

## DONA MARGARIDA

### SUMÁRIO

Dona Margarida .....	2
Contextualização .....	8
Incontinência urinária e infecção do trato urinário .....	14
Odontologia geriátrica .....	17
Saúde do idoso e demência .....	19
Atenção domiciliar .....	20
Varizes .....	25

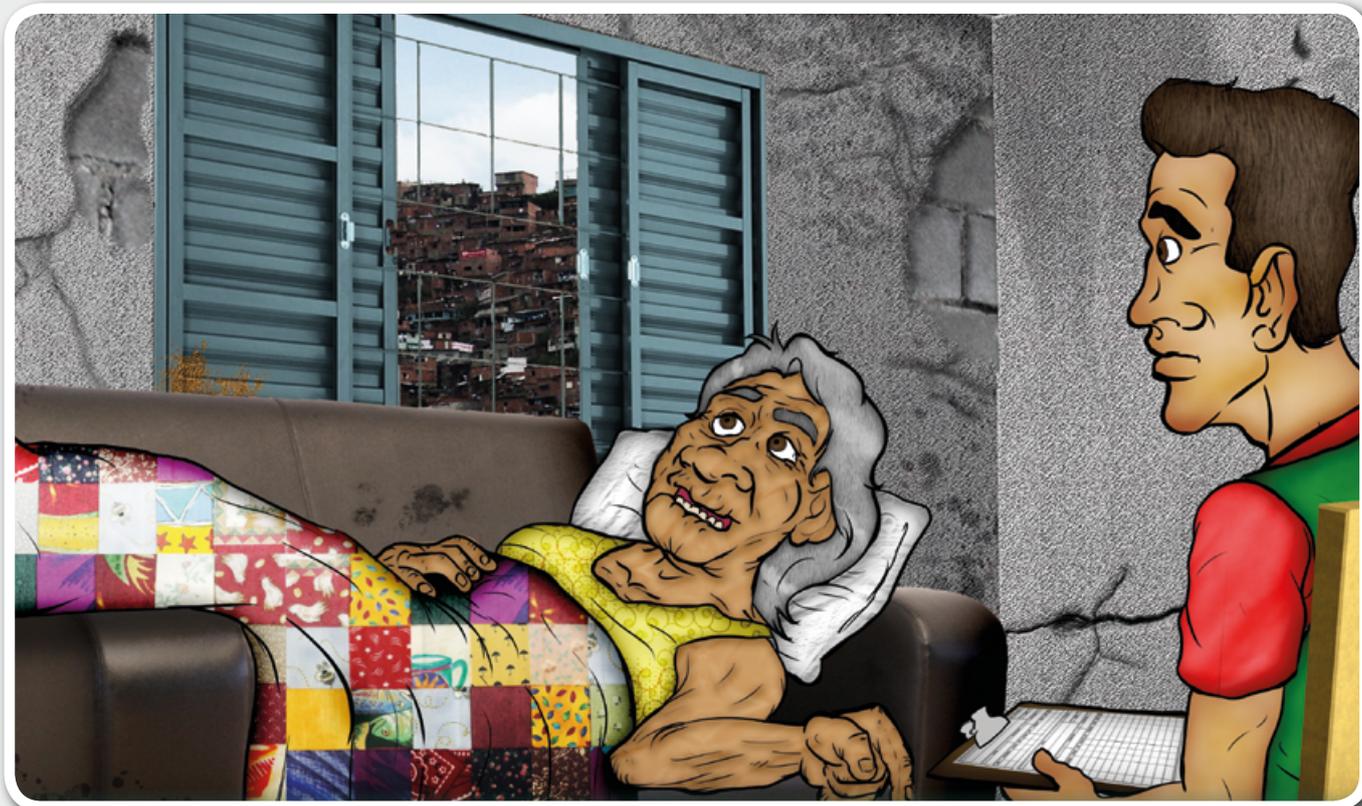
## DONA MARGARIDA



Já fazia três meses que os equipamentos da sala de odontologia estão quebrados na UBS Vila Santo Antônio. Neste período o dentista Érico saiu de férias, fez grupos e ainda continua desenvolvendo suas habilidades para atividades coletivas, já que não tinha aprendido nada a este respeito durante o curso de odontologia na faculdade. Durante a reunião de equipe, perguntou para os ACS se alguém tinha alguma ideia do que ele podia fazer. O ACS Marcos da a resposta que ele mais temia:

- Sim, vamos fazer uma visita domiciliar a Dona Margarida, uma idosa da minha área.
- Érico não tem experiência em atendimento domiciliar, muito menos a pessoas idosas.
- A filha dela pediu ajuda ontem, pois está preocupada com a mãe e disse também que acha que ela está com dor de dente – completou Marcos.





No mesmo dia, Érico vai para a visita domiciliar inseguro. Foi muito bem recebido por Jandira, filha de Dona Margarida, que relatou que a mãe está estranha, mais confusa que o habitual, e não tinha certeza se deixará ser examinada, ainda mais o exame da boca. Ao se aproximar de Dona Margarida, que se encontra deitada no sofá, Érico percebeu halitose, higiene deficiente e queilite angular nas comissuras labiais pela perda de dimensão vertical relacionada. Porém, Dona Margarida não se dispôs a abrir a boca, tampouco deu confiança para o dentista. Marcos puxou uma cadeira e sentou-se perto da paciente, pois já era “de confiança” para Dona Margarida. Sem saber o que fazer, Érico voltou para Jandira e disse:

– É fundamental que vocês motivem a Dona Margarida a realizar sua higiene bucal. Isso não é apenas pela sua idade, mas também pelas suas condições de memória, percepção e aprendizado – e, virando-se para Dona Margarida, incentivou:

– Eu e a minha auxiliar, a Mariane, vamos cuidar de maneira muito especial da senhora, Dona Margarida. Podemos combinar assim? – porém, Dona Margarida não respondeu.

– Doutor, minha mãe está pior que o habitual. Esta noite falou umas coisas estranhas, até viu meu pai, que faleceu há anos, sentado na sua cama! – relatou Jandira.

– É, isso é estranho. Minha avó passou por coisa semelhante quando ela teve uma pneumonia. Você acha que a Dona Margarida está com algum outro problema? Já pensou em levá-la na UAI?

– Ah, doutor, é tão difícil sair com ela de casa... – lamenta Jandira. – Se há algum outro problema? Sim. A urina dela está muito escura, com cheiro diferente...

– Bom, Jandira, vou voltar para o posto e conversar com a equipe. Quem sabe a Dra. Joana não vem aqui? Mas não sei se ela faz visita de emergência. Nossa equipe é muito comprometida, apesar de termos muita gente para cuidar naquele posto, você entende, não é? – disse Érico.

Após o almoço, no corredor da unidade, Érico passou para Joana a situação. Como Joana era nova no posto, não conhecia ainda todos os pacientes que necessitavam de atendimento domici-



liar. Porém, essa situação de mudança de comportamento e quadro alucinatorio numa pessoa de idade requeria uma avaliação urgente. Também pensou que posteriormente poderia aplicar a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.

– Você falou para levá-la na UAI? – perguntou Joana.

– Sim, mas ela disse que é muito difícil tirar a mãe de casa – respondeu Érico.

Nesse momento, o ACS Marcos acrescentou:

– Jandira está muito cansada, e sua filha, Inês, de 32 anos, só vive para o trabalho num salão chique na cidade. É manicure. Dona Margarida tem 75 anos e é viúva de Seu Quinzinho, que morreu de derrame aos 85 anos, mas continua apaixonada pelo marido e, como diz sua filha Jandira, “a mamãe vive no passado” – relatou Marcos, acrescentando:

– Dona Margarida teve três filhos com o finado Quinzinho e mora agora na companhia de sua filha mais velha, Jandira, de 54 anos, e de sua neta Inês, de 32. Jandira é divorciada de João e trabalha como diarista.

Joana a princípio achou estranho ter de fazer atendimentos domiciliares de “urgência”, pois não havia essa prática na equipe em que trabalhava antes de ir para a UBS Vila Santo Antônio (achava que na ESF só se faziam prevenção e promoção de saúde), mas decide então passar rapidamente lá. Pede para a enfermeira Ana Lígia tocar o grupo de diabetes sozinha até ela voltar. Ao examinar o prontuário, nota que a última consulta de Dona Margarida tinha sido no domicílio, há dois anos, em razão de uma agitação psicomotora e inapetência após o falecimento do marido, Quinzinho.

Chegando à casa da paciente, após algumas perguntas, é informada por Jandira que Dona Margarida apresenta quadro de disúria, algúria e dor suprapúbica com sete dias de evolução, sem febre. Decide então iniciar o tratamento empírico com Sulfametoxazol + Trimetoprim 800/160 BID por sete dias. Além disso, pensa: “Vou levar o caso para a reunião, de forma a facilitar a discussão que quero levantar sobre a organização da atenção domiciliar na equipe.”

Na reunião, Joana percebeu que a atenção domiciliar em casos agudos era uma prática comum. Também identificou que a equipe não dispunha de instrumentos para organizar as visitas aos pacientes idosos e com agravos crônicos (por exemplo, os atendimentos eram marcados “só quando a família entrava em contato com a equipe”). O caso em estudo torna-se decisivo durante a discussão para que a equipe faça, sob a supervisão de Joana e da enfermeira Ana Lígia, um plano terapêutico para Dona Margarida. O ACS Marcos seria responsável por agendar os atendimentos na frequência e na periodicidade decididas, e Ana Lígia por fazer um atendimento inicial de Avaliação Global do Idoso. Érico se responsabilizou por estudar critérios para organização de visita domiciliar na Atenção Básica, pois ficou entusiasmado com a riqueza que é conhecer o paciente no seu domicílio.

