



MOOC

# Atenção à Pessoa Idosa Aspectos Introdutórios

4

Síndromes Geriátricas:  
contextualização





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição - 2022 - versão eletrônica

#### **Elaboração, distribuição e informações:**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Departamento de Enfermagem  
Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI/UFPR)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
Departamento de Enfermagem

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM  
Seção Paraná  
Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica

#### **Coordenação:**

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

#### **Autores:**

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt  
Camilly dos Santos Pires  
Célia Maria Gomes Labegalini  
Dayane Akinara Toledo Ribeiro  
Denise Faucz Kletemberg  
Iara Sescon Nogueira  
Lígia Carreira  
Lirian Vaz de Oliveira  
Luciane Lachouski  
Marlise Lima Brandão  
Marcia Daniele Seima  
Marcia Marrocos Aristides  
Susanne Elero Betioli  
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera  
Valéria Cristina Lopes Gallo  
Yasmin Paulina Dourado Vissintainer

#### **Colaboração:**

Coordenadoria de Integração de Políticas de Educação a Distância da Universidade Federal do Paraná

#### **Arte e diagramação:**

Valéria Cristina Lopes Gallo  
Camilly dos Santos Pires  
Lirian Vaz de Oliveira  
Luciane Lachouski  
Yasmin Paulina Dourado Vissintainer

#### **Autores:**

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; PIRES, C. S.; LABEGALINI, et al.

Atenção à pessoa Idosa aspectos introdutórios - Síndromes Geriátricas: contextualização [recurso eletrônico] / HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; PIRES, C. S.; LABEGALINI, et al. - Curitiba, 2022. 32 p.

Produto técnico (grupo de pesquisa) - Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI/UFPR). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Coordenação: Profª Drª Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.

1. Idoso; 2. Saúde do Idoso; Envelhecimento; 4. Enfermagem Geriátrica.

ISBN: 978-65-00-56510-2

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>1 PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS</b>	<b>05</b>
<b>1.1 INCAPACIDADE COGNITIVA</b>	<b>06</b>
<b>1.2 INCAPACIDADE COMUNICATIVA OU DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.3 INSTABILIDADE POSTURAL E QUEDAS</b>	<b>11</b>
<b>1.4 IMOBILIDADE E LESÕES POR PRESSÃO</b>	<b>13</b>
<b>1.5 INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA: URINÁRIA E FECAL</b>	<b>15</b>
<b>1.6 IATROGENIA</b>	<b>19</b>
<b>1.7 INSUFICIÊNCIA OU FALTA DE APOIO SOCIOFAMILIAR</b>	<b>21</b>
<b>2 SAIBA MAIS</b>	<b>54</b>
<b>3 SÍNTESE</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>

## APRESENTAÇÃO

Este livro faz parte do curso “Atenção à pessoa idosa: aspectos introdutórios”, com carga horária total de 96 horas, autoinstrucional, organizado em quatro módulos e disponível na UFPR Aberta.

O módulo 4 aborda as síndromes geriátricas: contextualização e apresenta 24 horas de duração. Para conclusão e certificação, sugere-se que sejam desenvolvidas 6h semanais de estudo.

Trata-se de produção desenvolvida pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), em parceria com Universidade Estadual de Maringá (UEM) e o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Paraná (ABEN/PR).

Os objetivos deste módulo são:

- Caracterizar e diferenciar as sete principais síndromes geriátricas;
- Compreender o contexto biopsicossocial que envolve o manejo das principais síndromes geriátricas.





## **1 PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS GERAIS**

As grandes síndromes geriátricas, caracterizam-se por múltiplas causas, contribuem para a perda da funcionalidade global, e como consequência a autonomia e da independência da pessoa idosa, uma vez que compreendem os quatro domínios funcionais, cognição, mobilidade, humor e comunicação, assim como a condição clínica, que precisam estar em equilíbrio para manutenção da saúde (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; PARANÁ, 2018).

As síndromes geriátricas abrangem grupo de sinais e sintomas que ocorrem concomitantes e de maneira variável, caracterizando anormalidade particular, cuja causa está nas vulnerabilidades clínicas, psicológicas, sociais e ambientais relacionadas ao idoso e sua família (PARADA-PENÃ et al., 2020).

As principais síndromes geriátricas são conhecidas como os sete I's da geriatria, pois todas iniciam com a letra "I" (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010), a saber:

**Incapacidade cognitiva**

**Instabilidade postural**

**Imobilidade**

**Incontinência esfincteriana**

**Incapacidade comunicativa**

**Iatrogenia**

**Insuficiência familiar**

Tais alterações podem ocorrer simultaneamente, dessa forma, requerem abordagem multidisciplinar, uma vez que impactam na qualidade de vida e se relacionam com o aumento da mortalidade nas pessoas idosas (YUASO, 2021).



O profissional de saúde deve ter a capacidade de identificar alterações na saúde do idosos, além de diferenciar e reconhecer as síndromes geriátricas. Tal habilidade é importante para o cuidado em saúde, pois auxilia no seu planejamento e execução, possibilitando evitar a perda funcional e a independência das pessoas idosas. Ainda, devem saber como as síndromes ocorrem, realizar diagnóstico assertivo, instituir tratamento correto e objetivos realistas em conjunto com a pessoa idosa e sua família (PARADA-PENÃ et al., 2020; YUASO, 2021).

