.

A queda pode ser conceituada como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão, ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da cama/maca ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira), incluindo o vaso sanitário.

As quedas ocorrem por causas biológicas (idade extrema, déficit de mobilidade, perda de força e equilíbrio), comportamentais (polifarmácia, sedentarismo), ambientais (pisos, iluminação, escadas) e sociais (baixa renda, moradia inadequada).

As consequências das quedas ocorrem em todas as faixas etárias, porém os idosos apresentam maior risco de complicações, sendo as principais: lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

O enfermeiro deve questionar, em todas as consultas, a ocorrência e frequência de quedas. Destaca-se que a visita domiciliar é também uma importante ação para identificação do risco, tendo em vista a possibilidade de observação do ambiente em que pessoa idosa vive.

O Fluxograma II (ver final deste capítulo) resume a consulta de enfermagem para avaliação da instabilidade postural e quedas da pessoa idosa.

Intervenções para prevenção de quedas e manutenção da capacidade locomotora

Os pilares da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a prevenção de quedas, incluem o aumento da *conscientização* da população sobre a prevenção; a melhoria da *avaliação* dos fatores individuais, ambientais e sociais; e a implementação de *intervenções* que visem à redução da probabilidade de cair. Sugere-se as seguintes intervenções:

- a) Orientar a prática de exercícios físicos regulares;
- b) Orientar a racionalização do uso de múltiplos medicamentos;
- c) Orientar sobre o uso de tecnologias assistivas (como bengalas, andadores, cadeiras de rodas);
- d) Orientar sobre a acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se o uso de escadas e banquinhos;
- e) Orientar a reorganização do ambiente interno à residência (remover fios soltos, brinquedos espalhados, escadas com corrimão; piso antiderrapantes e mobiliários bem-dispostos);
- f) Sugerir a instalação de um diferenciador de degraus nas escadas, bem como iluminação adequada da mesma e corrimãos bilaterais para apoio;
- g) Orientar quanto a iluminação adequada do ambiente interno e externo da residência;
- h) Recomendar a retirada de tapetes, em especial, no início e no final da escada e dos degraus; (caso não renuncie ao uso do tapete, orientar a utilização de tapetes antiderrapantes).
- i) Orientar o banho sentado, quando houver instabilidade postural;
- j) Orientar o uso de calçados adequados;
- k) Orientar sobre como criar um ambiente doméstico seguro.

2.3. Incontinência urinária

A Incontinência Urinária (IU) pode ser definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Os efeitos psicológicos da incontinência urinária podem levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, provocar erupções cutâneas na região do períneo, comprometer a cicatrização de úlceras por pressão e levar a sintomas depressivos.

Erroneamente, a incontinência urinária é considerada uma consequência normal do envelhecimento, pois, em muitos casos, ela é reversível. Entretanto, o envelhecimento induz a mudanças funcionais e estruturais no trato urinário inferior que tornam o idoso mais suscetível ao problema. São elas: Bexiga (redução da capacidade, hiperatividade e redução da contratilidade do detrusor, aumento do

volume residual); Uretra (redução da pressão de fechamento uretral); Próstata (aumento do volume); aumento da produção noturna de urina; redução da produção de estrógeno na mulher; aumento da incidência de infecções recorrentes.

A incontinência urinária pode ser classificada como transitória (reversível) e estabelecida (persistente). A transitória é causada pela perda involuntária de urina na ausência de disfunção do trato urinário inferior. Provocada por eventos clínicos agudos, potencialmente reversíveis. Já a incontinência estabelecida refere-se a variedade não causada por comorbidades clínicas ou efeito colateral de medicamentos, que persiste ao longo do tempo.

Relaciona-se aos seguintes mecanismos fisiopatológicos: hiperatividade ou hipoatividade do detrusor, alteração da pressão uretral, obstrução da saída vesical e distúrbios funcionais.

O Fluxograma III (ver final deste capítulo), direciona a consulta de enfermagem para avaliação da incontinência urinária na pessoa idosa.

Intervenções de enfermagem para idosos com Incontinência Urinária

A assistência ao idoso incontinente deve contar com a cooperação dele e o envolvimento dos familiares nas seguintes medidas a serem implementadas:

- a) Manter uma rotina de atividades como caminhadas, exercícios leves, contatos sociais com outras pessoas e programas de terapia ocupacional;
- b) Dar oportunidades frequentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando a pessoa idosa ao banheiro, ou colocando à disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina, como comadres e papagaios;
- c) Estimular a higiene corporal e manter vestuários adequados;
- d) Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro: eliminar escadas, móveis em excesso no trajeto, retirar tapetes, colocar barras e corrimãos e melhorar a iluminação;
- e) Propor a elevação da altura do vaso sanitário (quando apropriado);
- f) Estimular o treinamento vesical: durante a urgência urinária o idoso contrai a musculatura pélvica, enquanto levanta-se ou senta-se devagar, inspirando de forma lenta, fazendo exercícios de relaxamento mental. Passada a urgência, o paciente deve caminhar lentamente para o banheiro.

