

## **Elaboração de um plano de gestão de atenção à saúde do idoso aliado à ação psicoeducativa: Um estudo de caso**

*Developing a management plan for healthcare for the elderly combined with psychoeducational action:  
A case study*

Thaís Bento Lima-Silva  
Gessyca Harumy Selmar Suenaga

**RESUMO:** O presente estudo objetivou realizar um relato de caso, a fim de elaborar um plano de gestão de atenção a ser compartilhado com o idoso e a equipe de saúde de um Centro de Saúde Escola. Objetivou-se, também, a realização de uma ação psicoeducativa em relação às doenças crônicas apresentadas pelo idoso. Trata-se de relato de caso resultante de intervenção na Atenção Primária, realizada em um Centro de Saúde Escola gerenciado pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia do município de São Paulo. Utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 itens); também foi aplicado um protocolo elaborado pelo grupo de docentes do curso de Bacharelado em Gerontologia da EACH-USP, denominado Plano de Atenção Gerontológica e um instrumento complementar de avaliação da rede de suporte social e familiar, o Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso. Após realização de quatro visitas domiciliárias, detectou-se a necessidade de reativar a relação com a instituição, em relação à sua rotina, precisando reduzir seu tempo ocioso; quanto às Atividades Básicas de Vida Diária, observou-se que seria necessário reestabelecer algum grau de autonomia; a usuária apresentou ter boa rede de suporte social. A paciente aceitou retomar o tratamento na instituição, através da mediação das estagiárias; foram realizadas ações psicoeducativas sobre patologias, medicações, e utilização de serviços públicos; o

desconhecimento desses assuntos eram fatores que colaboraram para a não adesão ao tratamento. Foi elaborado um roteiro de atividades que a usuária poderia realizar. A paciente aguarda contato da equipe e passou a realizar atividades cognitivas.

**Palavras-chave:** Idosos; Gestão; Saúde; Planejamento.

**ABSTRACT:** *This study aimed to perform a case report in order to develop a management plan of care to be shared with the elderly and health staff of a School Health Center. The aim is also conducting a psychoeducational action in relation to chronic diseases presented by the elderly. This case report is the result of intervention in Primary Care, held in an academic health center managed by the Hospital Santa Casa de Misericórdia of São Paulo. We used the Geriatric Depression Scale (15-item version), we used a protocol developed by the group of teachers from the Bachelor of Gerontology EACH-USP, called Gerontological Care Plan and a complementary tool for assessing network of social and family support, the Minimum Map of Social Relations of Older Persons. After completion of four home visits, we detected the need to reactivate the relationship with the institution in relation to their routine needed to reduce your downtime, as the Basic Activities of Daily Living, we found that needed to restore some degree of autonomy, the user showed to have good social support network. The patient agreed to resume treatment at the institution, through the mediation of the trainees; psychoeducative actions were performed on diseases, medications, and use public services, the ignorance of these issues were factors that contributed to non-adherence to treatment. We prepared an itinerary of activities that the user could accomplish. The patient is awaiting contact from the team and began to perform cognitive activities.*

**Keywords:** *Elderly; Management; Health; Planning.*

## **Introdução**

A longevidade é uma realidade dos tempos atuais; traz consigo, porém, a necessidade de adaptação devido às perdas que vão ocorrendo ao longo da vida de uma pessoa. (Camarano, 2006). Viver mais, embora tenha bons significados, está aliado também às perdas de entes queridos, à ocorrência de algumas mudanças que podem ser

normativas ou não normativas no processo de envelhecimento, como o aparecimento de algumas patologias (Neri, 2005).

Dentro desse contexto, destacam-se alguns aspectos importantes no processo de envelhecimento: a funcionalidade, o humor, a cognição e a presença e o controle de doenças crônicas. A funcionalidade tem sido destacada como um novo paradigma da saúde, particularmente um valor ideal associado à vida independente que possibilita melhor atenção à saúde do idoso. (Ramos, 2003). O conceito de funcionalidade é referido por múltiplos significados associados à avaliação clínica de um indivíduo, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), é fator de suma importância para o diagnóstico de saúde física e mental de uma população.