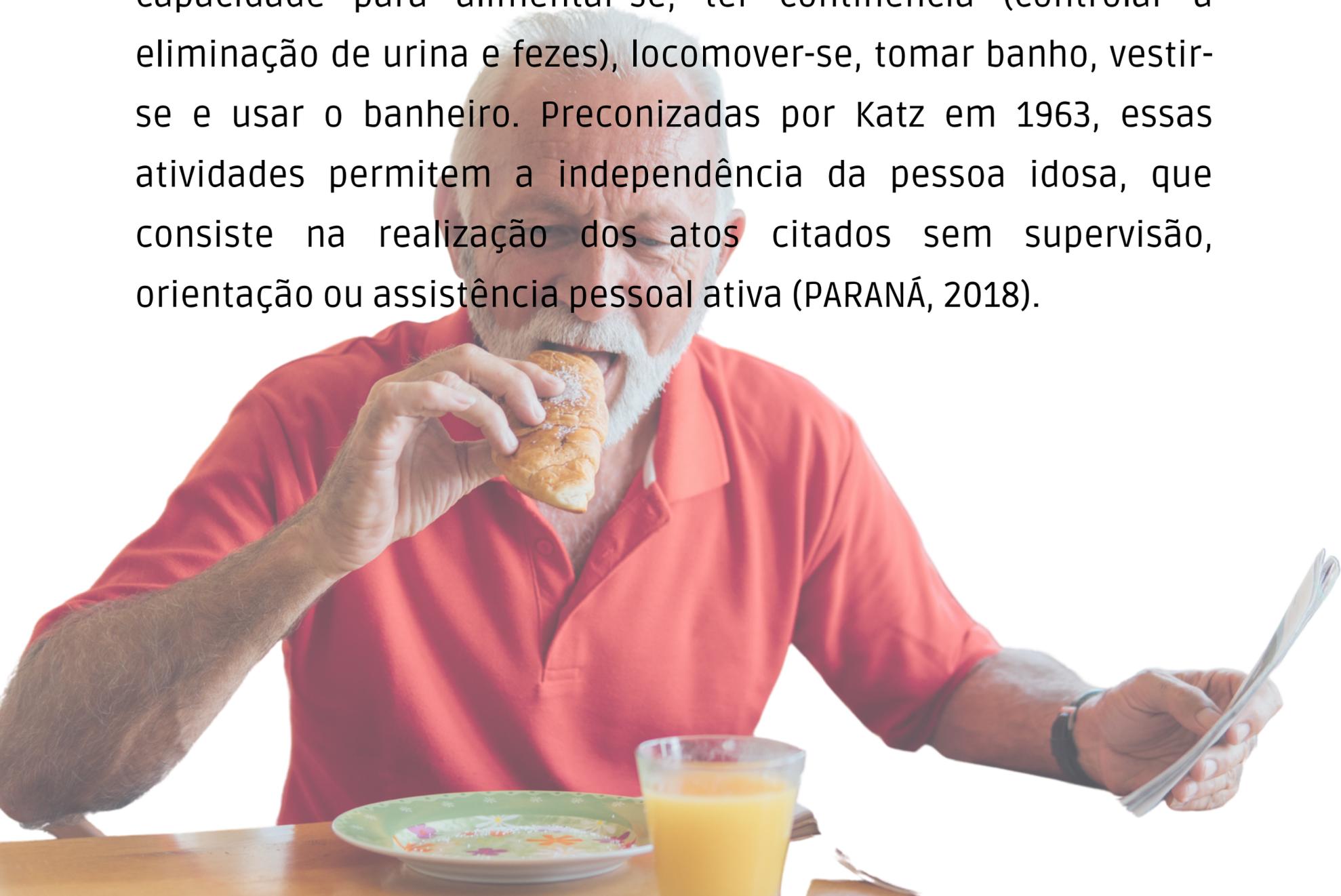
Nesse sentido, o atendimento multi e interprofissional é essencial para a integralidade do cuidado a pessoa idosa, especialmente na atenção básica. A fim de registrar as condições de saúde e nortear as ações de cuidado, o registro minucioso dos dados no prontuário e na caderneta de saúde da pessoa idosa são relevantes para proporcionar integralidade e longitudinalidade do cuidado (YUASO, 2021).

