

Organização
Bruna Godinho Corrêa

Viver Bem na Terceira Idade: Guia Prático para a Saúde Integral da Pessoa Idosa



Atena
Editora
Ano 2025

Organização
Bruna Godinho Corrêa

Viver Bem na Terceira Idade: Guia Prático para a Saúde Integral da Pessoa Idosa



Atena
Editora
Ano 2025

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais.

Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais passaram por avaliação de pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Viver Bem na Terceira Idade: Guia Prático para a Saúde Integral da Pessoa Idosa

| Organizadora:

Bruna Godinho Corrêa

| Revisão:

Os autores

| Diagramação:

Nataly Gayde

| Capa:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V857 Viver bem na terceira idade: guia prático para a saúde integral da pessoa idosa / Organizadora Bruna Godinho Corrêa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3509-9

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.099252507>

1. Saúde da pessoa idosa. I. Corrêa, Bruna Godinho (Organizadora). II. Título.

CDD 618.97

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

+55 (42) 3323-5493

+55 (42) 99955-2866

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade crescente e impõe novos desafios para a sociedade, os serviços de saúde e a formação de profissionais com qualificação e sensibilidade às necessidades das pessoas idosas. Este livro nasce como uma proposta educativa e informativa, fruto do envolvimento de graduandos, pós-graduandos e docentes da Universidade Católica de Pelotas motivados pela importância da atuação multiprofissional voltada à promoção da saúde e ao envelhecimento ativo.

A obra reúne conteúdos produzidos por esta equipe, orientados a partir de discussões teóricas, práticas extensionistas e vivências junto à comunidade. Mais do que um compilado de textos, este livro representa um espaço de diálogo entre saberes, onde a ciência, o cuidado e a humanização se entrelaçam para contribuir com a formação crítica e ética de futuros profissionais.

Também é voltado tanto a estudantes quanto a profissionais, cuidadores, familiares, idosos e demais interessados na temática. Este material pretende ser um instrumento de apoio no cuidado integral à pessoa idosa, promovendo reflexões sobre autonomia, qualidade de vida e direitos no envelhecer.

Esperamos que a leitura seja proveitosa!

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: UMA VISÃO GERAL

Bruna Godinho Corrêa

Eduarda Lettnin Kabke

Estefânia Silveira de Moraes

Tainá do Amaral Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525071>

CAPÍTULO 2..... 6

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Bruna Godinho Corrêa

Daniela Bialva da Costa

Laura Freitas Meyer

Milena Souto Corrêa e Silva

Sofia Etchepare Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525072>

CAPÍTULO 3..... 18

SAÚDE PREVENTIVA: MEDICAÇÃO E VACINAÇÃO

Bruna Godinho Corrêa

Isadora Gomes Aliende

Julia Peres Ávila

Lívia Souza da Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525073>

CAPÍTULO 4 26

SAÚDE MENTAL NO ENVELHECIMENTO

Amanda Braga Pereira

Bruna Ferreira Marinho

Bruna Godinho Corrêa

Laura Machado Vecchi

Kamyle Braga Nickel

Sophia Miranda Vieira Chagas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525074>

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 5..... 39

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL

Bruna Godinho Corrêa

Camila Ferreira Madrid

Diulia Tessmann Braatz

Jamile Paes Do Amaral Gularte

Lívia de Lima Larrossa

Pâmela Maria Heller

Victória Guidotti Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525075>

CAPÍTULO 6 50

REABILITAÇÃO FUNCIONAL E FISIOTERAPIA NO ENVELHECIMENTO

Bruna Godinho Corrêa

Helena Rego Reiznautt

Isadora Gomes Aliende

Júlia Fassbender Furtado

Laura Freitas Meyer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525076>

CAPÍTULO 7..... 59

ASPECTOS NUTRICIONAIS NA PESSOA IDOSA

Bruna Godinho Corrêa

Victoria Mascarenhas Borba

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525077>

CAPÍTULO 8..... 67

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO FRAGILIZADO

Bruna Godinho Corrêa

Estefânia Silveira de Moraes

Isadora Gomes Aliende

Tainá do Amaral Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525078>

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 9 72

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992525079>

Bruna Godinho Corrêa

Daniela Bialva da Costa

Laura Freitas Meyer

Milena Souto Corrêa e Silva

Sofia Etchepare Silveira

POSFÁCIO 81

SOBRE A ORGANIZADORA 82



C A P Í T U L O 1

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: UMA VISÃO GERAL

Bruna Godinho Corrêa

Eduarda Lettnin Kabke

Estefânia Silveira de Moraes

Tainá do Amaral Bastos

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a expectativa de vida tem sido moldada por diversos fatores, como os avanços nas áreas da medicina, tecnologia, nutrição, higiene e nas condições socioeconômicas¹. Com o passar dos séculos, observou-se uma elevação significativa na expectativa de vida em diferentes épocas e regiões do globo, acompanhada por uma queda nas taxas de natalidade e mortalidade. A diminuição da natalidade está relacionada a transformações sociais, como a maior participação da mulher no mercado de trabalho e a ampliação do acesso a métodos contraceptivos. Já a redução da mortalidade tem ligação direta com os progressos na saúde, como o desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos e formas de tratamento².

Desse modo, ainda que durante grande parte da história da humanidade a expectativa de vida tenha permanecido baixa — em razão das mortes precoces provocadas por doenças infecciosas, desnutrição, falta de acesso a cuidados médicos e condições de vida inadequadas¹ —, no século XX houve um expressivo aumento na longevidade em diversas partes do mundo. Esse crescimento foi impulsionado pelos avanços científicos e tecnológicos, pelas melhorias nas condições de vida e pelo maior acesso a serviços de saúde. Também contribuíram para esse avanço o aumento da conscientização sobre práticas de higiene, a educação em saúde e as campanhas de prevenção de doenças³.

Atualmente, esse processo continua em expansão, impulsionado pelos avanços científicos que possibilitam tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento eficiente de diversas enfermidades⁴. Em síntese, entende-se que a expectativa de vida ao longo do tempo tem sido resultado de uma interação complexa entre aspectos biológicos, ambientais, sociais e econômicos. À medida que o século XXI avança, torna-se essencial continuar investindo em políticas públicas de saúde, pesquisas médicas e melhorias socioeconômicas para assegurar a todas as pessoas a possibilidade de viver mais e com qualidade⁵.

No Brasil, dados do Censo Demográfico de 2022 indicam um crescimento contínuo da população idosa: de 4,0% em 1980 para 10,9% em 2022. Paralelamente, houve uma redução na proporção de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, que caiu de 38,2% para 19,8% no mesmo período⁶. Esses dados refletem claramente o processo de envelhecimento populacional, evidenciado pelo estreitamento da base da pirâmide etária em decorrência da queda nas taxas de natalidade no país. A partir da década de 1990, essa modificação tornou-se ainda mais visível, com a pirâmide etária brasileira deixando de apresentar seu formato tradicional a partir do ano 2000⁶. Esse padrão tem se mantido ao longo dos anos, demonstrando como o envelhecimento populacional se expressa pela redução do contingente jovem e pelo aumento da população idosa, conforme ilustrado na Figura 1.

Compreender o envelhecimento populacional a partir de uma perspectiva histórica permite reconhecer que se trata de um fenômeno mundial, complexo e multifatorial. No entanto, é igualmente importante observar as transformações que ocorrem no nível individual durante o processo de envelhecer, que envolvem mudanças físicas, psicológicas e sociais ao longo do tempo⁷.

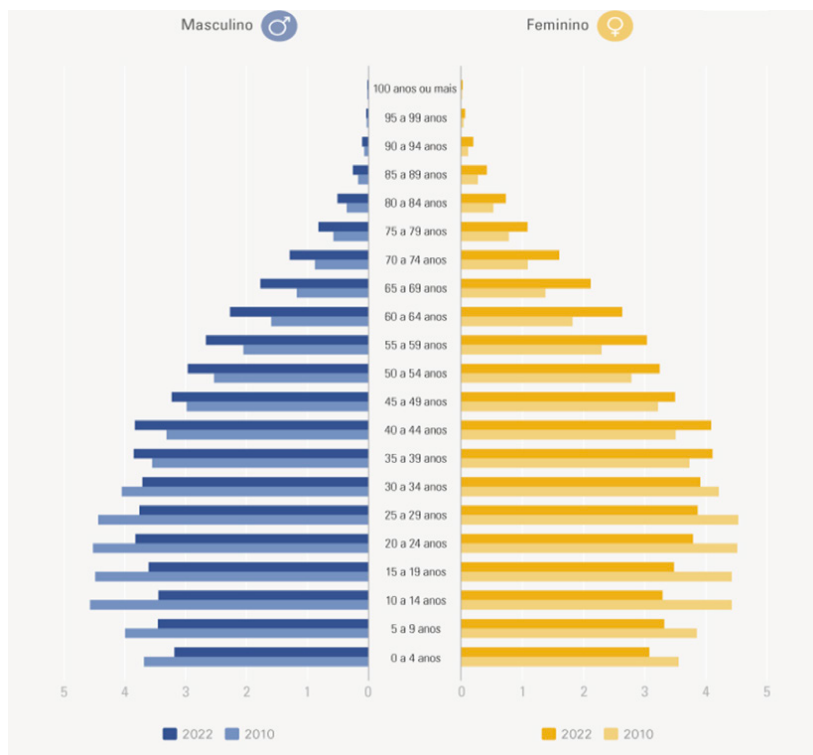


Figura 1: Pirâmide do envelhecimento populacional de 2010 a 2022

Fonte: Censo Demográfico, 20226.

1.1 Senescência e Senilidade

Ao abordar o tema do envelhecimento, é fundamental distinguir os conceitos de senescência e senilidade, os quais, embora relacionados, possuem significados distintos no contexto da velhice⁸. A senescência corresponde ao processo natural e progressivo de envelhecimento que afeta todas as células, tecidos e órgãos do corpo ao longo do tempo⁹. Esse fenômeno envolve transformações de ordem biológica, fisiológica, psicológica e social, que ocorrem gradualmente à medida que o indivíduo envelhece.

Em contrapartida, a senilidade refere-se a uma condição mais avançada do envelhecimento, marcada por um declínio expressivo das funções cognitivas e físicas¹. Entre os sinais característicos estão a perda de memória, a confusão mental, a redução da atenção, a fraqueza muscular e dificuldades na mobilidade. Assim, enquanto a senescência representa um processo fisiológico natural, a senilidade caracteriza-se pela presença de patologias associadas ao envelhecimento e por perdas funcionais significativas.

Com o passar dos anos, o organismo humano sofre modificações físicas e fisiológicas, como a redução da capacidade funcional dos órgãos e sistemas¹⁰. Além disso, o envelhecimento também envolve transformações psicológicas, como o desenvolvimento da maturidade emocional e a habilidade de lidar com adversidades. Somam-se a isso os aspectos sociais, como o ambiente cultural, os vínculos familiares e o acesso aos serviços de saúde, que influenciam de maneira expressiva a vivência do envelhecimento.

2. APRESENTAÇÃO

Sendo assim, no presente livro ressaltamos o quanto o envelhecimento populacional representa uma conquista da sociedade, refletindo avanços na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas, todavia também traz desafios para os sistemas de saúde, previdência social e políticas públicas, em geral. Dessa forma, fica evidente que o envelhecimento é um fenômeno complexo que se caracteriza por ser dinâmico, progressivo e irreversível¹¹. Este processo está intrinsecamente relacionado a uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, compreender o envelhecimento requer uma abordagem ampla que leve em consideração todos esses aspectos interconectados¹⁰.

É com foco nesta abordagem ampla que os autores deste livro apresentam com muito carinho e empenho, a partir de uma colaboração entre profissionais de saúde, inclusive em formação, e especialistas em Saúde do Idoso um livro multiprofissional para pessoas idosas e profissionais da saúde compreenderem os impactos de diferentes nichos no envelhecimento.

Ao longo dos capítulos serão abordados diferentes temas, desde a promoção de saúde e prevenção de doenças no geral até temas mais específicos como saúde mental, cuidados com saúde bucal, fisioterapia no envelhecimento ativo, aspectos nutricionais, sexualidade e legislação para população idosa. Os tópicos são estruturados não em relação aos aspectos fisiológicos e genéticos, mas, com objetivo de oferecer um material que possa ser útil tanto para profissionais da saúde quanto para os próprios idosos e seus familiares, por este motivo, discorreremos com um enfoque mais prático e voltado para o impacto real das condições na vida dos idosos, além de estratégias de prevenção e tratamento, incluindo aspectos como qualidade de vida, impactos no cotidiano, suporte social e terapêuticos. Esperamos que aproveite a leitura.

REFERÊNCIAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005;83(4):731–57.
2. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [citado 2023 mai 24];20(6):889–900. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbogg/a/pSRcgwghsRTjc3MYdXDC9hF/abstract/?lang=pt>
3. Thin N. Quality-of-life issues in development. *Int Encycl Anthropol.* 2018;1–8.
4. Lopera-Vásquez JP. Health-related quality of life: exclusion of subjectivity. *Cien Saude Colet.* 2020;25(2):693–702.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. 2018 [citado 2024 abr 12];1–149. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos [Internet]. Rio de Janeiro: Agência de Notícias IBGE; 2022 [citado 2024 abr 12]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>
7. Rocha JA. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. *Rev Farol.* 2018;77–89.
8. Almeida JR de S, Solano L, Freire MAM, Oliveira LC. Health profile of the elderly person accompanied by the family health strategy in a countryside of Ceará - Brazil. *Rev Cienc Saude.* 2022;12(3):67–74.
9. Freitas E, Cançado F, Doll J, Gorzoni M. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
10. Araújo APS de, Bertolini SMMG, Junior JM. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. *Biol Saude.* 2014;4(12):22–34.
11. Santos PRD, Silva KCC, Lourenço LK. Alterações músculo-esqueléticas do envelhecimento, prevenção e atuação fisioterapêutica nas quedas em idosos: revisão bibliográfica. *Res Soc Dev.* 2021;10(3):e38510313437.



C A P Í T U L O 2

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Bruna Godinho Corrêa

Daniela Bialva da Costa

Laura Freitas Meyer

Milena Souto Corrêa e Silva

Sofia Etchepare Silveira

1. INTRODUÇÃO

Segundo relatórios da Organização das Nações Unidas, o número de pessoas com mais de 65 anos deve duplicar até o ano de 2050¹. Este fato, traz consigo um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e osteoporose.

Essas condições, embora comuns na terceira idade, não devem ser vistas como consequências inevitáveis do processo de envelhecimento. Isso, pois o impacto dessas doenças ultrapassa o aspecto físico, afetando também a autonomia, a qualidade de vida e, em alguns casos levando a necessidade de cuidados contínuos.

Muitas vezes, idosos convivem com múltiplas condições crônicas, o que demanda um acompanhamento médico constante e estratégias eficazes de prevenção e controle. Neste capítulo, será abordado como essas doenças afetam o cotidiano dos idosos, em específico ao tratar-se dos impactos das doenças coronarianas, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica e incontinência urinária.

2. IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas não transmissíveis são algumas das patologias mais prevalentes na população idosa. No Brasil, elas representam a principal causa de morbidade e mortalidade, isso pois podem resultar em perda da capacidade funcional da pessoa idosa, consequentemente reduzindo a qualidade de vida².

As principais dificuldades apresentadas pelos idosos que possuem alguma destas doenças são a perda da capacidade cognitiva, aumento da dependência familiar, perda da capacidade física, sentimentos de tristeza, ansiedade e dependência de medicações. Nesse sentido, algumas destas questões serão abordadas nos capítulos seguintes, porém, dá-se aqui um ênfase a polifarmácia, que, de acordo com a literatura, é um dos problemas mais frequentes, sendo que essa disfunção corresponde ao uso de cinco ou mais medicamentos rotineiramente e em um mesmo período de tempo, isso geralmente ocorre em razão da associação de múltiplas doenças crônicas^{3,4}.

Todavia, esse excesso de medicamentos pode ocasionar na falta de adesão ao tratamento. Dessa maneira, são necessárias algumas medidas a fim de que os idosos consigam aderir ao tratamento, tais como boa interação entre o paciente e os profissionais de saúde, tentativa de redução do excesso de medicações, que, muitas vezes sobrepõem seus efeitos, boa comunicação da equipe médica com os idosos, a fim de garantir que entendam a necessidade das medicações de forma acessível e, compreensão da situação financeira do paciente a fim de que esse possa ter acesso aos remédios necessários via sistema pública de saúde, quando possível⁵.

De maneira geral, é essencial que os idosos que apresentam doenças crônicas mantenham um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar de saúde, a fim de que realizem corretamente os tratamentos necessários e, que tenham com quem tirar possíveis dúvidas e relatar dificuldades na adesão, para que, dessa maneira, os ajustes necessários sejam feitos e seja possível melhorar a qualidade de vida desses indivíduos⁵.

3. DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada por hiperglicemia, ou seja, um aumento nos níveis de açúcar no sangue, associada a complicações, disfunções e insuficiência de diversos órgãos. Resulta de problemas na ação ou na secreção de insulina, que é o hormônio responsável por diminuir a taxa de glicose (açúcar) no sangue. A diabetes pode se apresentar em dois subtipos, 1 e 2, sendo a forma clínica mais comum nos idosos, a diabetes tipo 2⁶.

Os principais sintomas da doença são vontade de urinar diversas vezes, fome e sede excessiva, formigamentos nas mãos e nos pés, visão embaçada e feridas que demoram para cicatrizar. Quanto aos critérios diagnósticos da patologia são os mesmos independentemente da idade, porém no idoso existem condições que podem elevar de forma temporária a glicemia, como a imobilidade prolongada⁶.

Algumas complicações crônicas podem surgir quando a diabetes não é devidamente tratada, como a neuropatia, sendo ela a complicação mais comum em pacientes com Diabetes Mellitus. Ela é causada por danos decorrentes da hiperglicemia a nervos periféricos, isso pois quando o açúcar no sangue permanece alto por longos períodos, pode causar danos aos vasos sanguíneos que nutrem os nervos periféricos, comprometendo o seu funcionamento adequado. Os nervos periféricos são responsáveis por transmitir sinais entre o cérebro, a medula espinhal e o restante do corpo, permitindo o controle dos movimentos musculares e a percepção de sensações como toque, dor e temperatura. Quando esses nervos sofrem danos devido à hiperglicemia, tem-se um comprometimento da circulação sanguínea, o que reduz o fornecimento de oxigênio e leva à inflamação dos nervos⁷.

Essa condição gera dores contínuas ou espontâneas, formigamento e uma diminuição da sensibilidade, essa perda de sensibilidade faz com que a pessoa não perceba pequenos ferimentos, queimaduras ou cortes, permitindo que lesões passem despercebidas e não sejam tratadas a tempo. Juntamente com a cicatrização comprometida, associada à má circulação sanguínea característica do diabetes, o risco de infecções graves é aumentado, podendo evoluir para necrose dos tecidos, e, em casos mais avançados, quando o tratamento não consegue conter a infecção, a amputação⁷.

Objetivando-se evitar os casos mais avançados, a doença possui tratamento, onde, assim como nas outras faixas etárias, recomenda-se ao idoso iniciar com medidas não farmacológicas, como mudança na alimentação e prática de exercício físico. Se não for suficiente, inicia-se o uso de medicação, mas seguindo com o incentivo a uma boa alimentação e prática regular de exercícios, visando manter o controle glicêmico⁸.

O tratamento da hiperglicemia deve ser realizado com cautela, pois pode trazer o risco de hipoglicemia, ou seja, queda abrupta nos níveis de açúcar. Por isso, os medicamentos para controle do diabetes precisam ser administrados sob rigorosa supervisão médica, ajustando as doses conforme a necessidade de cada paciente. A hipoglicemia pode ter consequências graves, mesmo quando ocorre de forma isolada. Uma queda abrupta dos níveis de glicose no sangue pode desencadear arritmias cardíacas, convulsões e até coma. Quando os episódios de hipoglicemia são frequentes, há um risco aumentado de comprometimento cognitivo e danos neurológicos permanentes, além de fraqueza muscular e risco de quedas, o que pode reduzir a autonomia do idoso⁹.

Por outro lado, a falta de tratamento adequado para a hiperglicemia, ou seja, para o diabetes, pode levar a complicações igualmente sérias. O descontrole do diabetes favorece o desenvolvimento de infecções, desnutrição e perda progressiva da independência funcional. Em casos mais graves, pode ocorrer o coma hiperosmolar, uma condição potencialmente fatal, caracterizada por extrema desidratação e elevação crítica da glicose no sangue⁸.

Dessa forma, o equilíbrio no manejo do diabetes é essencial para evitar complicações e garantir uma melhor qualidade de vida para os idosos. Acrescenta-se a isso que a adesão total ao tratamento da Diabetes em pessoas idosas é considerada baixa. Isso se dá, conforme citado anteriormente, pela dificuldade da adesão ao uso dos medicamentos, quando necessário. Essa dificuldade muitas vezes ocorre devido aos medos relacionados ao uso de medicamentos, ao esquecimento do paciente e à falta de entendimento e orientações sobre o tratamento. Assim, percebe-se que é necessário que a equipe de saúde explique os benefícios e a importância do tratamento para o idoso e seus familiares, visando aumentar a adesão aos medicamentos e evitar possíveis complicações da doença³.

4. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica multifatorial em que há o aumento da pressão sistólica (≥ 140 mmHg) e/ou da pressão diastólica (≥ 90 mmHg). A prevalência da hipertensão aumenta com a idade, e é mais presente em mulheres e pessoas com sobrepeso¹⁰.

O diagnóstico é realizado através do controle de verificação da pressão, que deve ser realizado regularmente nos casos de suspeita de hipertensão. Os sintomas da condição costumam aparecer, normalmente, apenas quando há grande aumento na pressão, sendo os principais a tontura, fraqueza, dor de cabeça, dor no peito, visão embaçada, sangramento nasal e zumbido no ouvido¹⁰.

A hipertensão pode gerar um grande impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, visto que é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e também pois acarreta em uma piora na aptidão física. Além disso, a vivência com a doença e as possíveis mudanças no estilo de vida que o paciente deve adotar podem ocasionar sentimentos de tristeza e ansiedade no idoso. Desse modo, entende-se a importância do apoio social para que o paciente consiga lidar com o diagnóstico da doença, e para evitar um impacto negativo na qualidade de vida deste indivíduo¹¹.

Como forma de tratamento para a patologia utiliza-se inicialmente de tratamento não medicamentoso, no qual se incentiva o paciente a realizar mudanças no estilo de vida, alimentando-se de forma mais saudável, praticando atividades físicas e, no

caso de pacientes com sobrepeso, incentiva-se a perda de peso e acompanhamento nutricional. Após estes ajustes, caso os níveis pressóricos não se adequem à normalidade, inicia-se o tratamento medicamentoso⁸.

É importante considerar a educação do idoso e da sua família sobre a patologia e o tratamento, objetivando a adesão ao tratamento. É necessário que eles compreendam a necessidade das mudanças de estilo de vida e da utilização correta dos medicamentos prescritos pelo médico. Dessa forma, é positivo promover intervenções educativas e incentivar a participação do idoso em grupos de ajuda, para que o paciente possa entender sua condição e incentive-se para aderir ao tratamento.

5. OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma condição caracterizada pela redução da densidade mineral óssea e pelo enfraquecimento da estrutura do osso, tornando-o mais frágil e aumentando o risco de fraturas. Esse processo ocorre devido a um desequilíbrio entre a reabsorção e a formação de novo tecido ósseo. Os osteoclastos, células responsáveis por reabsorver o osso antigo, tornam-se mais ativos do que os osteoblastos, células que têm a função de formar osso novo, resultando em perda óssea progressiva. Fatores hormonais desempenham um papel essencial nesse processo. Por exemplo, a queda nos níveis de estrogênio após a menopausa acelera a atividade dos osteoclastos, levando a uma maior reabsorção óssea. Além disso, a deficiência de cálcio e vitamina D, fundamentais para a manutenção da massa óssea, pode agravar a perda óssea, assim como alterações na produção de hormônios como o paratormônio e a calcitonina, que regulam o metabolismo do cálcio, também contribuem para essa fragilidade óssea^{12,13}.

Com o tempo, essa deterioração compromete a resistência óssea, tornando os ossos mais propensos a fraturas, especialmente em áreas como o quadril, coluna vertebral e punhos. Essas fraturas podem impactar significativamente a mobilidade e a qualidade de vida do idoso, tornando essencial a adoção de medidas preventivas para manter a saúde óssea. Principalmente pois a osteoporose é uma doença silenciosa que afeta milhões de pessoas, especialmente os idosos, tornando os ossos mais frágeis e suscetíveis a fraturas¹³.

Entre os principais fatores de risco estão o envelhecimento, histórico familiar da doença, menopausa, sedentarismo, dieta pobre em cálcio e vitamina D, tabagismo, consumo excessivo de álcool e uso prolongado de corticosteróides. Além da fragilidade óssea, o risco de quedas é um agravante significativo para fraturas em pessoas com osteoporose. Idosos inativos podem apresentar redução da força muscular e equilíbrio comprometido, o que aumenta a probabilidade de quedas. Juntamente

com ambientes inseguros, como pisos escorregadios e com pouca iluminação, também elevam esse risco. Dessa forma, estratégias de prevenção, como exercícios para fortalecimento muscular e equilíbrio, adaptação do ambiente doméstico e uso de calçados adequados, são fundamentais para evitar quedas e fraturas^{12,13}.

Além disso, a alimentação também possui um papel essencial na saúde óssea. O consumo adequado de cálcio, presente em alimentos como leite e derivados, vegetais de folhas escuras e oleaginosas, é fundamental para a manutenção da densidade óssea. Já a vitamina D é essencial para a absorção do cálcio pelo organismo, sendo obtida principalmente pela exposição solar e, em menor quantidade, em alimentos como peixes e ovos. Em alguns casos, especialmente em idosos com baixa ingestão ou pouca exposição ao sol, a suplementação de cálcio e vitamina D pode ser necessária para garantir níveis adequados desses nutrientes e prevenir a progressão da osteoporose, porém, a suplementação somente deve ser feita sob recomendação de médico ou nutricionista após constatação de deficiência da vitamina através de exames laboratoriais^{13,14}.

