

UniclessEducacional

ESCOLA TÉCNICA | FACULDADE

MÓDULO III- Assistência de Enfermagem às UEM Geriátricas.

INSTITUTO UNICLESS EDUCACIONAL

ANO 2022

1. APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA

DISCIPLINA

**Módulo III -
Assistência de Enfermagem às UEM
Geriátricas.**

CURSO

Disciplina específica do curso Pós-Técnico
em Urgência e Emergência

Tópico 1: Anatomia e fisiologia do envelhecimento

O envelhecimento na sociedade vem sendo discutido em diferentes áreas, sejam elas humanas, sociais, jurídicas, comportamentais, tecnológicas e governamentais. O idoso necessita de cuidados especiais, haja vista que, devido às limitações fisiológicas decorrentes da ação do tempo se vê impossibilitado de executar tarefas de que demandem esforço físico maior bem como para superar as alterações tanto físicas como psíquicas e sociais associadas ao envelhecimento.

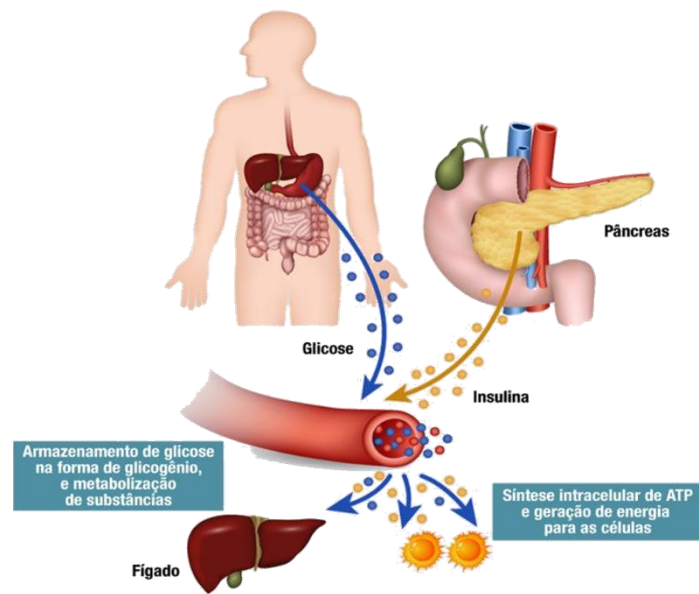
O processo natural de envelhecimento é conhecido como SENESCÊNCIA. Quando estas alterações estão associadas a alguma sobrecarga como doença, estresse ou acidentes que requeiram cuidados especializados denomina-se SENILIDADE.

Envelhecimento é o processo natural que vai desde o nascimento até a velhice, sendo mais intenso após os 30 anos. VELHICE é a última etapa da vida, também chamada de TERCEIRA IDADE.

Tópico 1.1: Alterações fisiológicas consequentes do processo de envelhecimento.

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar.

Figura 01: Fisiologia do corpo humano



A longevidade está diretamente ligada à economia, à qualidade e ao modo de vida de uma população. No entanto, com o envelhecimento da população, observam-se também o aumento de enfermidades crônicas degenerativas e incapacitantes, tais como doenças cerebrovasculares e afecções isquêmicas cardíacas, exigindo novos recursos sanitários, o que requer um maior investimento na área da saúde, bem como uma melhor compreensão desse processo pelos profissionais de saúde (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p.11).

O envelhecimento biológico é inevitável, continuamente ativo e irreversível, tornando o organismo mais vulnerável às agressões dos ambientes interno e externo. Há evidências de que o processo de envelhecer acontece por vários motivos, e também depende da genética de cada um. Há perda da capacidade funcional, sendo que ela ocorre de maneira discreta no decorrer dos anos, afetando mecanismos que mantêm o organismo em equilíbrio; esse processo é chamado de senescência (BARSANO ET. AL., 2014, p. 21).

A senescência mantém o indivíduo ativo em todas as suas capacidades. Embora haja certa redução na funcionalidade de cada uma delas, a senescência não é doença, mas apenas a consequência de um desgaste natural. Essa redução nas funções orgânicas acontece de forma diferenciada para cada órgão. Assim, uma pessoa pode ter perda da produção de insulina pelo pâncreas no decorrer dos anos, desenvolvendo diabetes, enquanto seus pulmões e rins estão em perfeita função, por exemplo (BARSANO ET. AL., 2014, p. 21).

Podemos entender então que o envelhecimento obedece a uma sequência biológica, que se inicia pela vulnerabilidade (às agressões do meio interno e

externo), depois a variabilidade (cada indivíduo responde de forma diferente a cada agressão) e então a irreversibilidade (a perda da função se torna irreversível no decorrer dos anos) (BARSANO ET. AL., 2014, p. 21).

O processo de envelhecimento psicológico, assim como o envelhecimento biológico, é inevitável, mas a forma como cada indivíduo encara a vida torna esse processo mais ou menos danoso. De forma geral ele está associado a redução e alteração psíquica, que podem resultar em dificuldade de adaptação, mas cada pessoa irá responder de forma diferente a essas adaptações e a novos papéis dentro da família e da sociedade (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p.12).

Infelizmente, para muitos a falta de motivação e a dificuldade de planejar o futuro são bem presentes, e não entendem e não aceitam as perdas orgânicas que são naturais ao envelhecimento. Isso pode terminar por alterar de maneira negativa as relações afetivas e sociais, gerando baixa autoestima e autoimagem, principalmente se houver alguma mudança brusca na rotina diária, por exemplo, o desemprego antes da aposentadoria (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p.12).

A recolocação no mercado pode ser dificultada pela idade e o idoso sofrerá dificuldade de adaptação. No entanto, desde que trabalhadas, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem continuar a progredir, impedindo ou diminuindo as situações de depressão, falta de motivação e participação social. Muitos indivíduos encaram o envelhecer com depressão e isolamento social (BARSANO ET. AL., 2014, p. 21).

COMPOSIÇÃO E FORMA DO CORPO

A estatura começa diminuir a partir dos 40 anos cerca de 1 cm por década. Essa perda se deve à diminuição da coluna vertebral devido a alterações nos discos intervertebrais. Ossos mais frágeis pela redução da quantidade de cálcio, aumento do diâmetro do tórax e cabeça, desgaste das cartilagens das articulações, crescimento das cartilagens do nariz e orelha, diminuição do tamanho e perda de força dos músculos, redução da resistência e da flexibilidade. Estas alterações comprometem o equilíbrio e a movimentação dos idosos.

O ser humano é adaptável. Essa adaptação, no entanto, é diferente para cada indivíduo. O funcionamento físico em processo de envelhecimento tem relação direta com o estado emocional e social de cada pessoa. Essa adaptação também sofre influência do meio em que o indivíduo vive, da sociedade e da maneira como ele se vê nesses contextos (BARSANO ET. AL., 2014).

O envelhecimento biológico é um processo gradual que causa alterações nas funções do organismo, fazendo com que o indivíduo se torne cada vez menos

capaz de se adaptar ao ambiente em que vive, ficando mais vulnerável às doenças (BARSANO ET. AL., 2014).

Devemos lembrar, porém, que o indivíduo pode envelhecer de forma natural, e que envelhecer não é sinônimo de doença. O envelhecer de forma natural é saber conviver com as limitações que o passar dos anos nos traz, mas mantendo-se ativo e saudável por muitos anos (BARSANO ET. AL., 2014).

Sabemos que essa não é a realidade da grande maioria das pessoas. Para muitos, o processo de envelhecimento biológico se dá de forma anormal, ou seja, com doenças em que o indivíduo sofre o efeito desse desgaste gradual das funções do organismo. Isso impossibilita o envelhecer de forma ativa e saudável. Chamamos esse processo de envelhecimento de **senilidade**. A qualidade de vida ou a falta dela tem forte influência sobre essas duas formas de envelhecer.

- Com a idade, a quantidade total de água do corpo diminui e aumenta a quantidade de gordura, principalmente abdominal.
- Os órgãos internos perdem peso, com exceção do coração, que, em razão do processo natural do envelhecimento, aumenta de peso.
- A altura do indivíduo tende a diminuir. Um dos principais motivos é a redução do arco dos pés; além disso, as cartilagens do corpo se tornam mais finas, a coluna fica mais encurvada e os discos intervertebrais se alteram por serem comprimidos por pressão.
- A cavidade torácica aumenta seu diâmetro dado o maior esforço para respirar, por perda da elasticidade pulmonar. Já alguns locais sofrem alterações que chamamos de fácies típica do idoso, que é o aumento do nariz, do crânio e das orelhas.
- A função da pele é proteção, regulação da temperatura do corpo, e além de funções nervosas, responsáveis pela sensação do tato, tem função metabólica, produzindo a vitamina D após contato com a luz solar (BARSANO ET. AL., 2014).

O envelhecimento traz **alterações na pele**: além do afinamento da epiderme e da derme, há a redução da quantidade de fibras elásticas, do colágeno, das gorduras subcutâneas e dos capilares sanguíneos; diminuição da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas; e também a distribuição irregular de pigmentos (manchas senis) (BARSANO ET. AL., 2014).

A consequência dessas alterações é o enrugamento e a flacidez da pele, a diminuição na pigmentação dos pelos e cabelos, pele seca e suscetível a irritações e prurido (coceira) e a diminuição à tolerância aos extremos de temperatura na exposição ao sol. Há também a diminuição geral de pelos no corpo, exceto nas narinas, orelhas e sobrancelhas (BARSANO ET. AL., 2014).

Manchas senis é como elas são popularmente chamadas, mas cientificamente levam o nome de melanose solar, uma lesão benigna causada pelo aumento do número e da atividade dos melanócitos, células que produzem o pigmento que dá cor à pele. Costumam aparecer em pessoas com idade mais

avançada, mas não exatamente pela velhice e sim pela exposição solar no decorrer dos anos (BARSANO ET. AL., 2014).

Facilmente se identifica a mancha senil como uma mancha solar, pois basta olhar a pele em regiões que geralmente não são expostas ao sol, como as axilas ou a parte interna dos braços: a pele nessas regiões tem a mesma idade que a do rosto, mãos e braços, que são locais geralmente mais expostos, no entanto não desenvolveram manchas (BARSANO ET. AL., 2014).

O que evidencia a senilidade nas pessoas, principalmente naquelas de pele clara, é o aparecimento de pequenas manchas escuras, de coloração castanha a marrom. São visíveis nas áreas mais expostas à luz solar, como rosto, dorso das mãos, braços, colo e ombros (BARSANO ET. AL., 2014).

A prevenção dessas manchas se dá no decorrer dos anos, com o uso de proteção solar não somente em praias e piscinas, mas no dia a dia, até mesmo em dias nublados. Para clarear ou remover as manchas, dispõe-se de diversos tipos de tratamento. Pode ser indicado o uso de cremes clareadores ou outros procedimentos. Um dermatologista é o profissional adequado para cuidar disso (Figura 3) (BARSANO ET. AL., 2014).

Púrpura senil é um conjunto de petéquias (pequenos pontos vermelhos na pele, causados por micro-hemorragia) e equimoses (infiltração de sangue causada pela ruptura de um pequeno vaso sanguíneo; mede entre 2 a 3 cm), ou mesmo hematomas (coleção de sangue, em virtude de algum traumatismo), que ocorre principalmente no dorso das mãos, punhos e antebraços, causado pelo envelhecimento da pele. Não há tratamento (BARSANO ET. AL., 2014).

O que pode ser feito para minimizar os sinais é a utilização de cremes à base de vitaminas K1 e K3, que reduzem mais rapidamente as manchas que, em geral, incomodam estética e emocionalmente os pacientes (BARSANO ET. AL., 2014).

Figura 3 - Púrpura senil são pequenos pontos vermelhos na pele, causados por micro-hemorragias e infiltração de sangue causada pela ruptura de um pequeno vaso sanguíneo. Normalmente mede 2 a 3 cm.



Fonte: BARSANO et. al. (2014, p. 31).

Nota: José Reynaldo da Fonseca/Wikimedia Commons

Figura 4 - Uma das características marcantes de qualquer hematoma é provocar na vítima sentimentos de rejeição e desconforto, inferioridade estética, dor local característica do traumatismo etc.



Fonte: BARSANO et. al. (2014, p. 31).

Nota: MykReeve/Wikimedia Commons

ALTERAÇÕES SENSORIAIS - ÓRGÃOS DO SENTIDO

O ser humano tem cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato) que permitem sua comunicação com o meio externo, cujas informações recebidas mantêm a pessoa orientada e satisfeita. No processo do envelhecimento, porém, ocorrem alterações nesses sentidos tão importantes para a nossa vida (BARSANO ET. AL., 2014, p. 32).

A visão e a audição diminuem. A visão reduz sua capacidade de focalizar objetos de perto, além disso, diminuem a tolerância à claridade ou à falta dela e também a capacidade de distinguir cores. Na audição, há diminuição na capacidade de ouvir sons de alta frequência e de entender os de baixa frequência; quanto ao paladar e ao olfato, há perda parcial do paladar doce, diminuição da capacidade gustativa geral (de sentir o gosto dos alimentos) e da capacidade olfativa, como também da sensibilidade do tato no contato manual com objetos (BARSANO ET. AL., 2014, p. 32).

A PROTEÇÃO AOS OUVIDOS É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA

O ouvido é um órgão de muita sensibilidade, por isso é necessário manter uma constante proteção a esse órgão responsável pela audição. A perda da audição acarreta desequilíbrio emocional no indivíduo. A surdez obriga a falar mais alto, o torna mais nervoso, inibido, diminui o seu poder de sociabilização. Por isso é necessário manter os ouvidos limpos, evitando objetos pontiagudos que possam perfurar a membrana timpânica e assim causar lesões com perda parcial ou total da audição, inflamações doloridas, secreção, e gerando sequelas irremediáveis (BARSANO ET. AL., 2014, p. 32).

A surdez no idoso constitui-se em um dos mais importantes fatores de falta de interação social. Das alterações sensoriais, é a perda auditiva a que produz efeito mais importante na comunicação do idoso, e muitas vezes a deficiência auditiva pode ser acompanhada de um zumbido que compromete ainda mais o bem-estar do idoso (BARSANO ET. AL., 2014).

Essa deficiência pode ficar mais evidente após os 65 anos de idade, e é conhecida como presbiacusia. Por ação de agentes agravantes, como a exposição a ruídos de alta frequência, diabetes, uso de medicação tóxica para o ouvido ou histórico na família, pode haver diminuição da acuidade auditiva no envelhecimento, comprometendo diretamente a qualidade de vida do indivíduo (BARSANO ET. AL., 2014).