### **1.1 Incapacidade cognitiva**

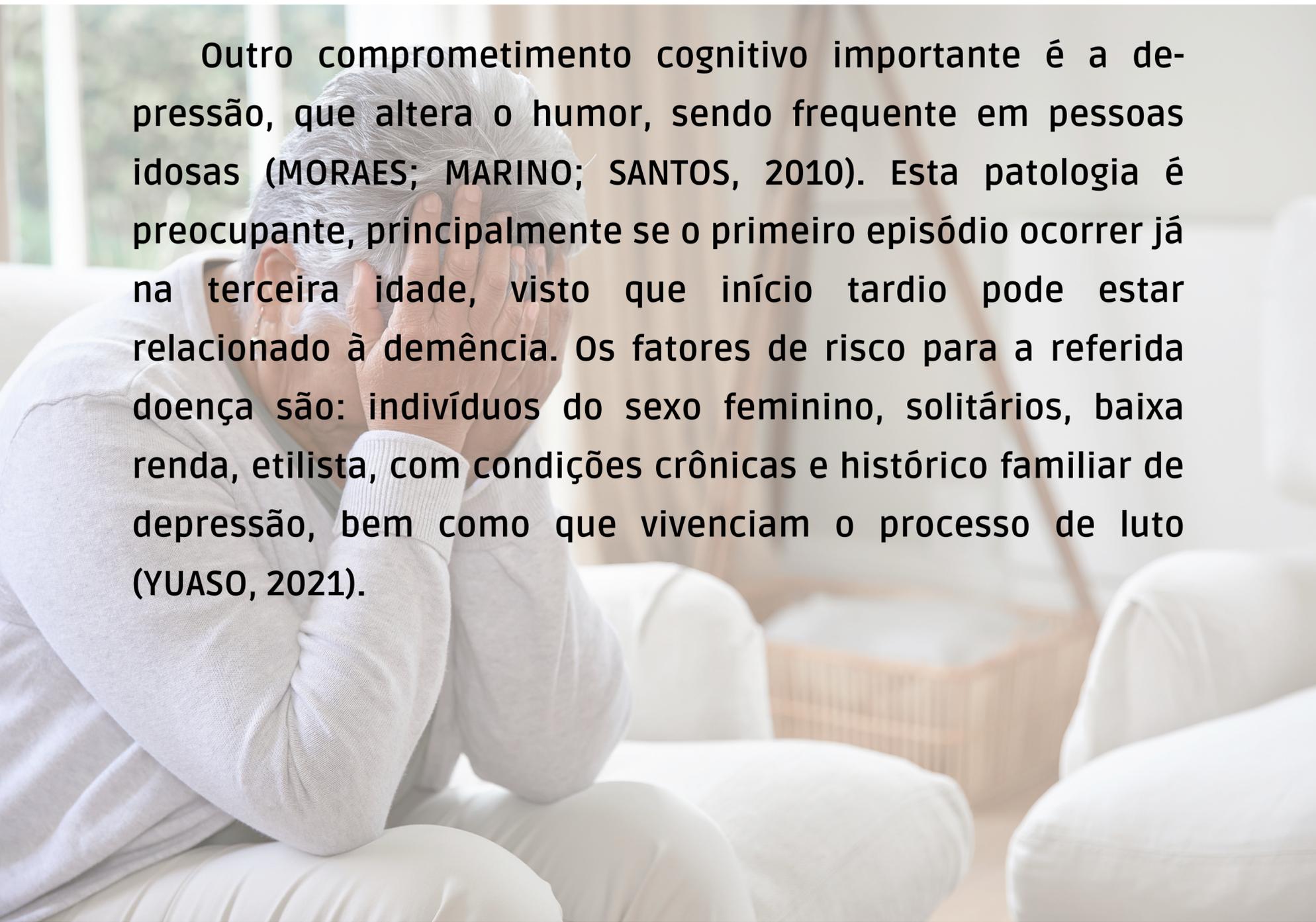
O funcionamento cognitivo se relaciona com as habilidades de pensar, perceber, lembrar, comunicar, planejar, sentir, raciocinar e responder aos estímulos externos. Tais habilidades nem sempre são alteradas pelo envelhecimento, mas podem diminuir progressivamente (YUASO, 2021).

A incapacidade cognitiva pode causar demência, sendo a doença de Alzheimer a com maior incidência, destaca-se que as demências aumentam o risco de mortalidade em pessoas idosas (BU et al., 2020). Os sinais indicativos de demência são: perda de memória, dificuldade para realizar as atividades de vida diárias (AVD), alterações na linguagem, desorientação em tempo e espaço, dificuldade de abstração, alterações de humor e de personalidade, assim como a diminuição da proatividade (YUASO, 2021).

Entende-se por atividades básicas de vida diária (ABVD) a capacidade para alimentar-se, ter continência (controlar a eliminação de urina e fezes), locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. Preconizadas por Katz em 1963, essas atividades permitem a independência da pessoa idosa, que consiste na realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa (PARANÁ, 2018).



O delirium, alteração que afeta a cognição, consistem em condição transitória da função cerebral, com início súbito, variação no nível de consciência, com períodos de sonolência ou agitação anormal, podendo ocorrer alucinações visuais, medo e letargia. Tais alterações são percebidas pelos familiares e/ou cuidadores e é uma urgência geriátrica, assim, deve ser realizada avaliação detalhada e imediata da situação clínica do idoso e do uso de medicações (YUASO, 2021). Pessoas idosas, com demência têm mais chances de terem episódios de delirium, com difícil controle, em idosos sem demência os episódios se adequadamente manejados, são controlados (YUASO, 2021).



Outro comprometimento cognitivo importante é a depressão, que altera o humor, sendo frequente em pessoas idosas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Esta patologia é preocupante, principalmente se o primeiro episódio ocorrer já na terceira idade, visto que início tardio pode estar relacionado à demência. Os fatores de risco para a referida doença são: indivíduos do sexo feminino, solitários, baixa renda, etilista, com condições crônicas e histórico familiar de depressão, bem como que vivenciam o processo de luto (YUASO, 2021).



As alterações cognitivas não influenciam apenas a vida dos idosos, mas de toda família, a qual deve ser incluída no plano de cuidado dos profissionais de saúde, que precisam estar atentos aos sintomas depressivos mascarados, como dores, insônia, perda de peso e de memória, sintomas que muitas vezes são relativizados e associados ao envelhecimento (YUASO, 2021).

Para retardar os sintomas das alterações cognitivas em pessoas idosas, deve-se realizar trabalho multiprofissional aliado a atividade física, convívio social, qualidade do sono e treino mental, especialmente se realizados ao longo da vida (YUASO, 2021), assim como a dieta equilibrada, tem se mostrado como fator preventivo para as doenças mentais (BU et al., 2021).