2.4. Síndrome de Fragilidade

Existem vários modelos conceituais de fragilidade, a saber; aquele direcionado aos aspectos fisiológicos (FRIED *et al.*, 2001); outro pelo acúmulo de déficits (MITNITSKI; MOGILNER; ROCKWOOD, 2001); e o conceito que abrange características multidimensionais (ROLFSON *et al.*, 2006; MORAES *et al.*, 2016). Diante disso, um grupo de especialistas brasileiros se reuniram para construir um consenso sobre a fragilidade no idoso (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Sendo assim, o consenso definiu a fragilidade como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade em que ocorre a diminuição da reserva homeostática e da capacidade do organismo, que tem como desfechos o aumento das internações hospitalares, quedas, perdas funcionais e maior risco de óbito (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Para o rastreamento da fragilidade tem-se vários instrumentos, porém não se tem estabelecido o instrumento mais apropriado para sua avaliação. Com isso, para este protocolo será utilizado o instrumento que avalia o fenótipo de fragilidade composto por cinco componentes mensuráveis: perda

de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada e baixa atividade física (FRIED *et al.*, 2001).

Sabe-se que a fragilidade pode ser uma síndrome reversível ou postergável, a partir de sua identificação precoce quando seus sinais são, ainda, pouco perceptíveis. Nunes *et al.* (2015), propuseram a avaliação de fragilidade por questões autorreferidas de seus componentes, cuja aplicação é simples, rápida e de baixo custo, sendo que ainda possibilita o rastreamento dos indivíduos em processo de fragilização, e estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas.

O instrumento autorreferido, Quadro 2 (ver final deste capítulo), considera a percepção dos idosos ou de seus informantes auxiliares/substitutos com relação aos componentes da síndrome de fragilidade. Classificam-se como pessoas “frágeis” as que pontuaram para três ou mais componentes, “pré-frágeis”, os que pontuaram positivamente para um ou dois, e “não frágeis”, os que não apresentaram nenhum dos componentes.

2.5. Capacidade funcional e capacidade intrínseca

A capacidade funcional é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, constituindo-se como um paradigma e um dos principais marcadores de saúde da pessoa idosa. No entendimento da capacidade funcional, alguns conceitos que estão interligados merecem destaque:

- a) Autonomia: liberdade para agir e tomar decisões;
- b) Independência: capaz de realizar atividades sem ajuda, sem supervisão de outra pessoa;
- c) Dependência: precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades, atividades cotidianas;
- d) Deficiência (*impairment*): perda da estrutura corpórea, aparência ou função de um órgão ou sistema;
- e) Incapacidade (*disability*): restrição ou perda de habilidade;
- f) Desvantagem (*handicap*): restrições ou perdas sociais, como sinônimo de dependência.

Em geral, estudos indicam que, primeiramente, ocorre a perda da autonomia e, posteriormente, a perda da independência funcional. Alguns fatores contribuem para redução da capacidade funcional, tais como: ter mais de 80 anos, autoavaliação negativa da saúde, histórico de internação no último ano, alterações cognitivas, déficit visual, multimorbidades, isolamento social, baixa escolaridade, baixa qualidade de vida.

A avaliação da capacidade funcional se dá por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), que se subdividem em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

As ABVD são atividades elementares do cotidiano e estão relacionadas ao autocuidado: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

As AIVD estão relacionadas a socialização e ao grau de autonomia do idoso, como utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças.

O grau de comprometimento para as ABVD pode ser avaliado pelo Índice de Katz, enquanto as AIVD pode ser avaliada pela Escala de Lawton. O enfermeiro atua tanto no diagnóstico quanto nas intervenções aos idosos e cuidadores. O Fluxograma IV (ver final deste capítulo) propõe uma avaliação e encaminhamentos.

Embora a capacidade funcional seja considerada foco das políticas públicas, em dezembro de 2020, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou os anos de 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, e propõe a avaliação da capacidade intrínseca, a qual define-se como a combinação das capacidades físicas, mentais, condições do ambiente físico e seu entorno, o meio social em que está inserido, além de aspectos políticos, bem como a interação entre eles, vivenciadas pelas pessoas ao longo de suas vidas (OMS, 2016).

Para que as habilidades funcionais permitam que a pessoa idosa desempenhe seus múltiplos papéis, é necessário prevenir doenças, promover a saúde com vistas a manutenção da capacidade intrínseca e funcional. Nesse sentido, destaca-se a importância da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), como um processo diagnóstico multidimensional, permite a identificação precoce de perdas de habilidades, capacidades, grau de comprometimento (mental, motor, psíquico), com intuito de preservar e/ou resgatar a capacidade funcional, além de estabelecer metas nutricionais, identificar os idosos frágeis e os doentes com vistas a elaboração de um plano de cuidados individualizado e integral.

