Estratégia Concursos

Aula 00

Enfermagem (Módulo Saúde Pública) p/ Concursos - Curso Regular - 2021

Autor:
Gisele Lima

22 de Fevereiro de 2021

Sumário

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 4
1.1 Conceito e terminologia 5
1.2 Princípios 6
1.3 Diretrizes 7
1.4 Objetivo geral da PNAISH 9
1.4.1 Objetivos Específicos do PNAISH 9
1.5 Eixos Temáticos 10
1.6 Saúde sexual e reprodutiva 13
1.7 Paternidade e Cuidado 16
1.7.1 Pré-natal do parceiro 20
1.8 Doenças Prevalentes na População Masculina 23
1.9 Prevenção de violência e acidentes 24
1.9.1 População Privada de liberdade 25
2. Saúde do homem 26
2.1 Câncer de próstata 27
3. Estatuto do Idoso 29
3.1 Dos Direitos Fundamentais 31
4. Envelhecimento 36
5. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI 42
5.1 Conceito e terminologia 42
5.2 Finalidade primordial 44
5.3 Desafios 44
5.4 Diretrizes 45

5.5 Responsabilidades institucionais 48
5.6 Articulação intersetorial 49
6. Saúde do Idoso 53
6.1 Alterações fisiológicas do envelhecimento 53
6.2 Avaliação Geriátrica Ampla- AGA 54
6.3 Assistência de enfermagem gerontológica 62
6.4 Calendário vacinal do idoso 63
6.5 Fragilidade em idosos 63
6.6 Osteoporose 65
6.7 Mobilidade 68
6.8 Quedas 69
6.9 Hipertensão arterial 73
6.10 Diabetes mellitus 76
6.11 Demência 80
6.12 Depressão 81
6.13 Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa 81
Questões Comentadas 82
Gabarito 96

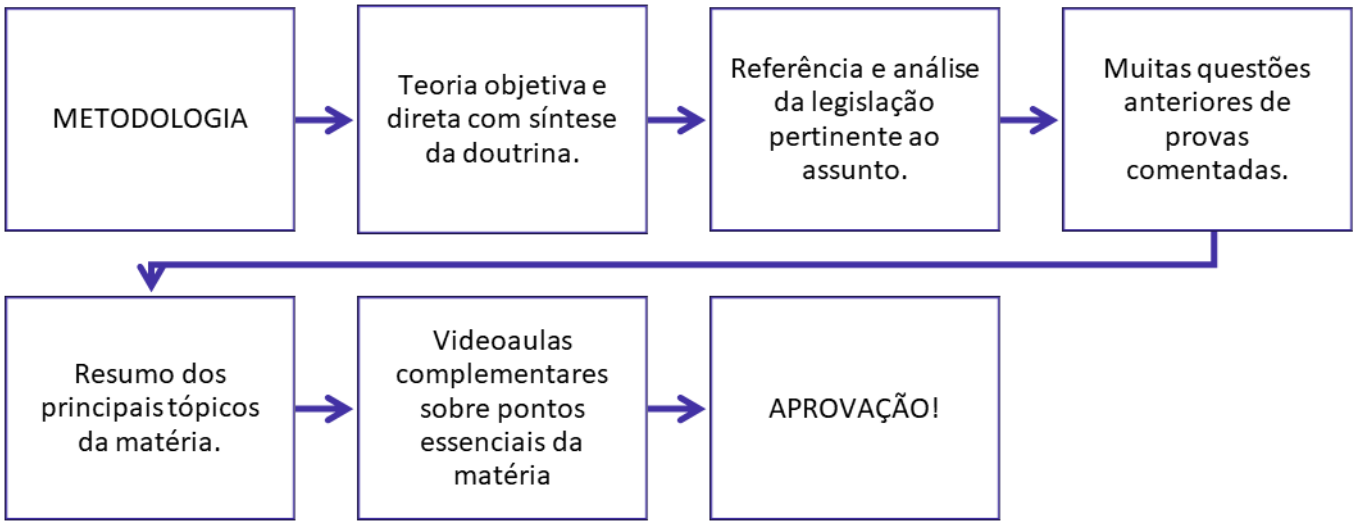
APRESENTAÇÃO DO CURSO

Iniciamos nosso **Curso Regular de Saúde Pública** em teoria e questões, para você que se prepara para provas **objetivas e discursivas** de concurso público na área de Enfermagem.

Trata-se de um curso completo, em que os assuntos serão tratados para atender aquele que está iniciando os estudos na área, como aquele que está estudando há mais tempo. A ideia é passar os pontos importantes de forma didática, com explicação clara e objetiva, além da resolução de muitos exercícios.

A seguir, apresento com mais detalhes, nossa **metodologia**. Mas antes, preciso passar algumas orientações!

Nossos livros digitais aqui no Estratégia (os famosos pdfs) tem por característica essencial a **didática**. Embora os assuntos sejam aprofundados, a didática é fundamental para que possamos aliar teoria, prática (resolução de exercícios) além de muitos **esquemas**, **gráficos informativos**, **resumos**, **figuras**, tudo isso visando direcionar você caro aluno no processo de estudo rumo à aprovação. Assim, nosso curso será estruturado do seguinte modo:



APRESENTAÇÃO PESSOAL

Meu nome é **Gisele Lima**. Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestranda em Saúde coletiva, especialista em Enfermagem do trabalho, saúde coletiva e gestão de processos formativos no âmbito do SUS.

Iniciei na área de concurso público há 9 anos, quando coordenei um preparatório para concursos na área de enfermagem e ministrei aulas de Legislação do SUS. No mesmo ano fui aprovada para o cargo de enfermeira em Estratégia de Saúde da Família na Prefeitura de Salvador e posteriormente para a Prefeitura do Rio de Janeiro.

Quanto à atividade de professora, sou preceptora de estágio supervisionado e de residência multiprofissional e leciono para concursos, com foco na elaboração de materiais em *pdf* e videoaulas.

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões. Terei o prazer em orientá-los da melhor forma possível nesta caminhada que estamos iniciando.

E-mail: gisamlima@hotmail.com

Instagram: https://www.instagram.com/prof_gisele.lima

CRONOGRAMA DE AULAS

AULAS	TÓPICOS ABORDADOS	DATA
Aula 00	Saúde do homem e do idoso	22/02
Aula 01	Saúde da mulher	23/02
Aula 02	Saúde da criança	28/02
Aula 03	Saúde mental	05/03
Aula 04	Saúde do trabalhador e arboviroses	15/03
Aula 05	Saúde do adolescente e do homem	05/04

*PS: Essa é a distribuição dos assuntos ao longo do curso. Eventuais ajustes poderão ocorrer, especialmente por questões didáticas. De todo modo, sempre que houver alterações no cronograma acima, vocês serão previamente informados, justificando-se.

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Na aula de hoje vamos estudar a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Homem (PNAISH).** A PNAISH no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, pela **Portaria nº 1.944/GM** e está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos.

Fiquem atentos aos conceitos e, para memorizar, recorram às dicas, gráficos e esquemas.

Boa aula!

Profª. Gisele Lima

1.1 Conceito e terminologia

Vamos iniciar com o contexto histórico-social da política de **Saúde do Homem**, isto possibilitará compreender o que motivou o surgimento das ações voltadas para esse público.

O sistema de saúde percebeu que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres, e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, pois deixa de fora uma importante parcela da população:

- Os **homens de 20 a 59 anos** de idade que no Brasil somam mais de 52 milhões de indivíduos e na prática esta faixa e sexo é pouco visibilizado ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde.

O **homem** sempre foi construído na sociedade como uma **figura inatingível**, **invencível e forte**. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica. Todas estas visões acabaram contaminando o olhar masculino a respeito de sua própria saúde.

Assim, estes comportamentos e conceitos pré-estabelecidos estimulam um negligenciamento recorrente em relação ao cuidar e ao autocuidado masculino e isso acaba tornando este homem um ser mais vulnerável e predisposto ao adoecimento.

Há algumas questões que promovem o **entrave à participação mais efetiva do homem nos programas de saúde** são: a **posição de provedor** e alegação que os **horários de funcionamento** dos serviços **coincidem com o seu trabalho**, mas vale lembrar que a maioria das mulheres estão no mercado de trabalho e frequentam o serviço de saúde; outro argumento são as longas filas e que as demandas não necessariamente são resolvidas na mesma consulta.

Dessa forma, a ideia de uma política específica para este gênero é a de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e proporcionar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento de doenças especificas do sexo masculino.

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (PNAISH) tem como foco a faixa etária de **20 a 59 anos** de idade.[1]

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está alinhada de maneira **transversal** com a **Política Nacional de Atenção Básica**– porta de entrada do Sistema Único de Saúde –, particularmente em suas estratégias de humanização, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população.

Essa Política também foi desenvolvida de **modo articulado**, principalmente, com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para o Cuidado Integral à **Saúde de Adolescentes e de Jovens**, com a **Política Nacional de Saúde do Idoso** e a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. [1]

Deve-se atentar que a **PNAISH** busca, também, evidenciar os principais **fatores de morbimortalidade**, explicita o **reconhecimento de determinantes sociais** que resultam na vulnerabilidade da população masculina e considera todos os **contextos e representações** relativas à masculinidade que podem comprometer o acesso a cuidados e que pode expô-la a situações de violência ou vulnerabilidade.

Desse modo, a Política traduz um longo desejo da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

1.2 Princípios

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com **integralidade** e **equidade**, primando pela **humanização** da atenção. [1]

---

[1] Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A implementação da política deverá ocorrer de **forma integrada** às demais políticas existentes, numa lógica **hierarquizada** de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

> *Essa política tem como princípios a **humanização** e a **qualidade,** que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas **peculiaridades socioculturais**.*

Para cumpri-los, é importante atentar para alguns elementos: [1]

- **Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde** voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos, atentar para a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem. É necessária articulação em diferentes áreas: governo, o setor privado e a sociedade, criando assim uma rede de corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina.
- **Orientações, através de informações, à população masculina, aos familiares e a comunidade** sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem, além de uma captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres e outros agravos recorrentes.
- **Estabelecimento mecanismos de monitoramento e avaliação** continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários e a elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, com vistas a redefinir as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Grave os princípios**: Humanização e Qualidade.**

1.3 Diretrizes

As diretrizes são linhas de ação que regem a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Sendo estas, construídas com foco em promoção, prevenção, assistência e recuperação, nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção básica e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada.

Neste contexto, a construção das diretrizes da PNAISH, norteadas pela humanização e qualidade da assistência, foram elaboradas considerando os quatros elementos a seguir: [1]

- **Integralidade** a busca por assegurar **acesso aos diferentes níveis de saúde** e sendo organizado pela dinâmica da referência e contrarreferência, além do mais há uma compreensão do **indivíduo nas suas mais diferentes dimensões** a biológica, cultural e social.
- **Factibilidade** a **disponibilização de recursos,** tecnologia, insumos e estrutura para que seja possível a implantação das ações planejadas.
- **Coerência** a relação de **conformidade das diretrizes** propostas com as demais **políticas de saúde** e os princípios do SUS.
- **Viabilidade** a **implementação da política** está relacionada aos três níveis de gestão, ao controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

As diretrizes, propriamente ditas, são:

Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de **promoção, prevenção, assistência** e recuperação da saúde, executado nos **diferentes níveis de atenção.**

Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado. Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde e nortear a prática de saúde pela **humanização** e a **qualidade** da assistência ser prestada, **princípios** que devem permear todas as ações.

Reforçar a **responsabilidade** dos **três níveis de gestão** e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente Política. Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania.

Promover a **articulação interinstitucional**, em especial com o setor **Educação,** como promotor de novas formas de pensar e agir. Incluir na Educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem.

1.4 Objetivo geral da PNAISH

O PNAISH tem por objetivo geral promover a **melhoria das condições de saúde da população masculina** do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a **redução da morbidade e mortalidade** através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a **facilitação ao acesso**, às **ações** e aos **serviços** de assistência integral à saúde.[1]

1.4.1 Objetivos Específicos do PNAISH

Dentre os objetivos específicos, a PNAISH se divide em três grandes grupos que trabalham de maneira a garantir a integralidade da atenção por meio da perspectiva de linhas de cuidado, abrangendo os diferentes níveis de atenção em saúde:[1]

1. Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma **rede de atenção à saúde do homem** que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da **integralidade**;
- **Fortalecer a assistência básica** no cuidado com o homem, através da facilitação e garantia do acesso e da qualidade da atenção, com **formação e qualificação de profissionais**;
- Ampliar e qualificar a atenção ao **planejamento reprodutivo masculino,** inclusive a assistência à infertilidade e garantia da **oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina** nos termos da legislação específica e estímulo à **participação e inclusão do homem**, enfocando inclusive a paternidade responsável.
- Promover **ações integradas** com outras áreas governamentais.

2.Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde

- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a **prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV**, através do **incentivo ao uso de preservativo** como medida de dupla proteção;
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
- Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- Garantir o **acesso aos serviços especializados** de atenção secundária.

3. Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem

- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas.
- **Estimular**, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o **autocuidado** da saúde.
- Promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas.
- Manter **interação permanente com as demais áreas governamentais** no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.

1.5 Eixos Temáticos

A PNAISH tem pontos de atuação por toda a rede de atenção à saúde nos variados níveis de complexidade. Para atingir seu objetivo geral de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, a Política é desenvolvida a partir de 5 eixos temáticos: [2]

Acesso e Acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconhecem os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

Saúde Sexual e Reprodutiva: busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

Paternidade e Cuidado: objetiva sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus (uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).

[2] Fonte: Site a a Z do Ministério da Saúde. Disponível em: <*http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-do-homem*>. Acesso em 04 jun 2020.

Doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Prevenção de Violências e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

O acesso e acolhimento visa promover a inclusão desse homem para que esse consiga ver este espaço de saúde como um ambiente também masculino. Com uma boa recepção é possível fortalecer, facilitar, garantir o acesso e atenção ao enfrentamento dos fatores de risco da saúde masculina para atingir o objetivo das **doenças prevalentes**. Além disso, é necessário **prevenir a violência e acidentes** mais pertinentes a este gênero através de ações que foquem na relação da população masculina com à violência e acidentes.

O eixo saúde sexual e reprodutiva reconhece o homem como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos e busca através de estratégias e ações inseri-lo nesta temática, o homem sendo bem inserido dentro desse eixo estará mais participativo na **paternidade e cuidado**, que objetiva uma maior participação e fortalecimento dos vínculos com a parceira e filhos.

(FUNRIO/2018) Estas assertivas estão relacionadas às Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, EXCETO a contemplada na seguinte alternativa:

a) Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado no nível primário de atenção.
b) Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política.
c) Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada; princípios que devem permear todas as ações.

d) Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir.

Comentário:

A resposta correta é **letra A.** O erro da questão está no termo "no nível primário de atenção", o correto seria "em todos os níveis de atenção".

(UFCG/2016) A saúde do homem preconizada pelo Ministério da Saúde tem sua atuação desenvolvida a partir de 05 (cinco) eixos temáticos:

I - Acesso e Acolhimento
II - Saúde Sexual e Reprodutiva
III - Paternidade e Cuidado
IV - Doenças prevalentes na população masculina
V - Prevenção de Violências e Acidentes
VI – Promoção do bem-estar e qualidade de vida
VII – Valorização do trabalho e da educação em saúde

Verifica-se que estão corretos:
a) I, II, III, IV e V.
b) II, III, IV, V e VI.
c) I, III, V, VI e VII.
d) II, IV, V, VI e VII.
e) I, IV, V, VI e VII.

Comentário:

O gabarito da questão é **letra A.** Promoção do bem-estar e qualidade de vida e valorização do trabalho e da educação em saúde não são eixos temáticos da PNAISH.

(IBFC/2019) Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta (20 a 59 anos) do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de eixos temáticos. Sobre um eixo e respectivo objetivo, assinale a alternativa incorreta.

a) Prevenção de Violência e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em

especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.
b) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
c) Paternidade e Cuidado: objetiva sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus (uas) filhos (as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras (os).
d) Doenças prevalentes na população masculina: objetiva proporcionar um mês para a realização de seus exames.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra D.** O eixo doenças prevalentes visa facilitar e garantir o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde. Não possui relação com prazos de exames.

1.6 Saúde sexual e reprodutiva

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, dispõe sobre o **planejamento familiar**, e o define como um **direito de todo cidadão.**[3]

O **planejamento familiar** é o conjunto de ações de **regulação da fecundidade** que garanta direitos iguais de constituição, **limitação ou aumento da prole** pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

*As ações de planejamento são **proibidas** para qualquer tipo de controle demográfico.*

Todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis devem garantir:[3]

[3] Fonte: Lei do planejamento familiar. Disponível em: <*http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm#:~:text=DO%20PLANEJAMENTO%20FAMILIAR-,Art.,pelo%20homem%20ou%20pelo%20casal.*>Acesso em 06 jun 2020.

- ✓ I - Assistência à concepção e contracepção;
- ✓ II - Atendimento pré-natal;
- ✓ III - Assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- ✓ IV - Controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ V - Controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

O planejamento familiar é exercido através de ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponibilizados pelo SUS, para a regulação da fecundidade.

Vale ressaltar, que as ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, sendo seu funcionamento e fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do SUS.

A direção nacional do SUS (Ministério da Saúde) definirá as normas gerais de planejamento familiar.

A **participação direta ou indireta** de empresas ou **capitais estrangeiros** nas ações e pesquisas de planejamento familiar e a realização de experiências de fecundidade com seres humanos são **permitidas**, desde que **autorizadas, fiscalizadas e controladas** pelo órgão de direção nacional do SUS (Ministério da Saúde).