Para auxiliar na identificação de alterações cognitivas, o profissional de saúde deve realizar avaliações utilizando instrumentos como: Miniexame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994) e Escala de Depressão Geriátrica (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005), bem como outras que permitam avaliação rápida e eficiente, ou seja, ações simples de serem implementadas nos diferentes níveis de atenção, afim de nortear o cuidado, que deve ser planejando em conjunto com a pessoa idosa e sua família (PARANÁ, 2018; YUASO, 2021).

## 1.2 Incapacidade comunicativa ou de comunicação

A comunicação se expressa na fala, audição, linguagem, motricidade orofacial e visão, alteração em qualquer uma delas pode levar à incapacidade comunicativa, que interfere na troca de informações com o meio, impactando principalmente na participação social. A desconexão e o sentimento de frustração reduzem os laços afetivos, aumentam a dependência e comprometem a execução das decisões tomadas (PARANÁ, 2018; YUASO, 2021).

A perda auditiva atinge 72% dos idosos entre 85 e 90 anos, ainda é pouco diagnosticada devido à compreensão equivocada de ser algo inerente ao envelhecimento. Esta pode ser tratada, melhorando a qualidade de vida, interação social, humor e cognição dos idosos. A fala e a visão também são alteradas pelo envelhecimento e pelas doenças que a pessoa idosa pode desenvolver, afetando a comunicação verbal e interação (PARANÁ, 2018). As próteses auditivas, dentárias e óculos, devem ser revisados periodicamente (YUASO, 2021).

O aumento do uso das redes sociais impactou em todas as relações, especialmente nas intergeracionais, limitando a comunicação entre os membros da família, as pessoas idosas têm dificuldade em utilizar as tecnologias e não as reconhecem como forma de interação social (YUASO, 2021).

A fim de promover a comunicação com os idosos, profissionais de saúde podem utilizar estratégias a serem ensinadas aos familiares, a saber: falar frases curtas, não os tratar como crianças, falar de frente para os idosos e em ambiente com boa iluminação, não interromper a sua fala, diminuir ruídos, repetir com calma e pausadamente sempre que necessário. Ações como conversar, cantar e tocar o idoso também auxiliam no processo de comunicação, e devem ser exploradas como estratégias de cuidado (YUASO, 2021).

### 1.3 Instabilidade postural e quedas

A instabilidade postural se refere à dificuldade ou incapacidade de manter o corpo em equilíbrio, ocasionada por alterações no sistema de controle postural que integra o sistema vestibular, receptores visuais e o sistema somatossensorial (MORAES et al., 2019).





A presença de instabilidade postural em idosos aumenta as chances de fragilidade, pois pessoas com déficit de equilíbrio apresentam maior risco para o desenvolvimento de incapacidades na execução das atividades de vida diária (AVD) (MORAES et al., 2019). Essa limitação possui associação significativa com marcadores de fragilidade física e da saúde da pessoa idosa (MORAES et al., 2018).

A redução da velocidade de marcha, presença de fadiga/exaustão, diminuição do nível de atividade física e perda de peso não intencional, aumentam significativamente a instabilidade postural e predisõem os idosos às quedas (MORAES et al., 2019).

As quedas são problemas graves e incidentes presentes entre os idosos, alteram a qualidade de vida, e podem levar ao declínio do autocuidado e da participação social, se relacionando à internação prolongada e à mortalidade. Em caso de recuperação pós-queda, o idoso pode apresentar diminuição da mobilidade e da funcionalidade (PARANÁ, 2018).

Os fatores de risco podem ser intrínsecos, relacionados à idade superior a 75 anos, sexo feminino, alterações cognitivas, sedentarismo, déficit visual e/ou cognitivo, alterações de marcha e equilíbrio, histórico de quedas, fraturas, doenças cardiovasculares e polifarmácia; e os fatores extrínsecos, que se relacionam ao ambiente, como má iluminação, piso

escorregadio, tapetes, mobília, falta de barras de apoio e vestuário e calçados inadequados (PARANÁ, 2018).

A avaliação da marcha e risco de quedas deve ser realizada em todos os idosos, e os profissionais de saúde devem orientar a população para as medidas preventivas da instabilidade postural, tais como: a prática de exercício físico, uso correto de medicação, adequação de órteses, próteses e dispositivos de auxílio à mobilidade, estímulo da marcha com segurança, orientação sobre prevenção de quedas, quanto aos riscos ambientais e adaptação ambiental (MORAES et al., 2019).

#### 1.4 Imobilidade e lesões por pressão

A Síndrome da Imobilidade (SI) é um complexo conjunto de sinais e sintomas resultantes da perda de movimentos articulares e da incapacidade da mudança postural, que compromete a independência, diminui a capacidade funcional, eleva a morbidade devido a perda de movimentos, pode gerar fragilidade física e até a morte (SANTOS et al., 2020; ABRANCHES; CAVALETI, 2020).





Essa síndrome geriátrica pode ser causada por fatores físicos, psicológicos ou sociais. Em relação aos fatores físicos, as causas da imobilidade relacionam-se com indivíduos acamados por período prolongado, quedas com traumas ou fraturas, acidente vascular encefálico (AVE), complicações após cirurgias, doenças crônicas, progressivas e/ou degenerativas, como as demências e parkinson. As causas psicológicas que podem ocasionar imobilidade incluem a depressão, fobias, restrição social e até ausência de motivo aparente. As causas sociais dizem respeito sobretudo aos idosos isolados, sem apoio familiar e/ou institucionalizados (ABRANCHES; CAVALETI, 2020).