Então, sabemos que a presbiacusia é o envelhecimento natural do ouvido humano. Inicialmente a dificuldade é com os sons de alta frequência (os sons agudos), evoluindo para as mais baixas, como o som da fala humana, afetando a sua compreensão em um momento de comunicação. Quando a surdez se torna avançada, ela contribui para isolar o doente (BARSANO ET. AL., 2014).

A fim de resolver essa dificuldade, dispomos de aparelhos de amplificação sonora (AAS), também chamados de próteses auditivas. No entanto, por falta de informações sobre os avanços tecnológicos da área, há certo preconceito na utilização desses equipamentos (BARSANO ET. AL., 2014).

O idoso precisa entender que o aparelho não o classifica como incapacitado ou inválido e que a audição é muito importante nas relações e no dia a dia, quer sejam com a família ou profissionais (BARSANO ET. AL., 2014).

No âmbito familiar, é muito comum descreverem o idoso portador de deficiência auditiva como confuso, desorientado, distraído, não comunicativo, não colaborador, zangado, velho e, injustamente, gagá, sem entender que a dificuldade existe, não é “culpa” do idoso, e deve ser respeitada e tratada (BARSANO ET. AL., 2014).

PRINCIPAIS DIFICULDADES NA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO IDOSO:

- Há diminuição na compreensão e percepção da fala em várias situações e ambientes, principalmente se o ambiente for ruidoso.
- O idoso muitas vezes ouve o que a pessoa está falando, mas não entende.
- A depressão, o embaraço, a frustração, a raiva e o medo causados pela incapacidade
- pessoal de comunicar-se com os outros dão origem a alterações psicológicas.
- A interação familiar, com amigos e a comunidade fica seriamente afetada, causando isolamento.
- A incapacidade auditiva restringe o idoso de frequentar cultos religiosos, teatros, cinemas, ouvir rádio e assistir televisão.
- Intolerância a sons de moderada a alta frequência (principalmente os agudos). Se em uma comunicação a pessoa fala baixo o idoso não ouve, se ela grita ele fica incomodado.
- Problemas de alerta e defesa pela incapacidade de ouvir pessoas e veículos se aproximando, panelas no fogo fervendo ou com pressão, alarmes de incêndio, telefone tocando e a campainha da porta (BARSANO ET. AL., 2014).

A VISÃO DO IDOSO

Sobre o sistema visual existem estudos que dizem que a estrutura e o funcionamento do olho são complexos. O olho regula constantemente a quantidade de luz que deixa entrar, focaliza os objetos que estão próximos e os que estão distantes e gera imagens contínuas que instantaneamente são transmitidas para o cérebro (BARSANO ET. AL., 2014).

Existem também partes que protegem o olho: são estruturas que o envolvem e protegem, permitindo a livre movimentação do globo ocular para todas as direções. A função dessas estruturas é proteger o olho se exposto a

substâncias nocivas, assim como o pó, vento, bactérias, vírus, fungos e várias outras (BARSANO ET. AL., 2014).

A acuidade visual é a capacidade para discriminar e/ou detectar pequenos detalhes em uma imagem. Ela depende de vários fatores, e os dois mais importantes são: a iluminação e o tempo de exposição (BARSANO ET. AL., 2014).

COMO PROTEGER A SAÚDE DOS OLHOS

Dentre órgãos dos sentidos os olhos são os mais sensíveis. Se os olhos, e, se não houver um cuidado especial na juventude, a tendência desses órgãos é tornarem-se os mais afetados na velhice. Portanto, é necessário evitar colocar as mãos neles, principalmente quando ocorrer algum tipo de coceira. Sabe-se que as mãos são grandes transmissoras de micro-organismos. Deve-se evitar também forçar os olhos lendo em locais de pouca claridade, não olhar diretamente para o sol e não assistir à televisão no escuro (BARSANO ET. AL., 2014).

DOENÇAS OCULARES E O ENVELHECIMENTO

No processo de envelhecimento, ao longo dos anos, um dos órgãos mais afetados é a visão, e de várias maneiras, internas e externas, entre outras coisas, por estar exposta à luz, ao vento, à poeira, a produtos e a situações diversas, inclusive doenças, como o diabetes (BARSANO ET. AL., 2014).

1. CEGUEIRA

Um estudo constatou que depois dos 65 anos de idade as pessoas ficam suscetíveis a sofrer degeneração macular, que tem como consequência diminuição da acuidade visual e pode levar a cegueira. A cegueira é considerada uma deficiência grave, que pode ser amenizada por tratamento médico e reeducação (PAMPLONA, 2006).

Segundo o estudo, algumas causas de cegueira que mais ocorrem entre os idosos e que podem ser prevenidas e tratadas são a catarata senil, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular senil (DMS) (BARSANO ET. AL., 2014).

2. CATARATA SENIL

Com o envelhecimento, é natural que ocorra o surgimento da catarata, mas, conforme estudo feito pelo Dr. Jorge Pamplona, essa condição pode estar relacionada também a uma alimentação inadequada, carente das vitaminas A, C e E (BARSANO ET. AL., 2014).

A catarata é uma opacidade do cristalino, e com o avanço da idade, a partir dos 50 anos, começam a surgir os sintomas. Normalmente aparece simultaneamente nos dois olhos, mas pode surgir em apenas um olho, quando ocorrem as seguintes situações:

- Quando é causada por traumatismo oriundo de um impacto;
- Quando é causada por excesso de medicamentos;
- Quando a pessoa é portadora de doenças renais, diabetes ou tem uma alimentação inadequada;
- Certas doenças congênitas;
- Quando a pessoa se expõe à radiação ultravioleta e aos raios X;
- Quando a pessoa sofre algum tipo de infecção e inflamação ocular (BARSANO ET. AL., 2014).

O processo da evolução da catarata na maioria das vezes é lento, e a pessoa leva muito tempo para sentir os sintomas. Dependendo do organismo, há pessoas que são atingidas pela doença de forma rápida, e a intervenção deve ser por meio de cirurgia, e também de forma rápida (BARSANO ET. AL., 2014).

3. GLAUCOMA

O glaucoma surge depois que ocorre um aumento da pressão do líquido existente dentro do olho. Essa pressão causa atrofia da retina e do nervo óptico, provocando graves alterações na visão (PAMPLONA, 2006, p. 20). Há, ainda, a perda de células da retina e enfraquecimento dos impulsos nervosos comandados pelo cérebro (BARSANO ET. AL., 2014).

O risco de causar atrofia progressiva do campo visual é muito grande, tendo como consequência a cegueira. O objetivo do tratamento deve ser a redução da pressão intraocular a fim de estabilizar a progressão do avanço da doença. Há muitos casos de glaucomas que são resolvidos apenas com a aplicação de colírios. Quando ocorre a necessidade de procedimento cirúrgico, este tem como objetivo somente diminuir a produção fluídica intraocular e aumentar o fluxo de drenagem (BARSANO ET. AL., 2014).

O PALADAR DO IDOSO

O paladar tem um papel importante na qualidade de vida do idoso, e suas alterações podem trazer complicações no controle da dieta e da nutrição. A diminuição das funções do paladar para um ou mais dos cinco sabores básicos (salgado, ácido, doce, amargo e umami) é denominada hipogeusia seletiva; a perda ou ausência total é chamada de ageusia (BARSANO ET. AL., 2014).

A velhice não só diminui a habilidade de perceber os gostos, mas também de identificá-los. Isso se dá devido a modificações fisiológicas que ocorrem no processo do envelhecimento, tais como alterações no sistema digestório, na capacidade de mastigar, na quantidade de saliva e na integridade da mucosa oral, que se torna cada vez mais atrofiada (diminuída) e menos elástica, facilmente ocasionando lesões (BARSANO ET. AL., 2014).

As sensações gustativas têm origem nos botões gustativos existentes nas papilas linguais. Quando jovens, temos mais de 250 botões gustativos em cada papila, mas em pessoas com idade superior a 70 anos esse número diminui para menos de 100. Esse, porém, não é o único motivo para as alterações gustativas: há doenças que interferem no paladar, uso de prótese dentária, tabagismo, o uso contínuo de medicamentos etc (BARSANO ET. AL., 2014).

Medicamentos que interferem no paladar:

- **os antidepressivos tricíclicos** (amitriptilina) podem alterar a quantidade de saliva, causando boca seca e amarga ou paladar metálico;
- **os antibióticos** como a claritromicina entram na saliva, causando paladar amargo;
- **outros antibióticos** como a tetraciclina podem aumentar as bactérias orais naturais, podendo ocasionar candidíase e o crescimento excessivo de fungos;
- **o metronizadol** pode causar sabor metálico na boca;
- **os antineoplásicos** com efeitos citotóxicos, como a cisplatina ou o metotrexato, provocam estomatite, glossite e esofagite, pois causam danos nas células de proliferação rápida (BARSANO ET. AL., 2014).

QUAIS AS ALTERAÇÕES NA SISTEMA CARDIOVASCULAR DO IDOSO?

Válvulas cardíacas mais rígidas, músculo cardíaco perde força, diminuição da elasticidade dos vasos e acúmulo de gordura e cálcio dentro das artérias, aumento da pressão arterial, queda da pressão ao mudar da posição deitada ou sentada para posição em pé e veias cada vez mais tortuosas.

No sangue há redução da quantidade de água, aumento das gorduras como colesterol e triglicerídeos e diminuição das defesas contra invasores.

QUAIS AS ALTERAÇÕES NO SISTEMA RESPIRATÓRIO DO IDOSO?

Redução da eficiência da tosse em limpar a via aérea, diâmetro aumentado do tórax, redução do movimento das costelas, enfraquecimento dos músculos

respiratórios troca gasosa diminuída, podendo levar a quadros de pneumonia com maior frequência.

A capacidade respiratória diminui por redução na elasticidade da caixa torácica: as costelas e músculos se tornam mais rígidos, havendo ainda atrofia dos músculos respiratórios, o que reduz o poder da tosse, exigindo mais dos músculos diafragmático e abdominal (BARSANO ET. AL., 2014, p. 38).

Essa redução na capacidade respiratória e na força nos músculos respiratórios, o aumento do espaço morto e anatômico do pulmão dentro da cavidade torácica, a redução na capacidade de ventilação (inspiração e expiração) e a redução do débito cardíaco dificultam a prática de exercícios e algumas atividades do dia a dia (BARSANO ET. AL., 2014, p. 38).

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Qualquer pessoa pode contrair essa doença, característica do órgão pulmonar, porém sua maior incidência se dá em fumantes, pessoas do sexo masculino e naqueles de idade avançada (BARSANO ET. AL., 2014, p. 39).

Pessoas que já foram afetadas pela tuberculose também têm grande probabilidade de desenvolver a doença. A DPOC tem o poder de destruir os alvéolos (pequenas cavidades que revestem os pulmões) e assim compromete todas as demais estruturas que compõem os pulmões. É uma doença progressiva e parcialmente reversível, que, no entanto, pode ser prevenida e tratada (BARSANO ET. AL., 2014, p. 39).

Para o diagnóstico da DPOC, além da identificação de todos os sinais e sintomas no exame clínico e na radiografia de tórax, é realizada a espirometria, que avalia a função pulmonar. Nesse exame, o paciente, após encher os pulmões, sopra em uma máquina, que irá mostrar a velocidade de esvaziamento dos pulmões. Os indivíduos fumantes ou ex-fumantes, com 40 anos de idade ou mais, com ou sem tosse crônica e falta de ar, devem realizar o teste de função pulmonar, que irá detectar a doença em fase precoce, quando o tratamento é mais eficaz. A espirometria é o que confirma o diagnóstico de DPOC (BARSANO ET. AL., 2014, p. 39).

O tratamento da DPOC é apenas paliativo, melhorando a qualidade de vida. O mais importante é a cessação do tabagismo, que pode interromper ou reduzir o dano aos pulmões. O uso de oxigênio, na doença avançada, prolonga a vida de portadores de DPOC. A terapia medicamentosa também não traz a cura, somente alivia os sintomas e previne complicações (BARSANO ET. AL., 2014, p. 39).

QUAIS AS ALTERAÇÕES NO SISTEMA GASTROINTESTINAL DO IDOSO?

Redução da produção de saliva, deterioração e perda dos dentes, redução do paladar, dificuldade para engolir os alimentos, dificuldade para digerir e absorver os alimentos e vitaminas, aumento da absorção de água, levando a constipação e perda de força do músculo anal, predispondo à incontinência fecal.

QUAIS AS ALTERAÇÕES NO SISTEMA URINÁRIO DO IDOSO?

Redução da filtração do sangue por redução da massa do rim, maior dificuldade em manter a quantidade adequada de água e sais no corpo. Nas mulheres é comum o relaxamento dos músculos da pelve, levando a incontinência urinária. Nos homens o aumento do tamanho da próstata, causando retenção de urina na bexiga.

QUAIS AS ALTERAÇÕES NO SISTEMA REPRODUTOR DO IDOSO?

Nas mulheres os ovários param de produzir hormônios na menopausa, o útero reduz de tamanho, a vagina torna-se mais estreita, perde elasticidade e reduz a produção de muco, resultando em ressecamento e coceira.

Desejo sexual preservado, entretanto a relação sexual é mais dolorosa, podendo apresentar sangramento e a resposta sexual mais lenta. Nas mamas há substituição do tecido mamário por gordura, bem como aumento da flacidez.

Nos homens há redução do tamanho do pênis e testículos, dificuldade de ereção, redução da produção de espermatozóides e da produção de hormônio.

QUAIS AS ALTERAÇÕES NO SISTEMA NERVOSO DO IDOSO?

Redução do número de neurônios, com resposta mais lenta aos estímulos, redução da capacidade de aprendizagem de novas informações a partir dos 70 anos perda da memória recente, estresse físico e mental alteram a função mental com maior facilidade, redução da inteligência, porém capacidade de decisão encontra-se preservada; aumento dos períodos de confusão.

Na visão há redução da capacidade de focalizar objetos, distinguir cores e de ajuste as alterações de luminosidade. No paladar há redução dos gostos salgado e doce, sendo que o gosto salgado é sentido como amargo. No olfato há redução da sensibilidade a cheiros. A audição sofre perda irreversível, redução da produção de cerúmen e do equilíbrio corporal.

Tópico 1.2: Perfil epidemiológico da população idosa

Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Segundo o Ministério da Saúde, o perfil epidemiológico da população idosa tem como característica três cargas de doenças com forte predominância das condições crônicas, dominância de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas resultante de causas externas.

Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi) listou os cinco diagnósticos mais frequentes entre essa parcela da população, na seguinte ordem:

- Hipertensão
- Dores na coluna
- Artrite
- Depressão
- Diabetes

Além disso, as quedas são a sexta causa de morte em idosos, conforme aponta o Ministério da Saúde. Os motivos que colocam esse grupo em situação mais vulnerável vão muito além de doenças comuns da idade avançada e dos efeitos colaterais de medicações.