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção e a prescrição só poderá ocorrer após avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Somente é permitida a **esterilização voluntária** nas seguintes situações:

3

- I - Em homens e mulheres com **capacidade civil plena** e **maiores de vinte e cinco anos** de idade **ou, pelo menos, com dois filhos vivos**, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, neste período a pessoa terá acesso a serviço de regulação da fecundidade e aconselhamento por equipe multidisciplinar para desencorajar a esterilização precoce;
- II -**Risco à vida** ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Para que se realize a esterilização, a pessoa deve fazer o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após ser informada a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Caso a pessoa tenha cônjuge, a esterilização só poderá ser realizada com o consentimento de ambos.

> *§ 2º É **vedada** a **esterilização cirúrgica** em mulher durante os períodos**de parto ou aborto**, **exceto** nos casos de comprovada necessidade, por **cesarianas sucessivas anteriores.***
>
> *§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.*

A **esterilização cirúrgica** como método contraceptivo somente será executada através da **laqueadura tubária, vasectomia** ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

Se a pessoa for absolutamente incapaz, a esterilização cirúrgica somente poderá ser realizada com autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Toda **esterilização cirúrgica** será objeto de **notificação compulsória** à direção do Sistema Único de Saúde.

(FAUEL /2016) O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto na Lei 9.263

de 12 de janeiro de 1996. De acordo com esta lei, somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

a) Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de trinta anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos.
b) Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
c) Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de trinta anos de idade ou, pelo menos, com três filhos vivos.
d) Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado pelo médico e pelo cônjuge autorizando o procedimento cirúrgico.

Comentário:

A resposta correta é a **letra B.** As letras A e C estão erradas porque a esterilização voluntária é permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos e a letra D está errada porque em caso de risco à vida, o relatório deve ser assinado por dois médicos e não, pelo cônjuge.

1.7 Paternidade e Cuidado

As estratégias e ações de saúde do SUS são voltadas aos **direitos reprodutivos**, incluindo o acompanhamento da gestação e o momento do parto e tem se centrado quase que exclusivamente nas mulheres e/ou no conjunto mãe-criança. A paternidade parece só existir quando a criança nasce ou mesmo quando ela já está mais crescida.

Muitas vezes, diante desses conceitos de masculinidade hegemônica há a percepção de que a gestação e o cuidado de filhos/as dizem respeito exclusivamente às mulheres.

No entanto, um movimento crescente observado no Brasil, e também em vários outros países do mundo, tem defendido que os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, O planejamento reprodutivo vai desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças.

O apoio e participação do parceiro são fundamentais para uma gravidez mais tranquila para a mulher. A PNAISH aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado, um dos seus eixos, por meio do **Pré-Natal do Parceiro**, que está em execução desde **2012** na **rede de atenção básica**, como as UBS. [4]

O projeto está focado nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados.

O **pré-natal** é o momento para que o pai/parceiro **cuide de sua saúde** e se prepare para o **exercício da paternidade responsável**. Tendo ciência da importância do envolvimento ativo dos homens, adolescentes, jovens, adultos e idosos, em todo o processo de direitos sexuais e reprodutivos e no acompanhamento da gestação, parto, puerpério e cuidados posteriores com o crescimento e desenvolvimento das crianças. [4]

O envolvimento consciente dos homens – independente de ser pai biológico ou não – em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles e suas parceiras e filhos (as) e as relações de cuidado.

Além disso, o Pré-Natal do Parceiro propõe-se a ser uma das principais **"portas de entrada"** aos serviços ofertados pela **Atenção Básica** em saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A iniciativa é uma oportunidade para que os homens **realizem exames de rotina, testes rápidos, atualizem a carteira vacinal** e participem nas **atividades educativas** nos serviços de saúde. Além de incentivar exames de rotina, o projeto inclui exames para doenças sexualmente transmissíveis, para reduzir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. [4]

> *A realização de testes rápidos para detecção destas doenças e a consequente adesão ao tratamento por parte do parceiro infectado pode diminuir consideravelmente o risco de contágio da mãe para a criança, isto porque mesmo que a genitora tenha se tratado, se ela mantiver relações sexuais com o parceiro infectado pode ser, no caso da sífilis, reinfectada e ter a carga viral aumentada no caso do HIV.* [4]

Essas ações têm grande potencial para auxiliar em um dos principais **objetivos** da política: **ampliar o acesso e o acolhimento dos homens** aos serviços e **programas de saúde** e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do SUS.

---

[4] Fonte: HERRMANN, Angelita, et al. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Estas ações buscam ressaltar a importância de:[4]

Disseminar imagens e mensagens positivas sobre pais e paternidade, reconhecendo a importância do papel dos pais para a socialização e a educação das crianças, considerando a complexidade deste papel, muito além da visão tradicional onde pai significa apenas provedor.

Sensibilizar e qualificar os trabalhadores da saúde para **acolher e envolver os pais/parceiros desde o teste de gravidez**, para favorecer a vinculação precoce.

Explicar para a gestante e para o pai/parceiro os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, desde as consultas de pré-natal até o momento do parto e do pós-parto;

Informar a população sobre os direitos dos pais, como por exemplo, a **licença paternidade de 05 (cinco) dias, garantidos por lei**. Incentivar e orientar pais e mães sobre a importância do registro civil de nascimento de seus filhos (as), com especial atenção para pais e mães adolescentes e jovens;

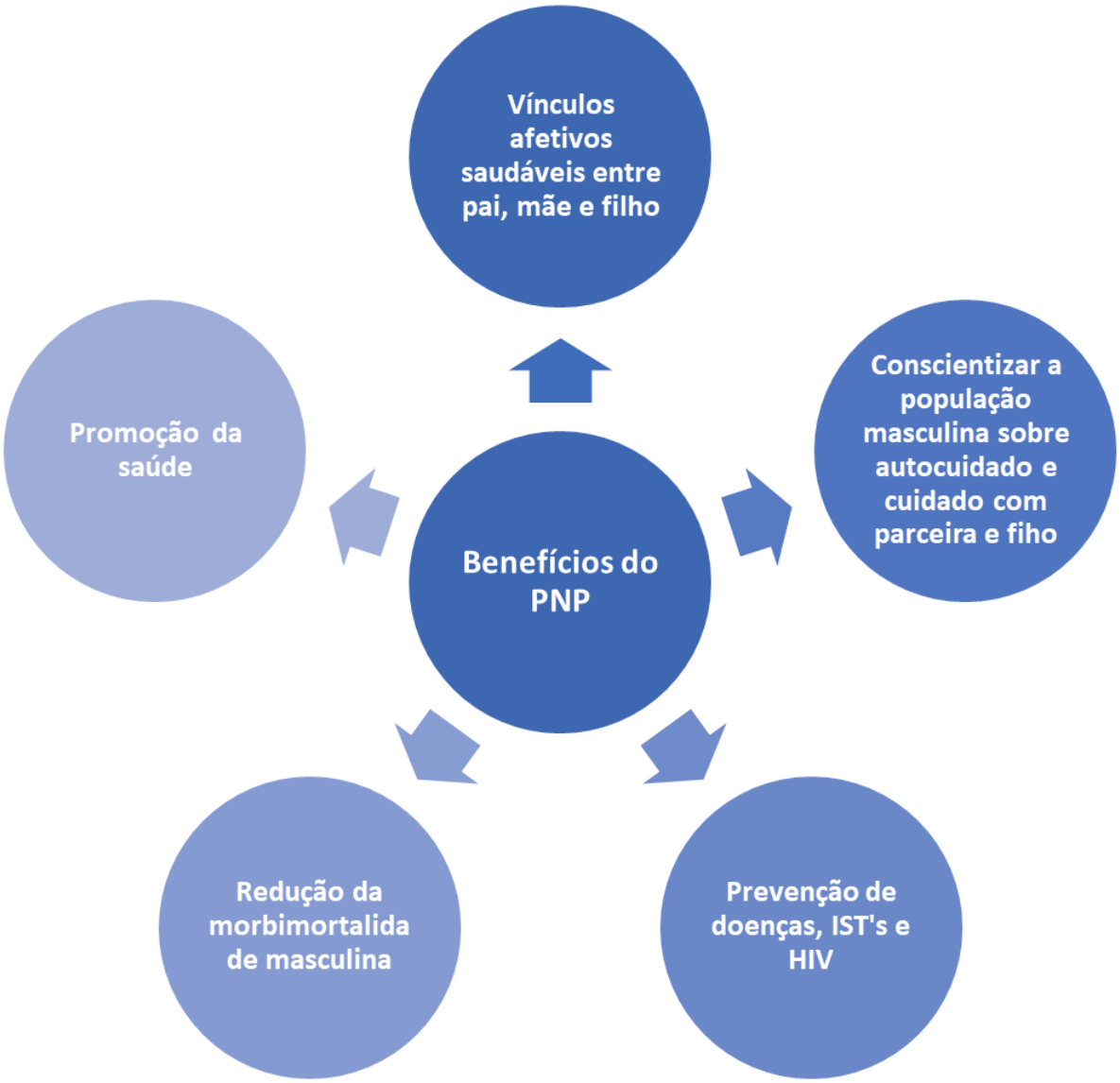
Divulgar amplamente a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, estimulando que esse acompanhante - inclusive no caso de pais adolescentes - seja o pai/parceiro, respeitando a livre escolha da mulher.

Valorizar a participação do pai/parceiro em ações simples durante todo o trabalho de parto (ex.: clampeamento do cordão umbilical e o primeiro banho).

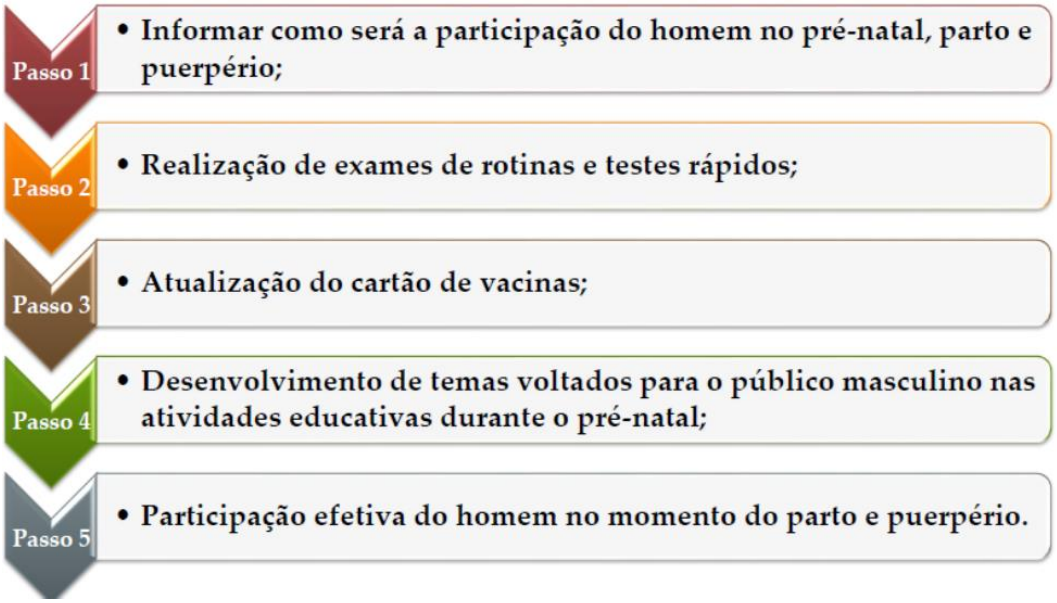
Destacar a presença do pai/parceiro incluindo o nome dele na placa de identificação dos recém-nascidos e nos consultórios dos serviços de saúde;

O **pai/parceiro** deve ser visto como **protagonista**, com livre e irrestrito acesso a sua parceira e ao seu filho independente do ambiente.

Convidar o pai/parceiro a engajar-se no método canguru, caso o recém-nascido seja prematuro e orientar como ele pode estimular e favorecer a amamentação de sua parceira, além de dividir as atividades domésticas e tarefas de cuidado com a criança.


Vínculos afetivos saudáveis entre pai, mãe e filho
Promoção da saúde
Conscientizar a população masculina sobre autocuidado e cuidado com parceira e filho
Benefícios do PNP
Redução da morbimortalida de masculina
Prevenção de doenças, IST's e HIV

1.7.1 Pré-natal do parceiro



1ºpasso: Acolhimento do pai/parceiro:

Esse **primeiro contato** deve ser aproveitado para incorporar o homem nas **ações voltadas** para o **cuidado integral** à saúde, as quais podem ser desenvolvidas em grupos de saúde do homem, durante as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, nos locais estratégicos do território (empresas, áreas de lazer, bares), entre outras.

O acolhimento **não** é um momento **fixo ou uma etapa**, mas uma postura ética, política e, sobretudo **empática,** que pode ocorrer em boa parte dos momentos de interação entre usuários e profissionais de saúde.

2º passo: Solicitação de testes rápidos e exames de rotina:

Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. É importante incluir o pai na promoção e na ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico.

É oportuno ofertar, já na primeira consulta, os testes rápidos de **HIV e sífilis**.[4]

3º passo: Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada:

O pai/parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

4º passo: Atividades educativas:

Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes.

5º passo: Participação efetiva do homem:

Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento.

Além disso, o (a) profissional deve mostrar ao futuro pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a:

- garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;
- estimular o parto normal; diminuir o medo, a tensão e, consequentemente, aliviar a dor e a duração do trabalho de parto;
- aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- favorecer o aleitamento materno;
- fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

Direitos paternos garantidos pela legislação

Existem na legislação, alguns artigos e incisos que garantem os direitos de pais/parceiros durante a gestação e trabalho de parto da parceira, bem como, a licença-paternidade.

Na **Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)**, o **artigo 473** garante que o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:

X - **Até 2 dias** para **acompanhar consultas médicas e exames complementares** durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira; (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

A **Constituição Federal (CF) 88**, no artigo7º, inciso XIX, **garante a licença-paternidade** e no artigo 10º explicita que os pais têm direito a **5 dias de licença paternidade**, sendo que algumas localidades possuem sua própria legislação com um tempo diferenciado variando entre 10, 15 a 30 dias para servidores públicos

A **Lei Federal nº11.108/05** é complementar à Lei 8.080/90 e trata do acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 19-J. : Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de **1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**.

§ 1º O acompanhante será **indicado pela parturiente**.

(COMPERVE/2018) Diante de resultado positivo do teste imunológico para a gravidez, recomendações importantes devem ser consideradas durante a consulta de enfermagem. Na ocasião da solicitação de exames para a mulher, deve-se oportunizar a inclusão do homem no processo, sensibilizando a mulher (e o homem, se presente) quanto à importância da adesão do parceiro ao pré-natal, explicando como será sua participação. A orientações incluem: estimular o comparecimento às consultas, realizar os exames solicitados, adesão aos tratamentos eventualmente indicados e acompanhamento da mulher no hospital no momento do parto. Nesse contexto, os exames solicitados para o homem são, entre outros:

a) Sorologias para sífilis, HIV e hepatites.
b) Lipidograma, PSA e toque retal.
c) Hemograma, PSA e colesterol.
d) Sorologias para toxoplasmose, HIV e rubéola.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A.** PSA, toque retal, sorologia para toxoplasmose e rubéola não fazem parte dos exames solicitados no pré-natal do parceiro.

1.8 Doenças Prevalentes na População Masculina

Este eixo da PNAISH busca aproximar e facilitar o acesso do homem à atenção básica através do conhecimento dos principais fatores de risco e agravos nesta população.

As principais **causas de morbidade** da população masculina de **20-59 anos** estão compreendidas em **5 grupos**: [5]

- Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;
- Doenças do aparelho digestivo;
- Doenças do aparelho circulatório;
- Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- Doenças do aparelho respiratório.

Dentre as internações por **lesões, envenenamento** e algumas outras consequências de **causas externas**, o **traumatismo intracraniano** foi a principal causa de **internação** seguido de **luxações, entorse e distensão** de regiões especificadas e de regiões múltiplas do corpo.

As **causas externas** de morbimortalidade são consideradas um grave problema de Saúde Pública, principalmente nos países de baixa e média renda. Representam a **segunda causa de óbitos de homens** no país, com pico na **faixa etária de 20 a 29 anos**, sendo a primeira em pessoas de 15 a 49 anos de idade. [5]

Devido à gravidade das lesões, a maior parte das vítimas de acidentes e violências procura as unidades de assistência à saúde em busca de atendimento ambulatorial, internação hospitalar ou reabilitação. Além do impacto no perfil de mortalidade, as causas externas provocam elevado número de internações e a ocorrência de sequelas físicas e psicológicas, temporárias ou permanentes.[5]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divide as **causas externas** em **lesões intencionais** (incluindo homicídios, violências, suicídios, privação ou negligência) e **lesões não intencionais** (como acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, intoxicações acidentais, complicações da assistência médica, dentre outras). [5]

Entre as internações por **doenças do aparelho digestivo**, a **hérnia inguinal** foi a **principal causa** seguida de colelitíase e colecistite e doença do apêndice.

---

[5]Fonte: BRASIL. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Em relação às internações por **doenças do aparelho circulatório**, a **insuficiência cardíaca** foi a **principal causa**, seguida de infarto agudo do miocárdio. É importante ressaltar que as taxas aumentam quanto maior for a idade.

Em 2015, a **principal causa** de internação foi por doença pelo vírus da imunodeficiência humana (**HIV**), seguida de septicemia, dengue (dengue clássica) e diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. Sendo que as maiores **taxas de internação por doença pelo HIV** foram na faixa etária de **40 a 49 anos.**

Nas internações por **doenças do aparelho respiratório**, no ano de 2015, a **pneumonia** foi a **principal causa**, seguida por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a asma, a terceira causa.