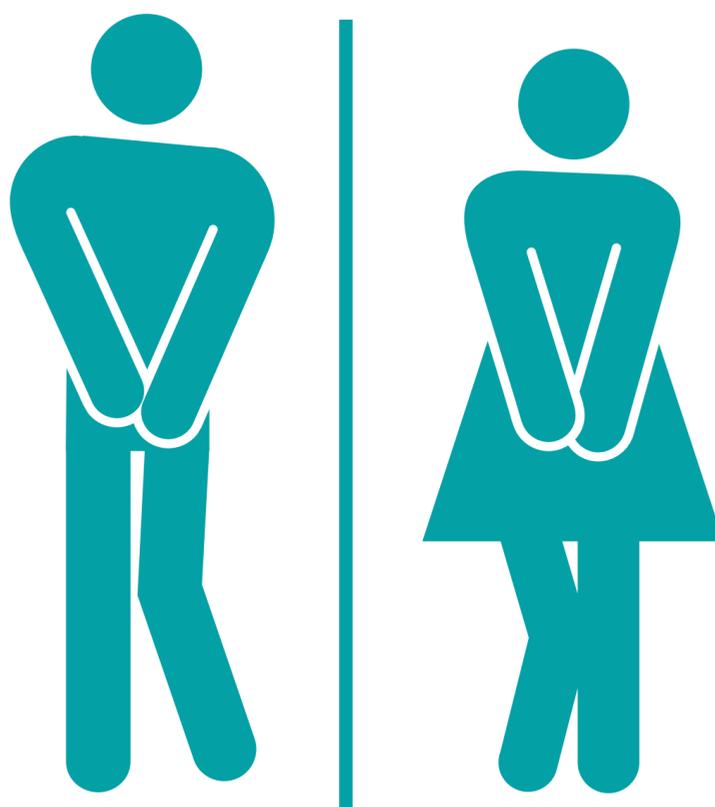
São fatores de riscos intrínsecos para a imobilidade: idade aumentada, dependência nas atividades de vida diária, polimorbidade, problemas psiquiátricos, polifarmácia e instabilidade postural. Os problemas familiares, fatores ambientais, hospitalizações prolongadas e institucionalização precoce são fatores de riscos extrínsecos para a imobilidade (JESUS et al., 2020).

Como intervenções para imobilidade, o profissional de saúde pode estimular a movimentação no leito e a independência nas atividades, estimular a deambulação quando possível, prevenir complicações pulmonares e circulatórias, promover relaxamento, alívio da dor, prevenir edemas e lesões por pressão, estimular a hidratação, promover a educação corporal e realizar o encaminhamento para fisioterapia e reabilitação (LEAL; MEJIA, 2021).

As lesões por pressão acometem a pele e/ou tecidos subjacentes, devido à pressão externa, especialmente nas proeminências ósseas e articulações. Os fatores de risco são: fricção, umidade, diminuição do fluxo sanguíneo e cisalhamento, já a prevenção se dá por meio da adequada higiene, nutrição, hidratação, movimentação, proteção das proeminências ósseas, uso de roupas (de vestir e de cama) adequadas e mudança de decúbito frequente. Os profissionais de saúde devem além de prestar os cuidados às LPP, orientar cuidadores e familiares sobre os fatores protetivos e de risco (PARANÁ, 2018).

### 1.5 Incontinência esfinteriana: urinária e fecal

A incontinência esfinteriana pode ser fecal e/ou urinária, devido à perda involuntária de fezes ou urina, capaz de provocar desconforto social e higiênico. Quando ocorrem simultaneamente incontinência urinária e fecal, denomina-se incontinência dupla (REIS et al., 2003; MORAES, 2018).





No que diz respeito à incontinência urinária no idoso, sua prevalência varia de 8 a 34%, acomete principalmente mulheres idosas, e pode ser classificada como transitória ou permanente. Deve ser investigada quando o idoso refere a perda involuntária de urina, dificuldade de controlar a urina e/ou de segurar a urina até chegar ao banheiro. A incontinência urinária impacta socialmente, representa um estigma social e pode causar restrição das atividades, isolamento e até depressão (MORAES, 2018).

É causada por alterações teciduais que comprometem o trato urinário inferior e o assoalho pélvico, do sistema nervoso central e periférico, alterações hormonais como a menopausa, poliúria noturna, alterações psicológicas, hiperplasia prostática benigna, doenças concomitantes e efeitos colaterais de medicamentos (REIS et al., 2003).

Veja a seguir as características e classificação da incontinência urinária transitória e permanente:

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

<b>Incontinência transitória</b>	
<b>Características</b>	Pouco tempo de evolução, início súbito, associada a uma condição clínica aguda ou ao uso de medicamentos. Tende a ser resolvida após tratada a causa. Exemplos: delirium, infecção urinária, uretrite e vaginite atrófica, restrição da mobilidade, medicamentos (diuréticos, betabloqueadores, neurolépticos [haloperidol], benzodiazepínicos [diazepam] antidepressivos [amitriptilina]), impactação fecal, e distúrbios psíquicos.
<b>Incontinência permanente</b>	
<b>Classificação</b>	<b>Características</b>
<b>Incontinência urinária de urgência</b>	Presença de desejo intenso de urinar (urgência) e perda involuntária de urina. Ocorre por contrações não inibidas da bexiga pela hiperatividade do detrusor (músculo interno na bexiga), decorrente de uretrite, tumores, litíase, ou por alterações no sistema nervoso central, como AVE, demência e parkinsonismo.
<b>Incontinência urinária de esforço</b>	Perda involuntária de urina durante o aumento da pressão abdominal aos esforços (tosse, espirro, riso). Causada por deslocamento da uretra durante esforço, enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico e/ou deficiência esfinteriana decorrente de trauma cirúrgico.
<b>Incontinência urinária por transbordamento</b>	Associada à hipocontratilidade do detrusor decorrente de distúrbio neurológico ou por obstrução da saída vesical. Pode causar globo vesical (bexigoma).
<b>Incontinência urinária funcional</b>	Incapacidade de chegar ao banheiro devido às limitações físicas, psicológicas, cognitivas ou ambientais. Ausência de comprometimento de mecanismos controladores da micção.
<b>Incontinência urinária mista</b>	Etiologia multifatorial, pode ser dois ou mais tipos de incontinência associadas.