Grande parte dos idosos são portadores de disfunções ou doenças orgânicas. Contudo, devemos destacar que tal quadro não significa necessariamente a limitação de atividades, restrição de participação social ou desempenho de papel social.

Com as alterações causadas pelo processo de envelhecimento, é fundamental que o indivíduo tenha acompanhamento médico, evitando o agravamento das modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas na terceira idade.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM, et. al., 2004, p. 898).

Nas últimas décadas, o Brasil passou por intensa urbanização e industrialização, que determinou maior concentração de pessoas nas grandes cidades e diminuição da população rural (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 31).

Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento (CALDAS, 2012, p. 27).

Recentemente, houve um crescimento econômico acelerado e o desenvolvimento de novas tecnologias, inclusive na área da saúde. Essas mudanças influenciaram na configuração de um processo de transição epidemiológica, que representa queda da mortalidade por doenças infecciosas e aumento na expectativa de vida além do aumento das doenças crônico-degenerativas e das causas externas de mortalidade (violência, acidentes e suicídios) (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 31).

Entre a década de 1930 e os anos 2000 houve uma inversão entre doenças transmissíveis (DT) e doenças e agravos não transmissíveis (DANT) - Transição Epidemiológica, pois ao medir os números de morbidade e de mortalidade permite identificar as condições de vida, a qualidade de vida de uma população (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 31-32).

No Brasil, a transição epidemiológica é decorrente da maior carga de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em relação às DT's, que alcançam maior índice de mortalidade para o país. Contudo, as DTs ainda representam um problema de saúde pública, principalmente nas regiões mais pobres do país e no que diz respeito à morbidade e causas de adoecimento (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 32).

O idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e a avaliação de sua saúde deve ser feita visando a identificar problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente em sua saúde, seu grau de autonomia e sua independência (CALDAS, 2012, p. 28).

Tópico 1.3: Reconhecimento primário de patologias que acometem a pessoa idosa

As doenças crônicas que mais afetam os idosos são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Osteoartrite, as doenças neurodegenerativas, como, por exemplo, a Doença de Alzheimer e a Doença de Parkinson

As pneumopatias crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, e o câncer. Além das doenças crônicas, verificam-se também vários estados de saúde complexos denominados de Síndrome de fragilidade e Síndromes geriátricas.

As Síndromes geriátricas são conhecidas como os 7 “Is”:

1. Incapacidade cognitiva
2. Incapacidade comunicativa
3. Instabilidade postural
4. Incontinência esfinteriana
5. Iatrogenia
6. Imobilidade
7. Insuficiência familiar

E são maiores preditores de mortalidade do que as doenças crônicas.

A Síndrome de Fragilidade não é uma doença, mas uma condição complexa de fundo genético e neuroendócrino e que sofre influência de doenças crônicas e faz do idoso mais vulnerável às complicações agudas, com maior dificuldade ou impossibilidade de recuperação.

Doença de Alzheimer Trata-se de um tipo de demência, mas que provoca uma deterioração progressiva, global e irreversível de algumas funções cognitivas.

Doença de Parkinson, que também é degenerativa e progressiva, afetando partes cerebrais. Ela altera principalmente os movimentos do corpo, provocando tremor, lentidão, desequilíbrio, falta de reflexo e até rigidez involuntária dos músculos.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das doenças mais comuns em idosos, além de ser uma das maiores causas de morte ou de incapacidade física e mental. É uma espécie de derrame cerebral, e os sintomas incluem problemas para andar, falar ou até mesmo compreender coisas simples.

A Hipertensão Arterial tem origem é genética ou causada por um estilo de vida pouco saudável, sobretudo em relação à má alimentação e à falta de atividade física.

Daí começa a ocorrer um aumento anormal da pressão arterial, isto é, a pressão que o sangue faz ao circular pelas artérias. Muito atrelada aos hábitos

alimentares, a diabetes também pode ser hereditária. É uma espécie de hiperglicemia, ou seja, quando há uma concentração maior de glicose no sangue.

Os sinais mais comuns são fome e sede constante, perda de peso, fraqueza e fadiga, vontade de urinar várias vezes ao dia, bem como náusea, vômito e mudanças de humor.

Infecção urinária é o nome de uma série de enfermidades causadas pela ação de micro-organismos (normalmente bactérias) no trato urinário.

A partir dos 50 anos, com o crescimento da próstata, os homens também podem sofrer mais com esse problema

Atualmente o sistema de saúde possui desafios na atuação junto a idosos com doenças crônicas, entre eles: a oferta de assistência aos idosos a partir da atuação em redes dos serviços de atenção à saúde; produção de informações nas Vigilâncias Epidemiológicas; e realização de ações de prevenção e promoção para a saúde em atividades multiprofissionais, com inclusão da família na assistência (BARRETO, et. al., 2015).

Entre as DCNT mais comuns na velhice, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM), que, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que a acompanham (BARRETO, et. al., 2015, p. 327).

Outras doenças crônicas que acometem os idosos, porém em menor proporção, são: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas que somadas à HAS e DM aumentam sobremaneira as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (BARRETO, et. al., 2015, p. 327).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009 BARRETO, et. al., 2015, p. 327).

As principais causas da internação/reinternação dos idosos estão relacionadas às doenças crônico-degenerativas, entre elas a hipertensão, o diabetes mellitus, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a doença de Alzheimer e suas complicações. A probabilidade de internações é 20% maior,

resultado do agravamento à saúde provocado pela presença de pelo menos três doenças crônicas (LENARDT, et. al., 2012, p. 278).

Uma pesquisa recente demonstrou que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50% (LENARDT, et. al., 2012, p. 279).

O idoso portador de doença crônica está mais suscetível ao desenvolvimento das grandes síndromes geriátricas e, conseqüentemente, a necessitar de internação hospitalar. A hospitalização é considerada de grande risco para as pessoas mais idosas, em razão das singularidades próprias dessa faixa etária, como doenças crônicas, utilização de polifarmácia e déficit da capacidade funcional, que contribuem para o agravamento de seu estado de saúde e com riscos de desenvolver e/ou potencializar os sintomas das grandes síndromes geriátricas (LENARDT, et. al., 2012, p. 280).

DIABETES MELLITUS

O diabetes é uma síndrome decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de ação correta da insulina. Apresenta como características o aumento da glicemia (açúcar no sangue) e uma alteração no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Se o diabetes não for tratado e controlado, pode determinar sérias conseqüências, principalmente nos rins, olhos, coração, nervos e vasos sanguíneos (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 39).

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS (DM) SEGUNDO ETIOLOGIA:

DM tipo 1: resulta da destruição das células beta pancreáticas, ocorre em 5% a 10% dos diabéticos - o indivíduo não produz a insulina que necessita -, geralmente insulino dependente; maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens; início agudo dos sintomas; pacientes magros; facilidade para flutuações da glicemia; pouca influência hereditária.

DM tipo 2: resulta de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina, ocorre em 90% dos diabéticos - ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos; como resposta, há uma elevação compensatória da concentração plasmática da insulina a fim de manter a glicemia dentro dos valores normais; início com sintomas inespecíficos; pacientes obesos e com

aumento da circunferência abdominal; forte componente hereditário; idade maior que 30 anos.

DM gestacional: é a diminuição de tolerância à glicose, diagnosticada na gestação; pode ou não persistir após o parto - 7,6% das gestantes apresentam intolerância à glicose (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 39).

COMO RASTREAR O DM?

Veja os sinais e sintomas mais frequentes:

- Poliúria/nictúria - urina mais vezes, inclusive à noite.
- Polidipsia/boca seca - sede excessiva.
- Emagrecimento rápido.
- Fraqueza/astenia/letargia.
- Prurido vulvar ou balanopostite - coceira na vulva ou inflamação da glândula do pênis.
- Glicemia aumentada - açúcar no sangue aumentado.
- Complicações: neuropatia periférica (sensibilidade das extremidades), retinopatia - diminuição da acuidade visual, impotência sexual, infecções urinárias, úlceras nos pés, dentre outras. (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 39).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 42).

Pesquisas populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 42).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) que podem ser modificados, e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 42).

FATORES DE RISCO:

- Idade: maior prevalência acima de 65 anos.

- Etnia: duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.
- Excesso de peso e obesidade: aumenta o risco.
- Ingestão excessiva de sódio: aumenta o risco.
- Ingestão de álcool: consumo excessivo aumenta o risco.
- Sedentarismo: atividade física diminui o risco.
- Fatores socioeconômicos: existe relação entre menor escolaridade e hipertensão.
- Genética: história na família aumenta se associada a risco (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 43).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HAS:

Pressão arterial (PA): recomenda-se aferir a PA na posição sentada, supina e ortostática, nas primeiras avaliações. Considerando que em cada consulta deverão ser realizadas ao menos três aferições da PA, utiliza-se como valor real da PA a média das duas últimas verificações (TAVARES, et. al., 2013, p. 203).

Deve-se observar a existência de hipotensão postural. Considera-se hipotensão postural “a diminuição de 20 mm Hg ou mais na PA sistólica e 10 mm Hg ou mais na diastólica, quando da alternância entre a posição supina para ereta” (TAVARES, et. al., 2013, p. 203).

Os valores de referência para avaliação da pressão arterial em idosos são os mesmos utilizados para população maior de 18 anos. Deve-se encaminhar o idoso para avaliação médica quando a pressão arterial apresentar pressão sistólica ≥ 140 mm Hg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mm Hg (TAVARES, et. al., 2013, p. 203).

Nos idosos com hipertensão arterial, realizar a análise dos pulsos arteriais periféricos. Devem-se avaliar as artérias carótídeas, radiais, cubitais, femorais, poplíteas, pediosas e tibiais posteriores. Durante a ausculta cardíaca o enfermeiro deve identificar as bulhas cardíacas, o ritmo e frequência além da presença de sopros normalmente, relacionados à doença valvar calcificada (TAVARES, et. al., 2013, p. 203).

DISLIPIDEMIAS

Nas últimas décadas, enquanto nos países desenvolvidos houve diminuição da mortalidade por doença cardiovascular, nos países em desenvolvimento a morbidade e a mortalidade por causas cardiovasculares apresentaram aumentos significativos. No Brasil, as doenças cardiovasculares estão relacionadas ao tabagismo, à hipertensão arterial sistêmica (HAS), ao diabetes mellitus (DM), à obesidade e às dislipidemias (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 45).

Classificação das dislipidemias:

- Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (LDL-Colesterol) (≥ 160 mg/dl).
- Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos Triglicérides (TG) (≥ 150 mg/dl).
- Hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C e TG.
- HDL-C (HDL colesterol) baixo: homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl, ou em situação de aumento de LDL-C ou T.

DEPRESSÃO

A depressão se caracteriza por um distúrbio psíquico e emocional, relacionada a um distúrbio psiquiátrico maior, caracterizado por tristeza e humor disfórico, além de uma variedade de sintomas físicos e comportamentais que podem ser transitórios ou permanentes (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

A depressão consiste em enfermidade mental frequente no idoso, que pode levar a um elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% em idosos vivendo na comunidade, prevalência essa que se situa entre 2 e 14%, e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Entre os fatores de risco para sua ocorrência incluem-se idade, asilamento, internação prolongada, polipatologias, história familiar, Mal de Parkinson e AVE.

A depressão não é uma consequência normal do envelhecimento, sem tratamento pode provocar declínio funcional, disfunção cognitiva, isolamento social e maior risco de morbidade e mortalidade por associações com outras doenças (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

Dentre os sinais e sintomas desta patologia, estão incluídos humor deprimido, anedonia (perda do interesse em realizar atividades, falta de alegria), alterações de peso (ganho ou perda), transtorno do sono, problemas psicomotores, falta de energia, excesso de culpa, dificuldade de concentração e ideação suicida (MOYLAN, 2006, DEL PORTO, 1999 apud BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

Para os critérios diagnósticos desta patologia é necessário cinco ou mais sintomas depressivos, onde devem se incluir necessariamente humor deprimido

e a anedonia por mais de duas semanas (MOYLAN, 2006, DEL PORTO, 1999 apud BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

O tratamento inclui a terapêutica não farmacológica e farmacológica. Na terapêutica farmacológica se destacam a psicoterapia, o suporte familiar, terapia ocupacional, atividade física e apoio espiritual (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

O tratamento farmacológico é a base de antidepressivos, a escolha dos mesmos é pautada no perfil de efeitos colaterais e em interações medicamentosas e na resposta a tratamentos prévios, as drogas de primeira são geralmente os inibidores seletivos da serotonina (ISRS), sendo os mais utilizados o Citalopran e a Sertralina. Seu diagnóstico precoce tem maior chance de tratamento e cura, e objetiva a prevenção de agravos decorrentes de sua evolução, como a doença de Alzheimer (BRAGA; GALLEGUILLOS, 2014, p. 100).

Tópico 2: Atendimento em situações de urgência e emergência de pacientes idosos

As principais causas da internação/reinternação dos idosos estão relacionadas às doenças crônico-degenerativas, entre elas a hipertensão, o diabetes mellitus, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a doença de Alzheimer e suas complicações.

A probabilidade de internações é 20% maior, resultado do agravamento à saúde provocado pela presença de pelo menos três doenças crônicas (LENARDT, et. al., 2012, p. 278).

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - AVE

O Acidente Vascular Encefálico – AVE, também reconhecido como derrame, uma das principais causas de óbitos em idosos, devido a interrupção do suprimento sanguíneo no cérebro. Define-se como um déficit neurológico, frequentemente focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não a vascular, tendo duração maior que 24 horas (ou menor, mas levando a óbito). Conceitua-se, abrangência de causas vasculares não somente aspectos estruturais do vaso, como também, como próprio fluxo sanguíneo e sistema de coagulação.

Tem como fatores de risco: Fatores não-modificáveis: idade, sexo, história familiar, fatores genéticos; Fatores modificáveis: hipertensão arterial, diabetes

mellitus, dislipidemia, doenças cardíacas, tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, Acidente Isquêmico Transitório (AIT), coagulopatias.

As prevalências de tais fatores são: aterotrombose, fontes embolígenas, inflamações e hemorragias. Relaciona-se como: hipertensão arterial sistêmica (principal fator de risco; aproximadamente 70% de AVE estão correlacionados a HAS); cardiopatia (principais: fibrilação atrial e válvula substituída); diabetes mellitus; tabagismo; dislipidemia; síndrome metabólica; discrasia sanguínea; etilismo excessivo; hiper-homocisteinemia; deficiência da proteína C ou seu cofator, proteína S; síndrome do anticorpo antifosfolípide; drogas ilícitas; obesidade abdominal; sedentarismo; estresse; hipotireoidismo; iatrogenia medicamentosa; infecções (sífilis, fungos, bactérias, vírus, micobactérias); procedimentos e intervenções arteriais.