As principais **causas de mortalidade** nos homens de 20-59 anos estão divididas em 4 grupos, são eles: [5]

- **Causas externas** de morbidade e mortalidade (agressões e acidentes de veículos)
- **Doenças** do aparelho **circulatório** (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca)
- **Neoplasias** (brônquios e pulmões e, estômago);
- **Doenças** do aparelho **respiratório**

1.9 Prevenção de violência e acidentes

O **relatório da OMS** define violência como

> *"uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação"* destaca, desse modo, a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. É identificada atualmente nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais. [6]

Segundo o Ministério da Saúde, a **violência** pode ser compreendida como um **fenômeno difuso, complexo, multicausal**, com raízes em fatores sociais,

[6] Fonte: OMS (Organização Mundial da Saúde)

culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos, que envolve **práticas em diferentes níveis.**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: física, psicológica, tortura, sexual, negligência/abandono. E define também uma **tipologia de três grandes grupos** segundo quem comete o ato violento: **violência contra si mesmo** (autoprovocada ou auto infligida); **violência interpessoal** (doméstica e comunitária); e **violência coletiva** (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

Dentro desse contexto o homem ocupa a posição mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima, pois a agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo.

Os homens **adolescentes e jovens** são os que mais sofrem lesões e traumas.

Os adolescentes e adultos jovens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com **ênfase em afrodescendentes**, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a **des-essencialização** de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em lidar com seus danos e consequências.

1.9.1 População Privada de liberdade

Como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência grande parte da população carcerária no Brasil é do gênero masculino. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, prevê o cumprimento do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade.

As ações de saúde são garantidas em **todos os níveis de complexidade**.

(CESGRANRIO-2019) Considerando-se a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, a violência constitui um importante agravo à saúde dos brasileiros. Nesse contexto, considere as afirmativas abaixo.

I - Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões.
II – Não existe intervenção preventiva sobre as causas da violência.
III–A violência deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade.

Está correto o que se afirma em:

a) I, apenas
b) II, apenas
c) e III, apenas
d) II e III, apenas
e) I, II e II

Comentário:

A opção correta é **letra C**. A intervenção preventiva é uma das ações para combater as causas da violência.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS, a violência interpessoal se refere a:

a) Quando é cometida por quaisquer membros da família ou comunidade
b) Quando é uma automutilação
c) Quando é uma violência do Estado aos cidadãos
d) Quando é uma violência que envolve organizações

Comentário:

A questão correta é a **letra A.** A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos.

2. SAÚDE DO HOMEM

Vimos na PNAISH, as principais causas de morbimortalidade na população masculina, agora conheceremos 2 doenças específicas desse gênero e que frequentemente estão presentes nas provas. São elas: câncer de próstata e câncer de pênis.

2.1 Câncer de próstata

O **câncer de próstata** é o **segundo mais frequente** entre os homens, estando atrás somente do câncer de pele e é também a **segunda causa de morte por câncer.** É considerado um câncer da terceira idade, pois aproximadamente**75% dos casos** no mundo ocorrem **a partir dos 65 anos.**[7]

- Quais são os **fatores de risco?**

1. Idade avançada (incidência aumenta após os 50 anos)
2. História familiar (pai ou irmão) com CA de próstata antes dos 60 anos)
3. Excesso de gordura corporal: aumenta o **risco de câncer de próstata avançado**
4. Exposição a aminas aromáticas, arsênio, produtos de petróleo, motor de escape de veículo e fuligem

- **Sinais e sintomas**

Na fase inicial tem evolução silenciosa, indivíduo pode ser assintomático ou apresentar sintomas como: **dificuldade de urinar, polaciúria ou nictúria, hematúria, diminuição do jato de urina**, já na **fase avançada** pode provocar **dor óssea**, sintomas urinários ou se mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal.[7]

- **Diagnóstico**

É recomendada a detecção precoce através da anamnese, exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos de homens sintomáticos. O **rastreamento do câncer de próstata**, bem como o diagnóstico, é realizado através da **dosagem de PSA e toque retal.**[7]

- Dosagem de PSA: exame de sangue que avalia a **quantidade do antígeno prostático** específico. A maioria dos homens apresenta nível de PSA abaixo de 4ng/ml.
- Toque retal: O médico realiza o toque com o dedo protegido por luva lubrificada em busca de nódulos ou tecidos endurecidos na próstata.

A **biópsia** é o único procedimento capaz de **confirmar o câncer.** É feita com auxílio da ultrassonografia. Nos dias posteriores à coleta, o indivíduo pode apresentar desconforto, hematúria ou sangue no sêmen e há risco de infecção.

---

[7] Fonte: Site do INCA. Disponível em:<*https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata*>. Acesso em 10 jun 2020.

Para câncer localizado apenas na próstata é indicada cirurgia, radioterapia e até mesmo observação vigilante (em situações especiais). Se a doença estiver avançada, são utilizadas cirurgia ou radioterapia em combinação com tratamento hormonal e para doença metastática, é recomendada terapia hormonal.

A escolha do tratamento deve ser individualizada e definida entre médico e paciente após discutirem riscos e benefícios de cada um.

(IBFC/2015) Em relação ao câncer de próstata, leia as frases abaixo e a seguir assinale a alternativa correta.

I. No Brasil, é o câncer mais incidente entre homens, excluídos os casos de pele não melanoma.
II. O principal fator de risco para a doença é a bebida alcoólica.
III. No Brasil, é recomendada a organização de programas de rastreamento populacional com o objetivo de detectar alterações nesta glândula.

a) Apenas a frase I está correta.
b) As frases I, II e III estão corretas.
c) Apenas as frases II e IV estão corretas.
d) Apenas a frase III está correta.

Comentário:

A resposta correta é a **letra A.** Item II: o principal fator de risco é a idade; item III: no Brasil não é recomendado rastreamento populacional.

(COMPERVE/2019) O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do INCA de não adoção do rastreamento populacional de câncer da próstata e, sim, da detecção precoce. Partindo desse entendimento, a detecção precoce consiste em:

a) Solicitar exames em indivíduos saudáveis, sem sinais ou sintomas da doença, com o objetivo de detectar a doença em fase pré-clínica.
b) Diagnosticar pessoas que apresentam sinais e sintomas sugestivos da doença, pois, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida.

c) Realizar ações de detecção anualmente por meio de PSA e toque retal em toda a população masculina a partir dos 35 anos de idade.
d) Orientar os homens sem sintomas e/ou sem histórico familiar, independentemente da idade, a buscarem os serviços de saúde para realizarem exames como PSA e toque retal.

Comentário:

A resposta correta é a **letra B.** Detecção precoce se refere ao diagnóstico em indivíduos sintomáticos.

3. ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do idoso está descrito na Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003.Ele é estruturado em direitos:[8]

O *art. 1º*institui o estatuto do idoso e objetiva regular os direitos assegurados às pessoas com idade **igual ou superior a 60**(sessenta) anos.

[8] Fonte: Estatuto do idoso. Disponível em: <*http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm*>. Acesso em 15 jun 2020.

Art. 2º O idoso **goza** de todos os **direitos fundamentais** inerentes à **pessoa humana**. Este artigo traz uma reafirmação da cidadania e assegura por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É **obrigação** da **família**, da **comunidade**, da **sociedade** e do **Poder Público assegurar** ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do **direito** à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A garantia de **prioridade** compreende: [8]

- o atendimento preferencial **imediato** e **individualizado** junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; **priorização** do atendimento do idoso por sua própria **família**, em detrimento do atendimento asilar, exceto aqueles que não possuam famílias com condições de manutenção da própria sobrevivência;
- garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais;
- **capacitação** e **reciclagem dos recursos humanos** nas áreas de **geriatria e gerontologia** e na prestação de serviços aos idosos;
- estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- **preferência** na formulação e na execução de **políticas sociais públicas** específicas e **destinação** privilegiada de **recursos públicos** nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso.

O *Art. 4º* versa sobre nenhum idoso ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e qualquer atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Nesse sentido, é dever de todos prevenir qualquer ameaça ou violação ao direito dos idosos.

Além disso, temos mais dois dispositivos interessantes no Estatuto do Idoso. Os artigos 5 º e 6 º focam na **responsabilidade de pessoas físicas ou jurídicas** que violem esses direitos e a necessidade de comunicação às autoridades, caso tenha conhecimento de qualquer violação.

3.1 Dos Direitos Fundamentais

Pessoal, vamos passar agora a um tópico importante em termos de preparação: o tema dos direitos fundamentais. ;) Atenção especial, pois esse tema costuma cair em prova!

Primeiro aspecto que podemos abordar diz respeito ao chamado **direito à vida**. Trata-se de um direito personalíssimo, garantindo à **pessoa idosa uma vida com um envelhecimento digno e saudável,** asseguradas por políticas sociais públicas. (*Art. 8º* e *9º)*

Por outro lado, o *art. 10º* versa sobre a obrigatoriedade do Estado e sociedade na garantia de liberdade, respeito e dignidade à pessoa idosa, como sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais.

Do direito à saúde

Todo idoso tem direito ao acesso universal e igualitário à saúde. Este é garantido através da atenção integral ofertada pelo SUS. De que forma está estruturada essa atenção? É um **conjunto articulado e contínuo** das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a **atenção especial às doenças** que afetam preferencialmente os **idosos**.[8]

E de que maneira é efetivada a prevenção e a saúde desse idoso?

Através de **cadastramento** da população idosa **em base territorial**.

Será disponibilizado: atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios e nas unidades geriátricas de referência, presença de **profissionais especializados**. **Atendimento domiciliar, incluindo a internação** para quem necessitar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, tanto nos meios urbano e rural. Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Cabe ao **Poder Público fornecer gratuitamente, medicamentos,** especialmente os de uso continuado, assim como **próteses, órteses** e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação do idoso.

Apesar de na prática os planos de saúde para os idosos cobrarem valores exorbitantes, no Estatuto do Idoso dentro dos direitos à saúde é vedada a **discriminação** do idoso com cobrança de **valores diferenciados** em razão da idade.

Aos idosos portadores de **deficiência** ou com limitação incapacitante serão ofertados **atendimento especializado**.

Os artigos 16 e 17 são os favoritos das bancas. O primeiro trata sobre o **direito do idoso a partir de 60 anos ter acompanhante**, caso o **idoso esteja internado** ou em observação, e a responsabilidade do órgão de saúde em proporcionar todas as **condições adequadas** para que haja a permanência em tempo integral desse acompanhante. Lembrando, que caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Já o artigo 17, discorre sobre o **direito de o idoso optar pelo tratamento de saúde** que lhe parecer **mais favorável**, desde que esteja no domínio de suas faculdades mentais. Caso ele não atenda essa condição, a decisão poderá ser tomada:

> *I – pelo **curador**, quando o idoso **for interditado**;*
>
> *II - **pelos familiares**, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;*
>
> *III - **pelo médico**, quando ocorrer iminente **risco de vida** e **não** houver **tempo hábil** para consultar a curador ou familiar;*
>
> *IV - **pelo próprio médico**, quando **não houver curador ou familiar** conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.*

Do direito ao Transporte

Essa seção trata de direitos já bem conhecidos, o da gratuidade e reserva de assento para idosos. Se liga 😉

> É assegurada aos maiores de 65 anos, mediante apresentação de documento pessoal, a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, exceto nos serviços seletivos especiais.

A gratuidade para a faixa etária entre 60 a 65 anos ficará a critério da legislação local.

Haverá nesses meios de transporte a reserva de 10% dos assentos com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

(VUNESP/ 2016) Os idosos têm direito legal de serem acompanhados em situação de cuidados em saúde e internação hospitalar. Esse direito é autorizado a pacientes com idade a partir de:

a) 45 anos.
b) 50 anos.
c) 55 anos.
d) 60 anos.
e) 65 anos.

Comentário:

A questão correta é a **letra D.** O art. 1º institui a idade igual ou superior a 60 anos.

(EDUCA/2019) De acordo com o art. 17 da Lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Assinale a alternativa INCORRETA. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

a) Pelo curador, quando o idoso for interditado.
b) Pela equipe de enfermagem.
c) Pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil.
d) Consulta a curador ou família.
e) Pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Comentário:

A questão correta é a **letra B.** O artigo 17 não aborda a possibilidade da equipe de enfermagem como possível opção para quaisquer decisões relativas às escolhas de tratamento médico, caso o idoso não esteja apto para isso.

Outra temática importante dentro do Estatuto é a violência contra o idoso. É considerada **violência** contra o idoso qualquer **ação ou omissão** praticada em local público ou privado que lhe cause **morte**, **dano ou sofrimento físico ou psicológico.**

Os casos de **suspeita ou confirmação de violência** praticada contra idosos são de **notificação compulsória** pelos serviços públicos e privados à autoridade sanitária.

Esses casos deverão ser obrigatoriamente comunicados a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público ou algum dos 3 Conselhos: Nacional, Estadual e Municipal do Idoso.

Já que falamos de violência, vamos conhecer as medidas de proteção aplicáveis sempre que os direitos dos idosos forem ameaçados ou violados: I- por **ação ou omissão** da **sociedade ou do Estado**; II – por **falta**, **omissão** ou **abuso da família**, **curador** ou entidade de atendimento; e III - em razão de sua condição pessoal.

DOS CRIMES

As ações abaixo são consideradas crimes e passíveis de diferentes penas.

> *Art. 96.* **Discriminar pessoa idosa**, **impedindo ou dificultando seu acesso** a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade. Haverá pena para quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discrimina pessoa idosa, por qualquer motivo.
>
> *Art. 97.* Deixar de prestar assistência
>
> *Art. 98.* Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:
>
> *Art. 99.* Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado.

A **apropriação** ou **desvio** indevido de **bens, proventos, pensão** ou qualquer outro rendimento do idoso, a **retenção** do cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento, ressarcimento de dívida ou outros fins.

Art. 103.**Negar** o **acolhimento** ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento.

Art. 105. Exibir ou **veicular**, por qualquer meio de comunicação, **informações** ou imagens **depreciativas** ou **injuriosas** à pessoa do idoso.

Os *art. 106* e *107* versam sobre a outorga indevida de procurações a partir da indução ou coação de pessoas idosas sem discernimento de seus atos, sendo que essas procurações têm como fins a administração de bens ou deles dispor livremente, além de compelir o idoso a doar, contratar ou testar.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal.

(IBFC/ 2019) Em 2019, comemoram-se os 16 anos do Estatuto do Idoso, o qual destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. No Estatuto foram assegurados direitos às pessoas idosas na saúde. A respeito destes direitos, assinale a alternativa incorreta.

a) A desnecessidade de acompanhante em caso de internação ou observação em hospital.
b) Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento.
c) Atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo-lhe o aceso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
d) Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária,

bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

Comentário:

A alternativa correta é **letra A.** Segundo o Art. 16. ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante.

(EDUC/2019) De acordo com o art. 15 da Lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de, EXCETO:

a) Cadastramento da população idosa somente em rede hospitalar.
b) Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios.
c) Unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social.
d) A domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.
e) Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Comentário:

A questão correta é a **letra A.** A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial e não apenas hospitalar.

4. ENVELHECIMENTO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define **envelhecimento ou senescência**, como uma **ação natural** e "um **processo sequencial,** individual, acumulativo, irreversível, universal, **não patológico**, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte".

Em contrapartida, a **senilidade** ou **envelhecimento patológico** denomina-se como conjunto de **alterações** que ocorrem no organismo em **decorrência de doenças** e do **estilo de vida** que acompanha o indivíduo até a fase idosa (JACOB-FILHO et al., 2006).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. A expectativa de vida no Brasil e no mundo em 2050 é que haverá mais idosos do que adolescentes de 15 anos e esse fenômeno nunca foi observado antes e será algo em torno de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo.[9]

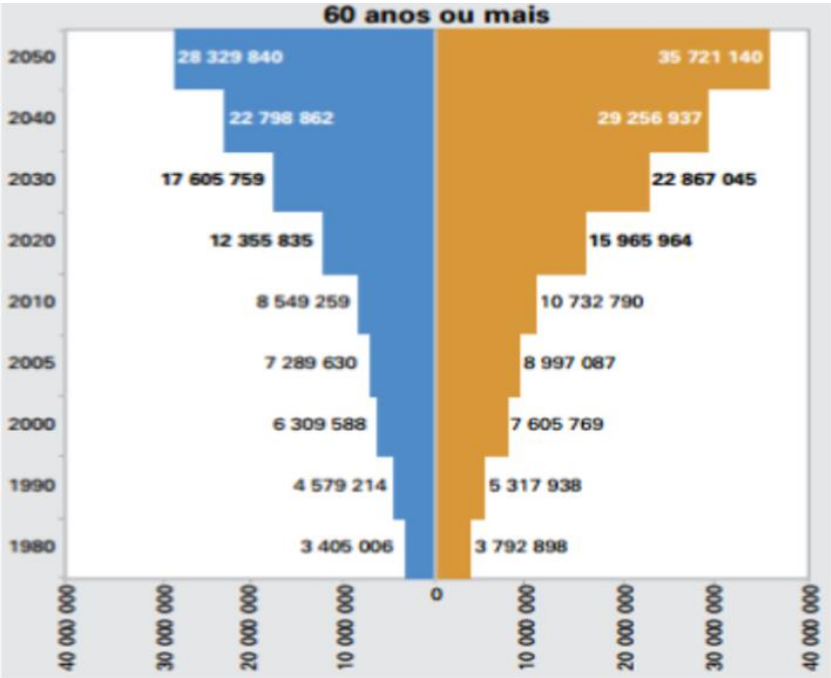
> Além disso, a proporção da **população "muito idosa"**, ou seja, a de **80 anos ou mais** no total da população brasileira, também **está aumentando** e em **ritmo bastante acelerado.** Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, o contingente "mais idoso" passou para 2,9 milhões em 2010.