FONTE: REIS et al., 2003; MORAES, 2018.

LEGENDA: AVE - Acidente Vascular Encefálico

O tratamento da incontinência urinária depende da causa, das condições clínicas do paciente e da expectativa em relação aos resultados. A avaliação consiste na anamnese, exame físico e análise da urina. Atualmente são três as formas de abordagem terapêutica: **tratamento farmacológico, conservador / comportamental / fisioterápico e cirúrgico** (REIS et al., 2003; MORAES, 2018).

A identificação precoce evita outras complicações e favorece a qualidade de vida das pessoas idosas, pode ser realizada em todos os níveis de atenção, no entanto a atenção básica, devido à proximidade com os idosos, se torna o lócus de cuidado para esse tipo de identificação (PARANÁ, 2018).

A incontinência fecal refere-se à incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal, e engloba a perda involuntária de material fecal e de gases. Como consequências físicas, inclui lesões de pele, infecções urinárias, alterações nutricionais e inatividade física, além de transtornos psicossociais, relacionados à perda da independência, isolamento social e impacto emocional (BARBOSA; DIAS; PEREIRA, 2007).

A continência inclui a influência entre os músculos do assoalho pélvico, os esfíncteres (interno e externo), comprimento retal, aspecto das fezes e cognição. Frequentemente são causadas por

lesões obstétricas e cirurgias anorretais (hemorroidectomia, fístulas, esfínterectomia, radiações pélvicas, entre outras) e diarreia de diferentes origens (colite infecciosa, síndrome do intestino irritável, pós colecistectomia e efeitos colaterais de medicamentos). Além disso, as incapacidades físicas e/ou cognitivas, a idade avançada, diabetes e depressão, são fatores preditivos para esta incontinência (BARBOSA; DIAS; PEREIRA, 2007; BARROSO et al., 2018).

Os tratamentos incluem a detecção e tratamento da origem da incontinência fecal, fisioterapia, terapia comportamental (controle da dieta, uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida, gerenciamento do intestino), reabilitação do assoalho pélvico, além de tratamento cirúrgico (BARROSO et al., 2018).

## 1.6 Iatrogenia

A iatrogenia é uma palavra de origem grega, formada pelos radicais iatro (médico, medicina, remédio), genia (aquele que gera, produz), e ia (qualidade) (BITTENCOURT et al., 2018). É caracterizada por qualquer resultado negativo e/ou dano provocado pela prática dos profissionais, e resulta da presença das seguintes situações (Quadro 2):

## QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS TIPOS DE IATROGENIAS

<b>Tipo de iatrogenia</b>	<b>Descrição</b>
<b>Iatrofarmacogenia</b>	Decorrente do uso de medicamentos, de polifarmácia, da interação medicamentosa e do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento.
<b>Internação hospitalar</b>	Complicações de internação hospitalar, podendo potencializar os riscos decorrentes do declínio funcional, da subnutrição, da imobilidade, de lesões por pressão e infecções hospitalares.
<b>Iatrogenia da palavra</b>	Associada ao desconhecimento de técnicas de comunicação de más notícias.
<b>Iatrogenia do silêncio</b>	Dificuldade dos profissionais de saúde em ouvir adequadamente o paciente e sua família.
<b>Subdiagnóstico</b>	Subdiagnóstico decorrente da tendência a atribuir às queixas apresentadas pelo idoso ao fenômeno “da idade”.
<b>Cascata propedêutica</b>	Ocorre solicitação de exames de forma desnecessária e sem indicação precisa.
<b>Distanásia</b>	Caracterizada pelo prolongamento artificial da vida sem perspectiva de reversibilidade, com sofrimento para o paciente e sua família.
<b>Prescrição de intervenções fúteis</b>	Prescrição de medicamentos ou intervenções sem comprovação científica. Expõe o paciente a riscos desnecessários.
<b>Iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras</b>	Decorrente do excesso de intervenções por “equipe interdisciplinar”, resultante do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso.

FONTE: MORAES; MARINO; SANTOS (2010).

Nesse contexto, cabe ainda destacar que a iatrogenia pode ser de **ação ou de omissão**, em qualquer nível de atenção em saúde e em qualquer momento do cuidado (PARANÁ, 2018).

**Iatrogenia de Ação**  
Evento ou doença não intencional causado por intervenção

**Iatrogenia de Omissão**  
Evento ocorre o profissional de saúde não realiza uma ação necessária

Devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, os idosos são mais susceptíveis à iatrogenia, especialmente devido a medicação, por isso devem ser incluídos em ações de prevenção quaternária, que consistem na identificação precoce de idosos com risco de tratamento excessivo, para protegê-los de intervenções desnecessárias (PARANÁ, 2018).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar de forma coletiva no cuidado ao idoso, compartilhando informações e fortalecendo a comunicação na referência e contrarreferência, atentando-se especialmente às prescrições e uso de medicamentos (PARANÁ, 2018).