Idealmente, orienta-se que a AGA seja efetuada por uma equipe interdisciplinar. Sempre que possível, inserir a família no processo de coleta de dados, avaliação, interpretação das escalas aplicadas, bem como na elaboração do plano de cuidados com linguagem simples e acessível (FREITAS *et al.*, 2014).

2.6. Rede de apoio familiar e social

A família constitui-se a principal instituição cuidadora de idosos frágeis e/ou dependentes, e deve ser reconhecida pelo enfermeiro como um suporte na prestação de cuidados à saúde, bem-estar e qualidade de vida, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Entretanto, a família pode contribuir ou ser um fator estressor na atenção à pessoa idosa. Em algumas situações, os familiares não se adaptam às situações de dependência e reestruturação para o cuidado do idoso, podendo ocasionar em sobrecarga dos cuidadores. Em situações de insuficiência familiar, estão em destaque dois elementos: baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve ser capaz de identificar a estrutura e funcionalidade familiar. O genograma e ecomapa são ferramentas que podem ilustrar vínculos e relações. Para avaliar a funcionalidade da família, pode ser aplicado o instrumento Apgar de Família, que classifica sistemas familiares funcionais e disfuncionais.

Cuidar de outrem, seja idoso ou não, requer reestruturação na vida do cuidador, alterando costumes, rotinas, hábitos e a natureza de sua relação com o idoso. Essa mudança pode ser acompanhada por sentimentos de tensão, angústia e sobrecarga. Portanto, o enfermeiro, ao avaliar o cuidador familiar, deve atentar-se para a sobrecarga de trabalho, utilizando o instrumento de Avaliação de Sobrecarga dos Cuidadores de Zarit. Para avaliação básica da família, o enfermeiro deve considerar a funcionalidade da família e as atividades cotidianas que o cuidador familiar oferece como suporte.

Outro aspecto fundamental, no acompanhamento do profissional de saúde a pessoa idosa, é conhecer a rede de apoio social do idoso, uma vez que, esta pode representar um suporte importante para a dispensação de cuidados integrais, possibilitando a elaboração de plano terapêutico específico, centrado na pessoa e na sua rede, com inclusão de fatores protetores e possibilidades de aumento da adesão aos tratamentos recomendados.

Definimos a estrutura das relações sociais como os indivíduos com os quais se tem uma relação interpessoal e as ligações entre esses indivíduos. A estrutura tem duas dimensões: as relações formais e as relações sociais informais, ou seja, a rede social.

As relações formais são relações sociais devido à posição e aos papéis de cada um na sociedade. Inclui profissionais e conhecidos. Rede social são os indivíduos e os vínculos entre as pessoas com os quais se tem uma relação familiar próxima e/ou afetiva. Isso significa que amigos e colegas próximos fazem parte da rede social, mas também que os pais ou irmãos sempre fazem parte da desta rede. Um dentista, professor ou advogado pertence às relações formais, junto com conhecidos como vizinhos e os pais do melhor amigo. Consideramos termos como reciprocidade, densidade, duração e participação social como aspectos de cada um dos conceitos estruturais.

A estrutura das relações sociais pode ser caracterizada sob diferentes aspectos tais como número e tipo de relações, frequência de contatos, duração dos contatos, diversidade, densidade e reciprocidade.

Define-se a função das redes sociais como as interações interpessoais que ocorrem dentro da estrutura dessas redes. A função (apoio social propriamente), abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende quatro tipos: (1) apoio emocional, que envolve expressões de amor e afeição; (2) apoio instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos, como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira; (3) apoio de informação, que compreende informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los; e (4) interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.

Intervenções de enfermagem para famílias e cuidadores de idosos

- a) Conhecer as percepções, anseios e emoções de familiares/cuidadores frente ao cuidado;
- b) Dialogar com o membro familiar/cuidador, a fim de identificar as suas necessidades e desafios relativos ao cuidado;
- c) Acompanhar a dinâmica familiar, o ambiente doméstico e o risco de negligência de cuidado;
- d) Apoiar e ajudar o cuidador a planejar e executar mudanças relativas à saúde e cuidado de si;
- e) Acompanhar a sobrecarga, aspectos emocionais e psicológicos dos familiares/cuidadores em virtude da atividade de cuidar;
- f) Capacitar e avaliar, constantemente, familiares cuidadores, como também cuidadores contratados, se houver, para a execução dos cuidados diários ao paciente;
- g) Identificar a disponibilidade e encaminhamento de familiares/cuidadores aos sistemas de apoio e dos recursos disponíveis;
- h) Estimular familiares/cuidadores a fortalecerem os vínculos com a sua rede de apoio;
- i) Apoiar a família em todos os cuidados, incluindo os cuidados na finitude.

2.7. Imunização e promoção da saúde

Mundialmente, o Brasil se destaca no quesito imunização, tendo um dos programas mais completos de disponibilização de vacinas para a população. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda que os idosos sejam imunizados com as vacinas da Hepatite B, Difteria e Tétano (dT), Febre Amarela e Influenza Sazonal (H1N1) (BRASIL, 2017).