Na semana seguinte, Ana Lígia trouxe as suas impressões:

– Pessoal, após o meu atendimento, encontrei os seguintes problemas: baixa acuidade visual, má higiene bucal, lesões nos lábios e comissura labial, incontinência urinária, no score AMPI 14 e testes complementares: teste de minimal alterado (20 pontos, avaliação funcional de grau B para atividades básicas de vida diária e Escala de Lawton para atividades instrumentais de 14/27).

E continuou:

– Sugiro que façamos um acompanhamento da Jandira, ensinando a ela algumas técnicas para lidar com a dependência parcial da mãe. Também acho importante o Érico ou a Mariane voltarem lá para completar o exame de saúde bucal e que a Joana faça até um novo atendimento, a fim de avaliar melhor a possível demência e a incontinência. O que acham?

A seguir, houve uma acalorada discussão sobre o papel do cuidador no caso, considerando que Marcos relatou sua impressão de que Jandira estava “muito cansada” e que “precisava de um psicólogo”. Joana e Ana Lígia pareciam preocupadas com a visão dos ACS de que os pacientes com algum tipo de sofrimento psíquico tivessem obrigatoriamente de passar por um psicólogo. Por fim, a equipe decidiu em conjunto que, antes de “encaminhar a cuidadora” ao serviço de saúde mental, convidariam Jandira para um atendimento individual.



Assim, Joana iniciou o acompanhamento rotineiro de Dona Margarida. Na sua segunda visita, no fim da tarde, encontrou a filha Jandira e a neta Inês em casa.

– Boa tarde! – cumprimentou Joana.

– Boa tarde! – respondem as três.

– E aí, pessoal, tudo bem? – pergunta Joana.

– Tudo – respondem.

– E a senhora, Dona Margarida, tudo bem? – continua Joana.

– Estamos aí, minha filha. Essa casquinha... – responde, sem muito ânimo.

– A senhora está lembrada de mim? Vim aqui há uns vinte dias.

(Silêncio) Jandira tomou então a palavra:

– Ó, doutora, de memória a mamãe não lembra muito bem não; né, mãe?

(Silêncio) Joana se sentiu um pouco incomodada e ansiosa com esses silêncios profundos. Decide então explorar melhor os sintomas da paciente:

– Mas Dona Margarida, há quanto tempo a senhora tem esses “problemas de memória”?

– Olha, minha filha, eu não sei, não. Quem sabe dessas coisas é a minha filha, que me acompanha e ajuda aqui em casa.

– Hummmm... – respondeu Joana.

Jandira novamente interveio:

– Doutora, deve ter uns cinco anos que a mamãe começou a caducar. No começo, ela esquecia coisas assim, que tinha feito há pouco tempo, do tipo onde pôs as chaves, se deu ou não comida para os cachorros. Com o tempo foi piorando, esquecendo o nome dos netos e filhos, das coisas...

– E hoje? – perguntou Joana.

– Ah – disse Jandira –, hoje tá a mesma coisa. Mas uma coisa é impressionante: ela lembra de coisas da sua infância e adolescência com uma nitidez, né, mamãe? Fala pra gente como é que foi o seu noivado.

– Minha filha, foi uma coisa linda... – começou a descrever Dona Margarida.

Dona Margarida contou uma longa história de amor e aventuras vividas por ela e seu finado marido. Ao final do relato, Joana se sente emocionada com a oportunidade de conhecer tão grande história de amor.

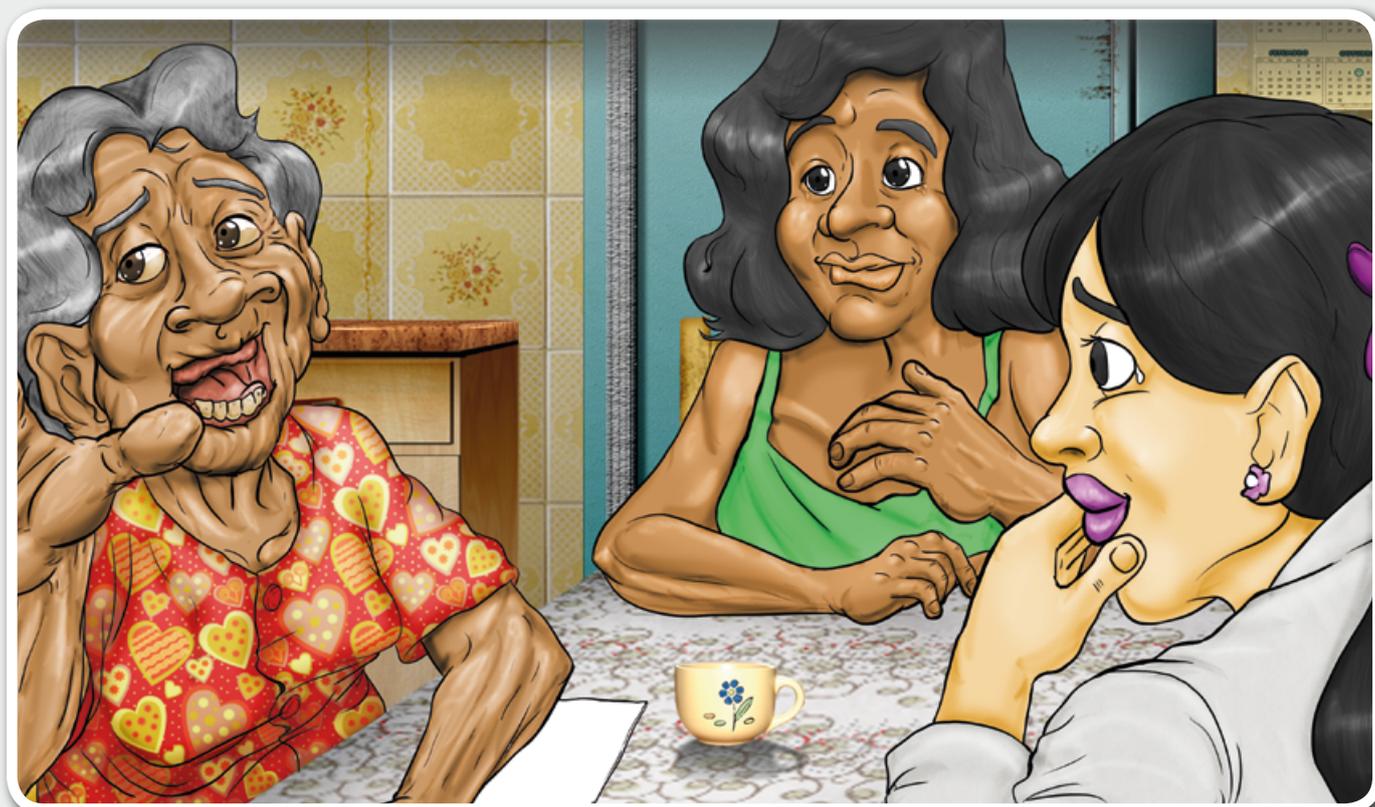
– Muito bem, Dona Margarida, que história, hein? A senhora é sortuda... Teve um bom marido, carinhoso com você e suas filhas. E os netos e netas?

– Ah, minha filha, são muitos...

– E essa neta que mora aqui com a senhora? Como é o nome dela, mesmo?

– Ah... a Jandira.

– Mas a Jandira é sua neta?



- Não, não... a Marlene?
- A senhora lembra o nome dela?
- Não é Marlene?
- Não, essa daqui é a Inês, não é mesmo?
- É, Inês.

Jandira aproveitou para expor um pouco de sua expectativa em relação ao tratamento:

- Tá vendo, doutora? Não tem um remédio para a memória da mamãe, não?
- Existem alguns, Jandira, mas mais algumas coisas sobre o problema antes de pensar no tratamento. Você me disse que a evolução da perda de memória foi lenta, não é?
- Sim, foi devagar.
- Teve algum momento em que foi mais rápido ou houve uma mudança rápida para pior?
- Não que eu lembre.
- E como é o comportamento dela dentro de casa?
- Bom, ela não é muito de sair, não. Se deixarmos, fica só dentro de casa. Temos de dizer: “Vamos, mãe, dar uma volta. Ficar dentro de casa faz mal.”
- E em casa?
- Fica escutando um radinho. Ela gosta muito de música. Bolero, então...

A anamnese continuou. Dona Margarida não apresenta sintomas cardiovasculares nem pulmonares e tem incontinência urinária de longa evolução (geralmente ligada a esforços e tosse). Já teve vários episódios de infecção de urina. Não faz uso de medicações contínuas. Joana decide examiná-la:

- Vamos dar uma olhadinha na senhora?

Dona Margarida encontrava-se corada, hidratada e sem edemas, com P.A. 130 x 80, FC: 88 bpm, sem sinais neurológicos focais e bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos. Está com murmúrio vesicular fisiológico, ruídos descontínuos inspiratórios em bases pulmonares (crepitações) e desconforto à palpação suprapúbica.

Antes de passar as suas impressões à família, a médica fez uma rápida revisão do prontuário orientado ao problema (POP) de Margarida. Sua lista de problemas anteriores contém: demência, varizes e osteoartrose (problemas crônicos), pneumonia e ITU (problemas agudos). Os últimos exames realizados foram mamografia (cinco anos atrás) e um exame de colesterol, glicemia e triglicérides (um ano atrás). Não há registro de citologia oncótica e densitometria óssea.

- Vou pedir também para o Érico, dentista, dar um pulinho aqui, tá bom? – disse Joana.