De maneira geral, o diagnóstico precoce de osteoporose é essencial para evitar complicações, e, ele pode ser feito através de exames, como o exame de avaliação da densidade mineral óssea, a densitometria óssea, que permite detectar precocemente a perda óssea e orientar o tratamento adequado. A partir do diagnóstico, o acompanhamento médico é indispensável para monitorar a evolução da doença e definir a melhor abordagem terapêutica, que pode incluir medicamentos específicos para fortalecer os ossos e reduzir o risco de fraturas^{12,13}.

Portanto, a osteoporose deve ser encarada com seriedade, principalmente na população de mulheres menopausadas e idosas. A prevenção, por meio de uma alimentação equilibrada, exercícios físicos regulares e um ambiente seguro, é a melhor estratégia para evitar quedas e fraturas. Além disso, a realização de exames periódicos e o acompanhamento médico são fundamentais para garantir a saúde óssea e a qualidade de vida^{13,15}.

6. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária é caracterizada por uma perda involuntária de urina em local ou momento inadequado e subdivide-se em: incontinência de esforço (ou estresse), de urgência e mista. A incontinência de esforço ocorre em momentos onde tem-se aumento da pressão intra-abdominal, como na prática de exercícios ou durante a tosse. A incontinência de urgência causa o vazamento da urina em consequência de um desejo repentino e abrupto de urinar, enquanto a incontinência Mista ocorre quando o indivíduo apresenta ambos os sintomas¹⁶.

Essa condição é 2 a 3 vezes mais comum em mulheres, não sendo restrita ao público idoso, mas tornando-se mais prevalente com o envelhecimento¹⁷. As consequências são físicas, sociais e mentais, visto que é considerada uma situação constrangedora que impacta diretamente na qualidade de vida^{18,19}. Nesses casos, a detecção da causa e tratamento precoce são fundamentais, dentre as medidas adotadas para o tratamento estão a farmacoterapia que deve ser conduzida considerando a etiologia subjacente da incontinência, procedimentos cirúrgicos e treinamento da musculatura do assoalho pélvico por meio de exercícios de cinesioterapia^{17,20}.

O prognóstico da incontinência está associada ao tipo, intensidade e outras comorbidades do indivíduo. Intervenções comportamentais são fundamentais para a melhora visto que a ausência total dos sintomas pode não ser possível, mas sim a redução dos episódios de perda de urina e da intensidade, promovendo uma melhora da qualidade de vida para o idoso¹⁷. Salienta-se também, a importância da busca por profissionais capacitados para o tratamento correto, visto que com avanço das mídias sociais é comum o surgimento de vídeos que incentivam ao público condutas e exercícios a serem feitos em casa, todavia, a avaliação e tratamento é realizada de maneira a considerar as individualidades de cada paciente e a partir disso nortear as condutas, podendo inclusive, a prática de exercícios incorretos prejudicar e agravar os casos.

7. DOENÇA CORONARIANA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹, a principal causa de morte no mundo é referente a doenças cardiovasculares²². A doença arterial coronariana ocorre quando as artérias do coração não conseguem levar sangue suficiente para o órgão^{23,24}. Isso acontece porque placas de gordura (ateromas) se acumulam nas paredes dos vasos, dificultando a passagem do sangue. Em casos mais graves, essa obstrução pode ser intensa a ponto de causar uma isquemia do miocárdio, ou seja, a falta de oxigenação no músculo do coração.

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças naturais no corpo que aumentam o risco de doença arterial coronariana²⁵. As artérias ficam mais rígidas porque perdem elasticidade e acumulam depósitos de cálcio, além de sofrerem alterações no revestimento interno, o que dificulta a circulação do sangue. Outros fatores como pressão alta, colesterol alto, diabetes, obesidade e tabagismo também contribuem para a obstrução das artérias do coração. Esses problemas podem estar ligados à herança genética ou a hábitos pouco saudáveis ao longo da vida.

Uma das consequências graves que estas doenças podem trazer é infarto agudo do miocárdio, angina e até mesmo morte súbita, devido à isquemia e necrose do tecido cardíaco²⁴. Para reduzir esses riscos, além do tratamento medicamentoso, é fundamental adotar um estilo de vida saudável. Mudanças nos hábitos alimentares, como a redução do consumo de gorduras saturadas, açúcares e sal, e o aumento da ingestão de frutas, verduras e alimentos ricos em fibras, são essenciais para a saúde do coração²⁷. A prática regular de atividades físicas, como caminhadas e alongamentos, auxilia no controle da pressão arterial e melhora a circulação sanguínea²⁸. Além disso, o acompanhamento médico frequente é indispensável para o controle dos fatores de risco, incluindo a adesão correta ao uso de medicamentos prescritos e o monitoramento da pressão arterial e dos níveis de colesterol²⁹. Evitar o tabagismo, reduzir o consumo de álcool e manter um peso adequado também são estratégias fundamentais para prevenir complicações cardiovasculares e garantir um envelhecimento mais saudável.

8. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Dentre as doenças que apresentam maior causa de morte nos idosos se destaca a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, mais conhecida como DPOC^{30,31}. Essa condição, geralmente está associada a duas causas principais, sendo essas, a bronquite crônica e enfisema pulmonar.

O conceito da doença pulmonar obstrutiva crônica é caracterizado por uma inflamação persistente das vias aéreas inferiores e do tecido pulmonar (parênquima pulmonar). Essa inflamação aumenta a resistência do fluxo de ar durante a expiração, dificultando a saída do ar dos pulmões. Como consequência, ocorre um aprisionamento de ar, levando à hiperaeração pulmonar e ao aumento do esforço respiratório. Nos idosos, os principais sintomas incluem tosse crônica, geralmente mais intensa pela manhã, podendo ser produtiva, com secreção mucosa ou purulenta, ou seca. Outro sintoma comum é a dispneia (falta de ar), que pode variar de leve a intensa, dependendo da gravidade da doença. Esses sinais estão relacionados à hiperaeração pulmonar e à obstrução das vias aéreas, características da doença³².

Outrossim, essa doença geralmente está associada ao tabagismo, principalmente em pacientes que possuem esse hábito durante muitos anos, visto que a inalação ao longo da vida de fumaça, a qual apresenta alta toxicidade, potencializa a inflamação das mucosas e prejudica a região respiratória. Geralmente, devido a alta carga tabágica por repetidos anos, é comum que a população idosa tabagista apresente maior ocorrência de obstrução crônica³¹.

O diagnóstico da DPOC é feito principalmente por meio de um exame chamado de espirometria, que avalia a função pulmonar indicando a obstrução das vias aéreas. Além da espirometria, exames complementares são frequentemente solicitados para avaliar a extensão da doença e descartar outras condições, visto que os sintomas podem ser semelhantes aos de outras doenças, como asma, insuficiência cardíaca e bronquiectasias^{32,33}. Esses exames incluem:

- Radiografia de tórax, para identificar alterações pulmonares.
- Hemograma completo, para avaliar possíveis infecções ou anemia.
- Oximetria de pulso, para medir os níveis de oxigênio no sangue.
- Eletrocardiograma e ecocardiograma, para verificar o impacto da doença sobre o coração.
- Avaliação do estado nutricional, sintomas psiquiátricos (como ansiedade e depressão) e risco cardiovascular.

Vale ressaltar que, uma das profilaxias, ou seja, medidas preventivas para redução de complicações do DPOC mais indicadas pelo Ministério da Saúde é a vacinação. Sendo a vacina anti-influenza anual, a qual é indicada a todos os pacientes que apresentam DPOC, e também as vacinas pneumocócicas 13-conjugada e polissacarídica (23-valente). Sendo que, a vacina 23-valente é indicada em dose única para a população idosa³³, conforme citado no Capítulo voltado para Vacinação.

Por fim, o tratamento é definido a partir do risco e perfil sintomático a fim de que o tratamento inicial seja mais adequado para cada caso. De maneira geral, a intervenção é realizada combinando o tratamento não medicamentoso e o medicamentoso. O não medicamentoso está relacionado principalmente a mudanças no estilo de vida, como o cessamento do tabagismo e reabilitação pulmonar junto a fisioterapia respiratória. Já o tratamento farmacológico envolve o uso de broncodilatadores por via inalatória, que ajudam a aliviar os sintomas e melhorar a função respiratória. Para sintomas leves e intermitentes, são utilizados broncodilatadores de curta duração, enquanto para sintomas persistentes são utilizados broncodilatadores de longa duração, que oferecem um alívio mais prolongado da obstrução das vias aéreas. Caso não haja melhora sintomática, realiza-se a associação com outros tratamentos, como uso de corticosteroide inalatório sob recomendação médica³³.

REFERÊNCIAS

1. Agência Brasil. No mundo, população com 65 anos ou mais deve dobrar até 2050 [Internet]. 2023 jan 30 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2023-01/no-mundo-populacao-com-65-anos-ou-mais-deve-dobrar-ate-2050>

2. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):893-908. doi:10.1590/1809-9823.2015.14123.
3. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):267-78. doi:10.1590/1413-81232020261.33882020.
4. Andrade RC, Santos MM, Ribeiro EE, Santos Júnior JDO, Campos HLM, Leon EB. Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e a vulnerabilidade de pessoas idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2024;27(1). doi:10.1590/1981-22562024027.230191.pt.
5. Jandu JS, Mohanaselvan A, Dahal R, et al. Strategies to reduce polypharmacy in older adults [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574550/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Complicações do diabetes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes/complicacoes>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
9. Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañas L, Morley JE, Sinclair AJ. Hypoglycemia in older people - a less well recognized risk factor for frailty. *Aging Dis*. 2015;6(2):156-67. doi:10.14336/AD.2014.0330.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>.
11. Santos KL, Silva Júnior EG, Eulálio MC. Concepções de idosos com hipertensão e/ou diabetes sobre qualidade de vida. *Psicol Estud* [Internet]. 2023;28:e53301. doi:10.4025/psicolestud.v28i0.53301.
12. Tortora GJ, Derrickson B. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

13. National Institute on Aging. Osteoporosis [Internet]. Bethesda (MD): National Institute on Aging. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/osteoporosis/osteoporosis>
14. Ungvari Z, Tarantini S, Donato AJ, Galvan V, Csiszar A. Mechanisms of vascular aging. *Circ Res*. 2018;123(7):849-67. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.311378.
15. Chowen JA, Garcia-Segura LM. Role of glial cells in the generation of sex differences in neurodegenerative diseases and brain aging. *Mech Ageing Dev*. 2021;196:111473. doi:10.1016/j.mad.2021.111473.
16. Fulop T, Larbi A, Dupuis G, Le Page A, Frost EH, Cohen AA, et al. Immunosenescence and inflamm-aging as two sides of the same coin: friends or foes? *Front Immunol*. 2018;8:1960. doi:10.3389/fimmu.2017.01960.
17. Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E, Morley JE. Current geriatrics diagnosis and treatment [Internet]. 2nd ed. Porto Alegre: AMGH; 2014 [citado em 2025 mar 17].
18. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adult women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr*. 2021 Mar 29;21(1):212. doi:10.1186/s12877-021-02135-8.
19. Sensi SL, Rockabrand E, Canzoniero LM. Acidosis enhances toxicity induced by kainate and zinc exposure in aged cultured astrocytes. *Biogerontology*. 2006 Oct-Dec;7(5-6):367-74. doi:10.1007/s10522-006-9051-9.
20. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03266. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>
21. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019 [Internet]. 2020 dez 9 [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida [Internet]. 2022 set [citado em 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-causa-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida>.

23. Doença arterial coronariana. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 Dez;93(6):282-6. doi:10.1590/S0066-782X2009001500005.
24. Pinho RA, Araújo MC, Ghisi GLM, Benetti M. Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 Abr;94(4):549-55. doi:10.1590/S0066-782X2010000400018.
25. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 Dez;79(6):635-9. doi:10.1590/S0066-782X2002001500011.
26. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras de prevenção cardiovascular. 2023.
27. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2022.
28. Ministério da Saúde. Estratégias para promoção da saúde cardiovascular na atenção primária. 2021.
29. Francisco PMSB, Donalizio MR, Barros MB de A, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 Jun;40(3):428-35. doi:10.1590/S0034-89102006000300010.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Você sabe o que é a doença pulmonar obstrutiva crônica? [Internet]. 2022 [citado em 17 mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-parar-de-fumar/noticias/2022/voce-sabe-o-que-e-a-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica>.
31. Porto CC. Semiologia Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. E-book. p.264. ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734998/>. Acesso em: 2025 mar 14.
32. Silva LCC, Hetzel JL, Felicetti JC, et al. Pneumologia. Porto Alegre: ArtMed; 2012. E-book. p.303. ISBN 9788536326757. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536326757/>. Acesso em: 2025 mar 14.
33. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença pulmonar obstrutiva crônica – Resumo [Internet]. 2022 [citado em 17 mar 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20220912_PCDT_Resumido_DPOC_final.pdf.