Com o advento da pandemia, os idosos foram considerados grupo de risco e estipulou-se que eles deveriam receber primeiro a imunização. As recomendações no Plano Nacional de Imunização contra a COVID 19 trabalha as dosagens de reforço na população idosa. Destaca também a importância do acompanhamento e avaliação da situação vacinal desta população (BRASIL, 2022).

O acompanhamento e a avaliação situacional das vacinas que o idoso deve tomar, de acordo com o calendário vacinal vigente, são de responsabilidade dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro. Essas ações, quando implementadas nos serviços, criam vínculos com essa parcela da população, além de favorecerem a prevenção de doenças imunopreveníveis, contribuindo na redução de agravos à saúde e diminuição de internações hospitalares (FERREIRA *et al.*, 2021).

Na consulta de enfermagem é importante o profissional estar atento a adesão desta população quanto a essa prática de saúde. Os idosos precisam receber orientações claras e objetivas sobre os benefícios de manter o cartão de vacinas atualizado (BRASIL, 2022).

Sempre que houver informações novas e mudanças no calendário, orientar e, nos casos em que se conhece a baixa adesão ou situação vacinal comprometida, fazer busca ativa em conjunto com a equipe e atualizar a situação vacinal daquele idoso (BRASIL, 2017; FERREIRA *et al.*, 2021).

Importante destacar que, anualmente, são realizadas campanhas de vacinação que contemplam os idosos. O Ministério da Saúde orienta que, no período das campanhas haja um monitoramento dos idosos, que sejam fornecidas informações através de relatórios para avaliação da efetividade das ações e que estratégias sejam pensadas, no intuito de auxiliar na adesão e melhorias do acesso desta população (BRASIL, 2022).

Intervenções de enfermagem quanto a imunização da pessoa idosa

- a) Conhecer as percepções e medos do idoso e de seus familiares sobre a vacina e possíveis reações adversas;
- b) Acompanhar e avaliar a situação vacinal do idoso;
- c) Fazer busca ativa de casos em que se percebe baixa adesão ou acamados;
- d) Orientar familiares, quando necessário, sobre a importância do cartão de vacinas atualizado;
- e) No período de campanhas, alertar os idosos e utilizar estratégias que estimulem a adesão;
- f) Treinar a equipe sobre o tema e como acolher o idoso e seus familiares durante a vacinação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste protocolo é de instrumentalizar a equipe de enfermagem na atenção prestada à pessoa idosa, sua família e seus cuidadores na Atenção Primária, seja na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio.

O envelhecimento populacional produz demandas que precisam de respostas efetivas incluindo a assistência e os serviços que prestam atendimento a esta população. Uma forma de atender as necessidades do idoso é o trabalho em equipe, com comunicação efetiva e avaliação integral do binômio idoso/família. Neste sentido, a enfermagem possui papel fundamental, por ser ela a referência no atendimento e nos cuidados à saúde da população.

As ações propostas enfatizam o papel da enfermagem na condução dos cuidados ao idoso, bem como destacam que os instrumentos e as ferramentas facilitam na condução da assistência e atendem o usuário nas suas principais demandas. Além disso, destaca-se que deve haver uma articulação entre a rede de serviços para que o cuidado seja integral. Uma equipe qualificada e com atualizações constantes evita agravos à saúde do idoso e promove práticas em saúde que geram adesão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 2018. Acesso em: 20 abr. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação 2017.** Brasília: MS; 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/03/Calendario-2017-atualizado.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 (Secovid). **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19.** 12.ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Guia Prático do Cuidador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos *et al.* Analysis of the vaccination status of older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2021, v. 55, e03723. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020007403723>.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2014. p.900-909.

FRIED L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences,** New York, v. 56, n.3, p. M146–M156, 2001. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100.** Textos para discussão Rio de Janeiro: Ipea , 2021.

LOURENÇO, R.A. *et al.* Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatr Gerontol Aging.** Rio de Janeiro, v.12, n.2; p.121-35, 2018.

MITNITSKI, Arnold B.; MOGILNER, Alexander J.; ROCKWOOD, Kenneth. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. **TheScientificWorldJournal,** v. 1, p. 323-336, 2001.

MORAES, E.N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saude Publica.** Rio de Janeiro, v. 50; n.81; p.1-9, 2016.