Representava 14,2% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total. Outra projeção do IBGE relevante é o número de idosos com **80 anos ou mais** pode passar de 19 milhões em 2060, um **crescimento de mais de 27 vezes** em relação a 1980, quando o Brasil tinha menos de 1 milhão de pessoas nessa faixa etária (684.789 pessoas). [9]

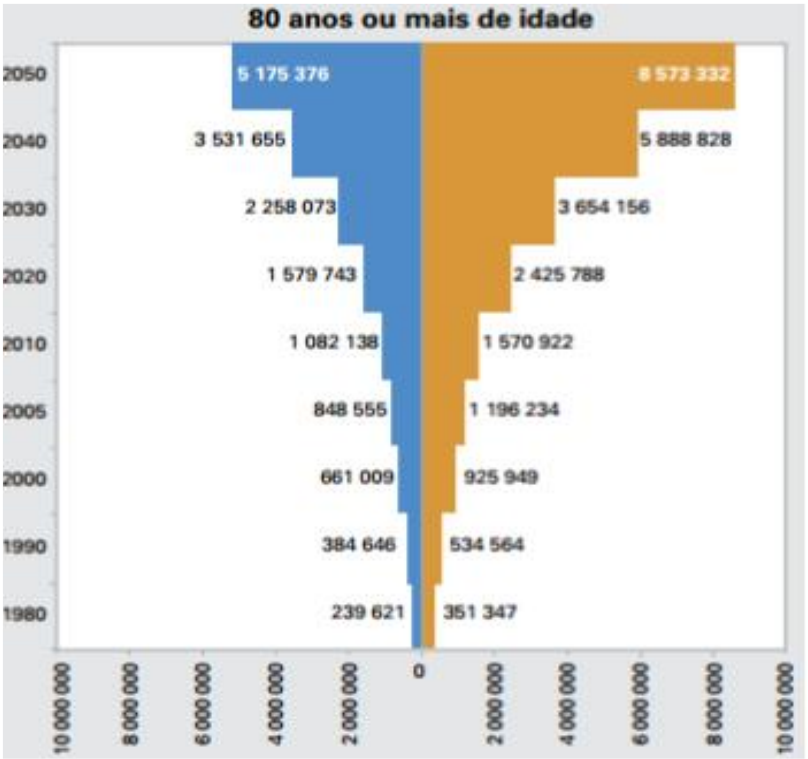
A alta é resultado da **melhoria da esperança** de vida ao nascer do brasileiro e os grandes **avanços da tecnologia médica,** cosmetológica, da reposição hormonal e do culto à juventude.

[9]Fonte: BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Projeções para a população idosa no Brasil, por idade e sexo



Fonte: IBGE (2008)

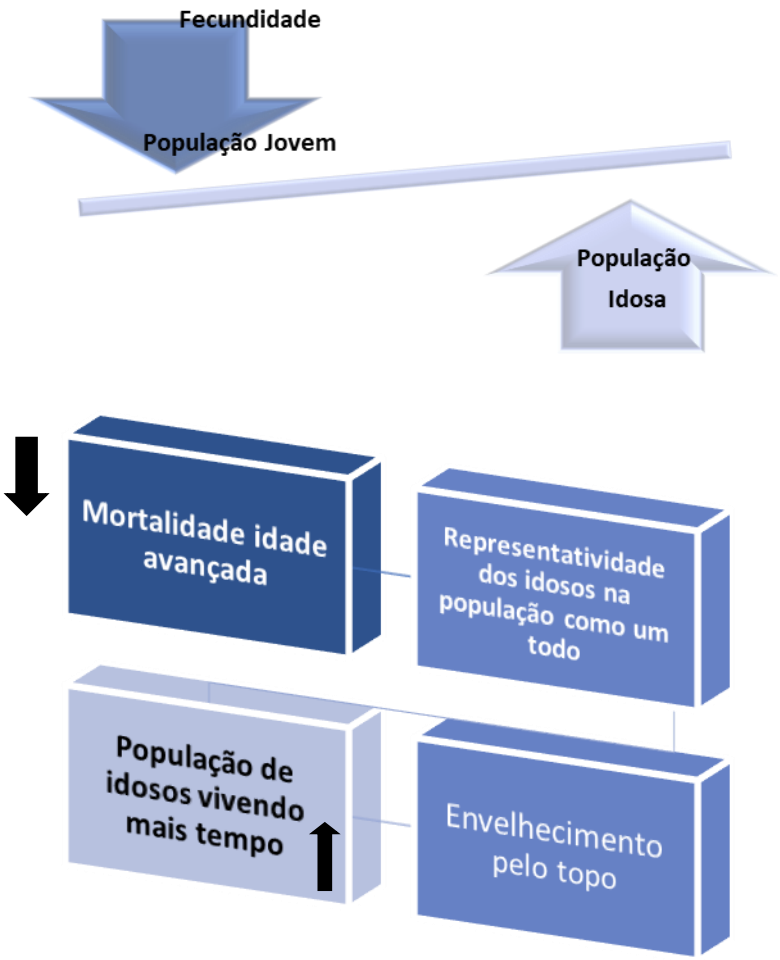


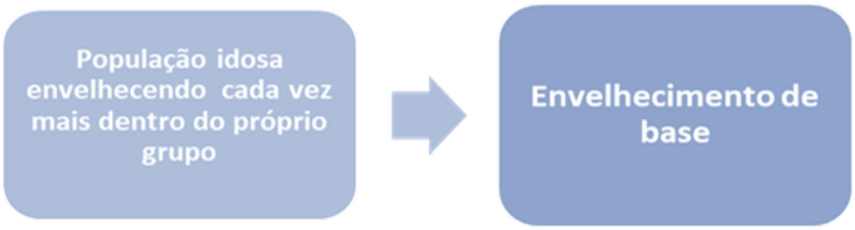
Fonte: IBGE (2008)

Em geral, o processo de envelhecimento populacional se inicia com **a queda da fecundidade** que leva a uma redução na proporção da população jovem e a um consequente aumento na proporção da população idosa.

Por outro lado, a diminuição da mortalidade nas idades mais avançadas contribui para que esse segmento populacional, que passou a ser mais representativo no total da população, sobreviva por períodos mais longos, resultando no "envelhecimento pelo topo". Esse altera a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população idosa também envelhece. Nesse caso, está se falando do "envelhecimento pela base". [9]

Envelhecimento Populacional





Outro dado demográfico relevante da população idosa é a **feminização da velhice.** Em 2010, dos aproximados 21 milhões de idosos 55,5% eram do sexo feminino. A menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina.[9]

A predominância **feminina** entre os idosos é um fenômeno **tipicamente urbano**.

As mulheres constituíam, em 2010, 57,1% da população idosa. Nas áreas rurais, predominam os homens; 52,8% dos idosos. Essa diferença nas taxas é explicada pela maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano.[9]

> *Vale lembrar que a velhice não é universalmente feminina, mas possui um forte componente de gênero.*

As **mulheres idosas** experimentam uma maior probabilidade de ficarem viúvas e, muitas vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. No Brasil, é relativamente elevada a proporção de mulheres morando sozinhas, aproximadamente 25,8%, em 2009, e de residentes na casa de "outros parentes", que se tornam seus cuidadores e que comumente são mulheres (mãe, sogras, irmãs ou outros). As mulheres também predominam entre os residentes nas Instituições de Longa Permanência; constituem aproximadamente 57,6% dos residentes.

O fator gênero, também envolve as questões de grau de atividade do idoso, pois após a aposentadoria, por exemplo, as mulheres mantem-se mais ativas já que, geralmente, tem outros envolvimentos extra laborais, como cursos, participam de grupos e movimentos sociais, viagens, trabalhos remunerados temporários etc. Diferente dos homens mais velhos que têm maiores dificuldades de se adaptarem à saída do mercado de trabalho.

Além disso, embora vivam mais do que os homens e sejam ativas por mais tempo, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles e tornam-se mais dependentes de cuidado, apesar de serem as tradicionais "cuidadoras".

Todos esses aspectos, como as mudanças na composição das famílias brasileiras, o papel da **mulher** no mercado de **trabalho**, uma **maior ocupação** desse gênero nas **zonas urbanas** em

busca de melhores condições de vida, a queda da taxa de fertilidade e casamentos, uma maior taxa de idosos "mais velhos", entre outros, promovem um grande impacto na assistência e geram novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

A longevidade é uma vitória, mas devemos pensar que essa maior expectativa de vida tem importantes diferenças e impactos entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse foi um processo que aconteceu de forma rápida, porém sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender a todas as novas demandas emergentes.

Se considerarmos a saúde de modo ampliado e com influências de diferentes aspectos da vida da pessoa, como moradia, questões socioeconômicas, afetividade, atividades físicas, entre outros, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

O envelhecimento é um **processo natural**, em que há **diminuição progressiva da reserva funcional** dos indivíduos – **senescência**- o que, em condições normais, não acarreta qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que necessite de assistência. Algumas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela **assimilação** de um estilo de **vida mais ativo.**[9]

Mesmo com as progressivas limitações que possam ocorrer, quer sejam oriundas do processo natural de senescência ou de processos patológicos, o desafio do setor de saúde que atende essas pessoas é possibilitar aos idosos redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

(CESPE/2013) Acerca do processo de envelhecimento populacional observado no Brasil nas últimas décadas, assinale a opção correta.

a) A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil é mais lenta que o ocorrido em países desenvolvidos.
b) Apesar do aumento dos idosos, os muito idosos (de oitenta anos de idade ou mais) não aumentaram.
c) O avanço da tecnologia médica não teve influência no aumento da expectativa de vida ao nascer.
d) A predominância feminina entre os idosos é um fenômeno urbano.
e) Entre todos os estados, o do Espírito Santo é o que possui maior expectativa de vida ao nascer.

Comentário:

A questão correta é a **letra D.** Devido a fenômenos de migração rural-urbano em busca de melhores condições de vida e o papel da mulher como provedora, cada vez mais a mulher tem ocupado os espaços urbanos.

5. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI

Agora vamos estudar a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).** A PNSPI no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é instituída pelo Ministério da Saúde em 2006 – pela Portaria nº 2.528/GM e está estruturada em finalidade primordial, desafios, diretrizes, reponsabilidades institucionais e articulação intersetorial.

5.1 Conceito e terminologia

Pessoal, vamos iniciar nosso estudo entendendo o contexto histórico-social da política de saúde da pessoa idosa.

O censo do IBGE de 2010 apresenta 11,8 % de pessoas idosas, totalizando na época, em torno de 23 milhões de pessoas. Segundo o IBGE (PNAD/2015), a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país.

Já a expectativa de vida em 2016, para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, assim para a mulher 79,31 anos e 72,18 para o homem. A maioria dessa faixa da população possui baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades.

Um aspecto relevante no **perfil epidemiológico** dessa população é a tripla carga de doenças, com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas.

Essas taxas mais elevadas requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo, pois a maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente a limitação da participação social, de atividades ou do desempenho do seu papel social.

A Constituição de 1988 instituiu, no Brasil, o **direito universal e integral à saúde** e esse foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. O grande obstáculo dentro do SUS é que esse sistema está organizado para atender prioritariamente a saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades.

Diante desses números e do foco preferencial do SUS, o governo precisou pensar em outras políticas públicas que atendesse de forma adequada e eficaz essa parcela numerosa e crescente da população.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). [10]

Em 2003, houve a sanção do Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idoso, que ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não trouxe consigo meios para financiar as ações propostas. Em 2006, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa - COSAPI/DAET/SAS é responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006).

A meta final de todas essas as ações deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve ou tem um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

---

[10] Fonte: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: *<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>*. Acesso em 15 jun 2020.

5.2 Finalidade primordial

É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com **60 anos ou mais de idade**. A PNSPI tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. [10]

Deve-se considerar dentro dessa finalidade, algumas questões estruturais como: [10]

- o contínuo e intenso processo de **envelhecimento populacional brasileiro**;
- o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- a necessidade **de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos** por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;
- o conhecimento atual da Ciência;
- os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde e o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza;
- fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

5.3 Desafios

Dentro dessa realidade do aumento da taxa de envelhecimento há desafios intrínsecos e importantes a serem observados. Como já vimos, a proporção da população mais velha está ficando cada vez mais velha, isto é, dentro da taxa de idosos **a porcentagem de pessoas com 80 anos ou mais tem aumentado** e isso implica que há no mesmo grupo pessoas com grande vigor físico e outros com maior vulnerabilidade e necessidade do setor de saúde.[10]

O envelhecimento também é uma questão de gênero, o **maior contingente é feminino** e residente na **zona urbana.** Nas **zonas rurais** predominam os **homens**, o que muitas vezes resulta em isolamento e abandono.

Em relação à moradia, eles podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Uma característica da cultura latina é que a família, em regra, é a executora dos cuidados desses idosos. Apesar dessa prática de cuidados domiciliares, os dados dos idosos institucionalizados às vezes são falhos.

Assim, lidar com a **heterogeneidade** de gênero, moradia, idade, questões socioeconômicas, história de vida, papel da mulher no mercado de trabalho, grau de independência funcional e de

demanda por serviços mais ou menos específicos dificultam a formulação de políticas públicas para o segmento.

A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência e esse grupo apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários. É necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Desse modo, equilibrar toda essa **heterogeneidade de fatores**, a necessidade de um **serviço de saúde de qualidade com equipes multiprofissionais e multidisciplinares** com conhecimento em envelhecimento e que comporte um número cada vez maior da população é o grande desafio de qualquer política voltada para idosos.

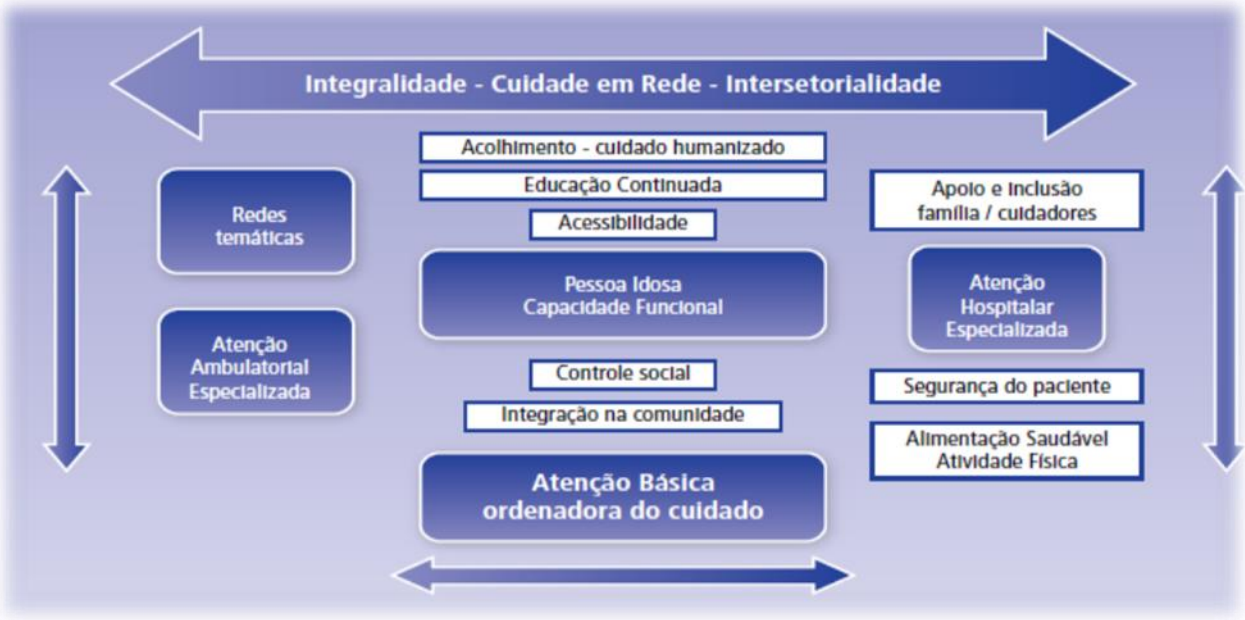
Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

5.4 Diretrizes

Envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional e para isso é importante a promoção da saúde em todas as idades.

São apresentadas abaixo as **diretrizes** da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:[10]

- ✓ **Promoção do envelhecimento ativo e saudável:** A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer **mantendo a capacidade funcional e a autonomia**, é a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. Envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: menor probabilidade de doença; alta capacidade funcional física e mental; e engajamento social ativo com a vida;
- ✓ **Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa:** Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com **75 anos ou mais de idade**. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. Deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados com **foco no usuário**, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de **fluxos bidirecionais funcionantes**, aumentando e **facilitando o acesso** a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica;
- ✓ A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem **global, interdisciplinar e multidimensional**, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser **flexível e adaptável** às necessidades de uma clientela específica.



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS 2013

- ✓ **Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção-** As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais. A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos

governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa e a organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações.

- ✓ **Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa-** Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa.
- ✓ **Estímulo à participação e fortalecimento do controle social-** Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, a participação nas conferências, privilegiar os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.
- ✓ **Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa**
- ✓ **Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS:** Promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;
- ✓ **Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa:** Fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem-sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas;
- ✓ **Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas:** Estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas.

(FUNDATEC/2013) Sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, analise as seguintes afirmativas:

I. Tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

II. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

III. Uma série de desafios precisam ser enfrentados, entre eles, a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio.

Quais estão corretas?

a) Apenas I.
b) Apenas II.
c) Apenas III.
d) Apenas I e II.
e) I, II e III.

Comentário:

A resposta correta é a **letra E.** Perceba que essa questão da PNSPI é bem diversificada, aborda a faixa etária abrangida pela política, a finalidade e os desafios.

(INSTITUTO AOCP/2015) Em relação às alternativas a seguir, qual delas NÃO condiz com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?

a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
b) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa.
c) Estímulo às ações setoriais, visando à fragmentação da atenção.
d) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
e) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Comentário:

A questão correta é a **letra C.**O estímulo às ações é **inter**setorial, visando à **integralidade** da atenção.