– Ótimo, doutora, pois ela queixa-se de dores nos dentes, que tem dificuldade em se alimentar, principalmente alimentos sólidos e muito duros, por isso acabou comendo sopa e alimentos mais pastosos e moles – comentou Jandira.

– Seus dentes estão muito moles, sangram e parece que vão cair a qualquer momento. Além disso, a mãe queixa-se de feridas no canto da boca e sente gosto ruim e forte mau hálito. Às vezes quero ajudar a limpar a boca, mas ela rejeita ajuda de outras pessoas, pois diz que “não está incapacitada” – completou Jandira.

A médica observou que a paciente apresenta lesões nas comissuras labiais (queilites) devido à perda da dimensão vertical, mas há lesões suspeitas no lábio superior que devem ser avaliadas quanto à possibilidade de neoplasia.

Tanto Jandira como a neta Inês acreditavam que Dona Margarida deve estar com problemas dentários bem graves e acham que ela deveria extrair todos os dentes e colocar dentadura para eliminar o problema de vez.

Joana orientou que extrair todos os dentes remanescentes para colocar uma prótese nem sempre é a melhor solução e acrescenta que elas poderiam ajudar Dona Margarida na higiene bucal.



Passadas duas semanas, Érico voltou à casa de Dona Margarida. Nesse meio tempo, teve a oportunidade de estudar a rotina de atendimento ao idoso no domicílio, aprender a classificação do programa melhor em casa (AD1, AD2, AD3) e entender um pouco mais a Doença de Alzheimer, assim como os riscos que o idoso frágil tem, em especial por dificuldades de se alimentar, como parecia ser o caso de Dona Margarida. “Será que vou conseguir examiná-la hoje?”, pensou.

Para sua surpresa, Érico foi recebido na cozinha por Dona Margarida:

– Oi, doutor, seja bem-vindo. É a primeira vez que vem aqui? – disse Dona Margarida, que cooperou com o exame odontológico e responde às perguntas de Érico, ainda que de forma confusa.

Érico constatou alto índice de placa bacteriana, cálculo, gengivite e periodontite, com perda óssea generalizada, com médio ou alto grau de mobilidade em vários elementos dentários e perda de elementos anteriores e posteriores. Percebe, no entanto, melhora da higiene e da queilite.

– Vocês passaram a cuidar melhor da boca dela, não é? – perguntou Érico.

A filha e a neta fizeram sinal positivo com a cabeça, mas a paciente não responde.

– Jandira, serão necessários alguns exames, como raios-X – informou Érico. – Você acha que consegue levar sua mãe à Unidade de Saúde? Será que ela aceita o tratamento odontológico? Ela me parece um pouco confusa... Além disso, precisamos avaliar o protocolo de encaminhamento para a Atenção Secundária. Jandira, é importante avaliar essas lesões do lábio – completa Érico. – Acho que o exame, o diagnóstico e, se necessário, o tratamento devem ser feitos pelo estomatologista, devido à possibilidade de lesões cancerizáveis. A ideia é garantir que a Dona Margarida seja cuidada da melhor maneira possível.

– Doutor, eu posso até levá-la, mas acho que vamos ter que dar um remédio para ela acalmar – avaliou Jandira.

# ▶ CONTEXTUALIZAÇÃO

MARCELO MARCOS PIVA DEMARZO, JULIE SILVIA MARTINS E LUCILIA DE FATIMA AURICCHIO



## INTRODUÇÃO

No presente texto, abordaremos o caso Dona Margarida numa perspectiva geral, organizando-o didaticamente nas seguintes dimensões:

1. da **gestão** clínica e do processo de trabalho em equipe interdisciplinar, envolvendo também a questão da educação permanente; e
2. do **cuidado** individual, familiar e coletivo/comunitário, envolvendo aspectos clínicos e de educação em saúde.

## 1) GESTÃO DA CLÍNICA E DO TRABALHO EM EQUIPE

Este caso apresenta um tema de suma importância para a organização do trabalho dos profissionais e equipes: a visita domiciliar. Aqui será dado destaque para as visitas dos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, e as visitas dos ACS e auxiliares serão tratadas em outro momento.

As visitas domiciliares são parte da agenda programática da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém muitos profissionais, como os da equipe da UBS Santo Antônio, não têm experiência e/ou rotina para sua organização. Acabam por realizá-las por demandas urgentes ou quando o ACS julga necessário, somente. O tema **Atenção Domiciliar** apresenta uma reflexão acerca dos cuidados no domicílio, inclusive uma discussão mais aprofundada sobre as visitas de urgência na ESF e a utilização de escalas de priorização e classificação. O Programa Melhor em Casa, propõe esta classificação.

Observamos, neste caso, que tanto Érico quanto Joana se surpreenderam ao perceber a necessidade de fazer uma visita inesperadamente; o dentista pela inexperiência e a médica pelo fato de entender que a ESF é um espaço para promoção e prevenção de saúde, não para assistência de urgência. Mesmo assim, deixa de ir ao “grupo” de diabéticos e prioriza a visita, por se perceber responsável pela paciente. Ambos conseguem, habilmente, superar suas angústias e voltar sua prática à necessidade da comunidade, que é na realidade um dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS).

Outra questão referente à gestão da clínica e do trabalho em equipe e que se correlaciona com o que abordamos nos cuidados familiares seria:

Como identificar “famílias de risco” ou ainda idosos em risco, priorizando cuidados integrados para esses grupos de maior vulnerabilidade?

Não existe apenas uma resposta para essa pergunta, e o mais importante é a própria equipe discutir e chegar a consensos sobre como organizar sua agenda e atividades com as famílias. Vale lembrar, porém, que alguns autores já se debruçaram sobre essa questão, como Coelho e Savassi, que desenvolveram uma escala de risco para o trabalho com famílias na APS (conheça-a em <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/104/pdf>), e o próprio Ministério da Saúde e seus parceiros, que elaboraram um manual para a organização da Atenção Domiciliar na APS.

Para classificação da vulnerabilidade e funcionalidade dos idosos, existe a Avaliação Multidimensional da pessoa idosa para atenção básica - AMPI/AB, que tem sido usada por alguns municípios para linha de cuidado dos idosos, conforme a seguinte sistemática:

A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA PARA A ATENÇÃO BÁSICA – AMPI/AB é uma ferramenta para interlocução com a pessoa idosa e tem por objetivo realizar a avaliação das condições da pessoa idosa com ênfase na capacidade funcional e demais agravos comuns ao processo de envelhecimento.

Com este processo é possível classificar, no território de ação, a população idosa quanto ao seu grau de desempenho funcional, classificando-a em saudável, pré-frágil e frágil, possibilitando assim a organização das equipes para assistência à pessoa idosa.

#### **Operacionalização:**

Qualquer membro da equipe de saúde, quando capacitado para atuação nesta temática e uso do instrumento, pode, sob supervisão do técnico responsável, aplicar o instrumento.

A AMPI é composta de 17 itens de avaliação e a pontuação aplicada conforme as orientações em cada item.

Avaliação de resultados: cada item receberá uma pontuação. Conforme a soma dos pontos obtidos, teremos a seguinte classificação:

- 0 - 5 pontos: idoso saudável;
- 6 - 10 pontos: idoso pré-frágil;
- > 11 pontos: idoso frágil.

#### **A RAPSI Fluxos e Encaminhamentos:**

Encaminhamentos da Avaliação Multidimensional para a Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI/AB, conforme pontuação:

- 0 - 5 pontos: repetir a AMPI/AB após 12 meses;
- 6 - 10 pontos: repetir a AMPI/AB após 6 meses;
- > 11 pontos: aplicar todos os testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, realizar o plano de cuidados inicial e encaminhar para a URSI de referência.

#### **Rastreamento de Capacidade Funcional**

Corresponde aos seguintes testes: Teste de Katz, Teste de Lawton, Teste de Velocidade de Marcha, *Timed Up and Go Test* (TUGT), Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM ou Minimental), Teste de Snellen e Teste do Sussurro.

#### **Plano de Cuidados Inicial**

Após aplicação dos testes complementares, se faz necessário que a equipe estabeleça um plano terapêutico para determinar o tipo de acompanhamento do idoso e qualificar o processo de referência a um serviço de especialidade, fortalecendo também o vínculo entre idoso/ equipe UBS/ equipe especialidade.

#### **Plano de Cuidados Específico**

Corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia Saúde da Família) no acompanhamento do idoso com alterações em algum item específico da AMPI/AB e após a realização dos testes de Rastreamento de Capacidade Funcional correspondentes. Deve fortalecer o vínculo entre equipe/ idoso/ família.

É importante ressaltar que a AMPI permite o planejamento da equipe para ações de saúde domiciliares e/ou coletivas, considerando a autonomia e fragilidade dos seus grupos classificados. É, dessa forma, uma importante ferramenta para interlocução em qualquer espaço terapêutico. É de fundamental importância que as equipes planejem, monitorem e (re)avaliem a população de idosos, tendo em vista a transição rápida de uma condição de menor a maior fragilidade.

## 2) CUIDADOS INDIVIDUAL, FAMILIAR E COLETIVO

Os cuidados individuais na atenção primária requerem uma lógica específica. Para melhor registro e classificação diagnóstica, existe o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), incluindo a lista de problemas/ necessidades de saúde e as notas de evolução do já conhecido SOAP, e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

A AMPI é outra possibilidade para planejamento das ações, tendo em vista que pode ser aplicada como instrumento de rastreio por qualquer membro capacitado da equipe, incluindo o ACS.