Na facilidade da priorização da gravidade no atendimento, pode-se dividir a investigação tanto na apresentação clínica (forma como o indivíduo apresenta a sintomatologia, podendo ser aguda, evolutiva ou transitória), e, na sintomatologia:

- Forma aguda: sintomatologia de forma abrupta, e mantém-se em quadro inicial, sem evolução das alterações. ☐
- Forma evolutiva: perda de função em modo progressivo, em que completasse em questão de horas ou podendo-se progredir em até 24 horas em território carotídeo e 72 horas em território vertebrobasilar. ☐
- Forma transitória: sintomas neurológicos deficitários, instalando-se de modo agudo e permanecendo-se em período inferior a 24 horas.

O AVE deve ser suspeitado em casos em que ocorra déficit neurológico, particularmente focal, de instalação súbita ou de rápida progressão (de minutos a horas). Apresentação clínica depende da região cerebral comprometida. O tempo de evolução do déficit neurológico é uma informação fundamental em caso de algumas decisões terapêuticas. Um exame físico detalhado é necessário: estado de hidratação, oxigenação, frequência, ritmo e ausculta cardíaca e frequência respiratória.

O nível de consciência deve ser observado e periodicamente reavaliado. Caso ocorra diminuição, pode, além de hemorragias, sugerir infartos hemisféricos extensos ou de tronco encefálico, sinalizando medidas de suporte, como intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas. Mensuração periódica da

Pressão Arterial (PA); assim como o exame de fundo de olho que deve ser sempre feito.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO AVE:

A Enfermagem Gerontológica busca a promoção e manutenção da autonomia (cognição e humor) e independência (mobilidade e comunicação) pela presença ou ausência de doença crônica direcionada a toda população, possibilitando que o indivíduo cuide de si e de sua vida. O olhar diferenciado do envelhecimento sob a ótica gerontológica favorece o entendimento da queda da homeostase do corpo envelhecido e, contudo, identifica as alterações rapidamente.

O enfermeiro e o técnico de enfermagem são os primeiros profissionais da equipe do serviço de urgência/emergência a ter o contato com o paciente, interpreta os principais sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos para o acolhimento, verificação e validação da coleta de dados. Os serviços de urgência e emergência são caracterizados como porta de entrada do serviço de saúde e devem funcionar 24 horas por dia.

Deve-se impreterivelmente ter atendimento humanitário, de modo holístico, com atitudes e ações, onde, acarretem postura concreta, com respeito a vida humana, do paciente, sofrimento e dor; não visando apenas a patologia, e, sim o paciente como um todo, importando-se com os aspectos bio-psico-socioespirituais.

O Protocolo de Manchester foi desenvolvido na cidade de Manchester, na Inglaterra, no ano de 1994 e estipula a classificação através de cinco categorias. Com base na identificação da queixa principal do indivíduo pelo enfermeiro, um discriminador é detectado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias:

- emergência (vermelho – atendimento imediato);
- muito urgente (laranja – atendimento praticamente imediato);
- urgência (amarelo – atendimento rápido, mas podem aguardar);
- menos graves (verde – podem aguardar atendimento ou encaminhamento para outros serviços de saúde);
- casos leves (azul – podem aguardar atendimento ou encaminhamento para outros serviços de saúde).

Para cada categoria, há um tempo específico, respectivamente: 0 (emergência), 10 (muito urgente), 60 (urgência), 120 (menos graves) e 240 (casos leves) minutos (31,44) .

Para Martins (45), o enfermeiro reconhece as principais sintomatologias de AVE: início súbito de perda de força, sensibilidade, principais dificuldades de fala e visuais, cefaleia intensa súbita, desequilíbrio motor. Como também a verificação do ictus (tempo inicial) dos sintomas. Acolhe, prioriza e encaminha para o atendimento médico imediato.

CRISE HIPERTENSIVA

O termo “crise hipertensiva” refere-se a um conjunto de situações clínicas caracterizadas por um aumento significativo da pressão arterial (PA), porém com diferentes repercussões.

Trata-se de ocorrência clínica frequente, podendo representar até 25% dos atendimentos no pronto-socorro. O tema traz bastante confusão quanto à correta classificação da crise hipertensiva.

Comumente, o paciente procura o serviço de emergência por diversos motivos relacionados ao aumento pressórico. Muitas vezes está assintomático, mas aferiu uma PA elevada em domicílio.

Portanto, para fins práticos, o objetivo primário no atendimento ao paciente, em pronto-socorro, com elevação dos níveis pressóricos é o de categorizá-lo de forma adequada em uma das 3 categorias conforme nível pressórico e lesão de órgão-alvo:

1. pseudocrise hipertensiva: geralmente $PA > 180/110$ mmHg (assintomático), sem sinais de lesão de órgão-alvo.
2. Urgência hipertensiva: geralmente $PA > 180/110$ mmHg com sinais de lesão aguda de órgão-alvo.
3. Emergência hipertensiva: geralmente $PA > 220/120$ mmHg, com lesão aguda de órgão-alvo (potencialmente letais).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CRISE HIPERTENSIVA:

O paciente deve ser reavaliado por algumas horas, reintroduzindo-se a medicação anti-hipertensiva, além de retorno ambulatorial, para orientação sobre adesão ao tratamento e ajuste de doses de anti-hipertensivos.

Pacientes não-hipertensos devem ser submetidos à avaliação ambulatorial do nível pressórico, sem as condições clínicas que motivaram a procura pelo pronto-socorro.

O tratamento inicial deve contemplar a redução pressórica lenta e gradual, sob monitoração intermitente (não-invasiva) por algumas horas. Podem ser utilizadas medicações por via oral: betabloqueadores (propranolol 40 a 80 mg), inibidores da enzima de conversão de angiotensina (captopril 25 a 50 mg), alfa-agonista (clonidina 0,100 a 0,200 mg), bloqueadores dos canais de cálcio (anlodipina 5 mg).

EXAME FÍSICO

- Deve-se priorizar o sistema cardiovascular e o sistema nervoso central;
- Aferir a PA em posição supina e em ortostase para avaliar depleção volêmica, disfunção autonômica e hipotensão ortostática;
- Verificar presença e simetria de pulsos para avaliar condição hemodinâmica, possibilidade de hipertensão secundária e de dissecação de aorta;
- Exame abdominal: sopro abdominal e/ou massas palpáveis;
- avaliação neurológica: nível de consciência, orientação, sinais neurológicos focais;

CONDUTAS:

- oximetria de pulso/oxigenoterapia adequada;
- coleta imediata de exames laboratoriais;
- monitoração invasiva da pressão arterial;
- eletrocardiograma de
- monitoração de débito urinário;
- internação em unidade de cuidados intensivos.

GASTROENTERITES AGUDAS

A gastroenterite é uma inflamação do revestimento gástrico e dos intestinos grosso e delgado. É normalmente causada pela infecção por um micro-organismo, mas também pode ser causada pela ingestão de toxinas químicas ou medicamentos.

As causas mais comuns de gastroenterite são:

- Vírus (mais comum)
- Bactérias
- Parasitas
- Toxinas químicas
- Medicamentos

O tipo e a gravidade dos sintomas dependem do tipo e da quantidade de toxina ou micro-organismo ingerida. Os sintomas também variam conforme a resistência da pessoa.

Os sintomas geralmente começam repentinamente – às vezes, de forma dramática – com perda de apetite, náusea ou vômito. Podem surgir ruídos intestinais audíveis e cólica abdominal. A diarreia é o sintoma mais frequente e pode ser acompanhada de sangue e muco visíveis.

CONDUTAS:

A abordagem clínica do doente na emergência pode ser sistematizada através do **ABCDE**, avaliando, portanto, vias aéreas, respiração, circulação, nível de consciência e integridade da pele. Durante a avaliação do sistema circulatório, é importante verificar sinais de choque (Taquicardia, Hipotensão ou o índice de choque)

Hidratação endovenosa se sinais clínicos de desidratação e incapacidade de ingesta oral domiciliar para reposição de perdas. Sintomáticos: antieméticos em geral e analgesia - evitar medicações antiespasmódicas

Dieta conforme aceitação, evitar leite e derivados; Probióticos: útil na regularização de hábito intestinal após resolução do quadro, pequena redução na duração do quadro;

Tópico 2.2: Principais atendimentos de emergência de pacientes geriátricos - insuficiência respiratória aguda, dor torácica, fraturas por quedas, síndrome isquêmica coronariana

QUEDAS

“As quedas e as lesões resultantes constituem um problema de saúde pública de grande impacto social enfrentado hoje por todos os países em que ocorre expressivo envelhecimento populacional. ”

A queda é o mais sério e frequente acidente doméstico que ocorre com os idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas acima de 65 anos (FULLER, 2000).

As autoras Telles et al. (2012) apresentaram um estudo transversal realizado em 2010 com 420 idosos com 60 anos ou mais, residentes em Juiz de Fora- MG, em que revelou que 19% das quedas resultaram em algum tipo de fratura. Para os profissionais, este estudo chama a atenção pelo fato de que as quedas e suas complicações possuem considerável importância na vida dos indivíduos, nos altos custos econômicos e sociais e na sobrecarga dos serviços de saúde.

Os dados apontados pela Fiocruz (2008) destacam que a morte acidental é a quinta causa de óbito na população idosa, e as quedas representam dois terços destes acidentes. A morte como evento diretamente relacionado a esta causa ocorre em cada dois sujeitos por 1000 ao ano, com risco maior em homens e com aumento gradativo de acordo com a idade. O mesmo autor ainda revela estudos prospectivos que indicam que de 30 a 60% da população com 65 anos ou mais que vive em comunidade cai anualmente e metade deste número apresenta quedas múltiplas.

Devemos concordar com Campos et al. (2007) quando este alerta sobre a necessidade de formação de profissionais de saúde para avaliar o idoso na sua capacidade funcional, atender suas necessidades e elaborar planos que visem minimizar as incapacidades.

O melhor preditor de queda é uma queda anterior. No entanto, as quedas em idosos raramente têm causa ou fator de risco único. É causada geralmente por complexa interação entre o seguinte:

- Fatores intrínsecos (declínio relacionado com a idade da função, distúrbios e efeitos adversos de fármaco)
- Fatores extrínsecos (riscos ambientais)

- Fatores situacionais (relacionados à atividade que está sendo realizada—p. ex., correr para o banheiro)

Os idosos são as principais vítimas destas fraturas devido alterações fisiológica e doenças mais comuns no envelhecimento.

Doenças como a osteoporose, mais prevalente com o avançar da idade, contribuem para um aumento da fragilidade óssea e desta forma, uma simples queda pode ter consequências graves.

Além disso, outras doenças mais comuns na terceira idade contribuem para aumentar o risco de quedas, como a osteoartrite dos joelhos e quadris, a redução da visão, a sarcopenia (perda de músculo), uso de múltiplos medicamentos e doenças neurológicas são alguns exemplos que podem afetar a força muscular, o equilíbrio e facilitar a ocorrências de quedas.

Quando ocorre as quedas é comum o paciente apresentar fraturas. A fratura do quadril significa um conjunto de fraturas do fêmur proximal. As mais comuns, são as fraturas do colo do fêmur, as fraturas transtrocanterianas e as fraturas subtrocanterianas.

CONDUTA

- Mantenha a calma.
- Cheque se a pessoa idosa está consciente.
- Certifique-se de que não haja sangramento e pergunte se ela sente dores e onde estão as dores.
- Não faça alarde caso haja sangramento.
- Se você estiver sozinha (o) e perceber que pode ser grave, mantenha a calma e chame ajuda do SAMU, do Corpo de Bombeiros da sua cidade, e ligue para uma pessoa de confiança.
- Verifique os sinais vitais;

- Observe se há presença de fraturas abertas ou indicativos de fraturas fechadas;

Tabela: Óbitos causados por quedas, no Brasil, por residência segundo Região e faixa etária.

REGIÃO	ÓBITOS P/ RESIDÊNCIA
Região Norte	241
Região Nordeste	1.076
Região Sudeste	3.722
Região Sul	1.130
Região Centro-Oeste	633
TOTAL	6.802

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2010).

INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

A insuficiência respiratória aguda (IRpA) pode ser definida como a incapacidade do sistema respiratório em desempenhar sua principal função, ou seja, promover adequadamente a oxigenação do sangue arterial e a eliminação do gás carbônico. A insuficiência respiratória aguda é definida como uma diminuição na pressão arterial de oxigênio (PaO₂) a menos de 60 mmHg (hipoxemia) e uma elevação na pressão arterial de gás carbônico para valores superiores a 50 mm Hg (hipercapnia), com um pH inferior a 7.35.

É importante distinguir a insuficiência respiratória aguda e crônica. A insuficiência respiratória crônica é definida como a deterioração da função da troca gasosa do pulmão que se desenvolveu insidiosamente ou que tem persistido por um longo período após um episódio de insuficiência respiratória aguda. A ausência de sintomas agudos e a presença de acidose respiratória sugere a cronicidade da insuficiência respiratória. Duas causas de insuficiência respiratória crônica são a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças neuromusculares. Pacientes com estes distúrbios desenvolvem a tolerância a uma piora gradual da hipoxemia e da hipercapnia.

FISIOPATOLOGIA

Na insuficiência respiratória aguda os pulmões são incapazes de realizar as trocas gasosas de forma adequada, e há vários mecanismos envolvidos nesse processo. A troca gasosa adequada depende do funcionamento de diferentes etapas relacionadas a diferentes componentes do sistema respiratório. Essas etapas são: ventilação, perfusão, relação, ventilação/perfusão e difusão.

Qualquer condição que interfira nestas etapas pode provocar insuficiência respiratória aguda.

Insuficiência respiratória aguda - classificação Baseado nos mecanismos de hipoxemia e hipercapnia, a insuficiência respiratória aguda pode ser classificada em:

- Tipo I (falência de oxigenação, ou hipoxêmica): condições onde a ventilação é normal, sendo a hipoxemia secundária a alteração ventilação/perfusão (V/Q), shunt ou defeito de difusão. Gasometricamente há hipoxemia, sem retenção de gás carbônico. A PaCO₂ pode estar até mesmo baixa, pois há uma tentativa de compensar a hipoxemia com hiperventilação.
- Tipo II (falência de ventilação, ou hipercápnica): condições onde as alterações nas trocas gasosas decorrem da hipoventilação. Gasometricamente há hipoxemia e hipercapnia.