Para avaliar a funcionalidade do idoso, podemos dividi-la em: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). A primeira diz respeito ao autocuidado, ou seja, a atividades como escovar os dentes, banhar-se, trocar de roupa, dentre outras. Já as atividades instrumentais de vida diária referem-se às atividades mais complexas como fazer compras, ir ao banco, dentre outras. (Pavarini & Neri, 2000; Baltes & Silvenberg, 1995).

O projeto saúde, bem-estar e envelhecimento - SABE, (Lebrão & Duarte, 2005) foi coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, com o intuito de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe. A população analisada contou com os idosos residentes no município de São Paulo, Brasil.

A grande maioria dos idosos analisados no projeto SABE não apresentou dificuldades nas atividades básicas de vida diária (80.7%), e, entre aqueles que apresentaram, a maioria tinha dificuldades em uma ou duas atividades básicas da vida diária (AVD). Possuir, pelo menos, uma incapacidade para as atividades básicas de vida diária, faz com que os indivíduos julguem sua saúde mais negativamente. (Lebrão & Duarte, 2005). Esse dado revela o quão importante é para o idoso permanecer realizando suas AVDs para que possa apresentar uma boa qualidade de vida e bem-estar subjetivo, ou seja, avaliar sua situação atual como satisfatória.

Os extremos da funcionalidade, entendidos como diferentes níveis de desempenho e competência funcional, como aqueles presentes no envelhecimento bem-sucedido e no envelhecimento com fragilidade, estão associados a desfechos positivos e negativos em saúde, respectivamente. A funcionalidade relacionada ao envelhecimento

bem-sucedido está associada a maiores níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, maior senso de autoeficácia e controle pessoal, a maior rede de relações sociais, melhor saúde e independência física e mental e a um envolvimento mais ativo com a vida, a despeito da presença de doenças crônicas (Camargos, 2004).

No outro extremo, a funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, como quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária (Camargos, 2004).

Em relação ao estado de humor, embora a maioria dos idosos manifeste altos índices de bem-estar na velhice, a heterogeneidade do envelhecimento também revela a possibilidade de envelhecer com alterações emocionais negativas significativas (Batistoni *et al.*, 2011). A experiência de depressão na velhice é uma dessas possibilidades. Embora os índices desse tipo de transtorno do humor clinicamente diagnosticados sejam mais baixos do que os da população mais jovens (cerca de 3% versus 5% da população geral), a presença de sintomas depressivos é expressiva e mais alta do que a de outras faixas etárias (Ordonez *et al.*, 2011). Estudos apontam que entre 15 e 34% dos idosos residentes na comunidade revelam um número significativo de sintomas depressivos, que, embora não preencham os critérios clínicos para o diagnóstico de depressão, associam-se significativamente com respostas negativas em vários domínios do funcionamento físico, psicológico, cognitivo e social (Blazer *et al.*, 2003; Lima *et al.*, 2009).

Segundo Stella *et al.* (2004), o comprometimento progressivo das funções cognitivas, causando prejuízo das atividades de vida diária, não constitui um fenômeno próprio do envelhecimento, mas pode indicar um processo demencial em fase inicial.

Chaves (2000) aponta para a importância de se diferenciarem as condições clínicas das comportamentais dos estágios mais precoces de demência das alterações cognitivas que podem ocorrer ao longo do envelhecimento normal. De acordo com Damasceno (2006), o envelhecimento normal pode ser acompanhado de alterações cognitivas relacionadas a uma demência incipiente, tornando difícil a diferenciação entre o normal e o patológico, apesar dos critérios neuropsicológicos, patológicos e de neuroimagem.

Charchat-Fichaman *et al.* (2005) apontam para a importância da identificação de indivíduos com risco potencial de desenvolver algum tipo de demência. O diagnóstico precoce pode ser muito importante para pacientes e familiares, à medida que possibilita intervenções terapêuticas que evitem ou retardem o início do processo demencial.