### Destaque

Mais uma vez, queremos deixar claro que o ponto de vista aqui proposto é um recorte entre outros possíveis, cabendo aos especialistas e tutores aprimorá-lo em discussões durante o fórum, com base em outros referenciais e na prática diária.

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E PLANOS INDIVIDUAIS

Centraremos a discussão do cuidado individual no caso de Dona Margarida.

### DONA MARGARIDA

Dona Margarida é uma pessoa idosa, e é característica dessa fase da vida a presença concomitante de múltiplas condições e problemas crônicos de saúde, eventualmente evoluindo com agudizações ou novos problemas, quadro conhecido na literatura como “multimorbidade”. Esse panorama é de grande complexidade de gestão e gerenciamento clínico, sendo imprescindível um modelo de atenção em saúde adequado, que atue com base na integralidade e na coordenação de cuidados de forma interdisciplinar. Dessa forma, a APS e a ESF são cenários privilegiados para esse tipo de atuação.

O caso apresenta informações detalhadas sobre Dona Margarida, e assim podemos identificar inicialmente alguns problemas e necessidades de saúde, listados a seguir com a respectiva tentativa de classificação CIAP, que é de uso multiprofissional. Vejamos uma possível lista de problemas da Dona Margarida, pensando no RCOP:

- **Disúria, algúria e dor suprapúbica há sete dias** – CIAP: U01 Disúria/ micção dolorosa; U13 Sinais/ sintomas da bexiga e outros;
- **Lesões bucais** – CIAP: D82 Doença dos dentes/gengivas; D83 Doença da boca/língua/lábios;
- **Dificuldade para se alimentar** – CIAP: T05 Problemas alimentares do adulto;
- **Problema na continuidade da atenção** – CIAP: Z10 Problema relacionado com sistema de saúde;
- **Viuvez** – CIAP: Z23 Perda/falecimento de familiar;
- **Teste de minimental alterado (20 pontos)** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal; NEP20 Alterações da memória; P70 Demência;
- **Baixa acuidade visual** – CIAP: F28 Limitação funcional/ incapacidade;
- **Incontinência urinária aos esforços há cinco anos** – CIAP: U04 Incontinência urinária;
- **Avaliação funcional de grau B para atividades básicas de vida diária** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal; A28 Limitação funcional/ incapacidade não especificada;
- **Escala de Lawton para atividades instrumentais de 14/27** – CIAP: -39 Teste de função física; A91 Investigação com resultado anormal NE; A28 Limitação funcional/incapacidade NE;
- **Varizes** – CIAP: K95 Veias varicosas da perna;
- **Osteoartrose** – CIAP: L15 Sinais/sintomas do joelho; L90 Osteoartrose do joelho.

Pelas características dos problemas urinários agudos de Dona Margarida, podemos supor a presença de um quadro sindrômico de infecção do trato urinário (ITU) associado à uma condição crônica de incontinência urinária. É possível também identificar uma piora cognitiva e um quadro alucinatorio devido um quadro orgânico infeccioso, o que chamamos de *delirium*. Dona Margarida também apresenta diversos problemas ativos de saúde bucal que têm dificultado sua capacidade de se alimentar, afetando provavelmente seu estado nutricional.

Nesta situação, é imprescindível que o plano de cuidados para os problemas agudos de Dona Margarida leve em consideração as condições crônicas da paciente, especialmente o quadro demencial, o que torna ainda mais complexo o manejo do caso de forma integral (veja mais em [Atenção Domiciliar](#)).

Nesse mesmo sentido, para o acompanhamento longitudinal de Dona Margarida, a equipe pode propor um projeto terapêutico de cunho interdisciplinar, com base nos principais problemas e necessidades referidos e identificados,

priorizando ações e estabelecendo metas e papéis para cada membro da Equipe de Saúde da Família. É importante que se defina o profissional que fará o papel de coordenador dos cuidados à Dona Margarida para garantir que seja feito efetivamente o acompanhamento

Vale notar o possível problema de continuidade do cuidado devido ao que é relatado no caso, pois já havia uma lista prévia de problemas que apontava para os principais problemas de Dona Margarida, e mesmo assim a paciente continuava sem abordagem integral de seus problemas e necessidades, “reagudizando” alguns quadros com certa frequência.

Durante a abordagem de Dona Margarida, também aparece uma questão de saúde pública atual importante, que são os protocolos de rastreamento. Foram comentados alguns exames que lhe haviam sido solicitados, como colesterol, glicemia e mamografia. Poderíamos pensar ainda em outros procedimentos, como o rastreamento de cânceres de colo uterino e de intestino. Haveria indicação para esses tipos de rastreamento, em relação à literatura e às condições específicas de Dona Margarida? É importante destacar que o termo “rastreamento de doenças” refere-se a quando há investigação em quadros assintomáticos, para diagnóstico precoce.



### Saiba mais...

Confira uma discussão mais ampla sobre o tema nos endereços:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)> e

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf)>

Pelo quadro demencial, que já é uma síndrome com múltiplos sintomas, cabe a realização de alguns exames para investigação de causas e fatores associados. Veja mais na fundamentação teórica [Demência](#).

Outra questão a ser levantada seria a de como fazer o registro, em formato SOAP, dos atendimentos de Dona Margarida. Uma possibilidade é apresentada sumariamente aqui, com base nas informações do caso:

#### 1ª consulta

S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. Joana foi chamada para atender em domicílio Dona Margarida, de 75 anos. Margarida teve três filhos com o marido e mora agora na companhia de sua filha mais nova, Jandira, de 54 anos, e sua neta Inês, de 32. Jandira é divorciada de João e trabalha como diarista; Inês é manicure. O atendimento domiciliar foi solicitado de urgência.</li> </ul>
O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentava quadro de disúria, algúria e dor suprapúbica de sete dias de evolução, sem febre</li> </ul>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção do trato urinário;</li> <li>• Necessidade de tratamento de urgência / falta de acompanhamento coordenado, integral e continuado</li> </ul>
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar tratamento empírico com Sulfametaxazol+Trimetropim 800/160 BID por sete dias;</li> <li>• Revisar em dois dias;</li> <li>• Levar o caso para discussão da reunião da equipe, de forma a ampliar a rede de cuidado e cuidadores;</li> <li>• Estabelecer um projeto terapêutico para Dona Margarida em conjunto com a família.</li> </ul>

## 2ª consulta

S

- Dra. Joana vai ao domicílio de Dona Margarida e, ao cumprimentá-la, essa não a reconhece. Jandira (filha) refere que este sintoma está presente há aproximadamente cinco anos. Atualmente apenas lembra-se claramente das coisas da sua infância e adolescência. Troca o nome da neta. Dona Margarida, ao ser incentivada, narra a sua história de vida com foco no relacionamento de amor com o marido já falecido. Não apresenta sintomas cardiovasculares nem pulmonares, tem incontinência urinária de longa evolução (geralmente ligada a esforço e tosse). Não faz uso de medicações contínuas. Jandira mostra expectativa aos possíveis “remédios” para a situação de sua mãe. Jandira refere que Margarida queixa-se de dores nos dentes, e que tem dificuldade de se alimentar devido ao problema.

O

- Corada, hidratada, sem edemas;
- PA - 130 x 800 mmHg; FC - 88bpm;
- Sem sinais neurológicos focais;
- Bulhas cardíacas sem alterações;
- Murmúrio visicular fisiológico, com ruídos descontínuos inspiratórios em bases pulmonares (crepitações);
- Desconforto à palpatação suprapúbica;
- Lesões nas comissuras labiais (queilites).

A

- Quadro demencial;
- Lesões em bocas e dentes;
- Dificuldade para se alimentar.

P

- Plano de acompanhando longitudinal e coordenado em equipe;
- Orientações de segurança e risco de queda;
- Discutir em equipe maneiras de incluir outros membros no cuidado, principalmente a equipe de saúde bucal;
- Discutir formas de ampliar a rede de cuidadores de Dona Margarida;
- Apoiar Jandira no cuidado a Dona Margarida.

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E PLANOS DE CUIDADOS FAMILIARES

Analisando as informações coletadas sobre a família de Dona Margarida, podemos identificar inicialmente alguns problemas e necessidades de saúde da família, considerando o impacto que familiares com problemas crônicos, principalmente em quadros demenciais, têm na dinâmica familiar.

Uma questão é que Jandira, filha e cuidadora informal de Dona Margarida, provavelmente está passando por um quadro que pode ser classificado como “sobrecarga do cuidador” (CIAP: Z22 Problema por doença familiar; A98 Medicina preventiva/ manutenção da saúde). A equipe deve elaborar um plano de cuidados para Jandira levando em conta tal particularidade e pode também, por exemplo, planejar um treinamento para capacitá-la para os cuidados com Dona Margarida. Nesse sentido, seria importante identificar se os outros dois filhos de Dona Margarida e mesmo a neta Inês poderiam também compor a rede de apoio para auxiliar Jandira nessa tarefa. Pode ser necessária uma intervenção familiar mais elaborada, com a realização de uma reunião com todos os membros para planejamento da divisão de cuidado, por exemplo, mas esse passo só deve ser dado quando a equipe estiver se sentindo segura e após uma pactuação com a filha Jandira, principalmente.



### Saiba mais...

Preparar o ambiente domiciliar para uma pessoa idosa considerando, por exemplo, prevenção de quedas é outra importante ação no ambiente familiar. Leia mais sobre o assunto nos endereços:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf)>

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)>

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>

Também deve-se elaborar um plano de cuidados para Inês, uma mulher de 32 anos, manicure. Para isso, é fundamental identificar se ela tem algum problema de saúde ativo que requeira cuidado ou se são suficientes ações preventivas efetivas.