5.5 Responsabilidades institucionais

Para viabilizar o alcance dos propósitos da PNSPI é necessária a **participação** dos gestores do SUS, **em todos os níveis**, de forma articulada e conforme suas competências específicas.

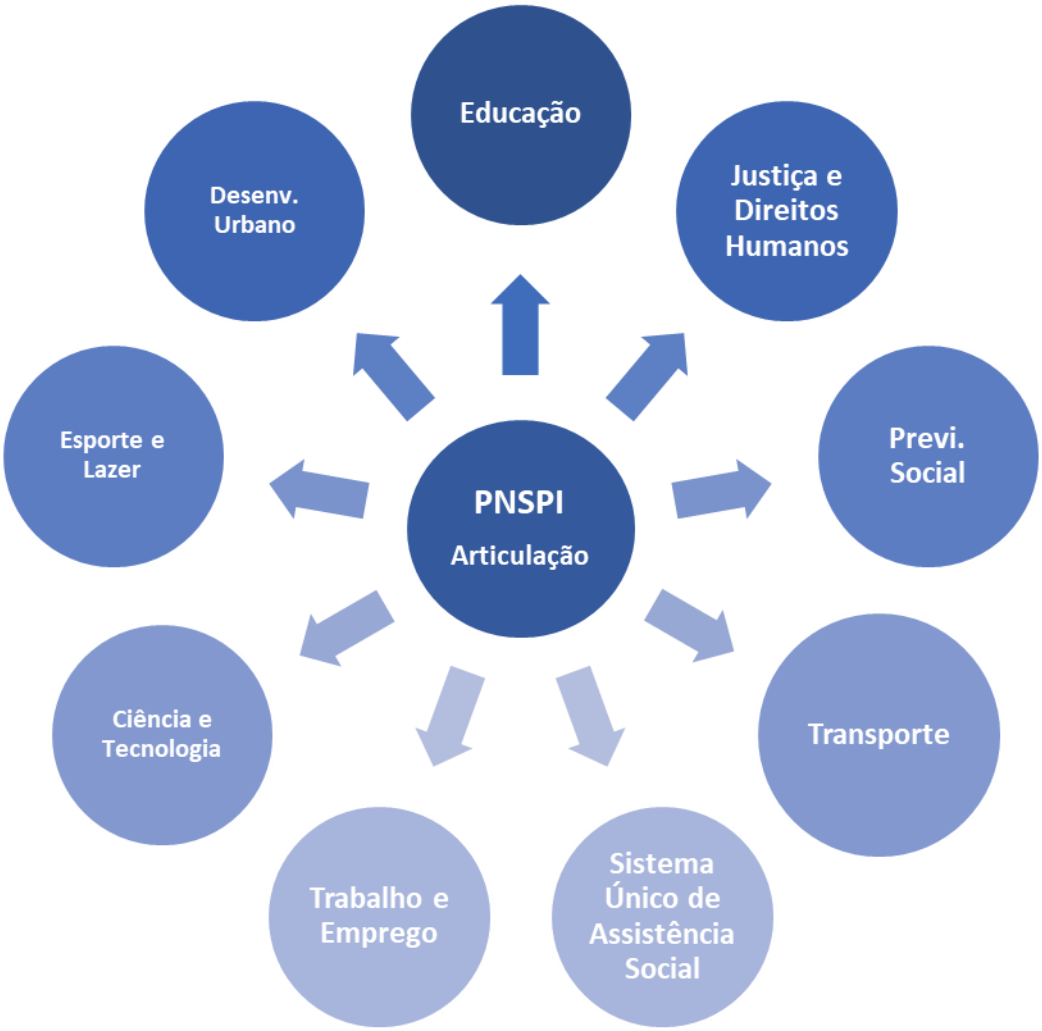
5.6 Articulação intersetorial

As diretrizes definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores.

Há a necessidade dos gestores do SUS manterem um processo de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

Além disso, são almejadas a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam diretas ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério

da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os diferentes setores que impactam a PNSPI.



Fonte[10]

HORA DE PRATICAR!

(INSTITUTO AOCP/2018) De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considera-se idoso frágil aquele que vive em Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI), acamado, que apresente doenças causadoras de incapacidade funcional ou que viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com idade de:

a) 75 anos ou mais

b) 85 anos ou mais.
c) 70 anos ou mais.
d) 80 anos ou mais.
e) 82 anos ou mais.

Comentário:

A questão correta é a **letra A.** Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

(COMPERVE/2018) A transição demográfica e epidemiológica tem conduzido o Brasil para um perfil de população idosa com superação das doenças infecciosas e predomínio relativo das condições crônicas. Assim, o envelhecimento da população brasileira está produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais e de saúde envolvendo o Estado e a sociedade. Sobre o idoso no país e seu processo de saúde-doença, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. Ao idoso internado, ou em observação, é assegurado o amplo direito a acompanhante, sob qualquer circunstância, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral.

II. As mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho e na queda da taxa de fecundidade resultam em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa.

III. A pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta; até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento.

IV. Mesmo que o idoso esteja no domínio de suas faculdades mentais, deverá submeter a sua decisão à aprovação de familiares acerca do tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

a) Somente as afirmativas II e III estão corretas.
b) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
c) Somente as afirmativas I e IV estão corretas.
d) Somente as afirmativas II e IV estão corretas.
e) Somente as afirmativas I e II estão corretas.

Comentário:

A questão correta é a **letra A.** De acordo com a Lei nº 10.741 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Item I está errado o art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, segundo o critério médico. O Item IV está errado o art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

(UFPB/ 2015) A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional. Nessa perspectiva a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelece dentre suas diretrizes a Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa. Sob esse modelo de atenção, assinale a alternativa INCORRETA:

a) Deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades.
b) Estabelecer fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
c) Incorporar, na atenção básica, mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais de saúde, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.
d) Incorporar, na atenção especializada, mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa, como reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.
e) Agregar ao modelo de atenção à saúde assistência médica individualizada, por se mostrar eficaz na prevenção, educação e intervenção, considerando as necessidades específicas de cuidados do idoso com doenças crônicas, com incapacidade funcional e de seu familiar/cuidador.

Comentário:

A questão correta é a **letra E.** O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas

6. SAÚDE DO IDOSO

Neste capítulo, vamos conhecer as alterações fisiológicas na pessoa idosa, doenças e problemas mais comuns nessa faixa etária, calendário vacinal e avaliação multidimensional, incluindo testes e escalas.

6.1 Alterações fisiológicas do envelhecimento

Há um **declínio da altura** devido a compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais; o **peso pode diminuir**, devido à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo **mais evidente no sexo masculino**; **alterações ósseas** em decorrência da **osteoporose**; mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo; **redução da massa muscular** devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos. [10]

Aproximadamente 1/3 das pessoas idosas relatam algum **grau de declínio na acuidade auditiva.** Uma das causas mais comuns é a **presbiacusia** (perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência). Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por isto, não referi-la.

Há também **redução da acuidade visual** devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de **90%** das pessoas idosas necessitam do **uso de lentes corretivas.**

No sistema geniturinário, é frequente a presença de **incontinência urinária**, atingindo cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas, sendo que a maioria das **causas são reversíveis.** A frequência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. [10]

Quanto à sexualidade da pessoa idosa, a dificuldade para sentir prazer nas relações sexuais não deve ser considerada como parte normal do envelhecimento,

Contudo, alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool.

Geralmente, mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, apresentam algum desconforto nas relações sexuais durante a penetração vaginal, devido à hipotrofia dos tecidos genitais causada pelo hipoestrogenismo.

O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo.

6.2 Avaliação Geriátrica Ampla- AGA

A **Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)** é **multidimensional** e frequentemente **interdisciplinar** que objetiva **avaliar a capacidade funcional e cognitiva** da pessoa idosa para identificar as deficiências, incapacidades e desvantagens e estabelecer um plano de cuidados, com medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. É baseada em escalas e testes quantitativos. [11]

> A AGA utiliza **escalas específicas**, que abordam os seguintes **domínios**: atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária; saúde mental: humor e estado cognitivo; audição e visão; estado nutricional; equilíbrio e mobilidade; suporte social e familiar, podendo também ser incluído o uso de medicações. [11]

- **Avaliação nutricional**

Pessoas idosas são particularmente **propensas a alterações nutricionais** devido às modificações fisiológicas e sociais decorrentes de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. Estas alterações podem comprometer a ingestão dos alimentos e aproveitamento dos nutrientes, podendo levar à desnutrição. [10]

A **antropometria** é muito útil para o **diagnóstico nutricional dos idosos**, apresenta boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional e pode ser usada como triagem inicial, tanto para **diagnóstico** quanto para o **monitoramento de doenças.**

Para tanto, é utilizado como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela OMS, considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. É recomendado o registro semestral das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário

[11]Fonte: Avaliação geriátrica ampla. Revista UFG. Disponível em: *<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2409521/mod_resource/content/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Geri%C3%A1trica%20Ampla.pdf>*. Acesso em 18 jun 2020.

Tabela do IMC

Baixo peso ≤ 22	Peso adequado > 22 e < 27	Sobrepeso ≥ 27

Fonte [10]

Também é importante avaliar o **perímetro ou circunferência da panturrilha**, pois é mais sensível para a **avaliação da massa muscular.**

Nos idosos, o **perímetro superior a 31 cm** indica um quadro de **normalidade**, enquanto uma **medida igual ou inferior** a esse valor é indicativa de **desnutrição.**[10]

- **Avaliação visual**

Deve ser perguntado à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana.

- **Avaliação auditiva**

Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por isto não a relatar. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o *"teste do sussurro"*, que consiste em o examinador se posicionar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e "sussurrar", em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, "qual o seu nome?"

- **Avaliação da Incontinência Urinária**

A Incontinência Urinária é caracterizada como "a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico". Constitui uma das principais causas de institucionalização de idosos.

É mais prevalente: no envelhecimento; sendo maior em idosos institucionalizados e nas mulheres.

A pessoa idosa por vezes pode não referir a perda de urina por se sentir inibida para relatar o problema; por acreditar que a incontinência é "normal" no processo de envelhecimento; achar que não existe tratamento ou mesmo por temer a cirurgia.

Tende a aumentar à medida que aumentam o número de medicamentos em uso e as comorbidades.

Para investigação clínica, é importante questionar diretamente se o (a) idoso (a) perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhado (a). Se a resposta for afirmativa, investigar possíveis causas.

A maioria das causas são potencialmente tratáveis.

Se liga nessa dica: Para aprender as causas, basta lembrar da palavra **DIURAMID.**

D – Delirium

I – Infecções do trato urinário

U – Uretrite e vaginite atróficas

R – Restrição da mobilidade

A – Aumento do débito urinário

M - Medicamentos

I – Impactação fecal

D – Distúrbios psíquicos

TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Incontinência urinária de esforço – ocorre quando a urina escapa durante atividades que pressionam a bexiga, por exemplo: tossir, espirrar, rir ou levantar objetos pesados. É o tipo mais frequente em**mulheres.**

Incontinência urinária de urgência – também chamada de bexiga hiperativa, provoca um **desejo súbito e intenso de urinar**, a ponto de não dar tempo de

chegar ao banheiro. Pode estar **associada a um distúrbio neurológico ou diabetes.**

Incontinência urinária por transbordamento/sobrefluxo – ocorre quando você **não consegue esvaziar a bexiga** e, por isso, a **urina transborda** em pequenas quantidades. Mais frequente em **homens**, já que o aumento da próstata pode levar à dificuldade de esvaziar a bexiga.

Incontinência urinária funcional – atinge muitas pessoas mais velhas que têm controle normal da bexiga, mas uma **limitação física ou mental as impede de chegar a tempo ao banheiro.** Por exemplo, se você tiver artrite severa, talvez não seja capaz de desabotoar as calças com rapidez suficiente.

Incontinência urinária mista – quando você tem **mais de um tipo** de incontinência urinária.

Fonte [10]

A incontinência urinária predispõe a infecções do trato urinário e genital; causa maceração e ruptura da pele, facilitando o surgimento de úlceras por pressão; contribui para disfunção sexual e perda da função renal; afeta a qualidade do sono e predispõe a quedas, o que impacta diretamente na qualidade de vida, devido a restrição da atividade física; isolamento social; baixa autoestima; insegurança; depressão e institucionalização.[10]

- **Avaliação Cognitiva**

A **avaliação cognitiva** auxilia a **identificar** as **principais alterações na saúde mental** das pessoas idosas e é realizada através de alguns testes.

O **Mini Exame do Estado Mental** (MEEM), também conhecido como Mini mental, consiste em um breve questionário de 30 pontos que avalia a função cognitiva global. É um dos testes mais utilizados por ser rápido e de fácil aplicação.[10]

O **MEEM** é dividido em duas partes:[12]

[12] Fonte: Site do Mini Exame do Estado Mental. Disponível em:<*https://www.miniexameestadomental.com/sobre-o-meem/)>.* Acesso em 15 jun 2020.

A primeira parte requer apenas respostas orais; abrange orientação temporal e espacial, memória (registro, repetição e recordação de três objetos) e atenção (subtração seriada do número sete, começando no número 100, ou soletrando a palavra "MUNDO" de trás para frente).

- A segunda parte avalia a linguagem e funções viso espaciais; nesse momento a pessoa deve nomear objetos simples (relógio e lápis), seguir comandos verbais e escritos e escrever uma frase espontaneamente.

A pontuação máxima no teste Mini Mental é de 30 pontos.

– Qualquer pontuação **maior ou igual a 24 pontos** (em 30) indica uma **cognição normal.**

– Entre, **20 a 24**, sugere **demência leve.**

– **13 a 20**, sugerem **demência moderada.**

– **Menos de 12**, indica **demência grave.**

> *Uma pessoa com Alzheimer diminui em média de dois a quatro pontos a cada ano na pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).*

Se a pessoa idosa for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. Para tanto, podem ser utilizados testes complementares: o Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional).

Se, ao final dos testes, ainda houver dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

➢ **Avaliação Funcional**

É utilizada para avaliar o comprometimento funcional da pessoa idosa e a necessidade de auxílio.

O **comprometimento funcional** é medido pela **capacidade de desempenho das** atividades cotidianas ou **atividades de vida diária** e caso haja necessidade de ajuda, verificar se essa ajuda deve ser parcial, em maior ou menor grau, ou total.

Dois conceitos importantes que precisamos diferenciar são: desempenho e capacidade funcional [10]

- Desempenho: avalia **o que** a pessoa idosa **realmente faz** no seu dia-a-dia.

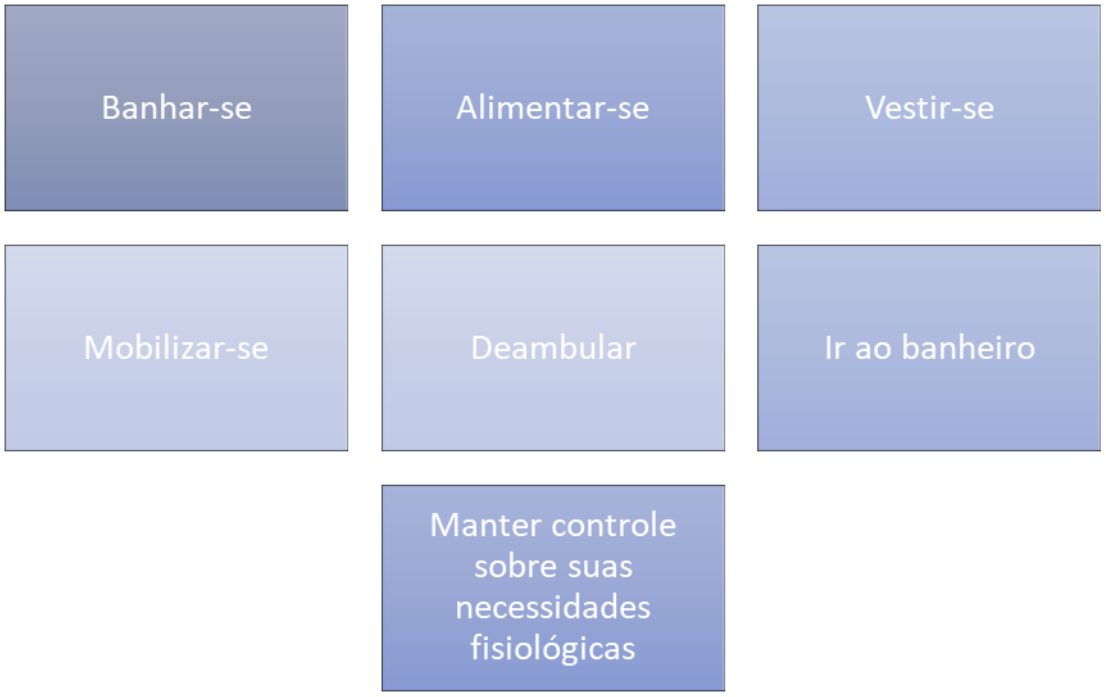
• Capacidade funcional: avalia o **potencial** que a pessoa idosa tem **para realizar a atividade**, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

Quando falamos do processo incapacitante há três conceitos que são interligados e interdependentes. São eles: autonomia, independência e dependência.

- **Autonomia –** é o mesmo que autogoverno e se expressa na liberdade para agir e tomar decisões.
- **Independência –** é a capacidade de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.
- **Dependência –** é a incapacidade de realizar atividades cotidianas sem ajuda.