Alinha-se a esse contexto, o cenário das particularidades das condições dos idosos brasileiros, principalmente no que se refere ao contexto mencionando em programas que são realizados nos serviços de saúde que atendem à população idosa brasileira. Pode-se observar, na área de promoção da saúde que têm sido realizados planejamentos com o objetivo de educar o paciente idoso hipertenso e diabético, quanto ao manejo da doença. Tal como o programa Pacto pela Vida, que foi criado em 22 de fevereiro de 2006 pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um conjunto de medidas adotadas, para avaliar e analisar resultados e derivados da análise da situação de saúde do País. Uma das prioridades e objetivos da Portaria n.º 399/GM que norteia o pacto são: a saúde, promoção da saúde e atenção básica à saúde do idoso, sendo o controle da hipertensão arterial e do nível de glicemia um de seus principais focos. Esse controle ocorreria principalmente através de ações socioeducativas (palestras, folhetos informativos, dinâmicas de grupo, entre outros), realizadas em Unidades Básicas de Saúde. Outra questão pontuada nesse programa é que essas ações proporcionaram embasamento para a formulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Estudos que investigaram a promoção do idoso com doenças crônicas, em sua maioria, foram realizados em Unidades Básicas de Saúde. Como no estudo realizado por SOUSA (2002), que visou a averiguar quais eram as perspectivas e ações em saúde de profissionais que trabalhavam com idosos com doenças crônicas, dentre estas, a hipertensão arterial. Neste estudo, ao analisar ações e atitudes dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, referentes à sua percepção quanto à saúde do idoso, bem como às ações que desenvolvem e o que consideram que poderiam realizar em prol da melhoria das condições de saúde dos idosos, foi possível identificar três categorias de análise: “*Falta de adesão ao cuidado e de apoio dos familiares*”; “*Assistência centrada no aspecto curativo e no atendimento a demanda*”; e “*Vislumbre de mudança no modelo de atenção*”.

Através desta perspectiva e da necessidade de se desenvolverem mais estratégias de atenção à saúde do idoso, o presente estudo objetivou realizar um estudo de caso, para elaborar um plano de gestão de atenção a ser compartilhado com o idoso e equipe

de saúde de um Centro de Saúde Escola. Também se objetivou realizar uma ação psicoeducativa acerca das doenças crônicas apresentadas pelo idoso, visando, assim, a tornar a adesão ao tratamento do quadro clínico mais eficaz.

## **Métodos**

Tratou-se de estudo do tipo relato de caso com intervenção. Este estudo é resultante de intervenção em serviço de atenção primária, em estágio realizado pelas autoras no período de seis meses no ano de 2008. Foi realizado em um Centro de Saúde-Escola, administrado pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo. Este equipamento tem como missão prestar cuidados primários ao indivíduo em Unidade Básica de Saúde da área de abrangência, garantindo a universalidade, igualdade, equidade e integralidade, realizando também atividades socioeducativas. Esta instituição dentre os serviços prestados, realiza visitas domiciliárias, e foi neste contexto que foi realizado o estudo.

## **Dados sociodemográficos**

Os dados sociodemográficos, assim como a relação de doenças pré-existentes da paciente, foram consultados em seu prontuário médico arquivado no Centro de Saúde Escola em que este estudo foi realizado.

## **Variáveis clínicas**

Para avaliar a presença de sintomas depressivos, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG versão 15 itens), que é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão no idoso, criado por Yesavage (1983). No Brasil, Almeida e Almeida (1999) aplicaram a GDS-15 em 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico, e ela mostrou-se confiável e válida para a população idosa brasileira (Paradela *et al.*, 2005). Adotou-se como ponto de corte para

sintomas depressivos a pontuação seis que indica que o idoso apresenta sintomatologia depressiva (Almeida *et al.*, 1999, Paradela *et al.*, 2005).

Aplicou-se o Mini-Exame do Estado Mental que é um instrumento de rastreio cognitivo composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas. São elas: a orientação temporal e espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras registradas, linguagem e praxia visuoestrutiva. Seu escore varia de 0 a 30 pontos, sendo que valores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo. Os seguintes pontos de corte foram adotados por nível de escolaridade: para analfabetos, 17 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 20 pontos; de 5 a 8 anos, 24 pontos; acima de 8 anos, 26 pontos. Estes pontos de corte foram adaptados de Brucki *et al.* (2003).