## PROBLEMAS, NECESSIDADES E PLANOS DE CUIDADOS COLETIVOS E COMUNITÁRIOS

Se refletirmos sobre as possíveis ações coletivas relacionadas à temática do caso:

Existem mais idosos nessas mesmas condições em nosso território?

O caso não traz essa informação, mas sabemos pelo estudo de caso do município que a UBS Vila Santo Antônio é próxima da área da UBS Vitória, onde há uma população envelhecida e que está trazendo muitas demandas para a Equipe de Saúde da Família. Uma necessidade importante e prevalente seria, portanto, uma ação coletiva de um “grupo de cuidadores” para atender pessoas como Jandira.

## CONCLUSÃO

No caso **Dona Margarida**, tivemos uma situação exemplar da **complexidade da gestão de cuidados em idosos enfrentadas** pelas equipes da ESF. Foi possível observar que, apesar dos problemas apontados neste texto, houve preocupação por parte da equipe com o acesso e cuidado integral diante dessa condição especial, intencionando uma atitude interdisciplinar de integralidade e coordenação do cuidado.

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA E INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Ivaldo Silva e Sonia Maria Garcia Vigêta



Este é um caso fictício, mas que encontramos com muita frequência na Atenção Primária à Saúde.

Paciente na pós-menopausa com queixas de disúria e polaciúria. Além disso, apresenta perda urinária aos esforços (incontinência urinária de esforço – IUE) e grau leve de demência.

Devemos ressaltar alguns pontos importantes. Primeiramente, a discussão da periodicidade das visitas em paciente crônica. Pacientes com doenças crônicas necessitam de uma continuidade de acompanhamento, e não somente quando existe um sintoma novo ou uma descompensação do quadro clínico.

Em segundo lugar, pacientes com mais idade normalmente são cuidados por parentes e, portanto, devemos sempre ter o cuidador junto ao atendimento clínico para obter informações sobre o paciente e para promover orientação de como auxiliar no tratamento. O cuidador talvez precise de mais ajuda que o próprio paciente; no caso de Dona Margarida, a filha dela diz que está muito cansada.

A paciente apresenta queixa de perda da memória (sinais de demência), assunto que será discutido em outro tópico. Tem incontinência urinária de esforço (IUE) de longa data, que deve ser leve, pois tem relação com tosse e esforços (sem mais informações). A IUE é muito comum em mulheres e há um aumento da incidência com a idade, principalmente após a menopausa, devido à diminuição do estrogênio e, como consequência, atrofia de vários tecidos e da musculatura pélvica. A própria IUE pode facilitar a ocorrência de infecção urinária.

A paciente apresentou vários episódios de infecção de urina, os quais devem ser acompanhados para verificar o fator desencadeador, como higiene, hábitos de manter a bexiga cheia, doenças concomitantes com diabetes etc.

De acordo com o caso, a paciente não é avaliada pela equipe há mais de um ano, o que demonstra não adesão da paciente ou mesmo falha do atendimento da equipe de saúde.

Dra. Joana observou no primeiro momento queixas de infecção de urina (disúria e polaciúria) e indicou tratamento com antibiótico por sete dias. Devemos após o tratamento da queixa de urgência acompanhar a paciente para verificar as possíveis causas de infecção. Também devemos solicitar cultura de urina para verificar se o tratamento foi eficaz, pois sabemos que pode existir resistência de algumas bactérias a certos antibióticos.

Quanto ao quadro de incontinência urinária, é importante conhecermos um pouco de sua fundamentação teórica: é definida como a perda involuntária de urina que leva a um problema social/higiene para seu portador. O processo de envelhecimento do sistema urinário cursa com alterações em sua morfologia e função, como a hipertrofia dos músculos da bexiga, reduzindo a sua capacidade de expansão e armazenamento (300 ml), o que resulta no aumento da frequência urinária durante o dia e a noite. Ocorrem alterações na fisiologia renal com mudanças no controle neural do ato urinário, tornando ineficiente o esvaziamento da bexiga, e com o enfraquecimento dos músculos, o que pode promover a retenção de grandes volumes de urina. A retenção urinária predispõe os idosos ao aparecimento de infecção no trato

urinário. A eficiência da taxa de filtração da urina pelos rins diminui com a idade, afetando a capacidade do organismo de eliminar fármacos, glicose e outras substâncias. A avaliação do distúrbio miccional pelo paciente e/ou pela pessoa que cuida deve constar da entrevista, perguntando sobre frequência, continência, se há dor e características da urina e como ocorre a eliminação intestinal. Também devem constar os antecedentes obstétricos, cirurgias pélvicas, tabagismo, etilismo, doenças coexistentes, medicações em uso, desempenho cotidiano e grau de dependência e o impacto psicológico e social do sintoma na vida do idoso/cuidador (ELIOPOULOS, 2011; SMELTZER et al., 2009).

Após uma história benfeita, devemos proceder uma avaliação clínica através de exames de urina e de sangue (dosagem da glicemia, ureia e creatinina séricas). Em unidades especializadas, são realizados exames urodinâmicos, tendo como básicos: urofluxometria (avalia o fluxo urinário), cistometria (avalia a função da bexiga) e eletromiografia esfinteriana, e como complexos: medidas simultâneas de bexiga, uretra e reto em repouso, com esforço e durante a micção. Uma avaliação ambiental também é importante, constando de: investigação da proximidade do banheiro (iluminação, acesso), altura da cadeira/do vaso sanitário (40 cm) e para quadril rígido ou doloroso (suporte de plástico ou metálico) e roupa que facilite a independência do idoso em ir ao banheiro.

As incontinências urinárias (IU) permanentes podem ser classificadas da seguinte forma:

- **IU de esforço:** ocorre por meio de um escape involuntário de urina, quase sempre em pequenas quantidades, com aumento da pressão intra-abdominal (por exemplo, tosse, risos ou exercício). É relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico ou incompetência do esfíncter da uretra. Apresenta-se como a segunda causa mais comum de IU nas mulheres.
- **IU de urgência:** apresenta um extravasamento de urina, quase sempre em volumes grandes, pela incapacidade de retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical. Tem como causa a hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a condições locais, como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose, ou por alterações do sistema nervoso central, como acidente vascular encefálico, demência, parkinsonismo ou lesão espinal.
- **IU de retenção urinária:** apresenta um escape de urina, quase sempre em pequenas quantidades, e/ou secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e/ou da função esfinteriana. É causada por obstrução anatômica que pode ser da próstata ou por uma cistocele.
- **IU funcional:** apresenta-se com um escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente. Normalmente vem acompanhando uma demência grave, imobilidade ou depressão (SMELTZER et al., 2009).

Além do diagnóstico e das orientações médicas em relação à incontinência urinária, a enfermeira exerce importante papel e deve implementar cuidados de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem (NANDA). São eles:

1. Eliminação urinária prejudicada devido ao aumento da frequência urinária e à nictúria. Meta: que o paciente consiga recuperação total ou parcial do controle da bexiga. Ações de enfermagem: aumentar sua consciência da quantidade e da regulação temporal de toda a ingestão de líquidos; monitorar a ingestão e a eliminação; evitar tomar diuréticos depois das 16 horas; evitar irritantes da bexiga, como caféina, álcool e aspartame; empreender as etapas para evitar a constipação, como beber líquidos (1.500 ml por dia), ingerir dieta balanceada e rica em fibras, exercitar-se regularmente e tomar os emolientes fecais quando recomendado; urinar regularmente, cinco a oito vezes ao dia, a cada duas a três horas; garantir acesso ao banheiro ou comadre ou cadeira sanitária. Em locais de assistência especializada, é possível a assistência por meio das terapias comportamentais com a orientação para realização dos exercícios da musculatura pélvica todos os dias (exercício de Kegel); aplicação de estímulos elétricos por meio do tampão intra-anal; uso dos cones vaginais; biofeedback e manobra de Credé. E parar de fumar, pois os fumantes tosse com frequência, o que aumenta a incontinência. Orientar produtos de acessórios para IU existentes no mercado.
2. Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à incontinência por pele úmida. Meta: o paciente deve permanecer seco e sem odores. Ações de enfermagem: verificar o paciente para ver se está molhado (a cada duas horas trocar suas roupas e a roupa de cama); limpar e secar completamente a pele do paciente após episódios de incontinência; avaliar diariamente a condição da pele.
3. Risco de lesão por quedas devido à presença de urina no chão. Meta: o paciente não sofrer queda relacionada à urina perdida. Ações de enfermagem: providenciar dispositivo eficaz de contenção da urina, roupa íntima especial; verificar regularmente o ambiente do paciente quanto à presença de urina no assoalho.
4. Baixa autoestima crônica relacionada à incontinência por situação traumática. Meta: o paciente recupera ou mantém os papéis e as funções desejados. Ações de enfermagem: estimular o paciente a expressar os sentimentos; oferecer explicações realistas às causas, ao manejo e aos prognósticos do tipo de incontinência do paciente; ajudar o paciente a vestir-se com as roupas para sair; evitar discutir a incontinência diante de visitas e outros pacientes; garantir que cuidadores e familiares tratem o paciente com dignidade. Outros diagnósticos

de enfermagem: dor aguda evidencia observação de dor na infecção, câncer, retenção urinária, disúria. Déficit no autocuidado para higiene íntima por incapacidade de chegar ao vaso sanitário por imobilidade, demência. Distúrbio na imagem corporal por respostas não verbais a mudanças reais no corpo. Padrão de sono prejudicado por nictúria. Interação social prejudicada pela vergonha dos sintomas, do cheiro. Frequência e desconforto na retenção urinária.