As atividades cotidianas ou atividades de vida diária podem ser subdivididas em: [10]

- **Atividades de Vida Diária (AVD)** são aquelas relacionadas ao **autocuidado,** se referem às necessidades do dia-a-dia, e que, caso haja **limitação de desempenho**, normalmente requerem a **presença de um cuidador** para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:



- **Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**: são mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. São elas:

A **Escala de Katz** permite medir a **habilidade** da pessoa em **desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente** e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Já para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), temos a Escala de Lawton.[10]

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento que avalia a independência funcional, busca identificar se a pessoa precisa de ajuda ou não e procura quantificar a ajuda necessária o que facilita a elaboração do projeto terapêutico.

- **Avaliação da vulnerabilidade**

O Vulnerable Elders Survey, conhecido como **VES-13 ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável** é um instrumento simples e eficaz, que objetiva **identificar o idoso vulnerável** residente na comunidade. Se baseia no registro das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano.

É um questionário de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores, não necessitando a observação direta do usuário. [10]

O VES-13 está dividido em 4 itens:

1) **Idade:** Cada faixa etária corresponde a uma pontuação.

2) **Auto percepção de saúde**: Que conceito a pessoa dá para sua saúde (excelente, boa, muito boa)

3) **Limitação física:** São listadas 6 atividades físicas. A pessoa idosa recebe 1 ponto por cada atividade que relate ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer". Sendo que a pontuação máxima é de 2 pontos.

4) **Incapacidades:** a pessoa idosa é questionada quanto à 5 atividades e se deixou de faze-las devido sua saúde ou condição física. Caso responda "sim" a uma ou mais perguntas, devem ser registrados 4 pontos.

A pontuação total se dá pela soma dos 4 itens e pode variar de 0 a 10. Deve ser anotada no campo específico e no gráfico, para acompanhamento longitudinal. A faixa verde no gráfico é de menor vulnerabilidade, faixas amarela e vermelha representam necessidade de avaliação mais detalhada das incapacidades e limitações.

Total:

0 e 2 pontos: pessoa idosa **não é vulnerável**, manter acompanhamento na atenção básica;

Maior ou igual a 3 pontos: risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação ≤ 2 pontos, equipe de Atenção Básica deverá dispensar maio cuidado e as condições alteradas deverão ser investigadas.

- **Avaliação da Sexualidade**

A disfunção nessa área pode resultar de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos.

Na avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas, deve ser realizada a investigação de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS.

(COVEST-COPSET/2019) Acerca da assistência de enfermagem à pessoa idosa com incontinência esfincteriana, é correto afirmar que:

a) A incontinência de esforço é a queixa de qualquer perda involuntária da urina, causada por infecção do trato urinário, aumento da próstata e tumores pélvicos e de bexiga.
b) A incontinência por transbordamento é a queixa de qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios, ao espirrar e tossir.

c) A incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição.
d) A incontinência fecal consiste na capacidade de controlar de forma involuntária a passagem das fezes, apesar de não haver alteração da inervação e da musculatura que diminuam os movimentos esfincterianos.
e) A incontinência fecal aumenta com a idade, porém não existem estudos que comprovem as causas ou situações que contribuem para a sua ocorrência.

Comentário:

A resposta correta é a **letra C.** A letra A está incorreta pois este tipo de incontinência ocorre durante atividades que pressionam a bexiga (tossir, espirrar, rir ou levantar objetos pesados); a letra b traz o conceito de incontinência de esforço; letra D, a incontinência fecal se refere à incapacidade de controlar a eliminação das fezes de forma voluntária; letra E, as causas podem ser congênitas ou adquiridas.

6.3 Assistência de enfermagem gerontológica

A enfermagem gerontológica é descrita como:[13]

> "o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada, com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços, que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento do idoso."

A assistência de enfermagem gerontológica objetiva a manutenção e melhoria da funcionalidade da pessoa idosa; promoção, prevenção, recuperação da saúde e a reabilitação; acompanhamento na morte e no morrer, não só ao próprio idoso, como a seus familiares, no período do luto.

O melhor local para desenvolver o cuidado ao idoso é na sua residência, junto a sua família e comunidade. A institucionalização do idoso deve ser evitada, o máximo possível.

[13] Fonte: Site <*https://www.jornaldosite.com.br/arquivo/Odontogeriatria/80Enfermagem%20gerontologica.pdf*>. Acesso em 21 jun 2020.

6.4 Calendário vacinal do idoso

As vacinas a seguir, são as indicadas para a pessoa idosa. Todo registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Hepatite B	3 doses (0,1, 6 mês) ou completar o esquema
Influenza	1 dose anual
dT	3 doses e reforço a cada10 anos
Pneumocócica 23v	Pessoas de 60 anos e mais não vacinados que vivem acamados, hospitalizados ou institucionalizados Dose inicial e um reforço 5 anos após a dose inicial
Febre amarela	1 dose. No caso de idosos, o serviço de saúde/médico deverá avaliar o risco/benefício de acordo com o cenário epidemiológico

Fonte [14]

6.5 Fragilidade em idosos

Com o expressivo envelhecimento da população, faz-se importante discutir o conceito de fragilidade nas pessoas idosas.

Pode ser conceituada como: uma **síndrome multidimensional** que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais e resulta em um **estado de maior vulnerabilidade**, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

As **pessoas idosas** constituem o **grupo prioritário** na atenção, pois parece existir uma associação da idade mais avançada com essa síndrome. Mas vale ressaltar que é possível reverter esse fenômeno clínico através de intervenções clínicas.

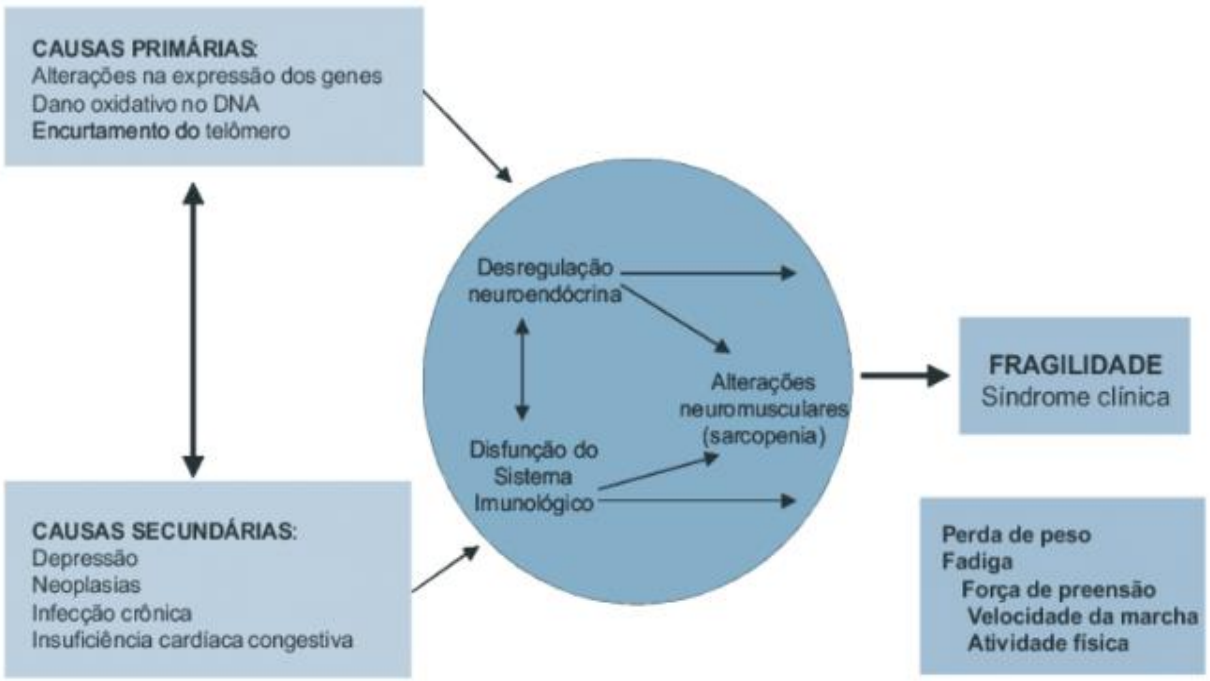
Já a outra definição diz que é uma **síndrome clínica** caracterizada pela **diminuição da reserva energética** e pela **resistência reduzida aos estressores.** Essa condição decorre de um declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa **vulnerabilidade** às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde.

As três principais mudanças relacionadas à idade que são consequência da síndrome:

- Alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia)
- Desregulação do sistema neuroendócrino
- Disfunção do sistema imunológico

A **sarcopenia** é uma síndrome clínica caracterizada pela **perda progressiva e generalizada da massa, força e desempenho muscular**, com risco de desfechos adversos como incapacidade física, baixa qualidade de vida e óbito. É diagnosticada através da densidade corporal total ou inferida através de medidas indiretas. [10]

Tríade da Síndrome de fragilidade segundo Fried e colaboradores:



Fonte [10]

Este modelo considera que são dois os principais mecanismos responsáveis pela condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.

6.6 Osteoporose

A **osteoporose** é definida como uma **doença sistêmica progressiva** que leva à uma **desordem esquelética**, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um **aumento do risco de fratura.**[10]

*É a doença óssea **mais prevalente** no mundo.*

A OMS considera a osteoporose como a *"Epidemia Silenciosa do Século"*, e atualmente um **problema de saúde pública** no mundo inteiro devido ao **aumento na expectativa de vida** das populações. É uma doença de **grande impacto** devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade.

No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento.

- **Quem são as pessoas mais afetadas?**

Indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, **principalmente, mulheres na pós-menopausa**, que também apresentam **mais fraturas.**

Existem alguns fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas, que podem ser divididos em maiores e menores. São eles:

MAIORES	Menores
Fratura anterior causada por pequeno trauma	Doenças que induzam à perda de massa óssea
História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur	Pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes
	Baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio
	Alta ingestão de proteína animal
Sexo feminino	Amenorreia primária ou secundária
Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada	Menarca tardia, nuliparidade
	Hipogonadismo primário ou secundário
Baixa massa óssea	Baixa estatura e peso (IMC < 19 Kg/m^2)

Idade avançada em ambos os sexos	Perda importante de peso após os 25 anos
Raça branca ou asiática	Sedentarismo, tabagismo e acoolismo
	Alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto)
Uso de corticoides	Medicamentos (heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio)

Fonte [10]

A osteoporose **resulta de anos de perda óssea.** Pode ser classificada em primária, quando não tem causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida.

As possíveis causas para osteoporose que mais caem em provas são: Endocrinopatias-Hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hipogonadismos, diabetes, condições de hipoestrogenismo pós-menopausa e outras patologias que afetam o metabolismo ósseo- desnutrição, artrite reumatoide, AIDS e uso prolongado de corticoide, heparina e anticonvulsivantes.[10]

- **Diagnóstico da Osteoporose**

A osteoporose é uma **doença assintomática**, e geralmente o **primeiro sinal é a fratura**, que representa o agravamento da doença, sendo as **mais frequentes** as da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio.

As fraturas de corpos vertebrais e de quadril são as **complicações mais graves.**

Na **anamnese** deve-se investigar a presença de fatores de risco maior e/ou menor.

No **exame físico** é fundamental avaliar: estatura; peso corporal; hipercifose dorsal; abdome protuso; outras deformidades esqueléticas e sinais físicos de doenças associadas à osteoporose como, por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fáscies cushingóide etc.[10]

Na **Avaliação laboratorial** avalia-se o hemograma completo, dosagem de TSH, VHS, dosagens de cálcio e fósforo, ureia e creatinina plasmática, fosfatase alcalina total (serve para avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos), e análise urinária.

Em todos os homens com osteoporose, deve-se avaliar as possibilidades de hipogonadismo, com as dosagens de testosterona e de gonadotrofinas, e de alcoolismo como causas secundárias. Para avaliação laboratorial específica pode ser solicitada a calciúria das 24 horas.

Na **Avaliação por imagem** são utilizadas radiografias e a densitometria óssea. O exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém tem baixa sensibilidade diagnóstica, pois só detectam alterações quando a perda for superior 30%. É indicado para a avaliação das fraturas.

A **densitometria óssea** é o exame de **referência para o diagnóstico** da osteoporose realizada pela avaliação da coluna lombar e do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS.

> ***Não é recomendado*** *o rastreamento com DMO de todos/as os/as pacientes assintomáticos/as.*

A busca ativa deste diagnóstico pode ser realizada em pacientes considerados de alto risco, especialmente os com risco de fratura. Para acompanhar a eficácia do tratamento, o exame pode ser repetido em 24 meses.

- **Indicações de realização de Densitometria óssea**

Mulheres acima de 65 anos
Mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos
Mulheres peri e pós-menopausa com fatores de risco (um maior ou dois menores, conforme quadro II)
Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de I ano)
Todos indivíduos que tenham apresentado fratura por trauma mínimo ou atraumática
Indivíduos com evidência radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais
Homens acima de 70 anos
Indivíduos que apresentem perda de estatura (maior do que 2,5cm) ou hipercifose torácica
Indivíduos em uso de corticosteróides por três meses ou mais (doses superiores ao equivalente de 5 mg de prednisona)
Mulheres com índice de massa corporal abaixo de 19kg/m^2
Portadores de doenças ou uso de medicações associadas à perda de massa óssea
Monitoramento de tratamento do osteoporose

Fonte [10]

Para compreender esse quadro, basta correlaciona- lo com os fatores de risco maior e menor e com as possíveis causas.

- **Prevenção e Tratamento da Osteoporose**

A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, aliada à uma dieta rica em cálcio e exposição regular ao sol (vitamina D), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No caso da osteoporose secundária, também deve ser instituída terapia para a doença de base.

(ICAP/2016) A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. São fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas, exceto:

a) Fratura anterior causada por pequeno trauma.
b) Sexo masculino.
c) Baixa massa óssea.
d) Pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes.

Comentário:

Questão tiro-curto pessoal. ;) A resposta correta é a **letra B.** Em verdade, é o sexo feminino que é considerado fator de risco.

6.7 Mobilidade

A pessoa idosa tem **maior predisposição à instabilidade postural e à alteração da marcha** o que **aumenta o risco de quedas.** Estas alterações podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. [10]

Há redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio.

A **Escalade Tinetti,** conhecida no Brasil como POMA-Brasil, avalia o **equilíbrio e as anormalidades da marcha.** Este teste classifica os aspectos da marcha, como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e as mudanças com os olhos fechados. [10]

É composto por 16 itens, em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. O valor atribuído a cada item varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, a pontuação varia de 0 a 28 pontos no máximo, **quanto menor a pontuação maior o comprometimento.**

Escores abaixo de 19 pontos e entre 19 e 24 pontos representam, respectivamente, um alto e moderado risco de quedas.

6.8 Quedas

> *A **queda** em pessoas idosas é considerada um **grande problema** devido as suas consequências **(injúria, incapacidade, institucionalização e morte)** que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade às lesões.* [10]

A taxa de quedas em idosos é de aproximadamente 30% ao ano, aumentando para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em ILPI (Instituição de longa permanência para idosos).

As quedas são mais frequentes em mulheres até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam nos dois gêneros

- **Causas mais comuns** relacionadas às quedas de pessoas idosas:[10]

- Relacionadas ao ambiente
- Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha
- Tontura/vertigem
- Alteração postural/hipotensão ortostática
- Lesão no SNC
- Síncope
- Redução da visão

- Os **fatores de risco** podem ser divididos em **intrínsecos e extrínsecos:**[10]

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos
Idosos com mais de 80 anos Sexo feminino Imobilidade Quedas precedentes Equilíbrio diminuído Marcha lenta e com passos curtos Baixa aptidão física	Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas

Fraqueza muscular de MMII e MMSS (handgrip) Alterações cognitivas Doença de parkinson Polifarmácia Uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos	

Perceba, que os **fatores intrínsecos** são aqueles relacionados às alterações fisiológicas decorrentes da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso. Já os **fatores extrínsecos** se referem principalmente ao meio ambiente e incluem os comportamentos e atividades das pessoas idosas. [10]

A **maioria das quedas acidentais** ocorre **dentro de casa** ou em seus arredores, geralmente **durante o desempenho de atividades cotidianas** (ex: caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro). Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

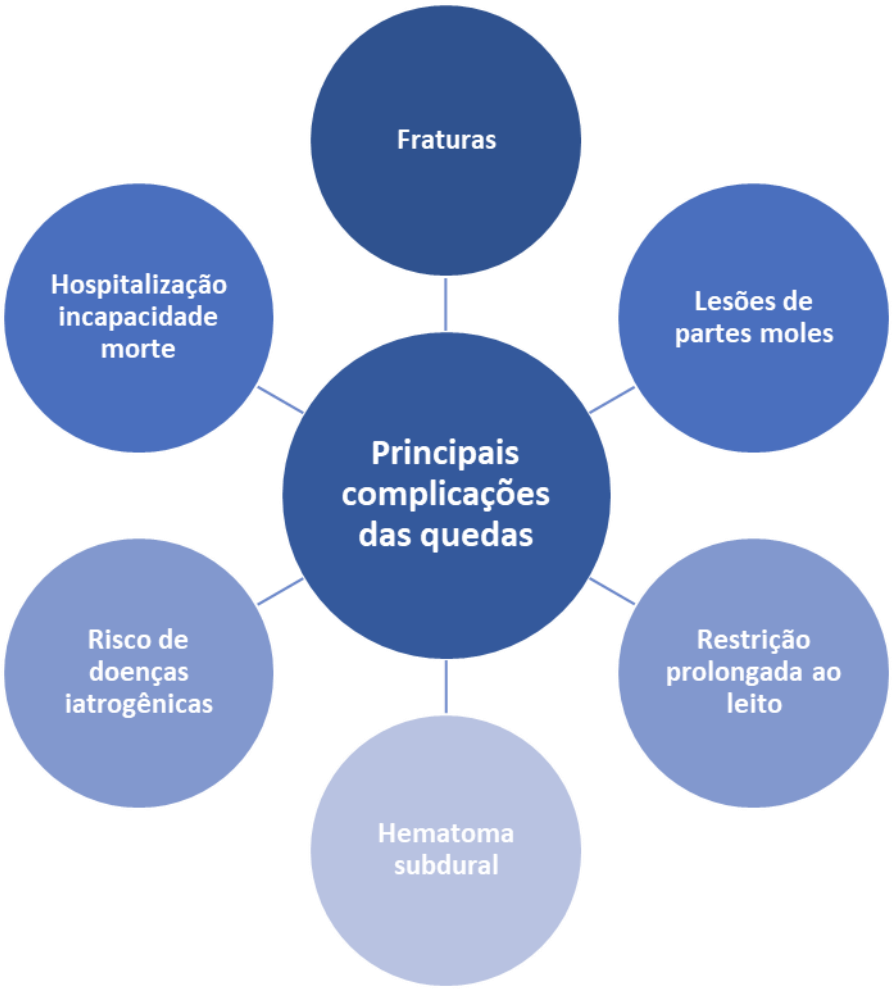
Os fatores ambientais no risco de quedas estão relacionados ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível.