## 1.7 Insuficiência ou falta de apoio sociofamiliar

"Insuficiência familiar na pessoa idosa caracteriza-se como processo psicossocial de construção complexa fundado no vínculo familiar prejudicado e, sobretudo, no baixo apoio social; este, determinado principalmente pela precariedade do apoio da família, tanto emocional quanto de ajuda instrumental" (SOUZA et al. 2015, p.1183).



Cabe destacar que a insuficiência familiar nem sempre é negligência ou abandono, por vezes a família deseja cuidar, mas não tem condições para tal (PARANÁ, 2018).

Essa foi a última síndrome a ser classificada, envolve alteração psicossocial, com baixo ou nenhum apoio social ou familiar. Ressalta-se que legalmente a família deve ser a principal responsável por cuidar da pessoa idosa, e que este cuidado se relaciona às questões culturais e sociais, as quais foram alteradas pela entrada da mulher no mercado de trabalho, alteração nos arranjos familiares e diminuição no número de filhos (YUASO, 2021).

Ainda, o individualismo e os conflitos intergeracionais e familiares contribuem para alterações nos arranjos domiciliares, impactando na capacidade de acolhimento aos idosos que possuem incapacidades. Os profissionais de saúde precisam conhecer a dinâmica familiar dos idosos para subsidiar ações e intervenções voltadas à necessidade de cada família, promovendo a consolidação das relações familiares (ELIAS et al., 2018).



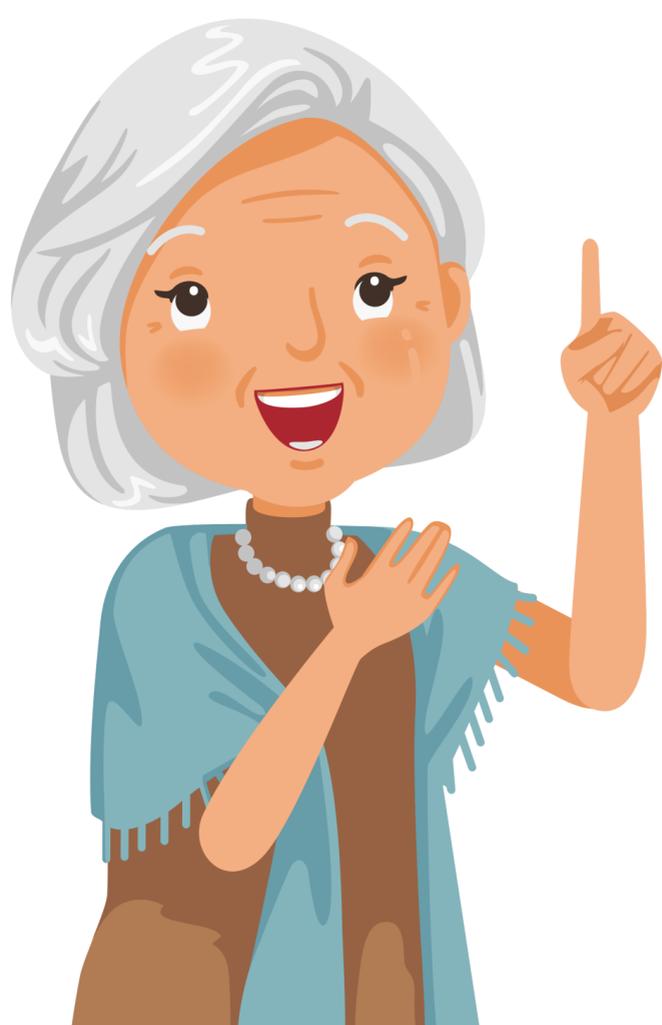
Segundo Yuaso (2021), alguns fatores de alerta sobre a insuficiência familiar são:

- Violência contra a pessoa idosa (física, psicológica, moral, sexual, financeira e social);
- Maus tratos;
- Higiene ambiental e corporal diminuídas;
- Erros na medicação e no controle de doenças;
- Hospitalizações;
- Quedas;
- Desnutrição; e
- Desidratação.

Tais casos devem ser tratados em conjunto pela equipe de saúde e assistência social, bem como notificados de forma compulsória (YUASO, 2021). Adicionalmente, é necessário verificar com atenção a possibilidade de o cuidador realizar o cuidado, visto que muitas vezes se trata de outro idoso, havendo a necessidade de este também receber cuidados e atenção da equipe de saúde. Assim, cuidadores também devem ser avaliados com frequência e incluídos nos planos de cuidado (PARANÁ, 2018).

## 2 SAIBA MAIS

Agora que você já leu este livro, que tal aprofundar o seu conhecimento com a leitura do texto recomendado: Principais síndromes geriátricas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010), publicado na Revista Médica de Minas Gerais.