Principais causas de insuficiência respiratória aguda As causas de IRpA podem ser divididas conforme o acometimento dos diferentes componentes do sistema respiratório necessários para a ventilação (PÁDUA; ALVARES; MARTINEZ, 2003).

- Sistema nervoso central: lesões estruturais do SNC (neoplasia, infarto, hemorragia, infecção); drogas depressoras do SNC; doenças da medula: trauma raqui-medular, neoplasia, infecção, infarto, Síndrome de Guillain-Barré, poliomielite.
- Sistema nervoso periférico: doenças causadas por neurotoxinas: tétano, botulismo, difteria; Miastenia gravis; Paralisia diafragmática bilateral; Intoxicação por organofosforado.
- Disfunção da musculatura respiratória: distúrbios eletrolíticos (hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalemia, hipocalcemia); distrofias musculares.
- Disfunção da parede torácica e pleura: cifoescoliose; obesidade; tórax instável (múltiplas fraturas de costelas).
- Obstrução das vias aéreas superiores: edema de laringe (traumático, anafilático); aspiração de corpo estranho; paralisia de cordas vocais bilateralmente; estenose de traqueia, traqueomalácia; tumores nas vias aéreas superiores; apneia do sono obstrutiva.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A IRpA pode ocorrer em decorrência de diferentes condições patológicas, com sintomas e sinais específicos e diversos e, assim, pode apresentar-se clinicamente de forma muito variada. Entretanto, independente da etiologia da IRpA, alguns dados são comuns, tais como:

- A alteração do nível de consciência, que ocorre pela queda da oferta de oxigênio ao sistema nervoso central, que em condições fisiológicas, recebe 20% do oxigênio total.
- A taquipneia (>20 respirações/minuto, em adultos) é o dado mais importante no exame físico do paciente com suspeita de IRpA. Este dado é objetivo e obtido facilmente, com elevação precoce; valores progressivamente maiores correlacionam-se, em geral, com maior gravidade, seu acompanhamento ao longo do tempo é um bom Linha de Cuidado nas Urgências/Emergências clínicas respiratórias e metabólicas Aplicação da metodologia da assistência nas urgências respiratórias 33 parâmetro de monitorização da evolução da IRpA. Por outro lado, quando a causa da IRpA se relaciona com a incapacidade de gerar ou conduzir o estímulo respiratório, o paciente pode apresentar-se com bradipneia (ex: intoxicação por drogas depressoras do sistema nervoso central).
- Cianose central e de extremidades, que ocorre na hipoxemia. A detecção de cianose labial e de extremidades só ocorre com níveis de $PaO_2 < 40 \text{ mmHg}$, dependendo do observador), não sendo, portanto, um achado precoce.
- A presença de tiragens intercostais, batimentos de asas do nariz e a utilização da musculatura acessória da respiração também são achados clínicos comuns na IRpA. Evolutivamente o paciente pode desenvolver respiração paradoxal, dado sugestivo de fadiga do diafragma. A partir do momento em que se instala a hipoxemia, associada ou não à hipercapnia, surgem os sintomas relacionados a elas.

Intervenções de enfermagem na insuficiência respiratória aguda Acompanhe os procedimentos a serem observados no caso de ocorrência de insuficiência respiratória aguda:

1. Abra as vias aéreas e posicione o paciente em decúbito dorsal horizontal.
2. Hiperextenda o pescoço, salvo em suspeita de trauma cervical.

3. Aspire vias aéreas superiores, se necessário.
4. Retire prótese dentária.
5. Instale oxigenioterapia conforme prescrição.
6. Eleve decúbito, exceto se houver risco de trauma raquimedular
7. Instale oximetria de pulso e acesso venoso.
8. Observe sinais de piora da hipoxemia precocemente, como diminuição do nível de consciência, diminuição da saturação de oxigênio e cianose.
9. Verifique sinais vitais periodicamente.
10. Avalie padrão respiratório periodicamente

DOR TORÁCICA

A dor torácica é um sintoma habitual em pacientes que procuram Unidades de Urgência e Emergência. Em consulta atingem um índice de 5% a 10% nos serviços de Prontos-Socorros, sendo classificadas como típicas, de natureza anginosa onde há queixa de aperto ou queimação, mesmo em estado de repouso; e as atípicas que não são de natureza anginosa, onde a dor é descrita como pontada, agulhada, que piora ao respirar, excluindo o diagnóstico de uma possível isquemia cardíaca.

Dor torácica - é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax. A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

- Dor TIPO A: DEFINITICAMENTE ANGINOSA: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.
- Dor TIPO B: PROVAVELMENTE ANGINOSA: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.

- Dor TIPO C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.
- Dor TIPO D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

A equipe de enfermagem deve ser ágil, e devidamente preparada para atender a todas as condutas necessárias. O enfermeiro da unidade de urgência e emergência toma para si as responsabilidades pelas incidências previstas reparando rapidamente as imprevisíveis uma vez que lidera a equipe de enfermagem durante diversas intercorrências. Assim, como o serviço médico, a enfermagem deve estar 24 horas em unidades de urgência e emergência, sendo um critério de funcionamento básico da unidade, segundo o Ministério da Saúde.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA DOR TORÁCICA:

A avaliação inicia-se na recepção, onde será questionado sobre a queixa de dor torácica, caso a resposta seja afirmativa a Enfermagem da triagem será acionada. Imediatamente para realização do ECG. Realizar ECG de 12 derivações em até 10 MINUTOS O primeiro atendimento será realizado pela enfermagem que fará uma triagem direcionada conforme a queixa e realizará o ECG e os sinais vitais de entrada. Realiza anotação no impresso de dor torácica “ficha rosa”, nome completo e nº de atendimento do paciente, hora do início da dor e hora de realização do ECG. Realiza anotação de enfermagem em prontuário, detalhando: hora de início da dor, tipo e intensidade.

- 1- Realizar ECG 12 derivações seriados.
- 2- Punção de 2 acessos periféricos preferencialmente no MSE
- 3- Manter monitorização cardíaca, oximetria e pressão não invasiva;
- 4- Aferir sinais vitais de 10 minutos e registrar;
- 5- Instalar cateter de O2 3L/min;
- 6 - Comunicar laboratório sobre a coleta de sangue.
- 7 - Passar plantão para equipe da hemodinâmica

- 8 - Acompanhar transporte do paciente para hemodinâmica junto com o médico
- 9 - Realizar registro em prontuário encaminhar para hemodinâmica

SÍNDROME ISQUEMICA CORONARIANA

A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo, estando entre as patologias de maior impacto clínico e financeiro. 1 A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e consequente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subsequente formação de trombo oclusivo. Vasoconstrição coronária e micro embolização podem também estar envolvidos neste processo.

A representação clínica da DAC pode ser identificada em suas formas crônica, como a angina estável, e aguda, nas síndromes coronarianas agudas (SCA), com supra ST e sem supra ST.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito. Assim, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morbimortalidade em nosso meio.

A manifestação típica da SCA, é a dor torácica. É usualmente prolongada (> 20 minutos), podendo ser desencadeada por esforço físico, estresse ou ocorrer em repouso, usualmente de forte intensidade e com característica opressiva, em aperto, queimação ou peso, e pode estar associada a náuseas, vômitos, sudorese e dispnéia. Pode ser aliviada parcialmente com repouso ou uso de nitratos. Idosos, diabéticos e mulheres podem apresentar angina com características atípicas, com aumento do grau de suspeição nestes casos. Sinais de Gravidade que devem ser observados:

- Crepitações pulmonares;
- Hipotensão arterial (PAS < 85mmHg);
- Taquicardia (FC > 100 bpm).

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME ISQUEMICA:

Os pacientes atendidos com dor torácica em que se suspeita de SCA devem ter os seguintes cuidados iniciais:

- Admitir o paciente na unidade e acomodá-lo com ênfase para manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo;
- Monitorizar o paciente com monitorização cardíaca e oximétrica (incluindo aferição inicial de pressão arterial, pulso, saturação e temperatura corporal);
- Realizar exame físico direcionado: ausculta cardíaca e pulmonar, palpação dos pulsos nos quatro membros à procura de assimetria, aferir pressão arterial em ambos os membros superiores, verificar sinais de baixa perfusão;
- Realizar acesso calibroso e manter o acesso com SF 0,9% (lenta);
- Utilizar O2 suplementar apenas se SaO2 < 90% ou PaO2 < 60 mmHg;

Tópico 2.3: Avaliação do idoso na emergência - ABCDE observando características peculiares do envelhecimento.

Sabemos que algumas alterações funcionais ocorrem com o envelhecimento. Nos serviços de urgência e emergência não temos a especialidade de gerontologia e geriatria para a assistência específica à população idosa.

Neste sentido, queremos abordar aqui alguns aspectos que precisam ser considerados pelo técnico de enfermagem no momento em que ele encontra-se avaliando um idoso vítima de trauma.

Para a avaliação primária do idoso vítima de trauma, acompanhe a mesma escala proposta pelo Advance Trauma Life Support (ATLS), já apresentada no início deste módulo, de acordo com PHTLS (2007), avaliação inicial, que fornece a impressão geral do estado do indivíduo.

É precedida pela verificação da responsividade e associada às iniciais A, B, C, D, E.

A, B, C – em alusão à avaliação de aspectos vitais, como condições da via respiratória, respiração e circulação. Rapidez e eficácia do atendimento inicial é crucial “período de ouro”.

No período de ouro deve ser reconhecida a urgência, manejo e o transporte da vítima até o hospital mais adequado. A avaliação primária do paciente vítima de trauma abrange todos os públicos sendo padronizada e a mesma é utilizada para, crianças, adultos, gestantes, idosos.

Nas literaturas mais recentes do PHTLS, indica-se como fluxo de procedimento através do XABCDE.

Onde o X é utilizado para as hemorragias externas graves.

A referente às vias aéreas com estabilização da coluna cervical;

B à respiração e à ventilação;

C à circulação com controle da hemorragia;

D ao estado neurológico, e;

E à exposição e ao controle da temperatura.

Quadro 01 – Verificação da responsividade

Etapas	Seqüência da Avaliação	O que avaliar?
X	X Hemorragia Grave, Exsanguinante	Contenção da hemorragia externa grave
A	A Airway (vias respiratórias)	Acordado? Se inconsciente proceder a Abertura de Vias Aéreas (com controle da coluna cervical, em caso de trauma)
B	B Breathing (respiração)	Avalie se há respiração. Ver, ouvir, sentir por 10 segundos.
C	C Circulation (circulação)	Verifique se há pulso por 10 segundos. Avaliação da frequência cardíaca e do enchimento capilar Em caso de sangramento, controlar hemorragia.
D	D Disability (Disfunção neurológica)	Analisar o nível de consciência, tamanho e a reatividade das pupilas e identificar uma possível lesão medular.
E	E Exposure (exposição e controle da temperatura)	Análise da extensão das lesões e do controle do ambiente na prevenção do quadro de hipotermia; e exposição da vítima em busca de possíveis fraturas ou

Fonte: elaboração própria a partir de Tobase e Tomazini (2017) e Zavaglia, et al., (2019)

Tópico 3: Cuidados do Técnico em Enfermagem na assistência contínua ao idoso

No Brasil, é definida como idoso a pessoa que tem 60 anos ou mais. Assim como no Brasil, na cidade de São Paulo, a população idosa tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais, chegando a 11,9% da população total (IBGE, 2010).

O rápido crescimento da população idosa, em poucos anos irá mudar completamente o atual quadro demográfico, trazendo efeitos significativos em todos os níveis da sociedade, principalmente na saúde pública e conseqüentemente para os profissionais da saúde, requerendo cada vez mais qualificação e excelência no atendimento deste segmento etário.

A velhice é uma fase da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, marcada por alterações biopsicossociais específicas dessa fase. Além das alterações fisiológicas, próprias da idade, muitas vezes há a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que podem acarretar certo grau de dependência, perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, ou seja, o indivíduo terá um comprometimento da sua Capacidade Funcional.

O atendimento prestado à pessoa idosa deve ser realizado por equipe multidisciplinar em todas as complexidades de atendimento, com o intuito de atender todas as necessidades e especificidades que o envelhecimento traz ao indivíduo. A enfermagem sendo a profissão que acompanha o paciente em todos os níveis de complexidade e de forma contínua, é de grande importância na prestação do cuidado ao idoso (CALDAS et al., 2015).

Tópico 3.1: Atendimento do Idoso e da Família em Urgência e Emergência

A família é considerada a unidade básica de organização na nossa sociedade, podendo representar o pré-requisito de um sistema social estável.

A família é tradicionalmente a principal fonte de apoio ao idoso, lidando em seu cotidiano com a condição de fragilidade deste. Para conviver com as dificuldades em seus dias a dia, as famílias buscam estratégias para lidar com estas condições, por meio da construção de significados relacionados ao cuidar, e em sua interação com o cotidiano e suas histórias e valores culturais.

A pessoa idosa, à medida que envelhece e se fragiliza, exige cada vez mais cuidados contínuos e diretos. Esses encargos são atribuídos quase sempre aos familiares cuidadores, são desempenhados solitariamente em função precária

realidade dos serviços públicos e sociais que não oferecem as famílias recursos mínimos, tampouco a comunidade dispõe de uma rede suficiente de apoio.

A internação por consequência de uma situação aguda de urgência ou emergência modifica o cotidiano da família que acompanha o idoso, já que este comumente não vai sozinho ao hospital, seu familiar o acompanha e vive com ele sua dor e sofrimento.

Cabe, portanto, aos profissionais da área da saúde identificar as potenciais dificuldades do familiar, relacionadas as condições do idoso em situação de urgência e emergência, para que seja possível recebê-los e orientá-los adequadamente, com possibilidades de acolhimento e humanização do atendimento, tornando o período de internação favorável à recuperação e reabilitação.

Considerando que o envelhecimento populacional tem como uma de suas consequências o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que podem ocasionar a ocorrência de agravos clínicos e levar os idosos ao atendimento de urgência/emergência, que por sua vez, pode gerar sofrimento pela internação e interrupção inesperada de seu cotidiano e, muitas vezes, de sua condição de saúde.

No momento da chegada ao serviço de saúde e do atendimento ao idoso, a prioridade não é o familiar e sim a manutenção da vida do paciente, porém é um momento de angústia e falta de informações para o familiar acompanhante. Dessa forma, é importante e necessário oferecer um espaço para que ele se sinta amparado, bem como lhe apresentar informações, mesmo que breves, ouvir sua história e tentar identificar seus sentimentos, já que será um aliado significativo para o cuidado ao idoso.