CAPÍTULO 3

SAÚDE PREVENTIVA: MEDICAÇÃO E VACINAÇÃO

Bruna Godinho Corrêa

Isadora Gomes Aliende

Julia Peres Ávila

Lívia Souza da Rosa

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que exige estratégias eficazes para a manutenção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. Prevê-se que a quantidade de pessoas com 65 anos ou mais dobre, alcançando 1,6 bilhão em 2050 e representando mais de 16% da população global. Logo, uma das principais preocupações é a maior suscetibilidade a doenças infecciosas devido às alterações no sistema imunológico relacionadas à idade. A imunossenescência reduz a capacidade de resposta imune, tornando os idosos mais vulneráveis a infecções graves e suas complicações. Diante desse contexto, algumas estratégias surgem como uma ferramenta essencial para a proteção desse grupo etário¹. Como, protocolos de avaliação geriátrica, uso racional de medicamentos, vacinação e suporte multidisciplinar podem contribuir para melhores desfechos clínicos². Alguns destes tópicos serão abordados neste capítulo.

2. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Para manter um envelhecimento saudável são necessárias algumas medidas de prevenção como cuidados na alimentação, saúde bucal, além da prática regular de exercícios físicos, a fim de priorizar uma saúde física e mental adequada, conforme será explorado nos próximos capítulos.

Uma forma de priorizar esses cuidados é através da cessação de hábitos nocivos, que incluem a ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo. Sabe-se que o fumo é o maior responsável pelo câncer de pulmão, além de gerar muitos outros problemas de saúde como aumento do risco de infarto, acidente vascular cerebral e outras doenças pulmonares. Por esse motivo, a interrupção do uso do cigarro traz inúmeros benefícios para a saúde em geral, sendo que, parar de fumar aos 65 anos pode evitar uma perda média de 1,7 ano de vida, e aos 75 anos, 0,7 ano. Porém, por se tratar de uma substância que causa dependência, o processo de parada pode ser difícil e requer um acompanhamento multiprofissional³.

Outro hábito bastante comum mas que pode causar efeitos deletérios na saúde é o uso indevido ou sem recomendação de medicamentos, que será abordado a seguir⁴. De maneira geral, ao procurar a ajuda de um profissional, é importante reconhecer que nem toda alteração na saúde do idoso é em decorrência do envelhecimento fisiológico ou cronológico, como dores e quedas. Dessa forma, é importante observar possíveis sinais e sintomas e relatá-los durante a consulta, para que seja identificado a causa de origem e assim seja possível traçar uma intervenção.

Quando trata-se de quedas, uma das formas de preveni-las é adaptando o ambiente. Com isso, é possível a retirada de tapetes, objetos que atuem como obstáculos, colocação de barras de apoio para transferências, além de melhorar a iluminação do ambiente⁵. No entanto, todas essas ações de prevenção não devem ser vistas como um estigma social reforçando uma “visão de envelhecimento”, mas sim, como ações de saúde para promover melhor qualidade de vida.

3. CONTROLE DE MEDICAÇÕES

A saúde preventiva exerce um papel essencial no envelhecimento saudável, especialmente no que diz respeito à prevenção e ao controle eficaz de doenças crônicas. Doenças como diabetes, hipertensão arterial e problemas cardiovasculares impactam diretamente a qualidade de vida dos idosos. A adoção de hábitos saudáveis pode reduzir os riscos dessas condições. Uma alimentação equilibrada, por exemplo, auxilia no controle do peso e da glicemia. Estudos recentes indicam que pessoas com hábitos menos saudáveis enfrentam mais dificuldades para manter o peso e estão mais suscetíveis a doenças crônicas. Esses dados reforçam a importância de estratégias públicas integradas que incentivem a prática regular de atividades físicas, alimentação adequada e outros comportamentos saudáveis, especialmente entre a população idosa.

Mesmo com esses cuidados, na maioria das vezes, torna-se necessário complementar a alimentação saudável e a prática de atividades físicas com o uso de medicamentos para um controle adequado da condição. Um dos principais

desafios nessa fase da vida é o uso adequado de medicamentos. A automedicação e o uso de medicamentos sem a devida orientação profissional ainda são práticas comuns entre os idosos. Nesse contexto, o uso racional de medicamentos é essencial para garantir a eficácia dos tratamentos e minimizar os possíveis efeitos adversos.

O uso racional de medicamentos foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a situação em que “os pacientes recebem medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade” e atualmente é um ponto de debate essencial para o alcance dos resultados descritos nos objetivos propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que enfatiza a necessidade de políticas públicas para promover a conscientização sobre o uso adequado de medicamentos, especialmente em grupos vulneráveis, como idosos, visando otimizar o tratamento e reduzir riscos.

A polifarmácia, ou seja, o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, é uma realidade comum entre idosos quando se tem a presença de diversas doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos. Ainda que, em muitos casos, esse uso seja necessário, ele também pode aumentar os riscos de efeitos adversos, interações medicamentosas e comprometer a adesão ao tratamento. Outra prática frequente entre os idosos é a automedicação que representa riscos importantes à saúde, principalmente devido a complexidade das doenças e do uso concomitante de múltiplos fármacos. Fatores como o acesso limitado a serviços de saúde, a facilidade para adquirir medicamentos e a influência de informações não especializadas agravam esse cenário. A atenção farmacêutica se mostra essencial, pois promove o uso seguro de medicamentos, melhora a adesão ao tratamento e contribui diretamente para a qualidade de vida dos idosos.

Por isso, é essencial que profissionais de saúde realizem uma revisão periódica das prescrições, ajustando doses e avaliando a real necessidade de cada medicamento. A atuação de uma equipe multiprofissional é indispensável nesse processo, especialmente para orientar o uso de medicamentos prescritos em conjunto com outros produtos, como fitoterápicos e medicamentos isentos de prescrição. Evidências apontam que a implementação de estratégias eficazes, com base científica, e o envolvimento ativo dos profissionais da saúde na educação de pacientes e cuidadores são fundamentais para reduzir os riscos da automedicação e na promoção de práticas seguras.

Por fim, destaca-se que a educação em saúde é essencial para que a população idosa, bem como os familiares e cuidadores compreendam a importância do uso adequado dos medicamentos e dos cuidados preventivos, e conclui-se que a personalização dos tratamentos e a orientação adequada sobre o uso correto das terapias são estratégias indispensáveis para garantir segurança, eficácia e qualidade de vida, promovendo um envelhecimento mais saudável.

4. IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

A vacinação é uma das medidas mais eficazes de prevenção de doenças infecciosas, especialmente na população idosa, que apresenta maior vulnerabilidade a infecções devido ao processo natural de imunossenescência, ou seja, devido o processo de envelhecimento do sistema imunológico, que resulta em uma resposta imune menos eficaz. Por esse motivo, é importante discutir sobre a imunização para idosos, destacando os benefícios individuais e coletivos, bem como os desafios enfrentados na adesão às campanhas de vacinação. A partir da leitura da literatura científica, observa-se que vacinas como a da gripe, pneumocócica e herpes-zóster reduzem significativamente a morbimortalidade nesta faixa etária.

Sendo assim, fica evidente que a imunização é uma estratégia essencial em saúde pública, desempenhando um papel crucial na prevenção de enfermidades e óbitos causados por mais de vinte doenças evitáveis por vacinas. Em comparação com adultos jovens, indivíduos idosos apresentam maior ocorrência de diversas infecções e suas complicações. Além dos efeitos imediatos das doenças, muitos idosos podem desenvolver sequelas, bem como agravamento de condições crônicas já existentes. Esses aspectos têm sido amplamente documentados em relação à gripe, à infecção pneumocócica, ao herpes-zóster, à COVID-19 e ao vírus sincicial respiratório. Dessa forma, é através da vacinação que é possível reduzir a morbimortalidade, e dados já comprovam isso, mostrando que a vacinação contra influenza reduz em até 50% a ocorrência de casos graves da doença e diminui as hospitalizações e óbitos relacionados. A vacina pneumocócica também se mostra eficaz na prevenção de pneumonia e suas complicações. Além disso, há o impacto na saúde pública, onde a vacinação em massa reduz a transmissão de agentes infecciosos na comunidade. Por esse motivo, abaixo consta um esquema adaptado das Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações para vacinação em indivíduos a partir dos 60 anos de idade, divididas em vacinas de rotina e em situações especiais. Lembrando sempre que, na dúvida quanto a onde receber a vacina e se necessita ou já recebeu, é importante buscar orientações com profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, entre outros.

Vacinas de Rotina	
Vacinas	Indicações
Influenza (gripe)	Rotina
Pneumocócicas conjugadas VPC20, VPC15 ou VPC13 e polissacarídica VPP23	Rotina
Herpes zóster	Se não vacinado aos 50, a qualquer momento.
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Rotina
Hepatite B	Para idosos não vacinados previamente.
Febre amarela	Para idosos não vacinados previamente.
Vírus Sincicial Respiratório	A partir dos 60 anos é recomendada para pessoas com maior risco de evolução grave ou descompensação da doença de base pela infecção pelo VSR (ver Comentários). Indicada como rotina a partir dos 70 anos, independente de fatores de risco.
COVID-19	De acordo com a disponibilidade e os grupos contemplados
Hepatite A	Após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos.
Hepatites A e B	Quando recomendadas as duas vacinas.
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C	Surto e viagens para áreas de risco.
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Situações de risco aumentado.

Adaptado de Calendário de Vacinação SBIIm IDOSO, 2025.

Uma vacina considerada de rotina, é uma vacina que faz parte do calendário vacinal regular recomendado pelas autoridades de saúde (como o Ministério da Saúde no Brasil) para uma determinada faixa etária ou grupo populacional. Ou seja, quando se fala que uma vacina é “de rotina”, refere-se a uma medida preventiva padronizada e recomendada regularmente, como parte do cuidado contínuo à saúde da população.

Por este motivo, a atualização do cartão vacinal em idosos é importante, e, apesar disso, muitos idosos e seus familiares desconhecem a necessidade de manter as vacinas em dia, o que reforça o papel fundamental dos profissionais de saúde

na orientação durante as consultas de rotina e campanhas sazonais, assim como reforça a necessidade do idoso sempre levar seu cartão vacinal as consultas, para verificar a necessidade de vacinação ou não. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações disponibiliza gratuitamente, por meio do Sistema Único de Saúde, diversas vacinas recomendadas para a população idosa, como as vacinas citadas no quadro anterior. Além disso, a atuação conjunta de médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e familiares é determinante para ampliar a cobertura vacinal, reduzir barreiras de acesso e combater mitos que ainda cercam a vacinação em faixas etárias mais avançadas.

Apesar da eficácia e segurança comprovadas das vacinas, ainda persistem diversos mitos que dificultam a adesão de idosos à imunização. Crenças equivocadas como “vacina é apenas para crianças”, “na terceira idade já não há mais necessidade de vacinar” ou ainda que “vacinas causam a própria doença” são barreiras comuns que comprometem a cobertura vacinal nessa população. Essas ideias errôneas, muitas vezes perpetuadas por desinformação ou experiências negativas anteriores, reforçam a importância de ações educativas. Também, estudos demonstram que a hesitação vacinal em idosos pode estar relacionada tanto ao desconhecimento sobre as vacinas recomendadas quanto à falta de confiança no sistema de saúde e nas vacinas em si. Combater esses mitos com informação clara, acessível e baseada em evidências é fundamental para proteger a saúde individual e coletiva dos idosos.

Nesse contexto, torna-se urgente discutir o impacto da desinformação na saúde pública, especialmente no que diz respeito à imunização. As vacinas são uma das maiores conquistas da medicina moderna, prevenindo doenças infecciosas e reduzindo a morbimortalidade mundial. No entanto, com o avanço das redes sociais e a rapidez na disseminação de informações, observa-se um aumento na propagação de fake news sobre imunização, ou seja, de notícias falsas. Sabe-se que a informação, seja ela falsa ou verdadeira, pode influenciar decisões individuais e coletivas, levando à redução das taxas de vacinação e ao ressurgimento de doenças preveníveis, como já está ocorrendo com o sarampo e a poliomielite em crianças. A propagação de desinformação contribui diretamente para o aumento da hesitação vacinal, reduzindo a cobertura vacinal e favorecendo surtos de doenças preveníveis. Juntamente, essa desconfiança gerada prejudica os esforços das instituições de saúde, ameaçando a segurança coletiva, sobrecarregando os sistemas e aumentando risco de reintrodução de doenças controladas ou já erradicadas no Brasil.

Por este motivo, é essencial o desenvolvimento de iniciativas com intuito de melhorar as práticas de comunicação com a comunidade para melhor adesão à vacinação. Além de políticas públicas eficazes que devem ser implementadas para ampliar a cobertura vacinal da população idosa, incluindo campanhas educativas e acesso facilitado às doses. Logo, para atingir altas taxas de cobertura vacinal é essencial superar desafios como a acessibilidade, a conscientização da população

levando em conta aspectos regionais, nacionais e geográficos, além do financiamento e das políticas públicas. Deste modo, o fortalecimento das campanhas e estratégias de imunização e a conscientização sobre seus benefícios são essenciais para garantir maior adesão à vacinação, com consequente redução da morbimortalidade nesse grupo etário.