## REFERÊNCIAS

**DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

ELIOPOULOS, C. Eliminação urinária. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem gerontológica.** Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 324-332.

SMELTZER, S. C et al. In: BRUNNER; SUDDARTH (Ed.). **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Incontinência urinária.** Trad. F. D. Mundim, J. E. F. Figueiredo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1326-1359.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)> Acesso em: 10 set. 2018, p.30-48;101-115; 142.

CAMARA, V. D. et al. **Reabilitação cognitiva das demências.** Rev Bras Neurol, v. 45, n. 1, p. 25-33, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental State.** A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J. Psychiat. Res., v. 129, p. 189-198, 1975.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia.** Barueri, SP: Manole, 2004.

PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas – **Demência por doença de Alzheimer** – (Nacional). 2002.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa:** ficha prontuário espelho. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_idosa\\_manual\\_preenchimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_idosa_manual_preenchimento.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2018.

SÃO PAULO (PREFEITURA). Secretaria Municipal de Saúde. **Cuidados domiciliares de saúde guia de apoio.** São Paulo, 2007. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo\\_domiciliares\\_final.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_domiciliares_final.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2018.

STOPPE JR., A; JALUUL, O. **Alterações cognitivas e comportamentais.** In: LOPES, A. C. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca, 2006, p. 4376-4389.

WORLD Health Organization. **Home-based long-term care.** Report. Geneva, 2000. (WHO – Technical report series, 898).

# ODONTOLOGIA GERIÁTRICA

JOSÉ CÁSSIO DO NASCIMENTO PITTA



O caso de Dona Margarida nos expõe alguns problemas que têm origem nos tecidos duros e moles da boca, tais como os dentes e o tecido periodontal. Na visita domiciliar, o dentista Érico pôde constatar alto índice de placa bacteriana, cálculo dental, gengivite e periodontite com graus variados de mobilidade dental. Inicialmente, quanto a esses problemas, quais seriam as atitudes a se tomar? A queilite angular citada pode ser resultante apenas da higiene deficiente e da perda da dimensão vertical? Ou algum outro fator pode estar envolvido?



## Destaque

O fato de Dona Margarida apresentar quadro de demência altera muito a sequência do plano de tratamento? De que forma? Não podemos nos esquecer ainda das supostas lesões nos lábios superiores. Embasados no que já foi visto no caso Ilha das Flores e no que foi discutido quanto às lesões cancerizáveis, há a possibilidade de a lesão no lábio superior de Dona Margarida ser cancerizável?

A primeira atitude a ser tomada sempre é atender às emergências das quais o paciente se queixa. No caso de Dona Margarida, são a dor nos dentes e a mobilidade dental, além do sangramento gengival. O dentista realmente precisa encaminhar a paciente para exame clínico completo no consultório, mesmo que haja alguma dificuldade no comparecimento desta à Unidade de Saúde devido aos seus problemas sistêmicos. Após a realização do exame clínico e de exames complementares, tais como as radiografias, Érico poderá saber qual é o melhor tratamento para Dona Margarida.

A realização das radiografias periapicais e talvez uma panorâmica podem trazer um pequeno atraso no tratamento, já que a paciente deverá ser encaminhada para um local específico para a realização desses exames, e nem todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com o aparelho radiográfico. De qualquer maneira, uma adequação do meio pode ser realizada na primeira consulta, com alívio de parte da dor que a paciente está sentindo.

Uma parte fundamental do tratamento odontológico neste caso é a motivação para a higienização bucal, que irá depender em grande parte da família da paciente, já que ela apresenta algum grau de dificuldade para a higienização. O ensinamento de técnicas adequadas de higienização para a família da paciente se faz de suma importância.

Outra questão delicada a ser discutida aqui é a halitose. Trata-se de uma queixa da própria paciente, ou são os familiares e as pessoas com as quais ela convive que sentem o odor? A halitose teria como causa principal os problemas

dentários e periodontais, ou poderia haver mais alguma causa? Apesar de a halitose ter outras causas sistêmicas, o tipo e a forma de alimentação também contribuem para seu aparecimento (Dona Margarida faz uso de alimentação pastosa), e a principal causa é de origem bucal, na maioria dos casos.



## Destaque

Concomitantemente ao tratamento odontológico, não podemos nos esquecer da queilite angular apresentada pela paciente. O que você opina? É somente uma consequência da perda da dimensão vertical e da falta de higienização, ou algum outro fator está contribuindo para o seu aparecimento? Poderíamos pensar também numa infecção fúngica? Como seriam realizados o diagnóstico e o tratamento?

Devido ao fato de haver a presença de outras lesões na boca da paciente, será necessário o encaminhamento ao estomatologista (Atenção Secundária). Esse especialista poderá realizar o diagnóstico e o tratamento das lesões do lábio superior e da queilite angular.

Não havendo uma descrição das características clínicas das lesões dos lábios superiores, há uma dificuldade para saber o que elas podem representar. Há uma sugestão no caso da possibilidade de serem lesões cancerizáveis. Como já foi discutido no caso Ilha das Flores, quais são as características clínicas das lesões cancerizáveis? Quais são as lesões cancerizáveis? Como é feito o diagnóstico? Acredito que as informações contidas no referencial teórico do caso Ilha das Flores realmente possam responder às questões acima. Mas podemos incentivar o processo diagnóstico do caso da Dona Margarida.

A queilite actínica é uma lesão cancerizável bastante comum no Brasil. Com base nas informações das lesões de Dona Margarida, seria uma hipótese diagnóstica razoável? Ou poderíamos pensar mais em uma leucoplasia? A queratose irritativa, que **não** é uma lesão cancerizável, poderia ser também considerada uma hipótese diagnóstica? A queilite actínica acomete mais o lábio inferior; sem dúvida não pode ser abandonada, mas seria mais plausível se as lesões fossem localizadas no lábio inferior. Em relação à leucoplasia, também existe uma grande chance de ser a hipótese concreta. Acredito que a queratose irritativa esteja mais para uma hipótese mais certa, apesar de o diagnóstico ser realizado por meio de exames mais específicos, como a biópsia. A paciente apresenta má condição dentária, com mobilidade dental e perda de dimensão vertical, o que poderia causar um traumatismo maior nos lábios superiores. O nosso estomatologista tem muitos dados e informações com os quais trabalhar.

Não podemos nos esquecer também de que, após a adequação do meio, a paciente necessitará de reabilitação protética e novamente deverá ser encaminhada à Atenção Secundária para a confecção e a adaptação das próteses, sejam elas totais ou parciais removíveis. A adaptação das próteses em paciente com condições especiais, como é o caso de Dona Margarida, requer um cuidado e um período de acompanhamento maiores, principalmente da equipe da Estratégia Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal e da equipe como um todo.

A fundamentação teórica deste caso clínico apresenta muitas informações pertinentes às doenças e alterações citadas nesta atividade. Reserve um tempo para lê-la!

## SAÚDE DO IDOSO E DEMÊNCIA

SÔNIA MARIA GARCIA VIGÊTA E DANIEL ALMEIDA GONÇALVES



O caso traz temas relevantes e comuns na Atenção Primária à Saúde (APS), pois enfoca um problema de alta incidência na população idosa: os quadros de demência. Trata-se de um adoecer crônico da memória recente ou de curto prazo de Dona Margarida, que a levará a perdas funcionais importantes, estabelecendo uma necessidade de que as pessoas no seu entorno deem um suporte social para sua sobrevivência.

Encontramos um serviço de saúde no Brasil não preparado para assistir o envelhecimento populacional, o qual se depara com uma desigualdade social e necessita de readequações familiares e comunitárias para assistir com dignidade a pessoa idosa.

A Atenção à Saúde do idoso também requer habilidades específicas dos profissionais de saúde. Algumas delas vimos neste caso, quando a enfermeira Ana Lígia realiza uma avaliação funcional do idoso no domicílio associada a miniexame do estado mental, para avaliação de alterações cognitivas relacionadas com a demência. Além do quadro funcional, outros aspectos são relevantes e devem ser de conhecimento do especialista em Saúde da Família, a saber:

- **Prática física regular:** a orientação de forma segura é muito importante, ainda que ponderada pela capacidade funcional do idoso. Deve estar diretamente relacionada a atividades diárias, como sentar-se e levantar-se e subir escada, por exemplo. A participação em grupos baseados em práticas integrativas, como o Tai Chi Chuan ou outras, está associada à melhora de condições físicas, incluindo melhora em padrão respiratório, alongamento muscular e redução no risco de quedas.
- **Nutrição:** muitos aspectos afetam uma boa nutrição do idoso. A saúde bucal, muitas vezes deixada a segundo plano, é um importante elemento e deve ter prioridade, como vimos neste caso. Há um déficit importante de vitamina D, o que hoje em dia já está relacionado com outras morbidades além da estrutura óssea. A ingestão de fibras também está abaixo do recomendado, o que está associado a uma morbidade muito comum nesta fase da vida: a constipação intestinal. Uma avaliação cuidadosa quanto à ingestão adequada de carboidratos, proteínas e vegetais deve fazer parte da avaliação global do idoso, em especial quando este for portador de doença crônica e má saúde bucal. Em quadros com algum declínio cognitivo ou outros sintomas neurológicos ou crônicos persistentes, checagem de vitamina B12 deve ser realizada.
- **Fragilidade:** considerada uma condição ou síndrome que resulta de redução multissistêmica da reserva fisiológica funcional e conseqüente queda dos limites para reação a situações de estresse físico e psíquico. Há um risco aumentado para adoecimento e morte. No caso, um simples quadro de infecção urinária provocou quadros alucinatorios (*delirium*), por exemplo. O grau de fragilidade está diretamente relacionado com a necessidade de cuidados domiciliares pela equipe. Escalas de avaliação funcional auxiliam no diagnóstico dessa condição. A APS é um

nível de atenção fundamental para o manejo dessas situações, seja apoiando o idoso ou sua família e cuidadores.