Um dos aspectos que preocupa os familiares dos idosos atendidos no setor de emergência é a ausência de local adequado para o cuidado desses pacientes. Geralmente as emergências são locais estressantes, com excesso de barulho e atividades, que acabam agravando ou provocando estado de confusão do paciente. Por isso seria ideal que os idosos fossem tratados em um ambiente separado no setor de emergência (MORPHET et al., 2015).

Os profissionais reconhecem a importância da família no âmbito do cuidado ao idoso, pois, tanto o idoso como sua família necessita de atenção especial das equipes de saúde, para que o cuidado oferecido seja de qualidade e humanizado (SANTOS et al., 2016). Nesse sentido é essencial que a planta física ofereça local adequado para a conversa com o familiar ou cuidador, que seja confortável e evite a exposição do paciente (GRAY et al., 2013).

Tópico 3.2: Cuidado com o idoso no setor de emergência

A necessidade de cuidados de emergência ao idoso tem aumentado gradualmente, os fatores apontados como determinantes são o envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico. Estudo realizado nos setores de emergência dos Estados Unidos da América mostra que idosos, especialmente os acima de 75 anos, tem maior taxa de admissão na emergência, se comparado a outras faixas etárias, essa taxa tende a aumentar à medida que a população envelhece.

O aumento da expectativa de vida possibilita a ocorrência de problemas decorrentes das alterações morfofisiológicas, inerentes ao envelhecimento. Assim, observa-se aumento das doenças crônicas, morbidade e incapacidade funcional. Por isso, os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de emergência, e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais do que indivíduos jovens. Por apresentar problemas de saúde mais complexos os idosos precisam de cuidado especializado, constituindo-se os maiores consumidores dos principais serviços de saúde

Situações de urgência e emergência em geral são graves e acontecem de forma inesperada. Elas requerem ação imediata com a finalidade de resguardar a vida. “Os idosos, nesse sentido, necessitam de maior atenção por aqueles que os cuidam, em função de vivenciarem situações de fragilidade e debilidade que podem apresentar piora súbita ou até mesmo gerar acidentes. Assim, as urgências e emergências requerem ações imediatas, na tentativa de minimizar ao máximo as complicações e riscos para o idoso”.

Estudos realizados nos serviços de emergência dos Estados Unidos revelam que idosos tem maior taxa de admissão na emergência, se comparado a outras faixas etárias. Essa taxa tende a aumentar à medida que a população envelhece (SINHA et al., 2014; GRAY et al., 2013). No Brasil a realidade é semelhante, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS (2014), no ano de 2013, no Brasil, foram registrados quase nove milhões de internações hospitalares no SUS, em caráter de urgência, sendo que 23% corresponde a internação de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Além disso, os serviços de emergência caracterizam-se como principal acesso dos idosos ao atendimento à saúde, principalmente por problemas relacionados a depleção das reservas fisiológicas, ao declínio funcional e doenças crônicas agudizadas (GRAY et al., 2013). Os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de emergência, e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais do que as demais faixas etárias. A heterogeneidade clínica

destes pacientes constitui um desafio para os cuidados clínicos, os quais médicos e enfermeiros são responsáveis (SINHA et al., 2014).

O trauma e os agravos clínicos decorrentes das condições agudas e crônicas de saúde levam o idoso ao atendimento de urgência/emergência. (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). São apontadas como causas mais comuns de atendimento de urgência/emergência de idosos:

- traumas (acidentes de trânsito, queimaduras e quedas);
- doenças cardiovasculares (síncope, síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca descompensada e arritmias);
- doenças neurológicas (ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, crise convulsiva e delirium)
- abdome agudo (FREITAS; PY, 2013) (BIF, 2011) (GRAY et al., 2013).

As lesões decorrentes do trauma são consideradas graves e requerem atenção imediata para evitar a perda de uma estrutura corporal ou evitar a morte. (FREITAS; PY, 2013). O trauma pode ser acidental, autoimposto ou ser um ato de violência dirigido ao idoso. Algumas alterações fisiológicas do envelhecimento também contribuem para ocorrência de trauma, como a redução da acuidade visual e auditiva, modificações na marcha e no equilíbrio e a redução da massa muscular, que podem levar ao maior risco de queda (FREITAS; PY, 2013).

Além dessas causas, que estão diretamente relacionadas a necessidade de atendimento médico, um outro fator que está associado com os padrões de uso dos serviços de emergência pelos idosos é o baixo uso de serviços de atenção primária, que é observado em outros países como na Irlanda. O serviço de emergência é utilizado como uma via para garantir o acesso ao tratamento terciário (GRAY et al., 2013).

Durante a sua permanência no setor de emergência, os pacientes idosos requerem cuidados especiais. A deficiência cognitiva, incluindo o delírio, combinada com problemas de autocuidado e mobilidade reduzida, associam a um maior risco de queda e de lesão por pressão. Se o período de permanência for mais longo, como na maioria dos casos, serão necessários recursos de enfermagem para assegurar a observação contínua, cuidados adequados à pele para evitar lesões por pressão, hidratação adequada e higiene pessoal (GRAY et al., 2013).

Essa preocupação se faz necessária, uma vez que, o setor de emergência é cada vez mais utilizado pelos idosos em caso de adoecimento agudo ou da exacerbação de um problema crônico de saúde. Se faz necessário a presença de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade de sua condição clínica e ao

mesmo tempo considerem as alterações biológicas relativas à idade, as comorbidades e funcionalidade (CALDAS et al., 2015; LOWENSTEIN et al., 1986).

Os cuidados de emergência remetem a ações de resposta imediata às condições de saúde que põem em risco a vida de indivíduos. Essas ações podem ser promotoras de saúde, preventivas, curativas, de reabilitação ou paliativas (CALDAS et al., 2015).

Se tratando do cuidado de enfermagem nas urgências e emergências, é essencial que o enfermeiro desenvolva a capacidade de raciocínio e tomada de decisões imediatas, em situações de estresse (BIF, 2011). Além disso, o cuidado do paciente em situação de urgência/emergência é complexo por se tratar de pacientes que fazem uso da polifarmácia, grande parte deles apresentam algum déficit cognitivo, depressão e mobilidade física prejudicada (BIF, 2011).

Tópico 3.3: Idosos admitidos nos serviços de emergência provenientes de instituições de longa permanência

A trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil iniciou através das instituições religiosas, inspirada na caridade cristã. Inicialmente, estas instituições destinavam-se a prestar assistência à população carente, acolhendo crianças abandonadas, órfãos, idosos sem família, doentes mentais e mendigos, de modo geral. Só posteriormente houve a separação entre os diferentes tipos de necessitados e cada um ganhou seu próprio espaço. Os espaços de acolhimento reservados aos idosos receberam diferentes denominações: **asilos, abrigo, casa de repouso, lar ou asilo.** (SBGG, 2003).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2010) cerca de 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano. Esta proporção ainda é mais frequente entre pessoas com mais de 70 anos, permanecendo por volta de 32% a 42%. A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade. Idosos residentes em instituições de longa permanência caem com maior frequência do que os que vivem na comunidade.

Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes. Em todas as idades estamos submetidos a riscos, dentre eles o risco de sofrer queda, porém, esse risco se torna mais frequente nos idosos, muitas vezes, pelo quadro de fragilidade e comprometimento da capacidade funcional, podendo causar incapacidades, danos à saúde e até mesmo a morte.

ASILADO HOSPITALIZADO

A população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos vem crescendo rapidamente nas últimas décadas, tanto numericamente como em anos de sobrevida. Esse segmento etário corresponde a aproximadamente 10% dos habitantes do Brasil e tem sido responsável por valores em torno de 20% das autorizações de internações hospitalares (AIH) emitidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se aumento progressivo da demanda por parte de idosos para leitos hospitalares e em instituições de longa permanência para idosos nos próximos anos.

Asilados diferenciam-se de outros pacientes hospitalizados em vários aspectos. Observa-se que normalmente são mais velhos do que os idosos que vivem em comunidade, com idade média em torno dos 80 anos. Os asilados apresentam maior número de doenças e dependências físicas, psíquicas e sociais. Embora possam ser admitidos devido a queixas inespecíficas, sintomas como febre e estado mental alterado (*delirium*) estão relacionados com as doenças desencadeantes. Entre as causas comuns de hospitalização de asilados, destacam-se doenças cardiocirculatórias, respiratórias, neurológicas, traumas, fraturas e infecções, principalmente urinárias e broncopneumônicas. A permanência média hospitalar tende a ser maior, com maior percentual de complicações e de mortalidade entre asilados hospitalizados.

Asilados necessitam de mais atenção e cuidados, além do tratamento da doença desencadeante da hospitalização. Esse grupo de idosos apresenta alto risco para o desenvolvimento, concomitante à doença causadora da internação, de processos de deterioração física, funcional e psicossocial. Polifarmácia, outras iatrogenias e *delirium* são exemplos importantes desses processos, devendo sempre ser considerados como fatores de risco específico durante a hospitalização. Declínios funcionais são freqüentes e incluem quadros como de incontinência urinária e distúrbios da marcha. Desnutrição e perda de peso podem se desenvolver e/ou serem identificados durante a internação. O período de hospitalização deve servir, também, como oportunidade para planejar tratamentos subseqüentes e/ou cuidados paliativos. A análise periódica de fatores associados a esses processos auxilia na avaliação e manejo de residentes em ILPI, quando hospitalizados.

DELIRIUM

Confusão mental aguda ou *delirium* é um quadro sindrômico comum em idosos hospitalizados, observado em 5 a 55% dos internados e em torno de 16% dos idosos admitidos em serviços de emergência. O *delirium* caracteriza-se por alterações de início agudo na atenção, cognição e consciência, curso flutuante e

exacerbação da sintomatologia durante a noite. Normalmente multifatorial, essa condição, freqüentemente não diagnosticada e/ou tratada adequadamente, aumenta o período de internação hospitalar e os índices de morbidade e mortalidade.

Escalas e entrevistas semi-estruturadas têm sido desenvolvidas para auxiliar profissionais da saúde no diagnóstico e na abordagem inicial de pacientes com *delirium*. O *Confusion Assessment Method* (CAM) encontra-se entre as ferramentas mais utilizadas, cuja versão brasileira apresenta sensibilidade de 94,1% e especificidade de 96,4%. O manejo de pacientes com *delirium* requer identificação e tratamento de agentes desencadeantes como infecções, medicamentos, distúrbios hidroeletrolíticos, doença cardíaca isquêmica, dor e fraturas. Ações preventivas incluem o reconhecimento dos fatores de risco e a minimização de eventos precipitantes. Pacientes com deficiências visuais e/ou auditivas, disfunções cognitivas, doenças em alto grau de descompensação e elevada razão uréia sérica/creatinina sérica devem ser considerados mais susceptíveis ao desenvolvimento de *delirium*. Fatores precipitantes ocorrem com freqüência durante a hospitalização e incluem efeitos colaterais medicamentosos, procedimentos, infecções, privação do sono e imobilização forçada.²⁰ Os acompanhantes dos idosos devem ser informados sobre o *delirium*, aumentando a chance de diagnósticos mais precoces e reduzindo o ideário popular de que estados de confusão mental são usuais na terceira idade. A permanência de pessoas conhecidas pelo paciente durante os períodos diurnos e noturnos auxilia na prevenção e/ou redução do tempo e intensidade do *delirium*.

Ao término da hospitalização, sintomas e sinais de *delirium* podem permanecer após alta hospitalar e são confundidos em muitos pacientes com quadros de demência senil. Também é comum o aumento do grau de dependência para o desenvolvimento de atividades da vida diária – como vestir-se, banhar-se ou alimentar-se sozinho.

Percentual significativo de pacientes com *delirium* apresenta distúrbios comportamentais como, por exemplo, agitação. Nessas circunstâncias o tratamento inicial relaciona-se a medidas de suporte, orientação, e correção e/ou redução dos fatores de risco e precipitantes. O tratamento sintomático pode ser necessário, quando as medidas de apoio não surtirem efeito.

MEDICAMENTOS E OUTRAS MODALIDADES DE IATROGENIA

Idosos apresentam maior risco de efeitos colaterais decorrentes ou não de interações medicamentosas. A incidência de reações adversas a fármacos é duas a três vezes maior em idosos do que em adultos jovens, sendo mais freqüentes e graves durante hospitalizações. Relaciona-se esse aumento de efeitos adversos

com alterações provocadas pelo envelhecimento na composição corporal, farmacocinética e farmacodinâmica e a alta prevalência de polifarmácia – uso simultâneo de cinco ou mais fármacos.

A revisão sistemática do histórico medicamentoso e o início cauteloso de novos fármacos constituem boa prática clínica, particularmente quando há relação temporal com novos sintomas. Outra opção são os guias de seleção de medicamentos para idosos, como os critérios de Beers e Beers et al atualizados por Fick et al, com a ressalva de que não abrangem toda a farmacopéia brasileira. Alterações de dosagens ou interrupções de medicamentos em uso por asilados podem desencadear efeitos colaterais e são passíveis de redução por intermédio de programas interinstitucionais de assistência a esses idosos. Deve-se sempre considerar a real necessidade do uso de cada medicamento prescrito, com o intuito de se evitar a presença da polifarmácia durante e após a hospitalização.

Complicações iatrogênicas em idosos hospitalizados são comuns e se relacionam não apenas ao uso inadequado de medicamentos, mas também com procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Iatrogenias, em muitos casos, são passíveis de ações preventivas, tendo em vista que seu conceito pode ainda abranger circunstâncias relacionadas ao tempo de permanência e/ou ao ambiente hospitalar, tais como úlceras de pressão, quedas e fraturas.

Perdas na capacidade funcional em idosos hospitalizados, como alimentar-se ou deambular sem ajuda, ocorrem com frequência e são correlacionadas a déficits cognitivos, *delirium* e a presença de baixa capacidade funcional à admissão hospitalar, fato comum em asilados. Decréscimos da capacidade funcional apresentam ainda forte associação com complicações iatrogênicas, sendo que a identificação precoce dessas limitações é a melhor ação preventiva para reduzir procedimentos e tratamentos inadequados.

AValiação Nutricional e Desnutrição

Pacientes idosos necessitam de avaliações nutricionais periódicas, particularmente durante hospitalizações. A desnutrição, condição comum e grave nessa faixa etária, é pouco diagnosticada. Subnutrição protéico-calórica em idosos hospitalizados promove tempo maior de internação, aumento da mortalidade e desenvolvimento de complicações como infecções e úlceras de pressão. Idosos asilados, à admissão hospitalar, constantemente apresentam marcadores de avaliação nutricional – história de perda de peso, sinais de desidratação, índice de massa corpórea, concentração de albumina e de colesterol séricos, contagem de hemoglobina e de linfócitos – significativamente piores do que idosos vivendo em comunidade. Estima-se que essa circunstância

decorra dos altos índices de co-morbidades, polifarmácia e dependência para atividades da vida diária nessa população.