REFERÊNCIAS

1. Rozenbaum R. Vacinação no idoso. *Med Ciênc Arte*. 2023;2(3):38–60.
2. Geyskens L, Jeuris A, Deschodt M, Van Grootven B, Gielen E, Flamaing J. Patient-related risk factors for in-hospital functional decline in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2022 Feb;51(2). doi: 10.1093/ageing/afac007.
3. Le TTT, et al. The benefits of quitting smoking at different ages. *Am J Prev Med*. 2024;67(5):684-8.
4. Locquet M, Honvo G, Rabenda V, et al. Adverse health events related to self-medication practices among elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2017;34:359–65.
5. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, et al. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 2013;24:747–62.
6. Lai C, Li Y, Wang H, et al. Healthy lifestyle decreases the risk of the first incidence of non-communicable chronic disease and its progression to multimorbidity and its mediating roles of metabolic components: a prospective cohort study in China. *J Nutr Health Aging*. 2024;28(3):100164.
7. Panarelli R, Caputo C, Cavino G, Scarpa A, Giordano L, Palmiero P. Prevenção primária de doenças cardiovasculares na população idosa. *Rev Ital Med*. 2024;2. doi: 10.4081/itjm.2024.1730.
8. Sari LP, Nugroho H, Pranata A, Syam AF, Hidayat R. The impact of regular exercise on cardiovascular health: a literature review. *Phys Educ Theory Methodol*. 2024;24(4):651–6.
9. Anjali T, Suvedha S, Karunavardhan S, Apoorva M, Kumar SS, Kalarani DH. Rational use of medicines. *Int J Pharmacogn Pharm Sci*. 2021;3(2):39–43.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Promoting rational use of medicines [Internet]. [local desconhecido]: WHO; [data desconhecida] [citado 2025 mar 24]. Disponível em: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines/>

11. Governo do Brasil. Uso racional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2025 mar 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/uso-racional-de-medicamentos>
12. Brasil. Uso racional de medicamentos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [citado 2025 mar 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/uso-racional-de-medicamentos>
13. Andrade RC, Oliveira TR, Santos IAG, Santana JA, Rodrigues RAP. Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e a vulnerabilidade de pessoas idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2024;27:e230191.
14. Rocha MVIL, Souza ML, Azevedo AV, Lima MTC, Silva FS, Costa SL, et al. Impactos da automedicação em idosos: papel do farmacêutico na gestão de riscos. *Braz J Health Rev*. 2024;7(4):e72322.
15. Souza LB, Andrade LG. Assistência farmacêutica no uso racional de medicamentos em idosos. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*. 2021;7(11):1690–710.
16. Matias GO, Deuner MC, Oliveira GOB. Perigos da automedicação entre os idosos: riscos e prevenções. *Rev JRG Estud Acad*. 2024;7(14).
17. Rozenbaum R. Vacinação no idoso. *Med Ciênc Arte*. 2023;2(3):38–60.
18. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais – 2025 [Internet]. Rio de Janeiro: SBIm; 2025 [citado 2024 jul 10]. Disponível em: https://sbim.org.br/images/calend-vacinacao-pacientes-especiais-2025-250312-web.pdf_2025-03-12.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>
20. Domingues CMA, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl 2):e00222919. doi: 10.1590/0102-311X00222919.
21. Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Immunization in older adults: health professionals' guide [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2020.
22. Lopes GCD, Paixão BSP, Souza BR, Silva UP, Farias WS. A efetividade das estratégias de vacinação para idosos no Brasil: revisão integrativa. *Rev Gest Secret*. 2024;15(1):1–19. doi: <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i1.3313>.



C A P Í T U L O 4

SAÚDE MENTAL NO ENVELHECIMENTO

Amanda Braga Pereira

Bruna Ferreira Marinho

Bruna Godinho Corrêa

Laura Machado Vecchi

Kamyle Braga Nickel

Sophia Miranda Vieira Chagas

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade populacional tem contribuído para o aumento da expectativa de vida, o que se reflete em aumento na prevalência de doenças crônicas, como o comprometimento da saúde mental. No Brasil, em particular, a população idosa tem crescido de forma acelerada, demandando cuidados de saúde específicos¹.

O envelhecimento é um processo natural intrínseco ao desenvolvimento humano, em que há mudanças em todo o organismo do indivíduo². Esse processo pode ser percebido como positivo ou negativo, a depender de fatores psicológicos, comportamentais, físicos e socioculturais. Todas as etapas da vida envolvem ganhos e perdas, o que faz diferença é a forma que são enfrentadas. Apesar disso, a maioria dos brasileiros enxergam essa fase como negativa,³ pois o termo “velhice”, socialmente, está fortemente atrelado a limitações e deficiências - um estigma que não necessariamente reflete a realidade^{4,5}.

Essa etapa da vida costuma ser acompanhada de dois fenômenos: a senescência e senilidade, em que a senilidade, caracterizada por mudanças fisiopatológicas, pode levar a acometimentos na saúde mental, afetando a cognição⁶. A degeneração de

algumas funções compromete a independência e autonomia do indivíduo,⁷ a partir de um impacto na vida diária e relações com terceiros. Devido a perda de acuidade e sensibilidade, o idoso pode modificar sua forma de ver o mundo, resultando em um impacto na qualidade de vida, com aumento de riscos físicos e problemas psicológicos. Essas alterações de autoimagem, autoconceito e identidade pessoal podem levar a sentimentos de invalidez e incapacidade, além de mudanças em papéis sociais⁸.

Neste capítulo, será discutido o impacto do envelhecimento na vida dos indivíduos - em especial no âmbito cognitivo, psicológico e social. A partir da diferenciação entre envelhecimento cognitivo normal e comprometimento avançado, é possível compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida e autonomia nessa fase da vida. Além do aparecimento de demências e outros transtornos cognitivos, serão abordadas as diferentes formas de manifestação de ansiedade e depressão em idosos, analisando suas causas, sintomas e efeitos dessas condições no dia a dia dessa faixa etária. Também será discutido sobre as abordagens terapêuticas mais eficazes e estratégias de prevenção, que incluem tratamentos psicológicos, dieta equilibrada, prática de exercícios físicos e autocuidado. A partir disso, é possível fornecer um panorama completo sobre o envelhecimento, visando promover uma vida mais equilibrada e serena.

2. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O transtorno depressivo maior (TDM), popularmente conhecido como depressão, é um dos transtornos psiquiátricos com maior prevalência mundial ao longo da vida, afetando indivíduos em diferentes faixas etárias⁹. A nível internacional, é a segunda principal causa de incapacidade e resulta em morbidade e mortalidade^{10,11}.

O predomínio de depressão no Brasil é de 15,5%¹² e, se caracteriza pelo humor depressivo persistente e anedonia (capacidade reduzida de ter prazer), podendo apresentar comprometimento cognitivo, afetando diretamente na aquisição da memória, atenção, concentração, absorção, além de gerar baixa autoestima, dificuldade em tomar decisões, sentimento de falta de esperança e de desamparo¹³.

A depressão é resultante de uma complexa relação entre aspectos sociais, psicológicos e biológicos, tendo predisposições genéticas como um dos fatores primordiais para o desenvolvimento da doença. Na população idosa, destaca-se a perda de autonomia e o agravamento de patologias preexistentes, além de isolamento social, baixa capacidade funcional e redução no autocuidado¹⁴. Essa enfermidade, é comumente mais associada à idosos que apresentam declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, baixa renda, baixa escolaridade e que façam o uso de medicações e/ou sofram de outras comorbidades¹⁵.

Ao se tratar de idosos, o diagnóstico pode ser dificultoso e consideravelmente reduzido, tendo em vista que a depressão tende a ser subdiagnosticada pelos profissionais da saúde, devido às semelhanças da doença com o processo natural de envelhecimento. Dessa forma, estima-se que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais da saúde que atuam na atenção primária¹⁶. Outro fator é a maior prevalência e chance de depressão em mulheres idosas, principalmente em decorrência da taxa de mortalidade masculina entre os idosos ser maior que a feminina, o que caracteriza a feminização do envelhecimento. Aspectos como a viuvez, declínio dos hormônios de estrogênio, maior exposição às doenças crônicas e solidão também estão relacionados a essa causa¹⁴.

De maneira geral, existem diversos tratamentos eficazes para a depressão, assim, profissionais da saúde podem oferecer tratamentos psicológicos, como psicoterapia (em grupo ou individual), terapia cognitivo-comportamental, ativação comportamental, tratamentos psicossociais ou medicamentos antidepressivos¹⁷. Ao tratar-se da terapia medicamentosa com antidepressivos, vale ressaltar que deve ser iniciada com a menor dose possível, seguindo de aumentos de forma gradual durante seu acompanhamento, se necessário. Além disso, é fundamental a individualização do tratamento.

Todas as classes dos antidepressivos têm eficácia similar, portanto, a escolha deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais do medicamento, associação de comorbidades, perfil farmacológico, tolerabilidade, custo e a presença ou não de distúrbio cognitivo¹⁸. Logo, para a recomendação destes fármacos é necessário a consulta e acompanhamento com profissional qualificado, principalmente devido aos riscos de uso excessivo e indiscriminado dessas substâncias, destacando os efeitos adversos e interações medicamentosas potencialmente perigosas¹⁶.

Ademais, o tratamento não farmacológico deve ser estabelecido de forma precoce, e envolve, além das condutas preventivas, a remoção ou controle dos agentes agravantes, orientação familiar e abordagem psicoterápica. Como maneira de tratar e até mesmo prevenir o surgimento da doença, recomenda-se atividades que diminuam os fatores de risco ou precipitantes, como inserções sociais ou religiosas, atividade física e práticas integrativas, como meditação, reiki, arteterapia, musicoterapia, etc. focando sempre nos interesses de cada indivíduo¹⁸.

Como ênfase, os estudos apontam a eficácia da atividade física no tratamento da depressão geriátrica, entre as razões está a distração de pensamentos negativos, a aquisição de uma nova habilidade e a interação social, fator de extrema importância, considerando que o fraco apoio social é um dos principais preditores da sintomatologia da depressão em pessoas idosas. Ademais, o exercício físico pode ter efeitos fisiológicos, como alterações nos níveis de endorfina e monoamina ou uma diminuição no nível do hormônio do estresse cortisol, o que pode melhorar o humor e auxiliar também na promoção de saúde física, além da mental¹⁹.

3. TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), é uma resposta natural dos indivíduos que auxilia na proteção e adaptação a novas situações. No entanto, torna-se patológica quando se manifesta de forma extrema e generalizada, acompanhada por sintomas de medo e tensão, podendo ter como foco de perigo tanto fatores internos quanto externos, dessa forma deixa de ser ansiedade e apresenta-se como transtorno de ansiedade¹³. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, no Brasil, os transtornos de ansiedade estão presentes em 9,3% da população geral, destacando-se como um dos países com maior número de casos do mundo²⁰.

Vale ressaltar que, os transtornos de ansiedade se subdividem de acordo com suas características, podendo ser: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, agorafobia, ansiedade generalizada, ansiedade induzida por substâncias ou condições médicas¹³.

Detalhando alguns destes subtipos, entende-se o transtorno de ansiedade de separação como o medo excessivo envolvendo a separação de casa ou de figuras de auge. O mutismo seletivo se manifesta em interações sociais quando os indivíduos são incapazes de iniciar uma conversa ou responder de forma recíproca ao serem abordados¹³. Tanto o mutismo seletivo quanto a ansiedade de separação, ocorrem predominantemente em crianças.

A fobia específica é o medo ou a ansiedade em relação a presença de um objeto ou situação específica, conhecido como estímulo fóbico. Já o transtorno de ansiedade social se caracteriza pelo medo ou ansiedade acentuados de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. E, o transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes¹³.

Referindo-se a agorafobia, ressalta-se que se caracteriza pelo medo ou ansiedade acentuado ou intenso, desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações. Um dos critérios diagnósticos é o temor ou a evitação de determinadas situações devido à apreensão de que a fuga possa ser dificultada ou de que não haja assistência disponível em caso de manifestação de sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores, como o medo de quedas em idosos, que pode fazer com que o idoso evite sair de casa ou ir a determinados lugares, como supermercados, praças ou usar transporte público, devido ao medo de cair e não conseguir ajuda rapidamente¹³. Esse receio pode ser desencadeado por experiências anteriores de queda ou pela percepção de que sua mobilidade e equilíbrio estão reduzidos.

Em relação ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG), suas características essenciais são ansiedade e preocupação excessivas acerca de diversos eventos ou atividades. Nos idosos, o surgimento de uma doença física crônica pode intensificar a preocupação excessiva, além disso, a preocupação com a segurança, especialmente em relação a quedas, pode restringir a participação em atividades¹³. Por fim, o transtorno de ansiedade induzido por substâncias, têm como característica essencial sintomas de pânico ou ansiedade que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância, como o uso de determinados medicamentos ou exposição a uma toxina¹³.

De maneira geral, os transtornos de ansiedade em idosos podem se manifestar de diferentes formas, afetando o bem-estar emocional, a independência e a saúde física dos indivíduos. No entanto, essas condições costumam ser subdiagnosticadas, o que leva a um sofrimento emocional prolongado, limitações na autonomia e até mesmo ao aumento da taxa de mortalidade²¹.