Adicionalmente foi aplicado um protocolo elaborado por um grupo de docentes do curso de Bacharelado em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades-Universidade de São Paulo, denominado Plano de Atenção Gerontológica (PAGe) (César, 2012), que é constituído pelos seguintes aspectos: Questões que investigam as situações relacionadas à autonomia e à independência para Atividades de Básicas e Instrumentais de Vida Diária (eixo físico), questões que investigam as situações relacionadas ao desempenho cognitivo (com tarefas de atenção, memória e orientação temporal), questões relacionadas ao campo afetivo e emocional (investigando presença de ansiedade, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento para eventos estressantes), situações relacionadas à rede de suporte social (com perguntas sobre quais pessoas oferecem suporte ao idoso). Neste protocolo denominado Plano de Atendimento Gerontológico (César, 2012), há um Inventário das situações identificadas e propostas de encaminhamento; opinião do idoso sobre as intervenções propostas e em relação às situações reconhecidas; em seus últimos formulários, o PAGe apresenta campos para elaboração do plano de atenção gerontológica que deve ser redigido mediante explicitação de um cronograma de retornos e encaminhamentos para outros profissionais e/ou serviços.

Por fim, aferiu-se a pressão arterial da paciente; esse procedimento foi realizado nas quatro visitas, com a finalidade de documentar seus níveis pressóricos e fazer uma média de sua pressão sistólica e diastólica. Anotando a medida na posição sentada, o antebraço da paciente estava apoiado em uma mesa no momento da medida. A examinadora ajustou o manguito ao braço, de forma a conseguir inserir um dedo entre o

manguito e a pele da paciente, após o ajuste (apertado, porém sem excesso) e dois centímetros acima da dobra do braço. Realizaram-se as três medidas, com intervalos de 2 minutos entre elas.

### Variáveis sociais

Para avaliar o contato e suporte social recebido pelos indivíduos, foi aplicado um instrumento gráfico denominado Mapa Mínimo de Relações, que identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, delimitando sua rede de suporte social. Esse instrumento foi adaptado e modificado por Domingues (2000) para identificar e caracterizar a rede de contato e suporte social de idosos, sendo submetido a um processo de adequação às demandas dessa população, denominando-se Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).