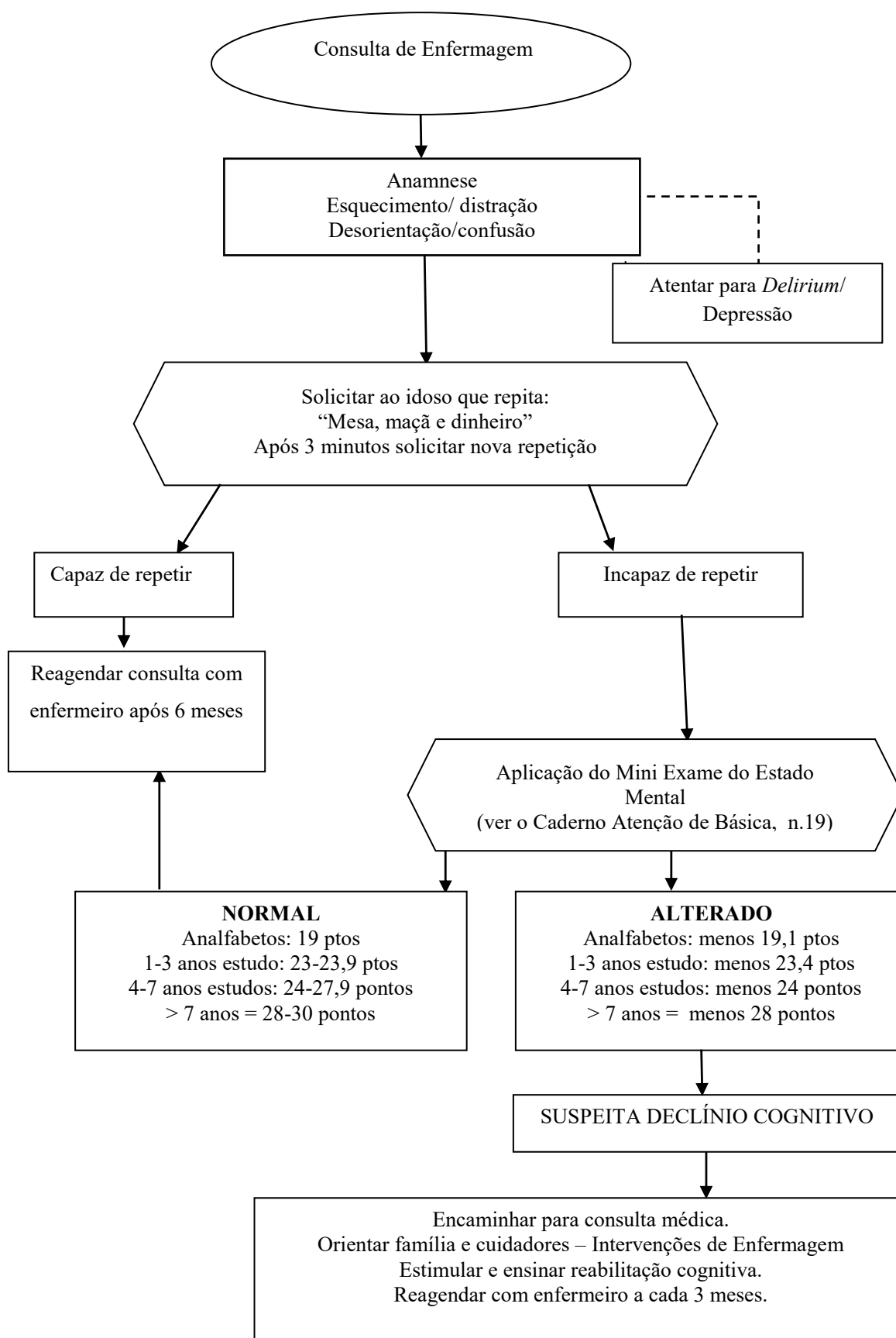
NUNES, D. P. *et al.* Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública,** v. 49, p. 2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>. Acesso em: 15 Jul. 2020.

OMS - Organización Mundial de la Salud. **69ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020:** hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. 2016. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1 [Links]

ROLFSON, D. B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and ageing,** New York, v. 35, n. 5, p.526–529, 2006. <https://doi.org/10.1093/ageing/af041>