- **Polifarmácia e intervenções precoces:** a revisão anual de todos os medicamentos em uso é recomendada. Aqui, o exercício da coordenação do cuidado, princípio da Atenção Primária, faz-se fundamental. Idosos têm múltiplos médicos, especialistas focais, que orientam medicações sem considerar as demais que o idoso já usa. As capacidades metabólica, renal e hepática estão alteradas, modificando o perfil de concentração plasmática e a interação farmacológica. Os profissionais de saúde também devem estar atentos a intervenções precoces a mínimos problemas, como dor em extremidades, podendo diminuir a morbidade e melhorar a qualidade de vida.
- **Isolamento social:** a equipe deve estar atenta a quadros de idosos solitários, procurando envolvê-los em atividades comunitárias e aumentar a vigilância de saúde nesses casos. Agentes comunitários de saúde (ACS), especialmente nesses casos, são valiosíssimos. O contato com familiares, seja na orientação para cuidado, seja para alertar quanto a quadros de abandono ou outras formas de violência, pode ser necessário.
- **Saúde mental:** idosos têm maior risco de desenvolver alterações neuropsiquiátricas. Além do quadro demencial, mais detalhado no caso de Dona Margarida, idosos têm maior risco de suicídio associado a quadros depressivos graves. O rastreamento de depressão está recomendado para idosos com declínio físico ou cognitivo. Há maior chance de agitação funcional e quadros confusionais agudos, pela fragilidade já abordada. Os quadros de *delirium* merecem investigação cuidadosa através de história completa, exame físico e laboratorial.
- **Quedas e mobilidade:** a perda de mobilidade e as quedas são elementos associados a grande morbimortalidade nos idosos. Devem ser sempre avaliados multiprofissionalmente, desde o risco para quedas no domicílio à intervenção da mínima diminuição de mobilidade. O uso de vitamina D (800 UI) diariamente associado a suplementação de cálcio está recomendado em idosos frágeis para a redução do risco de fratura.

No caso estudado encontramos o dentista inexperiente com idosos e visitas domiciliares e a médica Joana, recém-contratada, tendo que realizar um atendimento domiciliar em caráter de urgência, sem condições para atuar de maneira adequada. A alta rotatividade dos profissionais é comum atualmente nas equipes de saúde devido ao fato de os serviços de Atenção Primária se localizarem em regiões periféricas, havendo dificuldade de contratar profissionais para trabalhar. Os prontuários ainda não estão informatizados, o que dificulta muito a comunicação entre os próprios profissionais e a assistência prestada ao paciente.

A dinâmica da Estratégia Saúde da Família (ESF) é eficiente, pois propõe que a equipe se reúna para planejar as atividades que serão realizadas na Assistência Domiciliar, de acordo com os critérios de elegibilidade propostos pela Organização Mundial de Saúde. Mas o quadro encontrado nos domicílios coloca os profissionais em situações em que eles precisam ter criatividade para atuar da melhor forma. O conhecimento da formação de redes de apoio social e o trabalho interdisciplinar fazem-se necessários. Os profissionais dos NASF são muito importantes nesse sentido, pois, além de poderem ajudar na orientação e na realização de grupo de atividades físicas (educador físico), por exemplo, podem auxiliar no manejo de situação de perda de autonomia e mobilidade (fisioterapeuta), nos aspectos nutricionais, nas situações de abandono e violência (assistente social), bem como no manejo dos distúrbios neuropsiquiátricos (psicólogo e psiquiatra).

A enfermeira Ana Lígia atua de forma inicial com a realização da Avaliação Geriátrica Ampla da pessoa idosa para reconhecer e fazer o diagnóstico de saúde de Dona Margarida e sua cuidadora. Leva o caso para a equipe e discute as ações dos profissionais na assistência à paciente e à sua cuidadora. Aqui ganha destaque outro elemento fundamental no cuidado dos idosos: a atenção aos cuidadores. Estes podem estar sobrecarregados e adoecidos, sendo que pequenas dicas ou atenção podem auxiliar bastante. Orientações sobre a melhor forma de manusear o idoso no leito, como lidar com as questões emocionais, como portar-se mediante um quadro delirante, são alguns exemplos.

No caso de Dona Margarida, um miniexame mental e um teste de avaliação das atividades básicas de vida diária demonstraram resultados alterados e com comprometimento de atividades instrumentais de vida diária. Com a suspeita ou diagnóstico de um quadro demencial a partir de testes de investigação como o minimental, o médico deve abordar sintomaticamente o caso na busca de diagnósticos diferenciais. Se possível, uma avaliação com geriatra é bem-vinda, assim como de outros profissionais gerontólogos. Na impossibilidade, a Equipe de Saúde da Família deve se esforçar para um cuidado amplo, compreensivo e vinculante, o que aumenta as chances de o serviço de saúde responder aos anseios da família e da população.

## ▶ ATENÇÃO DOMICILIAR

SARA TURCOTTE



**Atendimentos domiciliares de urgência.** Surgem questões como: em que circunstâncias deveriam ser feitos atendimentos domiciliares de urgência pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Quais são as responsabilidades da equipe, da unidade de saúde (UBS) e da gestão?

Nesse quesito, as respostas para tais questões nem sempre são claras para as equipes, possivelmente devido a um desconhecimento dos princípios que regem o atendimento de emergência, a territorialização e a orientação da própria gestão.

É importante então destacar os alicerces que envolvem essas questões nas quais se cruzam aspectos legais, éticos e morais.

É importante ressaltar que a responsabilidade das emergências médicas cabe aos serviços melhor estruturados para este tipo de atendimento. Depende de uma rede de atendimento pré-hospitalar estruturada e de uma rede de encaminhamento das emergências e urgências, que pode ser composta pelo SAMU e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros equipamentos hospitalares, conforme a complexidade e a urgência da patologia encontrada pelas equipes de atendimento pré-hospitalar.

A legislação sobre responsabilidade dos profissionais de saúde em caso de situação de emergência também deve ser considerada. Do ponto de vista do código de ética médico, o profissional médico pode ser responsável por omissão de socorro. Da mesma forma que não pode deixar a UBS com pessoas sem atendimento. Desta forma, a equipe e o médico devem estar atentos e facilitar o contato de modo a dimensionar a gravidade do caso em questão e com base em protocolos estabelecidos, considerar a gravidade da urgência no domicílio e acionar os serviços de atendimento pré-hospitalar ou o da própria equipe da atenção básica.



### Destaque

Nesse sentido, é importante estabelecer, em reuniões com o gestor local, não só as condições e situações nas quais os profissionais podem interromper suas atividades programadas para atender urgências, como também, se possível, um protocolo local por meio de uma diretoria clínica na UBS, como especificado pelo Código de Ética Médica. Por exemplo, o protocolo pode orientar os profissionais a informar os usuários a chamar o sistema de atendimento pré-hospitalar para as emergências que ocorrem em casa. Ou ainda, mediante problemas que podem aguardar avaliação médica, ainda que em caráter de urgência, pode ser atendido por profissionais da UBS.

No caso de Dona Margarida, o primeiro atendimento domiciliar poderia ser realizado pela equipe da UBS por não se tratar de uma emergência médica, dado que não havia risco eminente de morte.

Para sequência de acompanhamento no domicílio, embora não tenha sido especificada qual classificação de avaliação de dependência funcional foi utilizada, o plano de cuidado a ser elaborado pela equipe deverá considerar os critérios de elegibilidade para Assistência Domiciliar recomendados pelo Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Domiciliar, vol. 1, pg 68 – 77, 2012).

## SISTEMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A falta de sistematização do atendimento domiciliar testemunhada por Joana é uma situação frequente na ESF. A inexistência de uma rotina de acompanhamento e maior vínculo e pactuações com a família propiciem estas chamadas para avaliação de urgência. O atendimento e acompanhamento de pessoas restritas no domicílio é uma responsabilidade das equipes de atenção básica, tais como as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como descrito por Egry e Fonseca:

A inserção da família como foco de atuação na política de saúde, como propõe a ESF, entende a família como sujeito do processo assistencial de saúde, definindo o domicílio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extrafamiliares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (EGRY; FONSECA, 2000, p. 238).

**E se considerarmos que as relações familiares influenciam diretamente a forma de adoecer ou permanecer saudável: o atendimento no domicílio ocupa um lugar privilegiado para entendimento do processo saúde doença e possibilidades de intervenção.**

A tecnologização da saúde proporcionou muitos benefícios à sociedade, mas transferiu o local dos serviços de saúde. Antes eram feitos na casa do paciente e hoje são realizados em estabelecimentos específicos, que se tornaram fortalezas e os profissionais de saúde atendem e foram ensinados a atender e onde se sentem muito mais seguros para aplicar seus conhecimentos, protocolos e orientações. No entanto estes espaços são, a grande maioria das vezes, descontextualizados da realidade das necessidades vividas pelos usuários. Desde nossa formação, estamos acostumados a atender o paciente fora do seu recinto. O atendimento em domicílio pode gerar inseguranças e desconfortos, como se todos os conhecimentos e informações que os profissionais têm sobre saúde parassem de fazer sentido quando aplicados fora do consultório. Entretanto, às vezes, uma simples visita domiciliar depois de anos de atendimento agendado em consultório consegue nos fazer enxergar informações sobre um paciente que explicam todas as nossas dificuldades em obter sucesso em melhorar sua qualidade da vida.