A dificuldade em identificar os sintomas e a confusão com outras questões relacionadas ao envelhecimento contribuem para falta de diagnósticos, dificultando o acesso ao tratamento adequado. Dentre todos os subtipos de ansiedade citados, o mais recorrente entre a população idosa é o transtorno de ansiedade generalizada, que apresenta uma prevalência de 11% entre os idosos, apresentando-se principalmente em mulheres^{21,22}.

Assim, tem-se como fatores de risco para indivíduos com 65 anos ou mais a ocorrência de eventos adversos recentes, a presença de doenças médicas crônicas (como distúrbios respiratórios, doenças cardíacas e comprometimento cognitivo) e transtornos mentais crônicos (como depressão, fobias e histórico prévio de transtorno de ansiedade generalizada). Além disso, condições socioeconômicas desfavoráveis, antecedentes familiares de transtornos mentais e a falta de suporte psicológico na infância também demonstraram associação significativa com o desenvolvimento da condição²².

Para prevenir e tratar a ansiedade em idosos, é essencial adotar uma abordagem integrada que considere tanto a saúde mental quanto a física. A prática regular de exercícios, leves ou moderados, pode trazer melhorias para a saúde mental e contribuir no gerenciamento dos transtornos ansiosos²³. Além disso, o apoio social, seja por meio da família, amigos ou grupos comunitários, desempenha um papel fundamental na prevenção do isolamento e da solidão, fatores que podem agravar a ansiedade.

Quanto aos tratamentos psicológicos, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz para auxiliar no controle dos sintomas. Essa técnica tem sido recomendada para o tratamento de pessoas idosas, visto que é uma abordagem eficaz para o transtorno de ansiedade generalizada, conforme demonstrado por diversas pesquisas²⁴.

Além disso, técnicas de relaxamento como meditação e mindfulness, também contribuem para o equilíbrio emocional. De modo geral, o mindfulness é uma abordagem que objetiva promover a saúde mental, o bem-estar subjetivo e a melhora dos sintomas psicológicos. Assim, ao recomendar técnicas de prevenção e, ou de tratamento quando for adequado, é possível proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida, garantindo que enfrentem essa fase com mais tranquilidade e segurança²⁵.

4. TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS LEVES E MAIORES

Popularmente conhecidas como demências, o termo vem sendo repensado devido ao estigma associado. A partir disso, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS), vem adotando a utilização do termo “transtorno neurocognitivo maior” como uma alternativa mais técnica e abrangente. Logo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, também adotou a terminologia “transtornos neurocognitivos”, subdividindo-os em leve e maior, conforme a gravidade.

4.1 Transtorno Neurocognitivo Leve

Sabe-se que doenças como a hipertensão arterial, obesidade e diabetes e a idade avançada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios cognitivos, porém, o envelhecimento por si só não implica necessariamente em prejuízos dessa ordem^{4, 5, 26}. Isso pois é através da cognição que as informações são assimiladas, por meio da aquisição, processamento, armazenamento e recuperação de informações pelo cérebro²⁷. Esse processo envolve habilidades como atenção, percepção, memória, habilidades motoras, funcionamento executivo e habilidades verbais e de linguagem²⁸.

O Comprometimento Cognitivo Leve é definido como um estado intermediário entre o envelhecimento cognitivo normal e o comprometimento avançado (ou maior, também conhecido como demência)²⁹. Nesse estado, ocorrem prejuízos na cognição, mas sem interferência na autonomia, sendo assim o idoso desempenha suas atividades antes habituais com um pouco mais de dificuldade, mas ainda com independência ou com o mínimo de assistência³⁰.

Não há evidências que sustentem o uso de fármacos para prevenir o declínio cognitivo em pessoas com a cognição preservada ou com alterações leves, como a suplementação de estrogênio/progesterona, antidiabéticos, entre outros,³¹ sendo sempre importante o uso desses medicamentos apenas sob recomendação médica, pois servem como tratamento de outras alterações. Entretanto, em específico dos transtornos cognitivos leves, recomenda-se a adesão a um estilo de vida saudável,

com dieta adequada, prática regular de exercícios físicos e ausência de tabagismo como fatores que podem auxiliar na prevenção do declínio cognitivo^{32, 33}. Isso pois a atividade física está diretamente relacionada com a plasticidade cerebral, ou seja, a capacidade do cérebro de se reorganizar e se adaptar a novas experiências. Além de prevenir a deterioração cognitiva, também reduz o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e transtornos psicológicos, como a depressão³⁴.

4.2 Transtorno Neurocognitivo Maior

O Transtorno Neurocognitivo Maior é uma síndrome neurodegenerativa caracterizada pelo comprometimento progressivo e generalizado da memória, associado a prejuízos em uma ou mais funções cognitivas, como linguagem, agnosia, apraxia e funções executivas. A severidade dessas alterações impacta diretamente a autonomia do paciente, interferindo em suas atividades sociais e ocupacionais^{35, 36}.

As síndromes podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas e não degenerativas. As não degenerativas são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias. Já as degenerativas têm sua origem predominantemente cortical, como a Doença de Alzheimer, e subcortical, como a doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade³⁵.

O avanço dos sintomas frequentemente acarreta limitações significativas na rotina do paciente, entre os sintomas psicológicos e psiquiátricos mais comuns, destacam-se alterações de humor (incluindo depressão, euforia), delírios, alucinações, apatia, irritabilidade, desinibição, ansiedade, agressividade verbal e física. Além disso, podem ocorrer padrões de comportamento repetitivos, como inquietação motora, distúrbios do sono, alterações no apetite e modificações na expressão da sexualidade^{35, 37, 38}.

A partir destes sintomas suspeita-se da ocorrência de uma patologia associada, mas o processo diagnóstico baseia-se essencialmente em critérios clínicos, considerando padrões estabelecidos para classificação da doença e análise minuciosa da história clínica, associada a exames laboratoriais, de imagem e avaliação neuropsicológica³⁹.

O curso clínico da maioria das demências é caracterizado por um início insidioso, seguido por um declínio progressivo das funções cognitivas, com prejuízo inicial da memória de fixação. À medida que a doença evolui, observa-se um comprometimento crescente da capacidade funcional, impactando as atividades de vida diária e reduzindo a autonomia do paciente. Com o avanço do quadro, surgem manifestações neurológicas adicionais, deterioração física e o agravamento de comorbidades associadas, tornando o processo irreversível³⁵.

4.3 Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a condição neurodegenerativa mais prevalente entre as idades avançadas, tendo como primeiro sintoma clínico normalmente observado a perda de memória recente, enquanto as memórias mais distantes permanecem preservadas até estágios mais avançados da doença^{37, 40}. Cerca de um terço dos casos de Alzheimer apresenta um padrão familiar, normalmente, esses casos estão relacionados ao início precoce da doença. Em famílias amplamente estudadas, a incidência de casos consecutivos é alta, e os pacientes afetados têm 50% de chance de transmitir a patologia para seus filhos, tornando a genética um fator crucial na previsão e estudo dessa doença neurodegenerativa⁴⁰.

À medida que a doença avança, além das dificuldades em manter a atenção e a diminuição da fluência verbal, outras funções cognitivas também se deterioram. Entre estas estão a capacidade de realizar cálculos, habilidades visuo-espaciais e a habilidade de utilizar objetos comuns e ferramentas. Enquanto a vigilância e a clareza mental dos pacientes não costumam ser comprometidas até que a doença esteja em um estágio avançado. Já em relação à motricidade, não se observa uma fraqueza muscular significativa, embora a presença de contraturas musculares seja uma característica quase universal nos estágios finais da doença⁴⁰.

Além dos déficits cognitivos, os pacientes frequentemente apresentam distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e episódios depressivos. Os transtornos de humor são comuns, acometendo uma grande parte dos indivíduos diagnosticados com Alzheimer em alguma fase do processo demencial. Estima-se que até 40-50% dos pacientes apresentam sintomas depressivos, enquanto cerca de 10-20% desenvolvem transtornos depressivos mais graves. Outros sintomas frequentemente observados incluem apatia, lentificação da marcha ou do discurso, dificuldade de concentração, perda de peso, insônia e episódios de agitação, os quais são característicos da evolução da síndrome demencial³⁷.

Grandes esforços têm sido realizados para compreender e tratar a doença de Alzheimer, porém, o manejo adequado da patologia deve ser personalizado de acordo com cada caso, levando em consideração as condições e necessidades individuais do paciente, com ajustes conforme o progresso da doença. Tanto o paciente quanto os cuidadores devem ser incluídos no processo, adotando todas as medidas possíveis para envolver o paciente, mesmo quando há diminuição cognitiva. Nestes casos, a abordagem deve ser multidisciplinar, contando com a colaboração de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e instituições de apoio, quando necessário. Entre as questões relevantes a serem consideradas estão o apoio domiciliar, questões financeiras e planejamento futuro, especialmente enquanto o paciente ainda possui capacidade decisional. O encaminhamento para cuidados paliativos, a fim de discutir o planejamento para o fim da vida, pode ser de grande valia, preferencialmente antes que a patologia alcance estágios mais avançados⁴¹.

4.4 Prevenção e Tratamento dos Transtornos

Pesquisas recentes fornecem evidências substanciais de que a participação em atividades intelectualmente desafiadoras na meia-idade estão associadas a um desempenho cognitivo mais favorável durante a vida adulta. Uma das principais fontes dessa evidência são os estudos que investigam as ocupações ao longo da vida e o impacto delas no desempenho cognitivo na fase de envelhecimento. Existe uma crescente de pesquisas sugerindo que estilos de vida mais ativos e a vivência em ambientes mais complexos favorecem um melhor desempenho cognitivo, além disso, esses ambientes mais estimulantes parecem contribuir para o aumento da reserva cognitiva, um conceito que se refere à capacidade do cérebro de lidar com danos e mudanças decorrentes do envelhecimento, funcionando como um fator protetor contra os efeitos da neurodegeneração⁴².

Assim, as atividades desempenhadas ao longo da vida, sejam laborais ou não, têm um impacto significativo na formação e manutenção das redes neurais, o que resulta em diferentes riscos cognitivos na velhice. Em particular, atividades de lazer, como as físicas, cognitivas e sociais, são componentes essenciais de um estilo de vida saudável, sendo benéficas para a preservação da cognição⁴².

Em estágios avançados, a abordagem pode ser farmacológica ou não farmacológica, como treinamento em habilidades de comunicação, musicoterapia e treinamento em cuidados centrados na pessoa, as quais têm mostrado algum benefício no manejo dos sintomas de doenças deste porte⁴¹. Essas atividades podem incluir o reconhecimento de figuras e objetos, a identificação de ambientes, atividades manuais como bordado e tricô, além de atividades de lazer, como dança, caminhada e esportes, que estimulam a interação e o bem-estar dos pacientes⁴³.

Devido ao impacto que exerce sobre a memória e as funções cognitivas, as doenças neurodegenerativas, muitas vezes exigem que a pessoa afetada conte com o auxílio de um cuidador, que a assista nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária, além de garantir uma supervisão contínua, para própria proteção⁴³. Os cuidadores informais são indivíduos próximos ao paciente, como familiares, amigos ou vizinhos, que frequentemente assumem a responsabilidade pelo cuidado de forma voluntária. Essa assistência é motivada por sentimentos de obrigação, afeto, dependência ou, em alguns casos, pela impossibilidade financeira de contratar um cuidador formal. Pesquisas indicam que, na maior parte das vezes, esse cuidado é prestado pelos cônjuges, predominantemente do sexo feminino, que também são idosos e frequentemente relatam sentir-se sobrecarregados com as tarefas envolvidas⁴³.

A falta de compreensão do cuidador informal sobre o real nível de assistência necessário pode ser um obstáculo significativo, uma vez que, em determinadas situações, a pessoa idosa ainda é capaz de realizar algumas atividades sozinha. No

entanto, o receio e o temor de negligência podem levar o cuidador a realizar essas tarefas com ou pela pessoa idosa,⁴³ o que pode resultar na diminuição mais acelerada das capacidades funcionais dos idosos, sendo importante que os cuidadores informais recebam informações e assistências de equipes multiprofissionais de Unidades Básicas de Saúde, e, ou da Atenção Primária para este cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Escorsim SM. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. *Serv Soc Soc.* 2021; (258):427-46. doi: 10.1590/0101-6628.258.
2. Mitina M, Young S, Zhavoronkov A. Psychological aging, depression, and well-being. *Aging.* 2020;12(18):18765-77. doi: 10.18632/aging.103880.
3. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):128-37. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002170013>
4. Deckers K, et al. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30(3). doi: 10.1002/gps.4245.
5. Silva MAR, Araújo RM. A perda de autonomia no envelhecimento e suas repercussões na saúde mental do idoso. 2024.
6. China DL, et al. Envelhecimento ativo e fatores associados. *Rev Kairós-Gerontol.* 2021;24:141-56. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p141-156>.
7. Winblad B, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol.* 2016;15(5):455-532. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.
8. Figueiredo MHJS, et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Rev Kairós-Gerontol.* 2011;14(Esp 9):11-22. doi: 10.23925/2176-901X.2011v14iEspecial9p11-22.
9. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2009 Jun;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639.
10. Dotson VM, McClintock SM, Verhaeghen P, Kim JU, Draheim AA, Syzmkowicz SM, et al. Depression and cognitive control across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2020 Dec;30(4):461-76. doi: 10.1007/s11065-020-09436-6.

11. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011 Jul 6;475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Depressão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2021 [citado 2025 Mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. text rev. Arlington: American Psychiatric Association; 2022.
14. Silva MPGPC, Feitosa PY de O, Silva JEG dos S, Nogueira MF, Rocha FL, Figueiredo DST de O. Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2024;27:e230289. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230289.pt>
15. Alvarenga MRM, Oliveira MA de C, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012;25(4):497–503. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
16. Ramos FP, Silva SC da, Freitas DF de, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BV de O, et al. Fatores associados à depressão em idoso. *REAS* [Internet]. 2019 Jan 9; (19):e239. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Depressão [Internet]. OPAS; 2025 [citado em 17 mar 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Hidalgo JLT, Sotos JR. Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Ann Fam Med*. 2021;19(4):302-309. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2670>.
20. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
21. Farias WM de, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB dos, Maximiano-Barreto MA, Feroseli AF de O. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió. *Rev Med (São Paulo)*. 2022;101(1). doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-188307>.

22. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). *Transl Psychiatry*. 2015;5(3):e536. doi: 10.1038/tp.2015.31.
23. Santos CA, Batista JI, da Silva JL. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. *Rev Corpoconsciência*. 2015;19(3):1-10.
24. Reyes AN, Fermann IL. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Rev. bras.ter. cogn.* 2017;13(1). doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170008>
25. De Souza FVS, Da Silva JP. Intervenções baseadas em Mindfulness para idosos: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*. 2022;15(2). doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.15>
26. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
27. Lawlor PG. The panorama of opioid-related cognitive dysfunction in patients with cancer. *Cancer*. 2002;94(6):1836–53. doi: 10.1002/cncr.10420.
28. Gellman MD, Turner JR, eds. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer; 2013. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9.
29. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TS, Ganguli M, Gloss D, et al. Comprometimento cognitivo leve: um conceito em evolução. *J Intern Med*. 2014;275(3):214–28. doi: 10.1111/joim.12190.
30. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2227–34. doi: 10.1056/NEJMc0904457.
31. Fink HA, Jutkowitz E, McCarten JR, Hemmy LS, Butler M, Davila H, et al. Pharmacologic interventions to prevent cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer-type dementia: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2018;168(1):39-51. doi: 10.7326/M17-1529.
32. Dominguez LJ, Veronese N, Baiafonte E, Barbagallo M. Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. *Nutrients*. 2021;13(11):4080. doi: 10.3390/nu13114080.
33. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Rev Mosaicum*. 2018;(27):223–38.
34. Neves GN, Silva D. Atividade física e o desenvolvimento da plasticidade cerebral. *Fac Sant'Anna Rev*. 2019;3(2):158-69.

35. Araújo CL de O, Nicoli JS. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2011 [citado 2025 fev 21];13(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872>
36. Cipriani G, Danti S, Picchi L, Nuti A, Fiorino MD. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(2):93-102. doi: 10.1590/1980-57642020dn14-020001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32595877/>
37. BruckiSMD, Aprahamian I, Borelli WV, da Silveira VC, Ferretti CEL, Smid J, et al. Management in severe dementia: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol*. 2022;16(3 Suppl 1):101-120. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2022-S107PT. PMID: 36533155; PMCID: PMC9745996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36533155/>
38. Tiel C, Sudo FK, Calmon AB. Neuropsychiatric symptoms and executive function deficits in Alzheimer's disease and vascular dementia: the role of subcortical circuits. *Dement Neuropsychol*. 2019;13(3):293-8. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-030005. PMID: 31555401; PMCID: PMC6753905. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31555401/>
39. Engelhardt E, Resende EPF, Gomes KB. Mecanismos fisiopatológicos subjacentes à doença de Alzheimer: uma revisão narrativa. *Dement Neuropsychol*. 2024;18:e2024VR01. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2024-VR01. PMID: 39697643; PMCID: PMC11654088. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39697643/>
40. Sereniki A, Vital MABF. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(1). doi: 10.1590/S0101-81082008000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>
41. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2018;25(1):59-70. doi: 10.1111/ene.13439. PMID: 28872215.
42. Feldberg C, Barreyro JP, Quián MDR, Hermida PD, Ofman SD, Irrazabal NC, et al. Occupational complexity of paid work and housework, and its impact on the cognitive performance in community dwelling older adults, preliminary results. *Dement Neuropsychol*. 2024;18:e20230038. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2023-0038. PMID: 38469121; PMCID: PMC10926987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38469121/>
43. Silva PV de C, Silva CMP da, Silveira EAA da. A família e o cuidado de pessoas idosas com doença de Alzheimer: revisão de escopo. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220313. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0313pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0313pt>



CAPÍTULO 5

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL

Bruna Godinho Corrêa

Camila Ferreira Madrid

Diulia Tessmann Braatz

Jamile Paes Do Amaral Gularte

Lívia de Lima Larrossa

Pâmela Maria Heller

Victória Guidotti Pinto

1. INTRODUÇÃO

No passado, o acesso aos serviços odontológicos enfrentava diversas barreiras devido a recursos ultrapassados e à falta de informação. Isso levava os profissionais a realizarem procedimentos mais invasivos, mesmo em casos simples, o que contribuiu para a construção de um receio na imagem do cirurgião-dentista, fazendo com que muitos pacientes só buscassem atendimento em casos de dor ou estágios avançados de comprometimento da saúde bucal, evitando o contato com o profissional por medo ou angústia¹.

A cavidade oral reflete diversas mudanças com o avanço da idade. A quantidade de água do corpo diminui e o percentual de gordura aumenta, além dos ossos se tornarem mais frágeis, a atrofia e a fraqueza muscular dificultam a mastigação, perda de visão, audição e diminuição do paladar o que interfere muito no bem estar. Por esse motivo, a equipe de saúde bucal tem papel fundamental para manter o bem estar, e evitar comprometimento na condição alimentar, além da estética do sorriso.

Porém, sabe-se que a população idosa enfrenta dificuldades para receber atendimento odontológico, seja por receios em relação ao profissional devido o contexto histórico da profissão, ou, por falta de informação, acreditando que a busca pelo dentista deva ser feita apenas em casos de dor e desconforto. Pensando nisso, este capítulo busca informar e desmistificar crenças sobre a saúde bucal na terceira idade, ressaltando a importância da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. Através da busca de artigos na literatura e da apresentação de estratégias de intervenção, pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, reforçando a necessidade de um olhar atento e especializado sobre essa temática.

2. HIGIENE ORAL

No contexto das ações preventivas e educativas em saúde bucal, observa-se que a maioria das iniciativas é direcionada principalmente a crianças e gestantes. Essa priorização é compreensível, pois a infância é um período fundamental para a formação de hábitos saudáveis que se estenderão ao longo da vida. No caso das gestantes, espera-se que, ao receberem informações adequadas, possam transmiti-las aos filhos desde os primeiros meses de vida, incentivando a higiene oral e os cuidados com a alimentação².

No entanto, com o aumento da expectativa de vida, atualmente estimada em 76,4 anos, superando os níveis anteriores à pandemia de COVID-19, segundo o IBGE, torna-se imprescindível ampliar o olhar para as ações preventivas voltadas à terceira idade³. As Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal destacam que “a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida”, reforçando a necessidade de políticas públicas eficazes para essa população. Ao planejar estratégias específicas para os idosos, deve-se considerar as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso, garantindo o direito à saúde e ao bem-estar dessa parcela da sociedade^{2,4}.

Entre os principais desafios enfrentados pelos idosos para a manutenção da saúde bucal, destacam-se as questões financeiras, a falta de informação e as dificuldades de locomoção, que muitas vezes impedem a realização de consultas odontológicas regulares. A baixa frequência ao dentista agrava os problemas bucais, como evidenciado pelos dados alarmantes do último Censo de 2010 sobre a saúde bucal no Brasil⁵.

De acordo com o Censo, a principal consequência da cárie em idosos é a perda dentária, refletida no índice CPO-D médio de 27,5, valor semelhante ao registrado em 2003⁵. Salientando-se que o índice CPO-D trata-se de um indicador epidemiológico utilizado para avaliar a saúde bucal da população, especialmente no que se refere à cárie dentária. A sigla CPO-D corresponde a:

C = dentes Cariados

P = dentes Perdidos (extraídos) devido à cárie

O = dentes Obturados (restaurados)

D = Dentes

De maneira geral, o edentulismo (perda total ou parcial dos dentes) continua sendo um problema significativo, com 23,5% dos idosos sem prótese superior e 46,1% sem prótese inferior. Além disso, a necessidade de reabilitação protética é elevada, com 23,9% dos idosos necessitando de prótese total em pelo menos um dos maxilares⁵.

A condição das estruturas de suporte dos dentes representa um desafio significativo, uma vez que 90,1% dos idosos apresentam áreas da boca sem dentes, principalmente nas regiões posteriores. Essa perda ocorre com maior frequência nos molares, devido à longa exposição a fatores como doenças periodontais e cáries radiculares ao longo da vida. A necessidade de tratamento odontológico é expressiva, abrangendo 46,6% da população idosa, enquanto 10,8% relataram episódios de dor de dente por até seis meses⁵.

Ao tratar-se do Brasil, a utilização dos serviços odontológicos revela disparidades regionais significativas. Enquanto na Região Norte a extração dentária é a principal motivação para consultas odontológicas (46,2%), na Região Sul prevalece a busca por tratamentos restauradores (38,3%). Esses dados reforçam a importância da reabilitação protética e do acesso ampliado a cuidados preventivos, fundamentais para a manutenção da saúde bucal e a melhoria da qualidade de vida dos idosos⁵.

São diversos os fatores que contribuem para a higiene bucal deficiente nessa população, tais como as limitações motoras decorrentes do envelhecimento, a falta de orientação adequada e as dificuldades no uso de próteses mal adaptadas comprometem a realização adequada da higiene oral. Além disso, a xerostomia (boca seca), intensificada pelo envelhecimento e pelo uso de determinados medicamentos, reduz a produção salivar, favorecendo o desenvolvimento de cáries e infecções⁶.

Ainda relacionado a higiene bucal, o impacto de uma alimentação inadequada também merece destaque. Dietas ricas em açúcares e pobres em nutrientes essenciais, quando associadas a uma higiene bucal ineficaz, aumentam significativamente a ocorrência de cáries e doenças gengivais. Doenças sistêmicas, como diabetes e osteoporose, agravam ainda mais a situação, tornando os tecidos orais mais suscetíveis a infecções e complicações⁷.

Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade urgente de medidas preventivas e de maior acesso a cuidados odontológicos especializados para a população idosa. A ampliação das políticas públicas voltadas à saúde bucal desse grupo é essencial para garantir não apenas a integridade dos tecidos orais, mas também a promoção da qualidade de vida e do envelhecimento saudável.

3. CAPACIDADE GUSTATIVA

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, preocupações acerca da saúde geral dos idosos vêm sendo debatidas. Em meio a isto, torna-se importante ressaltar a preocupante situação onde a saúde bucal é desvinculada do conceito de saúde geral, muitas vezes sendo ignorada a atenção à cavidade oral, mesmo que ela sofra alterações com o processo de envelhecimento. Entre essas alterações, tem-se a diminuição da capacidade gustativa, que por muitas vezes é ignorada pelos idosos, seus familiares e/ou cuidadores, por falta de compreensão a respeito da fisiologia oral, além da falsa convicção de ser um acometimento “normal” do envelhecimento, sem alternativas para melhorias⁸.

A língua é considerada um dos maiores órgãos sensitivos do corpo humano, na sua superfície espalham-se inúmeras células gustativas que são chamadas de papilas e corpúsculos gustativos, nestas células têm-se os botões gustativos, responsáveis por identificar as substâncias químicas dos alimentos e enviar a informação, pela via nervosa sensorial, ao Sistema Nervoso Central, em específico até o córtex gustativo, o qual faz a percepção desse estímulo⁹. Os botões gustativos são os responsáveis pela percepção e diferenciação dos 5 gostos do paladar humano: salgado, doce, azedo, amargo e umami. Sendo o mais diferente e valorizado entre todos o umami, que é justamente aquele que causa a sensação de “saboroso” ou “delicioso”. Durante o processo de envelhecimento tem-se a diminuição da capacidade gustativa que está inteiramente ligada à diminuição do número de botões gustativos, isso acontece pois um indivíduo jovem tem em média 250 botões gustativos por papila e após os 70 anos esse número cai para 100¹⁰.

Além disso, durante o envelhecimento também ocorre a diminuição da produção de saliva o que agrega na dificuldade de percepção gustativa, pois as substâncias químicas dos alimentos não são dissolvidas na saliva e não entram em contato com os botões gustativos, o que atrapalha a percepção do paladar. Essa diminuição na produção está diretamente relacionada ao baixo consumo de água e também ao uso de determinados medicamentos¹⁰.