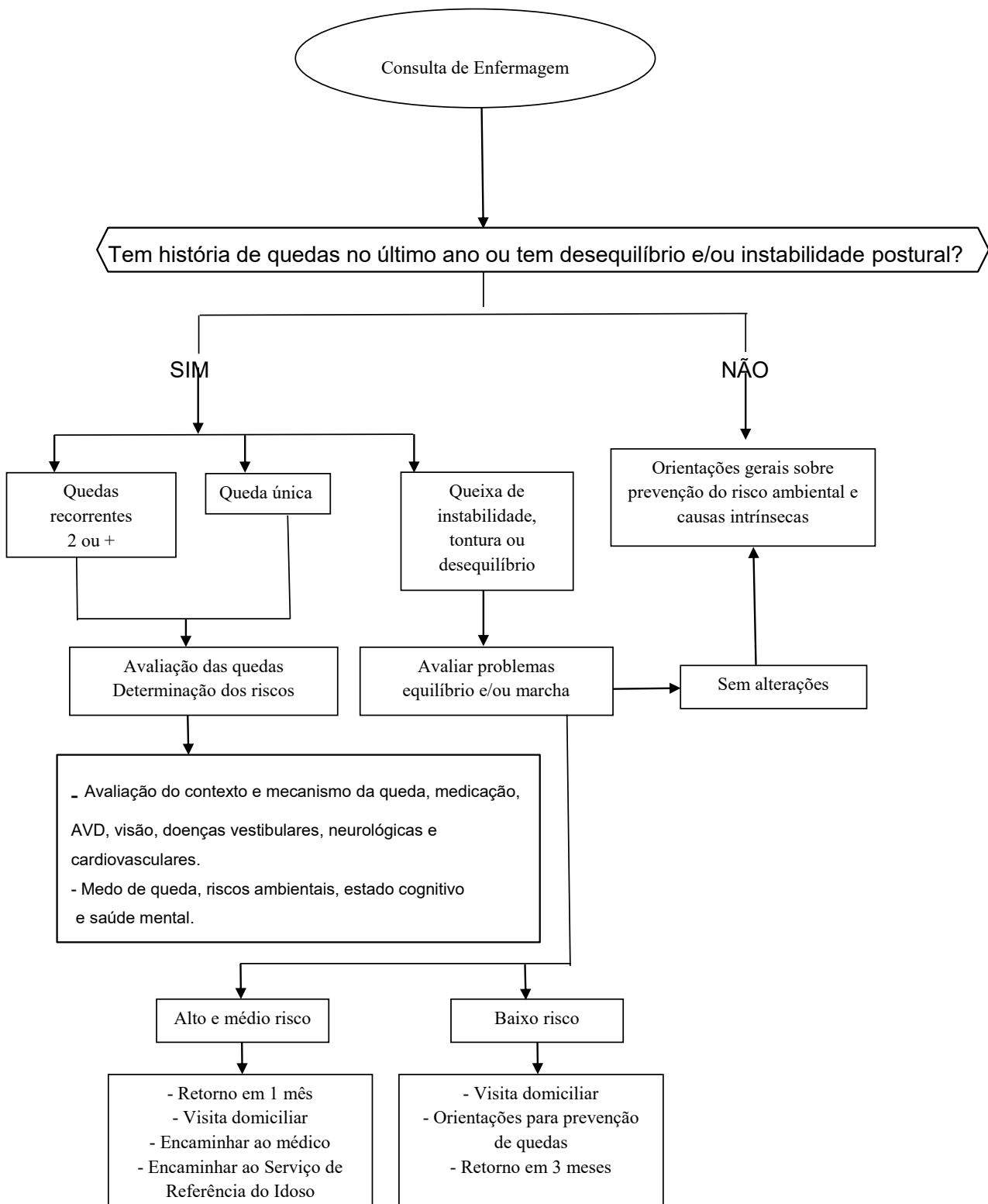
WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people:** guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.

FLUXOGRAMA I. CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE COGNITIVA DA PESSOA IDOSA



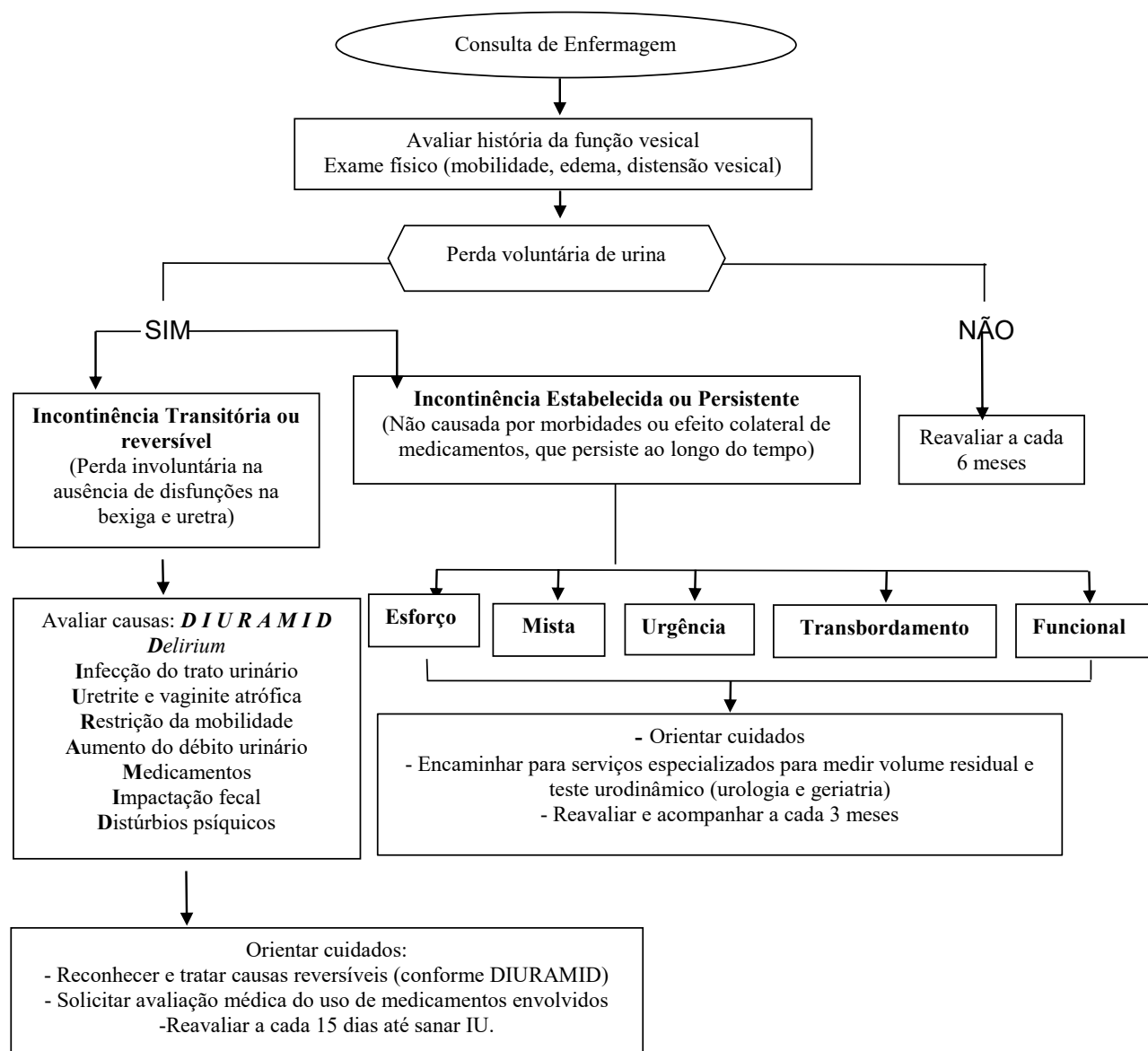
Fonte: Protocolo de Enfermagem (2017).