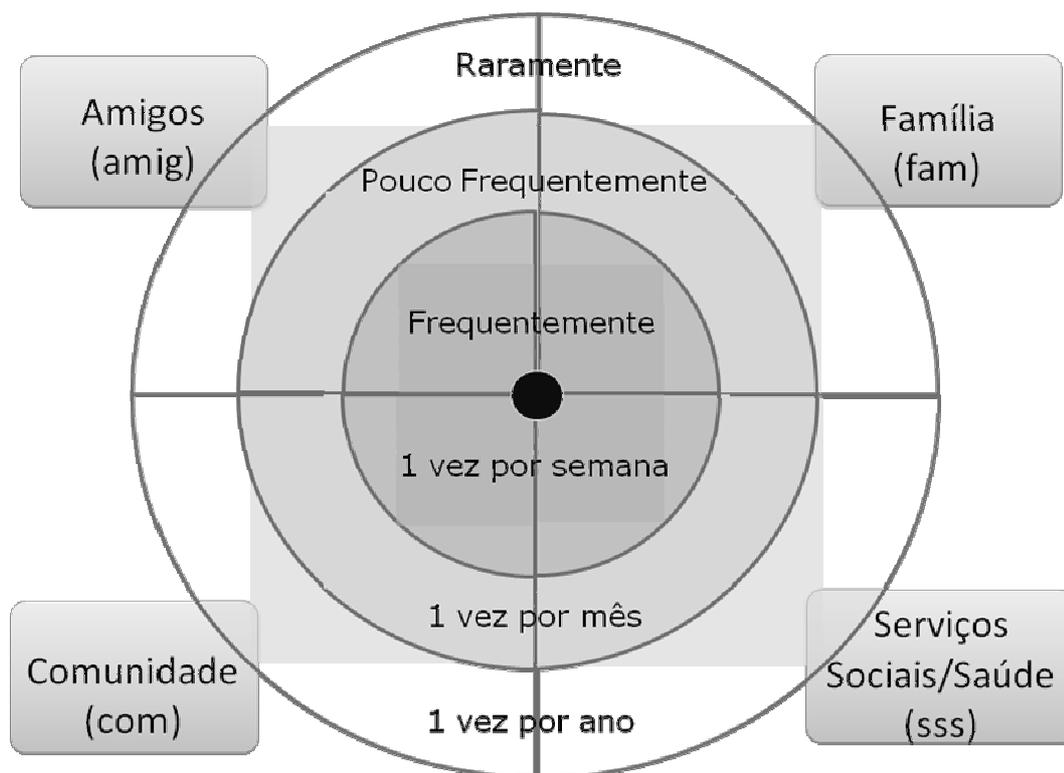


Figura 1: Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso

O MMRI tem por objetivo identificar a composição, a proximidade das relações e as funções desempenhadas pelos componentes dessa rede (Domingues 2000, Domingues *et al.*, 2011). Ele é construído a partir das respostas de cinco questões objetivas, relativas às atividades cotidianas executadas pelo idoso, que são marcadas no MMRI, no quadrante que identifica um dos quatro tipos de relacionamento pesquisados: amigos, família, relações com a comunidade e relações com o sistema de saúde, e no círculo que denota a proximidade de relacionamento, semanalmente (frequentemente), mensalmente (pouco frequentemente) e anualmente (raramente) (Figura 1).

As questões pesquisadas foram:

1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

Uma vez por ano (raramente)?

2) Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

3) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

4) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

5) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio, etc., pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

Sua grande vantagem em relação aos outros tipos de instrumento de avaliação social deve-se ao fato de ser um instrumento gráfico de fácil e rápida aplicação. Tal

atributo lhe permite a identificação e visualização dos vínculos significativos mencionados com presteza. Outra qualidade em relação aos demais instrumentos é que este pode ser aplicado por todos os profissionais de uma equipe multidisciplinar, independentemente de sua formação, desde que capacitado para tanto.

### **Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, parecer de n.º 005/2008.

### **Resultados e discussão**

A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida (Sousa, 2002). Atuar desta forma é o desafio que se coloca aos serviços de saúde, em especial, às equipes da Estratégia de Saúde da Família que vêm sendo implantadas em todo o território nacional. (Knorst e Araújo, 2008).

Baseado nesse contexto realizou-se um estudo de caso, a fim de elaborar um plano de gestão de atenção a ser compartilhado com o idoso, e equipe de saúde de um Centro de Saúde Escola.

Após realização de quatro visitas domiciliares, com avaliações clínicas e consultas de dados retrospectivos de prontuário médico, levantaram-se as seguintes informações sociodemográficas/clínicas: Senhora I.M., 85 anos, viúva, mora sozinha, grau de independência: semidependente, aposentada. Estado de saúde: hipertensa não controlada (Média da pressão sistólica: 16,29 mmHg, média da pressão diastólica: 9,34 mmHg), com presença sintomatologia depressiva, sem queixas de memória, orientada no tempo e espaço, incontinência urinária, artrose e erisipela.

Sofreu uma queda grave há dezessete anos que, somada a outros fatores, contribuiu para que apresentasse problemas de locomoção e de realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Há alguns anos, a idosa vive diariamente sentada

em uma poltrona, na qual se alimentava, dormia, e permanecia sentada assistindo à televisão; quando necessitava deslocar-se da poltrona, arrastava-se pelo chão.

A administração de suas finanças era realizada por uma sobrinha, que a visitava uma vez ao mês, pagava suas contas e através de aspectos legais (curadoria), representava-a em transações bancárias. Sua alimentação era realizada com base em refeições de uma padaria que se situava no andar térreo do seu prédio, todos os dias ao meio-dia, um funcionário levava embrulhadas sua refeição e bebidas (sucos e água), que a mesma dividia em duas partes, para aproveitar para seu jantar. Ao lado de sua poltrona, na maioria das visitas sempre havia restos de comida, junto a medicações, pomadas e fraldas geriátricas sujas. Apesar de ser semidependente, a paciente apresentava desempenho cognitivo preservado para sua idade e escolaridade, avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental, com pontuação 24.