DECLÍNIO FUNCIONAL

Percentuais significativos de asilados apresentam dificuldades para a realização de atividades da vida diária como, por exemplo, alimentar-se, vestir-se, deambular ou ser continente. Por outro lado, declínios funcionais durante internações hospitalares são decorrentes, não apenas das doenças propriamente ditas, mas também de ações iatrogênicas, imobilidade e descondicionamento físico. Hospitalizações tendem a aumentar o grau de dependência e prolongar o período de reabilitação.

Deve-se avaliar a capacidade funcional dos idosos à admissão e com frequência durante o período de hospitalização. Procura-se assim, detectar e prevenir dependências e iniciar precocemente processos de reabilitação. A avaliação funcional abrange não apenas as atividades da vida diária, mas também disfunções cognitivas, incontinência urinária e sinais de imobilidade como, por exemplo, úlceras de pressão, distúrbios do equilíbrio e alterações na marcha. As associações entre esses sinais e sintomas determinam forte risco de piora do grau de incapacidade durante e após a hospitalização. Idealmente esses problemas deveriam ser abordados por equipes interdisciplinares, na quais, cada profissional procuraria desenvolver atos de prevenção e de resolução para reduzir a permanência média hospitalar, a mortalidade e a dependência durante e após as internações.

CUIDADOS PALIATIVOS

Hospitalizações de idosos com quadros agudos oferecem a oportunidade de reavaliar o estado geral do paciente, seu prognóstico, planos e objetivos terapêuticos. Diagnósticos e/ou estágios avançados de doenças terminais alteram a premissa de cura para a de cuidados paliativos. A equipe hospitalar pode iniciar e desenvolver planos de assistência focados nessas circunstâncias, discutindo posteriormente sua continuidade ao transferir o paciente para instituição de longa permanência.

AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ASILADOS HOSPITALIZADOS

Asilados apresentam necessidades especiais durante hospitalizações. Detalhes na avaliação clínica e no processo de assistência podem fazer diferença na qualidade dos cuidados intra-hospitalares nesses idosos.

ANAMNESE

A obtenção do histórico clínico completo de asilados pode apresentar várias dificuldades, constantemente exigindo investigações adicionais e paciência. Durante a admissão hospitalar, os pacientes estão frequentemente impossibilitados de fornecer informações adequadas devido a alterações cognitivas e/ou do estado mental. Outros não sabem informar sobre medicamentos em uso e programações terapêuticas. Nessas circunstâncias, o prontuário do idoso é peça básica e deve ser complementado com informações de profissionais relacionados ao local de origem do paciente.

O contato entre as duas equipes, a hospitalar e a da instituição de longa permanência é fundamental para a definição da causa da transferência e do plano de tratamento. É possível obter informações importantes sobre a capacidade física e cognitiva anterior, mudanças recentes de medicamentos e antecedentes de quedas.

Coleta-se normalmente essas informações por intermédio de membros da equipe de enfermagem e da área médica responsáveis pela instituição de longa permanência. Em qualquer circunstância, é prudente entrar em contato com familiares desses pacientes. Cabe a lembrança do encontro freqüente de sentimentos de culpa e de negligência por parte da família. Isto resulta na possibilidade concreta de comportamentos agressivos em relação às equipes dos dois locais, hospital e instituição de longa permanência e não, com ameaças e ações verbais, físicas e legais.

EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

Sinais vitais devem sempre ser comparados aos previamente registrados nos prontuários da instituição de longa permanência. Exemplo importante é a temperatura basal em idosos, geralmente em valores próximos a 36°C. Nesses pacientes, aumentos de 1°C ou mais indicam estados febris e justificam investigação de quadros infecciosos. Hipotensão ortostática pode indicar perdas hídricas ou sangüíneas ou ainda, efeitos colaterais de fármacos. Arritmias cardíacas impõem à indicação de eletrocardiograma que pode apresentar

quadros de fibrilação atrial aguda, intoxicações medicamentosas e isquemias miocárdicas.

Há detalhes no exame físico que são importantes nesses pacientes. Inspeção do segmento cutâneo, em busca de úlceras de pressão, auxilia a determinação do foco inicial em muitos quadros febris e do estado funcional do paciente. Igualmente, soluções de continuidade, equimoses e hematomas são indicativos de quedas ou de abusos. Lesões orais podem originar quadros infecciosos e/ou desnutrição. Outros sinais de desnutrição como perdas de tecido subcutâneo e de massa muscular devem ser também procurados, tendo em vista sua frequência em dementados e em asilados. Exame neurológico detalhado pode encontrar quadros de acidente vascular cerebral ou de parkinsonismo não relatados anteriormente.

Hipóteses diagnósticas e anormalidades correlatas com o envelhecimento e o grau de fragilidade do asilado determinam o padrão de exames complementares necessário a cada caso. Quadros febris indicam a necessidade da realização de hemo e uroculturas e de raios-X de tórax. Os mesmos exames devem ser solicitados em suspeita de *delirium*, associando-se ainda exames bioquímicos e avaliação da função renal e hepática. Dosagem de hormônios tireoidianos também é procedimento laboratorial que necessita ser lembrado com constância, devido à alta prevalência de distúrbios da tireóide nesse segmento etário. Cabe ainda considerar sempre a possibilidade de ingestão inapropriada ou intoxicação medicamentosa, o que pode determinar a necessidade de dosagem de fármacos no sangue e/ou na urina.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Durante a estabilização e tratamento da causa de hospitalização e controle das doenças pré-existentes, merece novamente menção o cuidado permanente em minimizar perdas funcionais e reduzir iatrogenias. Sempre que possível, deve-se estimular o paciente a permanecer fora do leito, contribuindo com o processo de mobilidade e de independência. Esses períodos podem contribuir para restabelecer atividades da vida diária como alimentar-se e reduzir o risco do desenvolvimento de hipotensão postural.

Outras medidas também podem ser tomadas no intuito de prevenir trombozes venosas profundas, úlceras de pressão e obstipação intestinal. Diante da previsão de alta hospitalar, cabe à equipe que assiste o paciente programar em conjunto com a equipe da instituição de longa permanência os procedimentos necessários para o traslado e a continuidade do tratamento e cuidados desenvolvidos durante a hospitalização.

Tópico 4: Cuidados do Técnico em Enfermagem na administração de medicamentos direcionado ao tratamento de idosos

O processo de envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo de forma acelerada. Como consequência, indivíduos com 60 anos ou mais, idade que marca a definição de idoso nos países em desenvolvimento, configuram parcela crescente da população brasileira¹ e tendem a apresentar múltiplas doenças e, por isso, utilizar muitos medicamentos.

Garantir a segurança farmacoterapêutica dos idosos é uma tarefa mais complexa do que em outras faixas etárias.

Isso se dá em função de alterações fisiológicas e consequentes mudanças no perfil farmacocinético e farmacodinâmico de inúmeros fármacos, e por isso a atuação do técnico de enfermagem se torna importante.

Tópico 4.1: Medicamentos de uso contínuo x entrada em serviço de emergência

O envelhecimento populacional é um proeminente fenômeno mundial. No Brasil, os indivíduos acima de 65 anos em 1991 representavam 4,8% da população, enquanto em 2010, esse grupo representava 7,4%. O aumento da população idosa leva à maior prevalência de doenças crônicas e, consequentemente, ao aumento da demanda por serviços de saúde e medicamentos.

Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas; por isso as pessoas idosas em geral tomam mais medicamentos que os adultos jovens.

Os medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, bem como de problemas de saúde mental, morbididades estas que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional.

Garantir o acesso a esses medicamentos essenciais para os idosos é prioridade da Política Nacional de Medicamentos^b e do Estatuto do Idoso,^c desde 2003. Neste sentido, algumas iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido realizadas para esse fim, como a distribuição de medicamentos para

Alzheimer e Parkinson, o Programa Farmácia Popular e o Programa Saúde Não Tem Preço, que oferecem gratuitamente medicamentos para diabetes e hipertensão.

POLIFARMACIA

Um idoso com vários distúrbios ou sintomas pode usar fármacos prescritos por vários médicos ao mesmo tempo, com o objetivo de tratar suas queixas agudas e crônicas.

Além disso, ele pode automedicar-se com fármacos vendidos sem prescrição para aliviar queixas comuns, como indigestão, constipação, tonteira e insônia.

A polifarmácia é a utilização de cinco ou mais medicamentos, ocasionada pela polimorbidade ou pela administração irracional dos mesmos pelos idosos. Com a administração de vários fármacos e uma metabolização deficiente, os idosos estão susceptíveis a interações hospitalares e morbimortalidade provenientes de interações medicamentosas e Reações Adversas a Medicamentos (RAM). Para amenizar essas consequências, foi desenvolvido o Critério de Beers, listando os medicamentos que apresentam alta probabilidade de desenvolver RAM e interações de fármaco-fármaco e de fármaco-patologia, avaliando as terapias medicamentosas e reduzindo os riscos de complicações em idosos.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

As doenças do sistema cardiovascular mais comuns que os idosos possuem e são submetidos a tratamentos são as seguintes:

- Insuficiência cardíaca;
- Infarto Agudo do miocárdio;
- Angina;
- Aterosclerose;
- AVC;
- Hipertensão arterial.

Os medicamentos mais utilizados para tratamento das doenças provenientes do sistema cardiovascular são:

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE
Atenolol	Controle da hipertensão arterial. Controle da angina pectoris. Controle de arritmias cardíacas. Tratamento do infarto do miocárdio. Intervenção precoce e tardia após infarto do miocárdio.	Hipertensão: A maioria dos pacientes responde a 1 dose única oral diária de 50 a 100 mg. O efeito pleno será alcançado após 1 ou 2 semanas. Pode-se conseguir uma redução adicional na pressão arterial combinando-se Atenolol com outros agentes anti-hipertensivos. Angina: A maioria dos pacientes com angina pectoris responde a 1 dose única oral diária de 100 mg ou 50 mg administrados 2 vezes ao dia. É improvável que se obtenha benefício adicional com o aumento da dose. Idosos: Os requisitos de dose podem ser reduzidos, especialmente em pacientes com função renal comprometida.
Captopril	O captopril é um remédio indicado para o tratamento da pressão alta ou da insuficiência cardíaca, pois age dilatando os vasos sanguíneos, o que ajuda o coração a funcionar melhor e a bombear sangue com mais facilidade para todas as partes do corpo.	Pressão alta: a dose inicial normalmente recomendada é de 50 mg, uma vez por dia, ou 25 mg, duas vezes por dia, conforme orientação médica. Após duas a quatro semanas de tratamento, se a pressão sanguínea não diminuir, o médico pode aumentar a dose do captopril para até 100 mg por dia, tomada em dose única, ou dividida em duas doses de 50 mg; Insuficiência cardíaca congestiva: a dose inicial normalmente recomendada é de 6,25 mg ou 12,5 mg, de 2 a 3 vezes por dia, conforme

		orientação médica. Essa dose pode ser ajustada pelo médico de acordo com os outros remédios utilizados para a insuficiência cardíaca e a resposta ao tratamento; Infarto do miocárdio: a dose normalmente recomendada é de 6,25 mg, iniciada 3 dias após o infarto do miocárdio, podendo ser aumentada pelo médico para 37,5 mg por dia em doses divididas. Durante os dias seguintes, o médico deve aumentar a dose para 75 mg por dia, em doses divididas, até alcançar uma dose final de 150 mg por dia, tomada em doses divididas
Isordil	Isordil é indicado na profilaxia (prevenção) da dor isquêmica cardíaca (angina) e na insuficiência cardíaca congestiva aguda e crônica.	Angina Pectoris <i>Profilaxia das crises (angina estável crônica)</i> Comprimidos orais - os comprimidos orais de Isordil® devem ser ingeridos, sem mastigar, com ajuda de um pouco de líquido, na dose de 5 a 30 mg, via oral, quatro vezes ao dia, a cada 6 horas, preferivelmente com o estômago vazio. Insuficiência Cardíaca Congestiva Comprimidos orais: 20 a 40 mg, quatro vezes ao dia, a cada 6 horas ou segundo critério médico (máx. 240 mg/d).

		Angina Pectoris <i>Terapia de ataque</i> Comprimidos sublinguais - os comprimidos sublinguais de Isordil® devem ser colocados e mantidos sob a língua até completa dissolução (aproximadamente 20 segundos), na dose de 5 a 10 mg a cada 2 ou 3 horas.
Losartana	Hipertensão Losartana Potássica é indicado para o tratamento da hipertensão. Losartana Potássica é também indicado para o tratamento da insuficiência cardíaca, quando o tratamento com um inibidor da ECA não é mais considerado adequado. Não é recomendado trocar inibidores da ECA por Losartana Potássica no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca que estejam estabilizados com a terapia atual. Redução do risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda Losartana Potássica é indicado para reduzir o	Hipertensão Para a maioria dos pacientes, a dose usual inicial e de manutenção é de 50 mg uma vez ao dia. O efeito anti-hipertensivo máximo é alcançado 3 a 6 semanas após o início do tratamento. Alguns pacientes podem obter benefício adicional se a dose for aumentada para 100 mg uma vez ao dia. Redução do risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda A dose usual inicial de Losartana Potássica é de 50 mg uma vez ao dia

	risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares avaliado com base na incidência combinada de morte cardiovascular, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio em pacientes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda.	
Sinvastatina	Pacientes sob alto risco de doença coronariana ou com doença coronariana (DAC). Em pacientes sob alto risco de doença coronariana (com ou sem hiperlipidemia), isto é, pacientes com diabetes, histórico de acidente vascular cerebral (AVC) ou de outra doença vascular cerebral, de doença vascular periférica ou com doença coronariana.	Prevenção de doença cardiovascular A dose usual de Sinvastatina é de 20-40 mg/dia, administrada em dose única, à noite, para os pacientes sob alto risco de doença coronariana (com ou sem hiperlipidemia). O tratamento pode ser iniciado simultaneamente à dieta e aos exercícios.

SISTEMA RESPIRATÓRIO

As doenças do sistema respiratório mais comuns que os idosos possuem e são submetidos a tratamentos são as seguintes:

- Asma
- Brônquite Crônica;
- Pneumonia.