### Destaque

Vêm assim à tona a insegurança e a falta de conhecimento para ações e orientações no domicílio das pessoas. Com a atenção domiciliar, é possível efetivar o modelo do cuidado centrado nas pessoas. No caso de Dona Margarida, a visita domiciliar de urgência pode ser uma oportunidade para testemunhar fatos adicionais sobre sua saúde que podem ser utilizados pela equipe para melhorar sua qualidade de vida através do planejamento de atividades domiciliares. Nesse caso, a forma de Atenção Domiciliar foi escolhida com base em uma avaliação domiciliar planejada pela equipe, a partir da qual foram determinadas ações, os responsáveis para cada uma delas e os prazos e frequências das visitas, assim como das reuniões de reavaliação necessárias.

O planejamento de visitas domiciliares requer o conhecimento das definições e fluxos utilizados para sistematização, o que será detalhado na fundamentação teórica. Nesse sentido, é também importante conhecer os recursos de internação domiciliar e de outras equipes que também fazem atenção domiciliar (Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar - EMAD) que podem apoiar o trabalho, além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Idealmente, esses serviços deveriam complementar, acrescentar e apoiar o atendimento oferecido pela equipe.

Ressalta-se também a importância não só da valorização do conhecimento e da participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), qualidades essenciais dentro do contexto da realidade sociocultural e relacional do local de

atendimento, como também do aperfeiçoamento como elemento essencial para otimizar a Atenção Domiciliar na ESF. A responsabilidade do ACS, nesse caso por exemplo, poderia ser ampliada a não somente agendar as visitas, mas também a participar ativamente do acompanhamento para constituir oportunidade de educação permanente. Dessa forma, ele pode ter cada vez mais habilidade no manejo dos casos.

## ABORDAGEM FAMILIAR SISTÊMICA E APOIO AOS CUIDADORES

Está comprovada a importância da abordagem dos familiares, cuidador(es) e responsável(eis) do usuário. No caso de Dona Margarida, o diálogo entre a médica e os familiares é uma forma muito acolhedora de conduzir a avaliação, cuja base está nas informações preliminares repassadas sobre a dinâmica familiar e a personalidade da paciente.

Dona Margarida entendia que o sentido da sua vida estava associado ao vínculo com seu marido. Saber como ela veio a adoecer depois disso e como ela e as relações familiares se reorganizaram após a morte do marido é fundamental para entender as áreas de fraquezas e resiliência dessa família, assim como para apoiar o cuidador nas suas ações diante do usuário e os familiares ou outros a se mobilizarem nesse sentido.

O vínculo estabelecido por cada profissional de saúde é fundamental para o êxito das ações de saúde que desenvolvemos, e isso é particularmente verdade na Assistência Domiciliar. Como a casa não é o território do profissional, mas do paciente, o segredo para conseguir credibilidade nas orientações de saúde dadas nesse âmbito é estabelecer vínculo.

Estabelecer este vínculo com os usuários em suas casas está relacionada com a capacidade do profissional em ampliar a atenção às várias demandas e necessidades da família bem como ir além do foco biomédico. As vezes pode ser necessário reunião das pessoas da família com profissionais de saúde para explicarem como foi a história de vida de cada um e entender melhor as dificuldades individuais dos familiares e estabelecer responsabilidades claras entre estas pessoas para o cuidado do indivíduo restrito.

Nesse relato, revelam-se de forma muito clara e simples os fatores de risco e potencialidades, bem como as dificuldades dos usuários e dos seus cuidadores. Cria-se um vínculo forte, baseado no conhecimento falado e vivido da família, que mobiliza os integrantes a apoiar o plano terapêutico, cujos elementos e fluxos ficam mais evidentes. Não focar a visita nos problemas de saúde vigentes é uma postura à qual os profissionais e familiares não estão acostumados, porém, esta abordagem evita intervenções e a mobilização de recursos às vezes inadequados para a realidade presenciada.

É sempre importante para qualquer profissional de saúde, fazer sua própria ideia da história do usuário, da família e dos cuidadores. A minha experiência me mostrou o quanto é importante, quando se vai estabelecer um plano terapêutico de um usuário, ouvir TODOS da equipe que já tiveram contato com o paciente e o cuidador, por entender, de forma holográfica, a situação como é vivida por todos. Dessa forma, detectam-se as ações do usuário, dos familiares, dos membros da comunidade ou dos próprios membros da equipe e outros profissionais que já foram realizadas e que tiveram sucesso ou não, os conflitos subjacentes ou às vezes até inconscientes que atrapalharam o atendimento.

Isso permite também conseguir mais elementos para entender melhor a pessoa e os familiares, que às vezes apresenta dificuldades e até problemas de saúde mental, até então não identificado. Acredito que essa abordagem possa beneficiar Dona Margarida e seus familiares e mostrar para os membros da equipe e para o ACS que o vínculo que estabelecemos pode ser mais resolutivo do que consultas com psicólogo ou psiquiatra em ambiente desvinculado do domicílio. Algumas intervenções por prisional especialista em saúde mental podem ser necessárias, mas podem não ser suficiente se não considerado todas as necessidades de saúde e relações familiares.

Com esta abordagem abrangente no domicílio é possível sair do lugar-comum ao se colocar no lugar do usuário. No entanto, há paradigmas e olhares que podem levar ao julgamento do usuário ou do cuidador. Com isso, o cuidador, que às vezes empregou todos os seus recursos disponíveis para apoiar ou ajudar a situação, acaba criando inconscientemente uma casca protetora em relação aos integrantes da Equipe da Saúde da Família ou mesmo a qualquer pessoa que proponha alguma modificação na ajuda que ele oferece.

É muito importante entender que, na Atenção Domiciliar, o melhor é inimigo do bom ou do possível. É fundamental entender e aceitar os recursos intelectuais, espirituais e físicos, externos e internos disponíveis. Só assim eles podem ser efetivamente mobilizados. É primordial utilizar o maior número de informações possível para determinar a forma inicial de abordagem do caso, da família e/ou do usuário, assim como o fluxo e o ritmo, pois às vezes uma abordagem inicial mal planejada pode levar todo o plano terapêutico a falhar.

É imprescindível dar importância à saúde integral tanto do cuidador quanto do usuário. As vezes é necessário prever uma visita domiciliar para conversar quase exclusivamente com o cuidador antes de solicitar qualquer modificação nos cuidados que vêm sendo desenvolvidos. É um automatismo considerar que o atendimento ao cuidador deve ser exclusivamente feito no consultório, e às vezes contribuimos com essa atitude, dificultando o cuidado do próprio usuário.

Nesse sentido, devemos dobrar a vigilância aos usuários aparentemente estáveis, àqueles que são bem cuidados, em que não enxergamos necessidades mais urgentes ou evidentes. Ao aprofundar esses casos, podemos perceber que a falta de cuidado com o cuidador pode prejudicar a qualidade de vida do usuário.

Outra vantagem dessa abordagem é que, atuando dessa forma, as equipes vão ficando mais seguras e realistas quanto aos objetivos almejados pelos planos de Atenção Domiciliar, conseguindo entender melhor os resultados alcançados e valorizá-los, por menores que sejam. Dessa forma, também perdem o medo e a desconsideração à visita domiciliar e passam a valorizá-la e a utilizá-la cada vez mais e melhor.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**, 2012. v. 1.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cap. 10 – Atenção Domiciliar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

\_\_\_\_\_. Previdência Social. **Idosos: problemas e cuidados básicos**. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Manual de cuidados domiciliares na terceira idade: guia prático para cuidadores informais**. Campinas, 2003.

DECHÊNE, G. et al. **Précis pratique de soins médicaux à domicile**. Québec, 2000.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenação de Atenção Básica. **Cuidados Domiciliares na Atenção Básica para pessoas com perdas funcionais e dependência**. São Paulo, 2004.

# VARIZES

NEWTON DE BARROS JUNIOR



O caso trata de uma paciente idosa, de 75 anos, com quadro de infecção urinária e quadro neurológico de distúrbios da memória. Apresenta associadamente varizes nos membros inferiores. De fato, a presença de varizes pode ocorrer em 60 a 70% da população acima dos 65 anos. Nas faixas etárias mais baixas, a prevalência alcança até 40% e, portanto, a idade é um fator de risco para o aparecimento de varizes. No nosso caso não há menção se existem complicações das varizes. A complicação tardia mais grave é a úlcera varicosa, que, nesta faixa etária, pode atingir até 6% dos idosos.

A úlcera varicosa é a úlcera mais frequente em pernas, correspondendo a 80% das úlceras crônicas dos membros inferiores. Geralmente a úlcera varicosa é acompanhada de outros sinais de hipertensão venosa crônica, tais como hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, eczema varicoso e varizes. Frequentemente localiza-se na face medial do terço distal da perna, sendo uma das principais causas vasculares de afastamento do trabalho, traduzindo-se em importante fator socioeconômico.

Em razão dessa alta prevalência e de suas possíveis complicações, torna-se relevante conhecermos a doença para adequada tomada de decisão quanto ao tratamento e à prevenção das complicações. No caso de Dona Margarida, sugerem-se: manutenção de atividades físicas mínimas que promovam a melhoria na circulação dos membros inferiores; elevação dos membros inferiores, sempre que possível; higiene adequada dos dedos dos pés, pés e panturrilhas; farmacoterapia de suporte e compressão elástica.

É necessário lembrar também que nessa faixa etária pode ocorrer associação entre doença venosa e doença arterial periférica. A palpação de pulsos podálicos (tibiais posteriores e dorsais dos pés) diminuídos pode contraindicar o uso de meias elásticas.