Alguns dos **riscos domésticos para quedas** são: objetos (principalmente tapetes e brinquedos) e móveis fora do lugar, má iluminação, piso deslizante, móveis escorregadios, degraus com altura ou largura irregulares e sem sinalização de término, escadas sem corrimão, roupas e sapatos mal ajustados. Estes fatores merecem uma atenção especial das equipes de Atenção Básica.

- Existem alguns **fatores que agravam** a ocorrência de **lesão na queda**. Quais são?

Idade avançada, densidade mineral óssea reduzida – osteoporose, ausência de reflexos de proteção, desnutrição, resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai e dificuldade para levantar após a queda.

➢ **Principais complicações decorrentes das quedas**



Fonte [10]

Quedas com impacto direto sobre quadril e punho têm maior probabilidade de resultar em fraturas.

Instabilidade postural e **quedas** são importantes **marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade** em pessoas idosas. Por isso, a ocorrência de queda deve sempre ser valorizada e avaliada. [10]

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que permite identificar a frequência e ocorrência que o idoso cai e possibilita a avaliação das quedas, considerando aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais.

Devem ser levantados dados relacionados: ao contexto e mecanismo das quedas, às condições clínicas da pessoa idosa, considerando as doenças crônicas e agudas presentes e a medicação em uso (prescritas ou automedicadas).

Existem algumas medidas que podem minimizar o risco de quedas, são elas:[10]

- Educação para o autocuidado.
- Utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.
- Utilização criteriosa de medicamentos evitando- se, em especial, as que podem causar hipotensão postural.
- Adaptação do meio ambiente (residência e locais públicos):

1. Alimentos e objetos de uso cotidiano devem estar disponíveis em locais de fácil acesso, para evitar a necessidade de uso de escadas e banquinhos.
2. Orientação para a reorganização do ambiente interno à residência, levando em consideração a autonomia da pessoa idosa e seu consentimento e da família.
3. Sugerir a retirada de tapetes no início e fim da escada, colocação de um diferenciador de degraus, iluminação adequada e corrimãos bilaterais para apoio.
4. Colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros, orientar o banho sentado caso o paciente apresente instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.

(IBADE/2019) A queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas consequências como a incapacidade, institucionalização e morte, e como fator extrínseco relacionado está o (a):

a) Uso de sedativos.
b) Ambiente mal iluminado.
c) Idade maior que 80 anos.
d) Alteração cognitiva.
e) Doença de parkinson.

Comentário:

A resposta correta é a **letra B.** Como vimos os fatores extrínsecos estão relacionados principalmente ao meio ambiente.

(FEPESE/2018) Analise as afirmativas abaixo com relação à atenção à saúde do idoso.

1. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido e de fácil aplicação.

2. O MEEM avalia os domínios: orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.

3. O MEEM serve para diagnóstico da saúde mental da pessoa idosa, sendo um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

4. Na Escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinneti, quanto menor a pontuação, maior o problema. Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.

5. Por meio do Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Sidney Katz, as pessoas idosas são classificadas como independentes, semidependentes ou dependentes.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas **corretas.**

a) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 4.
b) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 5.
c) São corretas apenas as afirmativas 1, 3 e 4.
d) São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 5.
e) São corretas apenas as afirmativas 3, 4 e 5.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra A.** Item 3: o Mini Mental serve para avaliar a função cognitiva global; Item 5, a Escala de Katz classifica as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

6.9 Hipertensão arterial

Hipertensão Arterial (HAS) é definida como **pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg**, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. [10]

No diagnóstico da HAS, também devem ser considerados o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas.

Existe uma associação direta entre envelhecimento e HAS, é **altamente prevalente nas pessoas idosas**, com acometimento de **cerca de 50% a 70%**, sendo **mais frequente nas mulheres** e pessoas com sobrepeso ou obesidade. É um fator determinante de morbimortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.[10]

É importante ressaltar que a hipertensão **não** deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

Há uma grande variação da pressão arterial nos idosos ao longo do dia.

Durante a medida da pressão arterial em idosos, é importante considerar dois aspectos: [10]

- **Maior frequência de hiato auscultatório** (desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente, entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff), o que produz valores falsamente baixos para sistólica ou falsamente altos para a diastólica.

Esse achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica.

- **Pseudo-hipertensão**: nível de pressão arterial **falsamente elevado** causado pelo enrijecimento da artéria decorrente do processo aterosclerótico, o que dificulta a oclusão da artéria. Pode ser detectada por meio da **manobra de Osler.**

Fonte [10]

Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte [14]

➢ Tratamento

O principal objetivo é a **redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular** da pessoa hipertensa. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas à fármacos anti-hipertensivos. [10]

[14] Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Disponível em: <*http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf*>. Acesso 02 jul 2020.

Como medidas não-farmacológicas, temos a adoção de hábitos saudáveis de vida (prática de atividade física, alimentação saudável, cessação do etilismo e tabagismo etc.),

O esquema terapêutico adequado é estabelecido após a confirmação diagnóstica da hipertensão, em seguida, é realizada a estratificação de risco, considerando os valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado.

Há prioritariamente duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável etc.) e o tratamento medicamentoso.

(CESPE/2018) Hipertensão arterial (HA) é uma condição multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥140 mmHg e(ou) 90 mmHg. No Brasil, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Com relação a esse assunto, julgue o item a seguir.

O mecanismo mais comum da HA no idoso é o enrijecimento da parede arterial dos grandes vasos, que pode levar ao aumento predominante da pressão arterial sistólica, com manutenção ou queda da pressão arterial diastólica.

a) Certo
b) Errado

Comentário:

Pessoal, a afirmação está **certa.** Esse quadro ocasiona o que conhecemos como pseudo-hipertensão.

6.10 Diabetes mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. [10]

Apresenta alta morbimortalidade, com grande perda na qualidade de vida e é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. [10]

Sua incidência cresce com a idade, um fator de risco é a idade acima de 45 anos.

Como DM é uma doença comum e integra a Saúde do adulto também, neste momento, vamos focar apenas em algumas características gerais e naquelas mais voltadas à população idosa, ok?

- Como o DM se expressa no idoso?

Na pessoa idosa, normalmente o DM é descoberto casualmente a partir de uma doença intercorrente (geralmente infecções), uma complicação típica a longo prazo, como por exemplo: infarto do miocárdio, doença cerebrovascular, arteriopatia periférica ou exames de saúde ou de glicemia não diretamente relacionados a uma suspeita de diabetes. [10]

Se liga!! Os famosos 4 P's do DM são essenciais pra prova 😉

Frequentemente os **sintomas iniciais de DM** são **anormalidades neurológicas ou neuropatias**, sejam cranianas ou periféricas. Independentemente da idade, os critérios diagnósticos são os mesmos. [10]

É importante lembrar que esses critérios são estabelecidos para pessoas não submetidas a situações de estresse (doença aguda, cirurgia, traumatismos graves etc.). Além dessas situações, o idoso também pode elevar temporariamente a glicemia devido à imobilidade prolongada.

A presença de poliúria na pessoa idosa, geralmente não é vista como um sintoma do DM, mas sim, como causada por hipertrofia prostática, cistites e incontinência urinária, entre outras causas.

As pessoas idosas raramente desenvolvem cetoacidose, mas podem entrar em estado de hiperosmolaridade e apresentar como sintomas iniciais confusão, coma ou sinais neurológicos focais.

Podem ainda apresentar **queixas inespecíficas** como: fadiga, visão turva, **infecções que curam lentamente** e **impotência** em homens. Outra situação comum uma mulher que apresenta prurido vulvar, deve-se suspeitar de monilíase, caso a suspeita se confirme, pense em diabetes.

- **Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**

	Glicose em jejum (mg/dl)	**Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dl)**	**Glicose ao acaso (mg/dL)**	**HbA1c (%)**	**Observações**
Normoglicemia	<100	< 140	_	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/ dL para normalidade da glicose em jejum.[2]
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200**	_	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

** Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

A **resistência insulínica** em **idosos** está associada à **sarcopenia**, o que eleva o risco de quedas e fraturas, eventos cardiovasculares e fragilidade. A melhora do controle glicêmico, a adequação nutricional e a prática de exercícios são fundamentais para a prevenção e o tratamento do quadro. [15]

Ademais, os idosos necessitam de uma atenção especial, pois apresentam maior risco de hipoglicemia, com agravamento do declínio cognitivo e aumento de eventos cardiovasculares. [15]

O DM2 pode ser evitado através de mudanças no estilo de vida e intervenção não farmacológica.

- **Tratamento**

Os indivíduos com DM devem integrar estratégias de estilo de vida que evitem ganho de peso ou estimulem, se necessário, perda de peso de forma adequada e realista.

---

[15] Fonte: Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Disponível em:< *http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf*>. Acesso em 30 jun 2020.

A orientação alimentar do idoso com diabetes segue os princípios básicos estabelecidos para a população geriátrica em geral.

6.11 Demência

A **demência** é uma **síndrome clínica** decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza **crônica e progressiva**, na qual ocorre **perturbação de múltiplas funções cognitivas**, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. Ocasiona perda gradual da autonomia e da independência, interferindo nas atividades diárias, como higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete.[10]

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade.

Doença de Alzheimer	Demência Vascular
✓ **Início insidioso** ✓ **Perda de memória** ✓ **Declínio cognitivo lento e progressivo** ✓ **Dificuldade para lembrar-se de fatos recentes e para aprender**	✓ Início **abrupto**, geralmente, **após um episódio vascular** ✓ **Deterioração em degraus** (alguma recuperação depois da piora) ✓ Flutuação do déficit cognitivo (dias de melhor e pior performance) ✓ **Sinais focais**, de acordo com a região cerebral acometida.
Demências dos corpúsculos de Lewy	**Demências Frontotemporais- Doença de Pick**
✓ **Flutuação na cognição** ✓ **Alucinações visuais recorrentes bem formadas**	✓ Início **pré-senil**(a partir de 45 anos) ✓ **Mudanças na personalidade**e no comportamento

✓ **Parkinsonismo precoce**	✓ **Alteração da linguagem e comportamento sexual** ✓ Ganho de peso e obsessão em tocar objetos ✓ Comprometimento tardio da memória

Fonte [10]

6.12 Depressão

A **depressão** é um dos **transtornos psiquiátricos mais comuns** entre as pessoas idosas. No Brasil, sua prevalência varia de 4,7% a 36,8%, dependendo principalmente do instrumento utilizado, sendo **maior nas mulheres** que nos homens, na proporção de 2:1, **pessoas idosas doentes ou institucionalizadas** também apresentam prevalências maiores. [10]

A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente aliados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. Por isto, a importância de instituir precocemente o tratamento.

A depressão causa impacto negativo na vidadas pessoas idosas, causando maior comprometimento físico, social e funcional. Quanto mais grave o quadro inicial, associado à ausência de tratamento adequado, pior o prognóstico. [10]

É essencial a construção de um projeto terapêutico singular (PTS), a partir do Acolhimento e da Avaliação, incluindo diferentes estratégias voltadas às necessidades dos usuários.

6.13 Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa

Violência contra a pessoa idosa é: "o **ato** (único ou repetido) ou **omissão** que lhe cause **dano físico ou aflição** e que se produz **em qualquer relação** na qual exista expectativa de **confiança**." (Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa)

Pode se manifestar nas formas: **estrutural**, que ocorre pela **desigualdade social**, miséria e **discriminação**; **interpessoal** que se refere às **relações cotidianas**; e **institucional**, que se reflete na **aplicação ou omissão** da gestão das **políticas sociais** e pelas instituições de assistência.

Dentro da violência interpessoal, temos a representação da violência intrafamiliar que é caracterizada como "toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família".

Ocorre dentro da família, em casa ou fora dela, ou seja, nas relações entre os membros familiares, seja por vínculos de parentesco natural ou civil (marido/esposa, nora/genro ou outros), por afinidade (exemplo, o primo ou parente do marido/da esposa) ou afetividade (amigo (a) que more na mesma casa). [10]

A pessoa idosa é mais vulnerável à violência devido sua maior dependência física ou mental o que somado ao convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tende a agravar a situação.

Frequentemente a violência contra a pessoa idosa é negligenciada pelos serviços de saúde seja pela dificuldade em identificar os sinais ou pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a (s) vítima (s) quanto os profissionais. [10]

(....)

Ufa pessoal,

Concluímos nosso estudo por hoje. Espero que tenham gostado ☺

Abs,

Prof. Gisele Lima

QUESTÕES COMENTADAS

1. (IBADE-2020) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem atende ao anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Visa o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Sobre essa política é correto afirmar que:

a) Os homens adentram o SUS por meio da atenção especializada, portanto, é necessário fortalecer e qualificar prioritariamente esses pontos da Rede de Atenção à Saúde para que eles tenham melhor acesso a suas demandas em saúde.
b) Os homens são mais vulneráveis às doenças e morrem mais precocemente que as mulheres devido à inserção econômica social com carga horária e exigência física em atividades laborais, quando comparado ao sexo feminino.
c) As masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. A fim de conferir maior objetividade prática, a política direciona seu escopo de ações para homens cis.

d) A violência é fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos. Há maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, por isso grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens.
O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê o direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, garantindo ações de saúde em todos os níveis de complexidade desde que circunscritas ao Sistema Prisional.

Comentário:

A resposta correta é **Letra D.** Letra A: os homens adentram o SUS por meio da atenção básico. Letra B: A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Letra C: a política direciona seu escopo de ações para todos os homens. Letra E: caso haja necessidade de o detento realizar cuidados de saúde que o Sistema Prisional não presta, ele será encaminhado para unidades de referência e logo após o tratamento voltará à Unidade Prisional.

2. (FUNCERN/2018) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de orientar as ações e os serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade. Essa Política tem como princípio:

a) Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução dessa política.
b) Fundamentar a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.
c) Aperfeiçoar os sistemas de informação, de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão.
d) Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir.

Comentário:

A opção correta é **Letra B.** De fato, *"Fundamentar a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais"* trata-se de um princípio da PNAISH. As letras A, C e D referem-se a elementos importantes para atingir os princípios. São coisas diferentes. Muito, cuidado, pessoal!!!!!!

3.(NCE-UFRJ/2013) Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PSH), estabelecida pela Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, assinale a alternativa INCORRETA.

a) A PSH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS.
b) A implementação da política deverá ocorrer de forma independente das demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.
c) Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam a promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.
d) A PSH deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação.
e) A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família.

Comentário:

A opção correta é **letra B.**O correto seria "a implementação da política deverá ocorrer de forma transversal ".

4. (UFSB/2017) Em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), assinale a afirmativa INCORRETA.

a) Lançada e publicada em agosto de 2012, tem como principal objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para manutenção das taxas de morbimortalidade.
b) Estão entre os determinantes sociais sobre a saúde do homem: principal autor e vítima da violência; vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas; preconceitos decorrentes da não adequação à masculinidade hegemônica; diferentes condições que perpassam o ciclo de vida: adolescência, vida adulta e velhice.
c) Dentre os principais agravos à saúde da população masculina estão: causas externas (acidentes e agressões); doenças do coração; tumores malignos; distúrbios gastrointestinais e respiratórios.
d) Dentre as principais diretrizes da PNAISH está: entender a saúde do homem como um conjunto de ações de promoção e prevenção, assistência e recuperação, executadas com humanização e qualidade, nos diferentes níveis de atenção.

Comentário:

A resposta correta é **letra A.** O item A está incorreto (daí ser nosso gabarito). A política foi lançada em 2009. Está equivocado falar que a política foi “Lançada e publicada em agosto de 2012”. Questão maldosa (rs)!!

5.(IADES/2018) Quanto ao planejamento familiar, a Lei no 9.263/1996 diz que:

a) A histerectomia e ooforectomia são os métodos contraceptivos cirúrgicos mais utilizados.
b) Não há necessidade de notificação compulsória nos casos de contracepção cirúrgica, pois estas entram nas estatísticas de procedimentos cirúrgicos e não ginecológicos.
c) O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.
d) As ações de planejamento familiar são de responsabilidade exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS).
e) Permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, como incentivo às populações mais carentes, não necessitando de autorização prévia dos gestores do SUS.

Comentário:

A resposta correta é a **letra C.** Vamos entender o porquê as outras letras estão incorretas? Na letra A: é vedada a histerectomia e ooforectomia como métodos contraceptivos; letra B é necessária notificação compulsória; letra D, as ações são de responsabilidade das instituições públicas e privadas; letra E, as pesquisas podem ser realizadas em seres humanos, desde que autorizadas, fiscalizadas e controladas pelo órgão de direção nacional do SUS (MS).

6. (COREMU-UFPR/2018) Considere os seguintes objetivos:

1. Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS.

2. Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais.

3. Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas.

4. Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina.

5. Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.

São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

a) 1 e 3 apenas.
b) 1 e 5 apenas.
c) 3 e 4 apenas.
d) 2, 3 e 4 apenas.
e) 1, 2, 3, 4 e 5.

Comentário:

A resposta correta é **letra E.** Todas as alternativas estão corretas e constituem objetivos específicos da PNAISH.

7.(IADES/2019) Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas preventivas da saúde. Nesse sentido, a resistência masculina aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e da respectiva família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida. Com relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, assinale a alternativa correta.

a) O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e idosos são os que mais sofrem lesões e traumas em razão de agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação às sofridas pelas mulheres.
b) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem evidencia apenas as situações de risco e violência da população masculina.
c) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher não está articulada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
d) Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os homens têm dificuldade em reconhecer as respectivas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de se adoecer.
e) Os homens na fase adulta são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

Comentário:

A resposta correta é **letra D.** Letra A: homens adolescentes e jovens. Letra B: Letra. Letra C: A PNAISM e a PNAISH estão articuladas. E: são os adolescentes (homens) principal grupo de risco para mortalidade por homicídio.

8.(FEPESE/2019) A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem abrange um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de:

a) 20 a 40 anos.
b) 20 a 50 anos.
c) 20 a 59 anos.
d) 25 a 40 anos.
e) 25 a 59 anos.

Comentário:

Pessoal, a resposta correta é a **letra C.** Questão de tiro-curto e frequente em prova!

9. (COMPERVE/2019) O pré-natal do parceiro pode contribuir para reduzir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. A realização de testes rápidos para detecção dessas doenças e a consequente adesão ao tratamento por parte do parceiro infectado pode diminuir consideravelmente o risco de contágio da mãe para o filho. Essa medida é importante porque, mesmo que a mulher seja devidamente acompanhada ao logo da gravidez, se ela mantiver relações sexuais com o parceiro infectado, ela poderá:

a) No caso da sífilis, ter a carga viral aumentada e ser infectada por outra IST.
b) No caso do HIV, ser reinfectada e, no caso da sífilis, ter a carga viral aumentada.
c) No caso da sífilis, ser reinfectada e, no caso do HIV, ter a carga viral aumentada.
d) No caso do HIV, ser reinfectada, e, no caso da sífilis, desenvolver forma resistente da doença.

Comentário:

A questão correta é a **letra C.** Isto porque a genitora mesmo com a devida atenção ao longo da gravidez, se mantiver relações sexuais com o parceiro infectado pode ser, no caso da sífilis**,** reinfectada e ter a carga viral aumentada no caso do HIV**.**

10. (UFRJ/2016)A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização e qualidade da atenção. Com base no exposto, assinale a alternativa correta quanto ao cumprimento desses princípios de humanização e de qualidade da atenção integral.

a) Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária, considerando, principalmente, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas relacionados às doenças psicossomáticas e o acompanhamento do usuário pela equipe de saúde.

b) Articulação das diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, imputando ao setor privado a responsabilidade e o compromisso quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina.
c) Capacitação técnica, principalmente, dos profissionais de saúde de hospitais universitários para o atendimento do homem; possibilitando a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento do usuário pela equipe de saúde.
d) Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados, nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento do usuário pela equipe de saúde.
e) Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, sem considerar a participação dos usuários.

Comentário:

A questão correta é a **letra D.** A letra A está incorreta porque a captação precoce deve ser relativa às doenças cardiovasculares e cânceres e outros agravos recorrentes; letra B, a responsabilidade e o compromisso quanto à saúde é do setor público; letra C, a capacitação técnica deve ser de todos os profissionais de saúde e letra E, é importante a participação popular.

11.(COMPERVE/2018) Homem de 73 anos de idade, hipertenso, apresentando histórico de perda ponderal de aproximadamente 5 Kg no último mês, queixando-se de dor em hipogástrio e retenção urinária há 4h, foi encaminhado pela unidade básica de saúde (UBS) para um hospital especializado onde se diagnosticou o adenocarninoma (câncer) de próstata, tendo sido realizada a ressecção transuretral (RTU) e orquiectomia. Considerando o caso exposto, em relação a epidemiologia e a clínica do câncer de próstata, as evidências científicas mostram que:

a) O risco do câncer aumenta em homens com sobrepeso e obesidade.
b) A hematúria e a prostatite são sintomas desta patologia.
c) O exame de toque retal e a coleta de anticorpo prostático específico (PSA) são utilizados para investigar essa patologia.
d) A biópsia prostática deve ser realizada em homens acima de 65 anos que se recusem a fazer os exames de rastreamento.

Comentário:

A questão correta é a **letra A.** A letra B está incorreta, porque a prostatite *não é um sintoma* do câncer de próstata; na letra C, o PSA deveria se referir ao *antígeno* prostático específico e na letra D, a biópsia deve ser realizada como método diagnóstico e não para rastreamento.

12.(IBADE/2020) O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como "um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte". No acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para:

a) O fato de que o envelhecimento é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que está associado a condição patológica que requer assistência - senilidade.
b) O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso.
c) O pressuposto de que o idoso não é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, portanto, solicita-se sempre a presença de um acompanhante.
d) Necessário chamar a pessoa idosa por seu nome sem manter contato visual, aumentar o volume da voz ao conversar, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo.
e) A utilização de uma linguagem clara, com a adoção de termos técnicos para melhor compreensão pelo idoso.

Comentário:

A questão correta é a **letra B.**A Letra A está errada quando diz que a senescência está associada à senilidade; letra C, o idoso com capacidade cognitiva preservada pode responder por si; letra D, é importante estabelecer contato visual; letra E, deve ser utilizada linguagem acessível para melhor compreensão.

13. (CPCON/2017) Considerando a Saúde do Idoso como foco para a assistência da enfermagem gerontológica, marque a alternativa CORRETA:

a) A maioria dos idosos são sozinhos e solitários e por isso é uma prerrogativa fazer a formação de cuidadores.
b) As reações adversas de medicamentos são mais comuns em idosos e as medicações podem alterar a capacidade do idoso de realizar as funções normais, podendo levar a alterações de comportamento e ser arriscadas para sua vida

c) Quando se chega aos 60 anos, os idosos apresentam capacidade cognitiva prejudicada e por isso as reações adversas às medicações são mais visíveis.
d) Os idosos são muito semelhantes entre si e não conseguem lidar com os declínios inevitáveis associados ao envelhecimento.
e) Os idosos são muito semelhantes entre si, grande parte sofre de depressão, gosta de ficar sozinho, e são muitos solitários.

Comentário:

A questão correta é a **letra B.** Letra A está incorreta, porque na cultura latina, a maioria dos idosos vive com a família; letra C, as reações adversas tornam-se menos visíveis; letra D e E, esse grupo populacional é heterogêneo em seus comportamentos e capacidade funcional, a depressão é um dos transtornos mais comuns, sua prevalência varia entre 4,7 a 36,8%, idosos não gostam de estar isolados.

14. (FEPESE/2019) A queda representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade às lesões. Dentro desse contexto, assinale a alternativa correta.

a) Dentre os fatores extrínsecos para a ocorrência de quedas em idosos destacam-se ser do sexo masculino, não ter tido quedas anteriormente, marcha rápida e uso de auxílio para caminhada.
b) A maioria das quedas acidentais ocorre fora de casa, geralmente durante o desempenho de atividades não habituais como durante a prática de atividades físicas e viagens.
c) As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade são: fraqueza e distúrbios de equilíbrio e marcha, tontura, vertigem, alteração postural/hipotensão ortostática, síncope e redução da visão.
d) Quedas com impacto direto sobre quadril e punho têm menor probabilidade de resultar em fraturas. Quando há uma superfície intermediária, por exemplo, uma cadeira, a probabilidade de ocorrer fratura aumenta, bem como com aqueles que conseguem reduzir a energia da queda, segurando-se.
e) Fatores intrínsecos são relacionados aos comportamentos e às atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas, representam os principais fatores intrínsecos de risco para quedas.

Comentário:

A resposta correta é a **letra C.** Letra A está errada, porque os fatores extrínsecos são aqueles relacionados principalmente ao meio ambiente, comportamentos e atividades das pessoas; letra B, a maioria das quedas ocorre dentro de casa durante atividades do cotidiano; letra D, estas

quedas têm maior probabilidade de causar fraturas; letra E, a descrição se refere aos fatores extrínsecos.

15. (FUNIVERSA/2016) Com o processo de envelhecimento, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito têm sido fatos marcantes nas sociedades atuais, configurando uma epidemia mundial somada aos fatores contribuintes, como a crescente adoção de estilos de vida pouco saudáveis (sedentarismo), dieta inadequada e obesidade. No que se refere à hipertensão arterial e ao diabetes melito no idoso, assinale a alternativa correta.

a) Constituem duas estratégias para o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial a redução do consumo de bebidas alcoólicas e o abandono do tabagismo.
b) Em estudos já realizados, foi evidenciado que o diabetes não interfere na sexualidade do idoso.
c) Quanto à classificação da pressão arterial no adulto, a hipertensão arterial com valores de 160 x 100 mmHg é considerada como de Estágio 1.
d) Fome, tontura, fraqueza, sudorese, taquicardia e tremores compõem o quadro clínico característico de um paciente com hiperglicemia.
e) O conjunto de seringa/agulha descartável para administração de insulina pode ser reutilizado pela mesma pessoa por até dezesseis aplicações.

Comentário:

A resposta correta é a **letra A.** Como sabemos, o DM é uma das doenças que podem causar impotência, interferindo na qualidade de vida sexual. Na letra C, o estágio da HAS é

16. (UFMT/2018) Com participação de entidades que defendiam os direitos da pessoa idosa, em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso. Segundo o Estatuto do Idoso é INCORRETO afirmar que:

a) Capítulo do Estatuto do Idoso que cita o direito à Saúde assegura atenção integral e igualitária ao idoso pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Aqueles que optarem pela saúde suplementar, devem ter ciência de que devido à condição do idoso, os planos de saúde são autorizados a incidir taxa diferenciada de mensalidade em razão da idade do contratante.
b) Estado e sociedade devem zelar pelo direito à liberdade, respeito e dignidade do idoso, não permitindo que sejam submetidos a tratamento desumano ou constrangedor e mantendo preservadas a sua imagem, autonomia e crenças.
c) Dentre os direitos fundamentais do Estatuto do Idoso, está o direito à vida. É dever do Estado garantir políticas públicas que proporcionem envelhecimento digno, com proteção da vida e da saúde do idoso.
d) O Capítulo que trata sobre o direito à profissionalização e ao trabalho define que é dever do Poder Público promover a preparação do idoso para a aposentadoria e aos estabelecimentos contratantes é vedada a discriminação ou a determinação de limite de idade para contratação.

Comentário:

A resposta correta é **letra A.** Essa é uma pegadinha! Embora saibamos que na vida real, há sim uma cobrança diferenciada para pessoas idosas, o Estatuto do Idoso prevê que é vedada a discriminação do idoso com cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

17. (FEPESE/ 2019) A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. Acerca do evento quedas em idosos, é correto afirmar:

a) O idoso que já sofreu quedas anteriormente possui menor probabilidade de voltar a cair.
b) São fatores que agravam a ocorrência de lesão na queda: idade avançada; resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai; dificuldade para levantar após a queda e densidade mineral óssea reduzida.
c) Dentre os fatores extrínsecos para a ocorrência de quedas estão: alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, a presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso.
d) Os fatores intrínsecos para quedas são relacionados aos comportamentos e as atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas representam os principais fatores de risco para quedas.
e) Quedas com impacto direto sobre quadril e punho têm menor probabilidade de resultar em fraturas por serem ossos de maior densidade.

Comentário:

A resposta correta é a **letra B.** Letra A: idoso apresenta maior probabilidade de voltar a cair; na letra C e D os conceitos estão trocados e letra E, quedas com impacto sobre quadril e punho têm maior probabilidade de causar fraturas.

18. (Fonte: Instituto AOCP/2018) De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considera-se idoso frágil aquele que vive em Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI), acamado, que apresente doenças causadoras de incapacidade funcional ou que viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com idade de

a) 75 anos ou mais.
b) 85 anos ou mais.
c) 70 anos ou mais.
d) 80 anos ou mais.
e) 82 anos ou mais.

Comentário:

A resposta correta é a **letra A.** Este critério está estabelecido na diretriz de Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa da PNSPI.

19. (Instituto AOCP/2015) O Vulnerable Elders Survey (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável (aquele indivíduo que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos). Com relação ao VES-13, é correto afirmar que

a) Sua aplicação exige o uso de dados administrativos ou de sistemas operacionais complexos ou informações médicas específicas, como doenças, medicamentos ou exames laboratoriais.
b) É composto por 13 itens. Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de zero a seis pontos.
c) A pontuação igual ou superior a três significa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de morbidades presentes.
d) A idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades e óbito e as alterações associadas ao envelhecimento por si só não estão associadas à maior vulnerabilidade.
e) A somatória dos pontos finais da ves-13 entre 3 e 6 corresponde à classificação do idoso robusto.

Comentário:

A resposta correta é a **letra C.** Letra A: a aplicação do VES-13 é simples, não necessita de dados ou sistemas complexos; letra B é composto por 4 itens e o somatório varia de 0 a 10 pontos; letra E, o idoso não vulnerável é aquele com soma entre 0 e 2.

20. (COMPERVE/2018) Um idoso de 68 anos de idade, acompanhado por um parente, foi atendido em uma unidade de saúde, com hematomas em algumas partes do corpo, o que despertou, nos profissionais, a suspeita de maus-tratos por agressão física. Considerando esse caso e o Estatuto do Idoso, a violência praticada contra o idoso deverá ser objeto de notificação.

a) Compulsória nos casos suspeitos ou confirmados atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados.
b) Facultativa nos casos suspeitos de violência doméstica atendidos em estabelecimentos privados de saúde.
c) Compulsória somente nos casos suspeitos de violência sexual atendidos em estabelecimentos de saúde públicos.

d) Facultativa somente nos casos de violência doméstica atendidos em estabelecimentos de saúde e que o agressor seja desconhecido.

Comentário:

A resposta correta é a **letra A.** Lembrar sempre, que a suspeita ou caso confirmado de violência ou maus-tratos praticados contra a pessoa idosa são de notificação compulsória, independente de o serviço ser público ou privado.

21. (IBFC/2019) Em 2019, comemoram-se os 16 anos do Estatuto do Idoso, o qual destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. No Estatuto foram assegurados direitos às pessoas idosas na saúde. A respeito destes direitos, assinale a alternativa incorreta.

a) A desnecessidade de acompanhante em caso de internação ou observação em hospital
b) Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento
c) Atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo-lhe o aceso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos
d) Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso

Comentário:

A resposta correta é a **letra A.** O Estatuto fala exatamente o contrário, que a pessoa idosa tem direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital.

22. (CESPE/CEBRASPE/2020) Em relação ao calendário nacional de vacinação, o Ministério da Saúde recomenda que os idosos sejam dispensados da imunização contra:

a) *influenza.*
b) hepatite B.
c) tríplice viral.

d) febre amarela.
e) dupla adulto (dT).

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra C.** As demais vacinas compõem o calendário vacinal da pessoa idosa.

23. (INSTITUTO AOCP/2016) Um idoso que, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), apresenta limitação em sua mobilidade e requer auxílio para o banho, mas pode ser perfeitamente capaz de decidir o horário do seu banho, ainda exerce sua:

a) independência.
b) autonomia.
c) isonomia.
d) autoridade.
e) submissão.

Comentário:

O gabarito da questão é a **letra B.** Embora ele dependa de auxílio, ainda é capaz de expressar sua liberdade para agir e tomar decisões.

24. (VUNESP/2015) A vacinação do idoso em domicílio, inclusive de idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural, é desenvolvida pelos serviços de Atenção Básica em razão de:

a) A unidade de saúde dispor de equipes em quantidade suficiente para oferecer este benefício.
b) Ser um dispositivo do programa nacional de imunização, restrito à vacinação anual contra influenza.
c) Ser uma atribuição específica das equipes de saúde que atuam na estratégia saúde da família, que abrange idosos residentes dentro dos limites da área adscrita.
d) Ser um dispositivo da política nacional de humanização do sistema único de saúde – sus, que reconhece as condições iníquas de saúde e vida dos idosos nas áreas de exclusão social.
e) Ser um direito, garantido no estatuto do idoso, referente ao atendimento domiciliar, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover.

Comentário:

A resposta correta é a **letra E.** O Estatuto não traz especificamente a palavra "vacinação", mas fica subentendido quando ele traz na seção de direito à saúde que a prevenção e manutenção da saúde serão garantidas inclusive em domicílio para a população que necessitar e que não puder se deslocar.

25. (IADES/2019) Tipo de síndrome demencial que causa degeneração progressiva dos neurônios do cérebro e comprometimento das respectivas funções cognitivas, como memória, atenção, linguagem, orientação, percepção, raciocínio e pensamento, além de necessitar de cuidados paliativos, pois não tem cura.

A definição apresentada refere-se ao (à)

a) síndrome de Cushing.
b) síndrome de Guillain-Barré.
c) mal de Alzheimer
d) síndrome de Creutzfeldt-Jakob.
e) narcolepsia.

Comentário:

A resposta correta é a **letra C.** A Doença de Alzheimer causa declínio cognitivo lento e progressivo e afeta além da memória, outras funções. Não apresenta cura, o indivíduo deve receber cuidados paliativos.

GABARITO

1- D	14-C
2- B	15-A
3- C	16-A
4- A	17-B
5- C	18-A
6- E	19-C
7- D	20-A
8- C	21-A
9- C	22-C

10- D

11- A

12- B

13- B

23-B

24-E

25-C

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1.

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2.

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3.

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4.

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5.

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6.

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7.

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8.

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.