Avaliação do gerontólogo: em relação ao estado de saúde, detectou-se a necessidade de reativar a relação com a instituição, visto que a mesma encontrava-se desligada do serviço, sem receber atendimento domiciliar. A paciente necessitava particularmente de atendimento de profissionais como fisioterapeuta, ortopedista, dermatologista e geriatra. Além de um agente de saúde que pudesse atualizar o serviço do estado de saúde geral da paciente.

Em relação à sua rotina precisava reduzir seu tempo ocioso; quanto às ABVDs, observou-se que precisava reestabelecer algum grau de autonomia para realizar o seu autocuidado, pois apenas cuidava de sua higiene quando vizinhos iam até sua residência para auxiliá-la. Pensou-se se em cadastrar a paciente em um centro-dia para idosos, apenas para realizar atividades de estimulação cognitiva e funcional, e posteriormente retornar para casa; entretanto, a senhora I.M residia sozinha, e não estava inserida em Programas da Prefeitura de São Paulo ou do Centro de Saúde-Escola que possibilitassem seu deslocamento até o serviço; desse modo, essa opção foi descartada e o objetivo central foi mantê-la vinculada à instituição para acompanhamento médico e oferecer orientações que pudessem auxiliá-la em seus aspectos biopsicossociais.

A paciente apresentou ter uma rede de suporte social considerada pequena, detectada através da aplicação do MMRI, no qual verificamos que conseguia realizar parte de suas atividades como pagar contas, limpar a casa e ter companhia, por ter ajuda de vizinhos e uma sobrinha, que a visitavam, entretanto, apenas esporadicamente. Desse modo, observou-se que necessitava de profissional cuidador para auxílio e supervisão

em atividades básicas e instrumentais de sua rotina (preparar uma refeição e servi-la, vestir a própria roupa, ver a correspondência, realizar uma atividade de lazer).

Em relação à sintomatologia depressiva da paciente, é possível concordar com dados da literatura, documentando que a presença de sintomas depressivos na velhice associa-se com maior incapacidade para atividades de vida diária e piores índices de qualidade de vida com comorbidades, maior uso de medicações, maior número de eventos estressantes de vida, maior mortalidade, pior saúde autorrelatada e menor suporte social percebido (Ordonez *et al.*, 2011, Batistoni *et al.*, 2011), corroborando assim o presente relato de caso. Adicionalmente estudos relatam que afeta também comportamentos em saúde como a aderência a tratamentos médicos, levando a piora em quadros crônicos de doenças físicas, ampliando riscos de comorbidades e mortalidade. Altos também são os índices de suicídio de idosos relacionados à presença de sintomas depressivos.

Como intervenção em relação ao estado de saúde, uma das principais ferramentas utilizadas foi a educação sobre o estado de saúde e o auxílio no tratamento medicamentoso. Essa intervenção concordou com outros estudos que descrevem essa orientação, como psicoeducação em saúde (Revonato & Dantas, 2005; Knorst & Araújo, 2008).

Além de tratar de um plano de atenção gerontológica, o presente estudo tentou propor uma reflexão, em serviços de atenção primária, ao conhecimento que o idoso tem a respeito de conceitos como saúde. Principalmente como enfrenta e convive diariamente com uma doença crônica, como a hipertensão. Sendo essas reflexões e valorização, ferramentas importantes para implementar estratégias com o objetivo de tornar o tratamento eficaz e assim fazer o manejo de seu tratamento, para possível melhora de seu quadro clínico. Nesta vertente, Veras (1994) destaca que, muitas vezes, a falta de controle da pressão arterial e do índice de glicemia, pode ser resultante, além da falta de conhecimento do tratamento, do uso de polifarmácia, do erro na administração do medicamento ou da incompreensão na prescrição realizada.