Os medicamentos mais utilizados para tratamento das doenças provenientes do sistema respiratório são:

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE
Acetilcisteína	Este é um medicamento indicado quando se tem dificuldade para expectorar e há muita secreção densa e viscosa, tais como: bronquite aguda, bronquite crônica simples e suas exacerbações, enfisema, pneumonia, atelectasias pulmonares, fibrose cística (mucoviscidose) - doença hereditária que produz muco espesso.	50 mg a 150 mg conforme a prescrição.
Brometo de ipratropio	Brometo de Ipratrópio solução pressurizada para inalação (aeorossol) é indicado como broncodilatador para o tratamento de manutenção do broncoespasmo associado à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que inclui bronquite crônica, enfisema pulmonar e asma.	40 mcg a 240 mcg conforme a prescrição.
Trimetoprima + Sulfametoxazol	Infecções do trato respiratório e otites: exacerbações agudas de quadros crônicos de bronquite, sinusite, tratamento e profilaxia (primária e secundária) da pneumonia Infecções do trato urinário e renais: cistites agudas e crônicas, pielonefrites, uretrites, prostatites e cancroides; Infecções genitais em homens e mulheres,	80 mg a 800 mg conforme a prescrição.

	inclusive uretrite gonocócica;	
--	--------------------------------	--

SISTEMA NERVOSO

- Doença de parkinson:

Levodopa + cloridrato de benserazida.

- Mal de alzheimer:

Bromidrato de galantamina.

DIABETES MELLITUS

- Metiformina;
- Glibenclamida;
- Insulina NPH;
- Insulina regular.

É importante que o profissional de saúde obtenha o histórico de medicações de uso contínuo do idoso, principalmente nos atendimentos de urgência e emergência.

Tópico 4.2: Medicamentos inapropriados para idosos

O processo de envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo de forma acelerada. Como consequência, indivíduos com 60 anos ou mais, idade que marca a definição de idoso nos países em desenvolvimento, configuram parcela crescente da população brasileira e tendem a apresentar múltiplas doenças e, por isso, utilizar muitos medicamentos.

Garantir a segurança farmacoterapêutica dos idosos é uma tarefa mais complexa do que em outras faixas etárias. Isso se dá em função de alterações fisiológicas e consequentes mudanças no perfil farmacocinético e

farmacodinâmico de inúmeros fármacos (ex.: redução no fluxo sanguíneo e função hepática e renal; aumento da massa adiposa; redução da quantidade de água corporal e massa muscular; redução da espessura da barreira hematoencefálica; menor resposta dos receptores 'beta' cardíacos e respiratórios).

A escolha do medicamento apropriado para idosos é um passo fundamental na prevenção de eventos adversos nessa faixa etária.

Esse processo deve ser meticuloso, pois o uso de alguns medicamentos pode originar mais riscos que benefícios, razão pela qual são conhecidos como medicamentos potencialmente inadequados para idosos.

Assim, sua prescrição deve ser avaliada segundo a adequação às condições clínicas do idoso e constituir item indispensável para a promoção da segurança medicamentosa na população geriátrica.

A avaliação dessas prescrições pode se dar por métodos implícitos ou explícitos. Os primeiros se sustentam no julgamento clínico, de acordo com informações do paciente (ex.: perfil de saúde, presença de problemas de saúde ou peculiaridades clínicas relevantes), e propõem uma análise farmacoterapêutica mais aprofundada.

MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS PARA IDOSOS MAIS UTILIZADOS NO BRASIL:

1. Amiodarona

Possui mais efeitos adversos que outros agentes usados para fibrilação atrial. Risco de prolongamento do intervalo QT e Torsade de Pointes.

2. Anti-inflamatórios não esteroides

Risco pronunciado de sangramento gastrointestinal ou úlcera péptica em grupos de alto risco (ex.: idade superior a 75 anos, tomando corticoesteroides, anticoagulantes e/ou agentes antiplaquetários)

(ex.: ibuprofeno, cetoprofeno, meloxicam, naproxeno, piroxicam)

3. Antidepressivos tricíclicos (ex.: amitriptilina, nortriptilina, imipramina)

Efeito anticolinérgico pronunciado. Causa sedação e hipotensão ortostática.

Risco de eventos adversos maior entre idosos com demência, glaucoma de ângulo estreito, disfunções na condução cardíaca e histórico de retenção urinária. Idosos possuem sensibilidade aumentada para benzodiazepínicos e redução no seu metabolismo.

4. Nifedipino de liberação imediata

Risco aumentado de hipotensão e isquemia miocárdica.

5. Anti-histamínicos de primeira geração (ex.: clorfeniramina; dexclorfeniramina, dimenidrato, hidroxizina, prometazina)

Efeito anticolinérgico pronunciado. Possui eliminação reduzida entre idosos. Risco de confusão, boca seca, constipação e outros efeitos anticolinérgicos.

6. Benzodiazepínicos (ex.: alprazolam, clonazepam, diazepam)

Idosos possuem sensibilidade aumentada para benzodiazepínicos e redução no seu metabolismo. Causam sedação pronunciada, confusão e podem aumentar o risco de déficit cognitivo, delirium, quedas, fraturas, acidentes automotores e exacerbação de disfunção respiratória crônica ou aguda. Sem indicação para uso prolongado (mais que 4 semanas).

7. Bloqueadores alfa centrais (ex.: clonidina, metildopa)

Alto risco de efeitos adversos no sistema nervoso central. Pode causar bradicardia e hipotensão ortostática. Não recomendado como tratamento de primeira linha para hipertensão

8. Sulfonilureias de longa duração (ex.: glibenclamida)

Risco pronunciado de hipoglicemia prolongada.

Tópico 4.3: Segurança do paciente idoso em unidades de urgência e emergência

O ambiente hospitalar é o local onde grande parte dos cuidados à saúde da pessoa idosa é realizada. Atualmente, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente têm sido amplamente discutidas no contexto do trabalho em saúde, com o intuito de tornar a assistência mais segura nos serviços de saúde.

A população idosa é considerada como grupo mais vulnerável a eventos adversos evitáveis e a danos ocasionados pelo processo da hospitalização.

Diante do contexto da segurança, os serviços de saúde devem criar espaços e protocolos que garantam a participação do idoso, com suas necessidades peculiares, na construção de ferramentas que evitem ou minimizem os danos à saúde destes indivíduos.

A segurança física está relacionada a adaptações ambientais e administrativas, que inclui o uso de grades nas camas, piso antiderrapante, barras e sistema de abertura das portas nos banheiros e permanência de acompanhante durante a internação.

Portanto, o estabelecimento de diagnóstico de riscos e prescrição de cuidados específicos a estes usuários precisam considerar as particularidades da população idosa.

O uso de protocolos clínicos e de escalas de avaliação de riscos são essenciais no cuidado e na prevenção do evento de quedas em idosos.

Tópico 4.4: Ferramentas de segurança farmacoterapêutica (FSF)

O processo de medicação é multidisciplinar e envolve vários profissionais, com formação em saúde ou não. A seleção adequada do medicamento a ser utilizado é a primeira etapa do processo de decisão terapêutica e deve estar fundamentada nas melhores evidências científicas disponíveis.

1. Dispensação

Consiste na distribuição do medicamento pelo serviço de farmácia/suprimentos para as unidades requisitantes. Existem vários tipos de sistemas de dispensação de medicamentos.

2. Preparo

Consiste na técnica de manipulação dos medicamentos para administrar ao paciente, de acordo com a prescrição e dispensação.

3. Administração

Consiste na aplicação de medicamentos ao paciente. Todo profissional de saúde, ao administrar um medicamento, deve sempre checar, os “nove certos.

É importante seguir as normas de segurança para as medicações garantindo a segurança da farmacoterapêutica.

Tópico 5: Cuidados do técnico de enfermagem na assistência em casos graves de COVID-19

Tópico 5.1: Conceito iniciais, epidemiologia da covid 19

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave. O primeiro caso de covid-19 no Brasil, foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo- SP.

A pandemia coincide com o envelhecimento populacional, considerado o principal evento demográfico do século XXI nos níveis mundial 7 e nacional 8. A Constituição brasileira, no seu Art. 230, dispõe que, além da família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, “defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Além disso, o Brasil, como signatário do Plano Internacional de Envelhecimento de 2002 9, tem o compromisso de reconhecer a vulnerabilidade dos idosos em situações de emergência humanitária, como é o caso de uma pandemia

A doença apresenta, fundamentalmente, complicações respiratórias, com 29% de ocorrência de síndrome de angústia respiratória aguda (SARA). Embora a média de idade dos acometidos seja de 49 anos, a letalidade é maior entre pessoas de 60 anos ou mais ou com doenças pré-existentes

Entre os idosos de 60 a 69 anos, a letalidade corresponde a 3,6%, mais elevada que a letalidade da população geral de 2,8%, entre os idosos nos estratos de 70 a 79 anos, a letalidade é de 8% e entre os de 80 ou mais de 14,8%.

No Brasil, até o dia 20 de abril de 2020, foram registrados 2.575 óbitos por COVID-19, representando uma letalidade de 6,3%. Entre os óbitos confirmados, 72,5% tinham mais de 60 anos e 70% apresentavam pelo menos uma morbidade. A cardiopatia foi a principal comorbidade associada e esteve presente em 43,2% dos óbitos da população geral, seguida de diabetes (33,6%), pneumopatia (8,6%), doença renal (7,3%) e doença neurológica (7,3%).

Em todos os grupos de risco, a maioria dos indivíduos era idoso, exceto para obesidade. Com a verificação da população idosa como componente do grupo de risco para infecção, agravamento e letalidade pelo SARS-CoV-2, a educação em saúde faz-se necessária para efetividade da promoção da saúde direcionada a este nicho populacional.

INCUBAÇÃO DA DOENÇA

O período de incubação do SARS-CoV-2 para a infecção entre humanos varia entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias.

FATORES DE RISCO

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Obesidade
- Tabagismo
- Doenças crônicas

As comorbidades crônicas como, por exemplo, a diabetes mellitus e a obesidade, mantêm o paciente em um estado inflamatório crônico, ou seja, tornando-o suscetível a outros quadros inflamatórios/ infecciosos com resposta exagerada, como o que ocorre na covid-19.

Tópico 5.2: Idosos no grupo de risco para a covid 19

Os idosos em geral são grupos de risco para doenças infecciosas de qualquer etiologia, o envelhecimento do sistema imune é sua principal razão. No caso da COVID-19, foi identificado que pacientes diabéticos e hipertensos têm uma maior chance de evoluir com doença mais grave.

GRUPO DE RISCO PARA O COVID - 19

Pessoas idosas, com 60 anos ou mais, possuem risco individual aumentado, especialmente:

- Idosos frágeis com dependência funcional
- Idosos com comorbidades múltiplas (presença de duas ou mais doenças)
- Idosos com uma condição crônica
- Idosos que vivem em instituições de longa permanência (ILPIs)

O sistema imunológico dos idosos costuma ser deficiente por causa da idade. Mesmo as vacinas tomadas na juventude já não são tão eficazes, portanto há menos anticorpos no organismo.

Os pulmões e mucosas tornam-se mais frágeis e vulneráveis a doenças virais. O idoso costuma engasgar e aspirar mais, inclusive levando mais a mão à boca, aumentando o risco de contágio.

Ele também vai a hospitais com mais frequência, ficando mais exposto a micro-organismos.

Tópico 5.3: Atendimento ao idoso crítico em urgência e emergência por covid 19

Na presença de suspeita da infecção pelo coronavírus, deve-se EVITAR encaminhar o idoso frágil para atendimento de urgência (pronto socorro, UPAs) onde o risco de contaminação é elevado e o acolhimento do paciente será conturbado neste momento.

Recomenda-se o uso de sintomáticos para febre e mialgia e ficar atento aos sinais de alerta de complicações da doença.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE GRAVIDADE?

Falta de ar, dificuldade para respirar, cianose (pele e mucosas azuladas), prostração, redução do nível de consciência, confusão mental, queda de pressão, redução importante do volume de urina.

As complicações mais comuns são síndrome respiratória aguda grave (SRAG) definida, em geral:

- Saturação de SpO2 < que 95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente
- Confusão mental ou alteração comportamental
- Sede excessiva
- Dor abdominal, principalmente do lado direito
- Outros pontos que merecem atenção, relatados pelo especialista, são agitação fora do comum e o aumento do número de quedas.

QUAIS SÃO AS SEQUELAS MAIS GRAVES?

- fibrose nos pulmões
- bronquiolite obliterante
- fibrose nos rins
- agravamento de doenças preexistentes
- declínio cognitivo

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL:

1. Procurar sinais de gravidade como dispneia, desconforto respiratório, saturação menor que 95% ou exacerbação de doença preexistente: iniciar medidas de suporte e encaminhar para hospital;
2. Se sinais de choque, insuficiência respiratória, ou instabilidade hemodinâmica, iniciar medidas de suporte e encaminhar a vaga de UTI através da Regulação Estadual;
3. Para os casos suspeitos não graves (atualmente cerca de 85% dos casos), os pacientes deverão receber orientações quanto a biossegurança respiratória e isolamento domiciliar, assim como a busca por Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência para informar sobre a suspeita.

4. Todos os hospitais do Estado estão orientados a receber os pacientes infectados por COVID-19.

Aspectos específicos da avaliação e monitoração do paciente suspeito ou com diagnóstico de COVID-19.

1 Temperatura: Recomenda-se nos pacientes mais graves a monitorização contínua da temperatura via termômetros cutâneos ou esofágicos.

2 Eletrocardiograma (ECG) contínuo: O tratamento com Hidroxicloroquina e Azitromicina envolve risco de arritmia ventricular pelo aumento do intervalo QT. Recomenda-se a MONITORIZAÇÃO CARDÍACA contínua, de preferência com no mínimo 2 derivações⁶ e preferencialmente alinhado a análise de QTC comum em diversos monitores.

3 Capnografia: O valor normal da capnografia (PetCO₂) está em torno de 35 - 40 mmHg. 4.

4 Gasometria arterial: Nos pacientes com COVID -19 em Ventilação Mecânica Invasiva pode ser considerado a hipercapnia permissiva, Comprometimento da oxigenação em adultos: SDRA LEVE: PaO₂ / FiO₂ ≤ 300 e >200 mmHg; SDRA moderada: PaO₂ / FiO₂ ≤ 200 mmHg e > 100 mmHg; SDRA grave: PaO₂ / FiO₂ ≤ 100 mmHg , Quando a PaO₂ não está disponível, SpO₂ / FiO₂ ≤ 315 sugere SDRA.

5 Monitorização Ventilatória: Nos pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva, além dos parâmetros já citados (FR, SO₂, CAPNOGRAFIA e GASOMETRIA), contemplam também como monitorização ventilatória, fundamental para evitar lesão induzida pelo ventilador.

6 Saturação periférica – SO₂