### 3 SÍNTESE

Nesse módulo você aprendeu que:

- As síndromes geriátricas são as principais responsáveis pela perda da autonomia e independência dos idosos;
- As síndromes geriátricas se associam e podem causar alterações concomitantes;
- A incapacidade cognitiva pode ser relacionada às alterações de cognição, consciência, humor e percepção, impactando na saúde do idoso e de sua família;
- A instabilidade postural altera a mobilidade do idoso, sendo um dos grandes causadores das quedas;
- São várias as complicações, relacionadas a imobilidade, tais como: atrofia muscular, redução do retorno venoso, atelectasia, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, e principalmente a lesão por pressão;
- As incontinências podem ser urinárias ou fecais, com diferentes causas e classificações;
- A incapacidade comunicativa se relaciona à visão, audição, fala, linguagem e motricidade, e influencia a qualidade de vida do idoso e sua interação social.
- A iatrogenia é o dano causado à saúde do idoso nos serviços de saúde;
- Insuficiência ou falta de apoio sociofamiliar não se refere exclusivamente à negligência da família, mas à impossibilidade dela em cuidar, inclusive o cuidador deve ser incluído nos planos de cuidados;



## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C.A.F.; CAVALETI, A.L.C. Síndrome da imobilidade na pessoa idosa hospitalizada. **Research, Society and Development** [online], v. 9, n. 12, e1889129848, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.98481>>. Acesso em: 16 set. 2022.

BARBOSA, J.M.M.; DIAS, R.C. PEREIRA, LSM. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura. **Rev Bras Geriat Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.: 383-400, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.100310>>

BARROSO, A.M.F. et al. Abordagem fisioterapêutica na incontinência fecal: revisão de literatura. **Rev. FisioSer**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.:426-430. 2018. Disponível em: <<https://perineo.net/pub/barroso2019.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2022.

BENEVIDES, K.G.C.B. et al. Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 594-603, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a237427p594-603-2019>>. Acesso em: 01 set. 2022.



BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01–07, 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmCN4kNfVTv/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 set. 2022.

BITTENCOURT, M.G.F. et al. Relação médico paciente: iatrogenia x prática médica. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/189/151>>. Acesso em: 12 set. 2022

BU, Z-H. et al. Cognitive frailty as a predictor of adverse outcomes among older adults: A systematic review and meta-analysis. **Brain Behav.**[online], v.11, n.11, e01926, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/brb3.1926>>. Acesso em: 23 set. 2022.

ELIAS, H.C. et al. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. **Rev Bras Geriat Gerontol**, Rio de Janeiro, v.21, n.05, p.: 562-569, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>>. Acesso em: 20 set. 2022.



FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189–198, 1975. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 set. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba (PR): SESA, 2018.

PAIVA FILHO, E.; PRADO, V.B.; ANDRADE, D.D.B.C. Síndrome da imobilidade nos idosos associado a sarcopenia na atenção primária à saúde. **Braz J Develop**, Curitiba, v.6, n.6, p.: 38833-38847, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjd.v6i6.11872.g9933>>. Acesso em: 12 set. 2022.

JESUS, M.A.P. et al. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. **Rev Baiana Enferm** [online], v.34, e36587, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>>. Acesso em: 18 set. 2022.



LEAL, M.; MEJIA, D.P.M. Intervenção fisioterapêutica na prevenção da síndrome do imobilismo em pacientes acamados por tempo prolongado e seus efeitos no sistema locomotor [online]. 2021. Disponível em: <[https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/26/04 -  
\\_IntervenYfo\\_fisioterapYutica\\_na\\_prevenYfo\\_da\\_sYndrome\\_do\\_imobilismo\\_em\\_pacientes\\_acamados\\_por\\_tempo\\_prolongado\\_e\\_seus\\_efeitos\\_no\\_sistema\\_locomotor.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/26/04_-_Interven%Yfo_fisioterapYutica_na_preven%Yfo_da_sYndrome_do_imobilismo_em_pacientes_acamados_por_tempo_prolongado_e_seus_efeitos_no_sistema_locomotor.pdf)> Acesso em: 18 set. 2022.

MORAES, D.C. et al. Instabilidade postural e a condição de fragilidade física em idosos. **Rev Latino-Am Enfermagem** [online], v.27, e3146, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2655-3146>>. Acesso em: 12 set. 2022.

MORAES, D.C. et al. Instabilidade postural e a condição de fragilidade física em idosos: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá. v.17, n.1, p.1-8, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v17i1.36301>>. Acesso em: 16 set. 2022.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.:54-66, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 18 set. 2022.



PARADA-PEÑA, et al. Síndromes geriátricas: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. **Rev Hisp Cienc Salud**. [online], v. 6, n. 4, p. 201-210, 2020. Disponível em: <<https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/450/281>>. Acesso em: 17 set. 2022.

PARADELA, E.M.P., LOURENÇO, R.A., VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.6, p.:918-23, 2005.

SANTOS, W.P. et al. Prevenção de lesão por pressão em idosos com imobilidade no domicílio. **Braz J Develop**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 83237-83250, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-671>>. Acesso em: 18 set. 2022.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Bras.Enferm**, Brasília, v.68,n.6,p.:1176-85, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>>. Acesso em: 23 set. 2022.

REIS, R.B.et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v.18, suppl 5, p.: 47-51, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-86502003001200018>>. Acesso em: 16 set. 2022.



YUASO, D. R. Síndromes geriátricas e a reabilitação da pessoa idosa. In: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde / Universidade Federal do Maranhão. **Atenção à pessoa com deficiência I: transtornos do espectro do autismo, Síndrome de Down, pessoa idosa com deficiência, pessoa amputada e órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.** São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24259>>. Acesso em: 18 set. 2022.

**PARABÉNS!**

**Você completou  
este  
curso!**

**Lembre-se:  
para obter a certificação  
você precisa completar  
todas as atividades.**



Compartilhe esse material de acordo com a licença:



Este material está licenciado com uma Licença Creative Commons  
Atribuição não comercial - Compartilha igual 4.4 Internacional