FLUXOGRAMA II. CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA INSTABILIDADE POSTURAL E QUEDAS DA PESSOA IDOSA



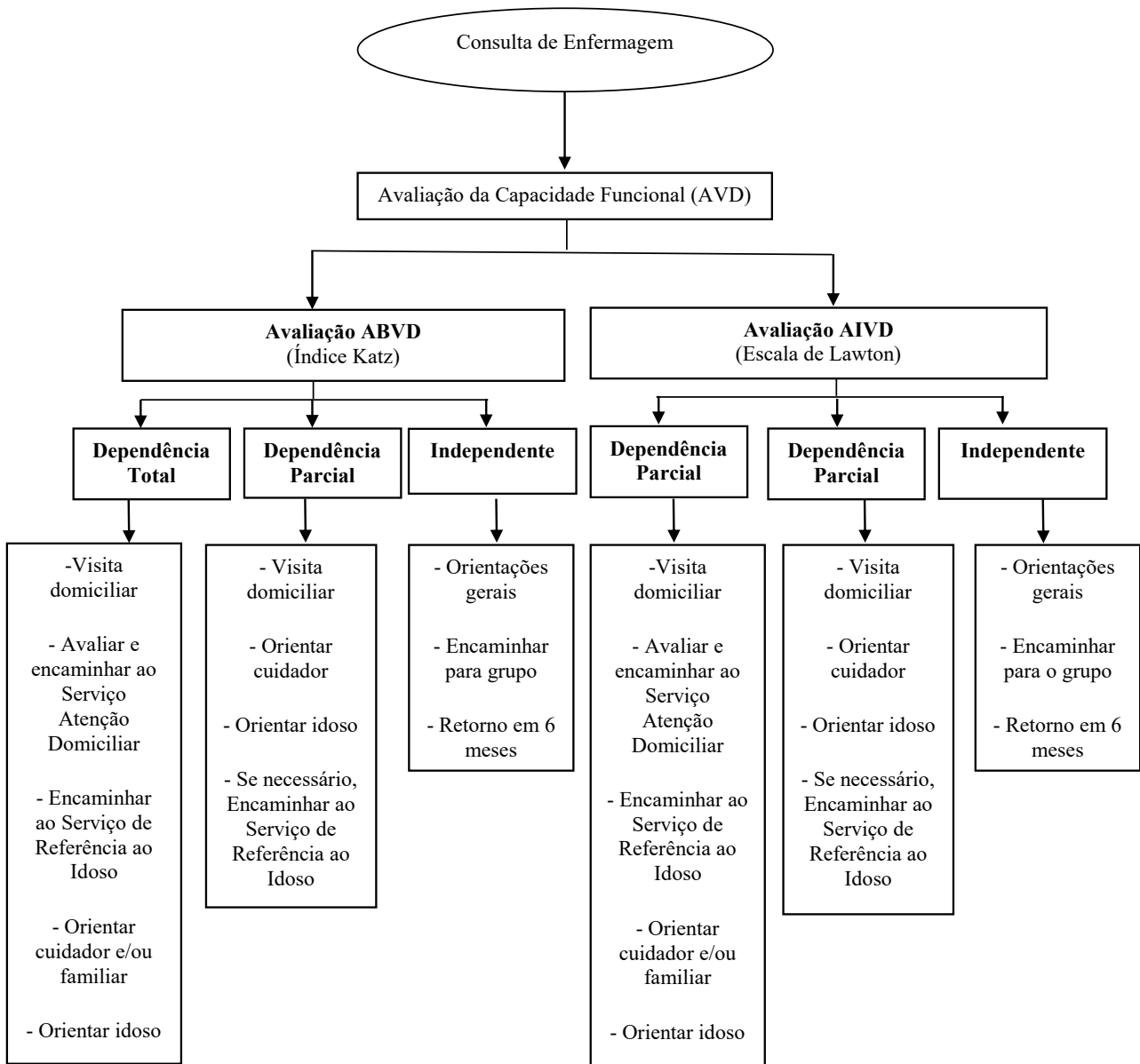
Fonte: Protocolo de Enfermagem (2017)