Uma questão interessante a ser discutida é que o descontrole de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial pode interferir no desempenho cognitivo do indivíduo idoso. Em indivíduos idosos, estudos têm demonstrado desempenho mais baixo em testes cognitivos entre portadores de hipertensão, quando estes são comparados aos normotensos (Freitag *et al.*, 2006). Os autores ressaltam que as

alterações cognitivas mais frequentemente observadas em indivíduos idosos hipertensos são a diminuição no desempenho em testes de memória visual e verbal, e em tarefas de atenção, assim como em alguns testes de inteligência.

Diversos trabalhos têm procurado explicações para a associação entre diabetes e declínio cognitivo (McGuire *et al.*, 2006). É conhecido que as alterações cognitivas podem ocorrer por comprometimento vascular, formação de placas neurofibrilares e, talvez, por alterações no metabolismo da glicose (Klein e Waxman, 2003). Desse modo, destaca-se que, uma vez que um indivíduo idoso hipertenso e/ou diabético consegue manejar seu tratamento adequadamente, o mesmo apresenta-se controlado e, conseqüentemente, apresenta desempenho cognitivo semelhante ao de idosos saudáveis. Desse modo, reforça-se a hipótese de que a psicoeducação na atenção primária é uma ferramenta eficaz de qualidade de vida.

Em resumo, após a intervenção, a paciente aceitou retomar o tratamento na instituição, através da mediação das profissionais gerontólogas. Foram realizadas ações psicoeducativas sobre patologias, medicações, e utilização de serviços públicos, pois a usuária desconhecia tais questões e percebeu-se que esses fatores colaboraram para a não adesão ao tratamento.

Elaborou-se um roteiro de atividades cognitivas que a usuária poderia realizar no seu dia a dia. O desfecho final do caso: a paciente aguardava novo contato da equipe multiprofissional e passou a realizar as atividades cognitivas propostas. Também foi possível identificar, dentre a atuação do profissional Gerontólogo, a psicoeducação e a orientação em saúde como uma de suas competências, visto que apresenta formação ampla e interdisciplinar nos aspectos biopsicossociais do envelhecimento, podendo, assim, otimizar o tratamento medicamentoso do paciente idoso e a estabilização de seu quadro clínico, promovendo sua saúde.

### **Considerações finais**

Destaca-se a necessidade de mais profissionais capacitados e especializados na área do envelhecimento para atuação em equipes de serviços de atenção primária, podendo resultar, assim, em um melhor atendimento aos usuários idosos.

Apesar da significativa prevalência de problemas de saúde na população idosa, ainda são poucos os estudos que investigam o autocuidado, manejo do tratamento, estado cognitivo, de humor e funcionalidade de usuários em serviços primários. Além disso, diante da pouca escolaridade de muitos idosos, torna-se interessante investigar, por exemplo, em futuros estudos, como os idosos analfabetos desempenham o autocuidado e realizam manejo do tratamento de suas doenças, visto que a pouca escolaridade pode dificultar o manuseio de medicamentos, o seguimento de dietas e a compreensão das prescrições (Saintrain *et al.*, 2008).

Assim, o desenvolvimento de outras pesquisas, como este relato de caso, abordando esta temática com essa população específica, poderá auxiliar no planejamento de intervenções educativas, de forma a garantir o controle de doenças, promoção de saúde, prevenção de complicações futuras, possibilitando aos idosos permanecerem com autonomia e independência por mais tempo.

## Referências

- Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 421-426.
- Baltes, M.M. & Silvenberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: Neri, A.L. *Psicologia do envelhecimento, temas relacionados à perspectiva do curso de vida*, 45-53. (Coleção Viva Idade). Campinas (SP): Papirus.
- Batistoni, S.S.T., Ordonez, T.N., Lima-Silva, T.B., Nascimento, P.P., Kissaki, P. T. & Cachioni, M. (2011). Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 5, 85-92.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and Commentary. *Journals of Gerontology, Biological Sciences*, 58, 249-265.
- Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F. & Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3-B), 777-781.
- Camarano, A.C. (2006). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V., Py, L., Cañado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M.L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Camargos, M.C.S. (2000). *Estimativas de expectativa de vida livre e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos*. In:

Dissertação de mestrado. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

Cezar, A.L. (2012). *Análise Exploratória do Módulo de Avaliação Multidimensional do Idoso do Plano de Atenção Gerontológica (PAGE)*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Gerontologia. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.

Chaves, M.I.F. (2001). Diagnóstico diferencial das doenças demenciais. In: Forlenza, O.V. & Caramelli, P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*, 81-104. São Paulo (SP): Atheneu.

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA O PACTO PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS e GESTÃO. (2006). Ministério da Saúde. Recuperado em 06 fevereiro, 2013, de: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

Domingues, M.A. (2000). *Mapa Mínimo de Relações: Adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso*. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Dissertação de mestrado.

Domingues, M.A.R., Ordonez, T.N., Lima-Silva, T.B., Barros, T.C.de & Cachioni, M. (2011, dez.). Mapa Mínimo de Relações do Idoso: Análise de Reprodutibilidade. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(6), 153-166, 2011. São Paulo (SP): FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Freitag, M.H., Peila, R., Masaki, K., Petrovich, H., Ross, G.W., White, L.R. & Launer, L.J. (2006). Midlife pulse pressure and incidence of dementia. The Honolulu-Asia Aging Study. *Stroke*, 37, 33-37.

Klein, P.J. & Waxman, S.G. (2003). The brain in diabetes: molecular changes in neurons and their implications for end-organ damage. *Lancet Neurol.*, 2, 548-554.

Knorst, D. & Araújo, B.V. (2008). Atenção Farmacêutica em pacientes idosos hipertensos: uma experiência em Tucunduva (RS). *Revista Brasileira de Farmácia*, 89(4), 290-293.

Lebrão, R. & Laurenti, M.L. (2005). Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo, *Rev Bra Epidemiol*, 8(2), 142-147.

Lima, M.T.R., Silva, R.S. & Ramos, L.R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 1-7.

Mcguire, L.C., Ford, E.S. & Ajani, U.A. (2006). The impact of cognitive functioning on mortality and the development of functional disability in older adults with diabetes: the second longitudinal study on aging. *BMC Geriatr.*, 6, 1-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, 19. Brasília (DF).

Neri, A.L. (2005) *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas (SP): Alínea.

Ordonez, T.N., Batistoni, S.S.T. & Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 1, 5. (Ed. Impresa).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization*, 60-70. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A. & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral, *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923.

Pavarini, N.C.I. & Neri, A.L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte, Y. & Diogo, M.J.D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, 69-82. São Paulo (SP): Atheneu.

Ramos, L.R., Simões, E.J. & Albert, M. (2001). Dependence on daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality among elderly residents in Brazil: a two-year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1168-1175.

Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo (SP). *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 793-797.

Revonato, R.D. & Dantas, A.O. (2005). Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa, *Infarma*, 17(3/4), 72-75.

Saintrain, M.V.L. & Lima, P.M.S. (2008). Idoso portador de diabetes mellitus: relevância epidemiológica para a atenção em Odontologia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 11(3), 379-389.

Sousa, A.I. (2002). *Envelhecimento, estratégia de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre (RS): Universidade Federal de Porto Alegre.

Stella, F. (2004). Funções cognitivas e envelhecimento. In: Py, L., Pacheco, J.L., Martins de Sá, J.L. & Goldman, S.N. (Orgs.). *Tempo de envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais*, 283-320. Rio de Janeiro (RJ): NAU.

Veras, R.P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará/UERJ.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. *et al.* (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 17(1), 37-42.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

**Thaís Bento Lima da Silva** - Mestre em Neurologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento. Departamento de Neurologia Clínica - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 255.

05403-100 - São Paulo (SP), Brasil. Fone para contato: 11- 97014-2504.

E-mail: gerontologathais@gmail.com

**Gessyca Harumy Selmara Suenaga** – Pós-Graduanda em Fisiologia, Faculdade de Medicina do ABC, Fundação do ABC.

E-mail: gessy88@hotmail.com