FLUXOGRAMA III. Consulta de enfermagem para avaliação de incontinência urinária da pessoa idosa



Fonte: Protocolo de Enfermagem (2017).

FLUXOGRAMA IV. Consulta de enfermagem para avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa



Fonte: Protocolo de Enfermagem (2017).

QUADRO 1. SISTEMAS ATINGIDOS PELA SÍNDROME DE IMOBILIZAÇÃO E CUIDADOS A SEREM ORIENTADOS A FAMILIARES E CUIDADORES

SISTEMAS	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE	CUIDADOS
TEGUMENTAR	Lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar a mudança de decúbito a cada 2 horas. ● Proteger as proeminências ósseas com coxins. ● Identificar áreas com hiperemia. ● Orientar o uso de colchões confortáveis. ● Manter a nutrição adequada. ● Manter o idoso sentado sempre que possível
	Dermatite amoniacal	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar a troca frequente de fraldas. ● Observar vermelhidão na pele.
CARDIO-VASCULAR	Trombose venosa profunda /Embolia pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> ● Atentar-se para edema, rubor e calor em membros inferiores. ● Realizar movimentação dos membros para estimular o retorno venoso.
ESQUELÉTICO	Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter o idoso sentado na cadeira tomando o sol no horário até às 10 h e após às 16h, quando possível. ● Estimular a ingesta de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados, ovos, feijão, sardinha, frango, verduras verde-escuras. ● Orientar sobre prevenção de quedas.
URINÁRIO	Incontinência urinária Retenção urinária Infecções urinárias recorrentes	<ul style="list-style-type: none"> ● Nos casos de incontinência, é necessário o uso de fraldas nas mulheres, e de coletores para os homens. ● Realizar a troca frequente de fraldas. ● Estabelecer um programa de treinamento vesical. ● Recomendar micções em intervalos de tempo a cada duas ou três horas.
MUSCULAR	Atrofias e contraturas musculares	<ul style="list-style-type: none"> ● Posicionar o idoso adequadamente no leito. ● Orientar os familiares sobre a importância da movimentação passiva de membros superiores e inferiores.
DIGESTÓRIO	Desnutrição Constipação	<ul style="list-style-type: none"> ● Estimular a ingesta de alimentos ricos em fibras e o aumento da ingestão de água. ● Atentar para a rotina de evacuações. ● Ensinar o cuidador a realizar massagem de impulsão do bolo fecal.
RESPIRATÓRIO	Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> ● Manter a cabeceira do leito elevada. ● Estimular a tosse e expectoração. ● Atentar-se para febre.

Fonte: Protocolo de Enfermagem (2017).

QUADRO 2 - AVALIAÇÃO AUTORREFERIDA DE FRAGILIDADE

COMPONENTE DA FRAGILIDADE	PERGUNTAS E RESPOSTAS
<p>Perda de peso (Pontua-se, neste componente, o idoso que referir perda de peso superior a 3 kg)</p>	<p>Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sim, quantos quilos?</i> - <i>Entre 1 e 3 kg</i> - <i>Mais de 3 kg</i> ● <i>Não</i>
<p>Redução da força</p>	<p>Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) Sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sim</i> ● <i>Não</i>
<p>Redução da velocidade de caminhada</p>	<p>O (a) Sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sim</i> ● <i>Não</i>
<p>Baixo nível de atividade física</p>	<p>O (a) Sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Sim</i> ● <i>Não</i>
<p>Fadiga relatada (Pontua-se neste componente, o idoso que referir “algumas vezes” ou “a maior parte do tempo”, em pelo menos uma das perguntas).</p>	<p>Com que frequência, na última semana, o(a) Sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa, mas não conseguia terminar):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Nunca ou raramente (menos de 1 dia)</i> ● <i>Poucas vezes (1 – 2 dias)</i> ● <i>Algumas vezes (3 – 4 dias)</i> ● <i>A maior parte do tempo</i> <p>Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiu do(a) Sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Nunca ou raramente (menos de 1 dia)</i> ● <i>Poucas vezes (1 – 2 dias)</i> ● <i>Algumas vezes (3 – 4 dias)</i> ● <i>A maior parte do tempo</i>

Fonte: Nunes *et al.*, (2015).