Com esses agravos e a dificuldade da capacidade de percepção da gustação, muitos idosos acabam optando por comidas mais doces ou salgadas, que, devido ao excesso de sal e/ou açúcar proporcionam maior capacidade de captação pelos botões. Entretanto, muitas vezes esse consumo exacerbado de sal e/ou açúcar pode acarretar no desenvolvimento de patologias, logo, outras alternativas devem ser abordadas para melhorar o paladar deste idoso.

Logo, cabe aos profissionais de saúde, em específico ao odontólogo e ao nutricionista questionar de forma rotineira sobre o paladar das pessoas idosas, pois muitas vezes elas perdem o prazer na comida e não compreendem o motivo.

Algumas estratégias para esta questão são retratadas no Capítulo 7. Também, é preciso fazer uma avaliação individualizada e focada no problema e nas queixas de cada paciente, entendendo e trabalhando na dificuldade em específico. Ademais, é importante salientar a necessidade de uma alimentação balanceada e a ingestão de água diariamente, além do cuidado com a cavidade oral, sendo estas formas de prevenção e manutenção deste problema.

4. XEROSTOMIA

A saliva é um dos fluidos mais importantes para o funcionamento do corpo humano, sendo fundamental para a formação do bolo alimentar, proteção da mucosa da boca e estabelecimento do pH bucal. Os indivíduos costumam perceber a relevância da saliva quando começam a enfrentar problemas associados à sua deficiência, já que o fluido favorece a deglutição, fala, alimentação e sono, explicando, então, o motivo da produção adequada de saliva ser fundamental para garantir uma boa qualidade de vida e, quando há deficiência nessa produção, pode acarretar em aumento do risco de cáries, doenças periodontais¹¹, candidíase oral e desnutrição¹².

No entanto, existem várias condições que podem interferir na produção salivar, sendo a xerostomia (sensação de boca seca) uma das mais conhecidas. A prevalência de condições como a xerostomia vem aumentando concomitantemente com o crescimento da população idosa, representando um desafio significativo para a saúde bucal e para a qualidade de vida desses indivíduos, isso pois a redução do fluxo salivar compromete a saúde bucal, podendo resultar em aumento do risco de cáries e doenças periodontais, fissuras na mucosa e na língua. Pode também causar ardência na boca e dificultar a adaptação de próteses, afetando significativamente a qualidade de vida dos idosos e tornando a mastigação e a deglutição mais desafiadoras¹¹.

Os fatores associados ao acometimento pela xerostomia incluem o próprio envelhecimento natural e o uso de determinados medicamentos. No entanto, é fundamental que os pacientes não abandonem seu tratamento medicamentoso sem consultar um profissional de saúde, como um médico, e também é importante que frente a qualquer sintoma de xerostomia a ajuda seja buscada contactando um médico ou dentista, que poderão investigar a causa e sugerir maneiras de aliviar os sintomas, sem comprometer algum tratamento que o paciente possa estar fazendo¹¹.

Ademais, há outros fatores que podem levar à xerostomia, como radioterapia/cirurgia anterior, doenças locais das glândulas salivares, tabagismo, consumo exacerbado de cafeína e doenças sistêmicas (Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2). Tendo em vista os inúmeros quadros que podem levar a este problema, devemos estar devidamente informados sobre as possíveis terapias para hipossalivação e/ou xerostomia, as quais são realizadas após diagnosticar a causa e possíveis complicações

associadas, como optar pela troca de medicamentos, cessação do tabagismo, estimulação mecânica e gustativa, acupuntura, incentivo do uso de dentifrício fluoretado (creme dental com flúor), estimular visitas frequentes ao dentista, utilização de saliva artificial, monitorar o estado nutricional, massagem nas glândulas salivares, entre outras alternativas, a depender da conclusão do profissional sobre a causa do distúrbio e suas consequências para a saúde^{12,13}.

Assim sendo, é fundamental conhecer detalhadamente sobre o histórico dos medicamentos utilizados por cada paciente que apresentam hipossalivação e/ou a xerostomia (sensação de “boca seca”), para que seja possível identificar se a causa da xerostomia deriva de um efeito colateral a medicamentos ou de outras questões, como a baixa ingestão de água, para que assim sejam propostas medidas resolutivas, já que a saliva tem papel fundamental na saúde geral do indivíduo, com propriedades antibacterianas e antifúngicas, bem como possibilita necessidades básicas, como se alimentar e dormir¹³. Ademais, algumas estratégias para esta questão são retratadas no Capítulo 7.

5. MANEJO DE PRÓTESE

O manejo de próteses dentárias em idosos representa um aspecto essencial para a manutenção da saúde bucal, do bem-estar e da qualidade de vida. A prótese dentária tem o objetivo de restabelecer a função e a estética do paciente, mas, é necessário que os cuidados a partir da entrega da prótese, sejam sempre realizados.

Esses cuidados são essenciais, pois a reabilitação oral vai além da simples colocação da prótese, é fundamental que o paciente realize acompanhamentos regulares para orientações e correções sobre a higienização e utilização. A ausência desse monitoramento com o cirurgião-dentista tem levado usuários de próteses removíveis a acreditar que o desconforto causado por elas é algo natural, quando na verdade, não é¹⁴. E por muitas vezes os idosos acabam acreditando que é normal usar a prótese com dor, mal adaptada ou fazer uso de medicamentos para aliviar a dor, porém não é. Estudos reforçam que, em casos de desconforto da prótese o idoso deve consultar seu cirurgião dentista para a melhor adaptação¹⁵.

Com base na análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, entre idosos brasileiros de 65 a 74 anos, constatou-se que 78,2% utilizavam algum tipo de prótese, enquanto 68,7% ainda apresentavam necessidade de reabilitação protética⁵. O uso da prótese, aliado a fatores como o material empregado em sua fabricação e os cuidados com a higiene, influencia tanto a composição quanto a quantidade do biofilme oral.

A placa bacteriana, também conhecida como biofilme, é o acúmulo de resíduos alimentares, rico em polissacarídeos (açúcares) que se formam na superfície dos dentes, especialmente na região próxima à gengiva, após as refeições. Quando não

há a escovação adequada, esses restos alimentares junto às bactérias presentes levam ao desenvolvimento de cáries. No caso específico das próteses dentárias, a falta de higienização pode resultar em mau odor e escurecimento da prótese. A remoção eficaz da placa bacteriana é possível por meio da escovação adequada e regular¹⁷.

Para a melhor compreensão sobre a importância do manejo da prótese dentária, primeiramente é válido exemplificar que existem dois modelos de próteses, as próteses dentárias removíveis, popularmente conhecidas como PPR (prótese parcial removível) ou como prótese total (PT): a famosa “chapa”, e também, existem as próteses fixas, que são postas sob implante dentário. Com relação a limpeza de ambas as próteses, classifica-se em três categorias: métodos mecânicos, métodos químicos e o método combinado¹⁷.

O método mecânico de higienização da prótese dentária consiste na remoção manual da placa bacteriana e dos resíduos alimentares por meio da escovação diária (2 à 3 vezes ao dia), feita pelo próprio paciente. Esse processo pode ser realizado com escovas normais, ou, específicas para próteses, utilizando sabão neutro ou pastas não abrasivas para evitar danos à superfície protética. Além disso, recomenda-se o uso de escovas interdentais e fio dental especial para quem utiliza próteses fixas, garantindo a remoção eficaz dos resíduos em áreas de difícil acesso. Esse método é essencial para a manutenção da saúde bucal, prevenindo o acúmulo de biofilme, mau odor e inflamações na mucosa oral¹⁴.

O método químico de higienização da prótese dentária envolve o uso de substâncias desinfetantes para eliminar microrganismos e reduzir a formação de biofilme. Esse processo é feito por meio da imersão da prótese em soluções específicas, como os peróxidos alcalinos, que estão disponíveis em formato de pó ou comprimidos e encontrados facilmente em farmácias. Ao serem dissolvidos na água geram um efeito efervescente devido às bolhas de oxigênio liberadas¹⁴.

É válido ressaltar um importante cuidado, visto que os ácidos não são indicados para limpeza de próteses como PPR (prótese parcial removível), devido às partes metálicas da prótese, assim como os desinfetantes também não são indicados pois ocasionam descoloração da resina. Nesse caso, o indicado é deixar a prótese por cerca de 15 minutos em um pedaço de algodão ou gaze com solução de clorexidina, pois esse processo reduz a placa bacteriana ou biofilme ali presente. Esse método é especialmente indicado como complemento da limpeza mecânica¹⁵.

Por fim, o método combinado consiste na união da escovação com produtos específicos para próteses e a imersão em soluções químicas. Esse método é mais eficaz, pois os agentes químicos apresentam uma ação antimicrobiana mais potente em comparação à limpeza manual isolada. Apenas a escovação com pastas abrasivas não é suficiente para eliminar completamente os microrganismos aderidos à resina da prótese. Isso ocorre devido às pequenas irregularidades e porosidades do material, que facilitam a fixação de bactérias e fungos¹⁶.

A literatura científica retrata que, mesmo que a maioria dos usuários de próteses realizem higienização regularmente, muitos não empregam os métodos corretos de limpeza. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância da orientação feita pelo profissional, para estimular que o paciente adote as práticas adequadas. Também, é fundamental conscientizar os usuários de que a prótese pode atuar como um reservatório de microrganismos patogênicos, tornando essencial a incorporação e aprimoramento de hábitos que previnam ou controlem o acúmulo de biofilme, garantindo assim a manutenção da saúde bucal¹⁶.

Além das orientações do cirurgião dentista, da limpeza e cuidados adequados, por muitas vezes ainda ocorre o uso inadequado das próteses impactando na mastigação e na fala, isso pois a adaptação irregular da prótese pode reduzir a eficiência na trituração dos alimentos e pode causar desconforto ou até dores na região bucal¹⁸. Além disso, uma prótese mal ajustada pode provocar ferimentos na mucosa, dificultando a alimentação e impactando a digestão, já na fala, a adaptação errada da prótese pode interferir na articulação dos sons, causando dificuldades na pronúncia de certas palavras, também pode gerar insegurança ao falar, devido ao risco de deslocamento da prótese. Por isso é de extrema importância que a prótese seja bem adaptada e ajustada pelo cirurgião dentista.

6. DOENÇAS PERIODONTAIS

A doença periodontal apesar de ser uma condição grave que afeta os tecidos e ossos que sustentam os dentes, é muito recorrente, principalmente em pessoas idosas. Estima-se que 45% da população mundial sofra com doenças periodontais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde¹⁹.

A doença periodontal inicia com o acúmulo de placa bacteriana na cavidade bucal, se não tratada corretamente, pode evoluir para uma infecção e inflamação nas gengivas, podendo resultar em sangramento e, em estágios mais avançados, a perda do tecido e ossos que dão sustentação aos dentes. Os tipos mais comuns de doença periodontal são a gengivite e a periodontite, que se divide em agressiva e crônica. A gengivite é a inflamação na margem gengival, que, no seu estado mais grave, causa a periodontite, que afeta a gengiva e os ossos que sustentam os dentes. Se a doença periodontal não for tratada, apesar de poder ser revertida em estágios iniciais, pode levar a uma perda dentária definitiva, como consequência da degradação do osso de sustentação dos dentes²⁰.

Com o envelhecimento, os indivíduos acabam ficando mais vulneráveis e frágeis, sendo assim, o cuidado com a saúde bucal é extremamente importante para os pacientes. Em especial, as doenças periodontais têm uma grande influência na saúde sistêmica de pacientes idosos, dentro de todas as enfermidades na cavidade

bucal, as infecções e inflamações dos tecidos causadas por doenças periodontais têm relações com doenças pulmonares, Diabete Mellitus, doenças cardiovasculares, Alzheimer, entre outras doenças que atingem a população idosa^{21, 22}.

Em 2020, foi relatado que 57,3% dos idosos com idades entre 65 e 80 anos são acometidos por doenças periodontais, comprometendo não apenas a saúde bucal, mas também o bem-estar geral e a funcionalidade mastigatória²³. Isso ocorre devido à falta de informação adequada, resultando em idosos enfrentando problemas de saúde bucal ocasionados pela escovação inadequada e pela falta de higiene bucal regular.

As doenças periodontais têm um grande impacto na saúde bucal, sendo uma das causas do edentulismo, ou seja, da ausência total ou parcial dos dentes naturais na boca. Por este motivo, já é constatado que a melhor forma de evitar casos extremos, como a perda dentária, é através da prevenção. Juntamente com isso, é válido ressaltar a importância do cirurgião-dentista ajudar seus pacientes a cuidar da saúde bucal, sendo fundamental lembrar que a prevenção depende da conscientização. O dentista tem um papel relevante nesse processo, pois ele é uma fonte de confiança que tem o conhecimento necessário e as melhores abordagens para passar as informações de forma clara, contribuindo para a prevenção de doenças bucais²⁴. Logo, é recomendado que frente a qualquer sinal de incômodo na mastigação, na escovação ou em outras ocasiões o dentista seja acionado. Assim como, é importante evitar e combater crenças de que “isso é normal”, visto que, ao tratar-se da região oral, sempre é válido consultar o dentista e investigar o motivo da dor ou desconforto.

REFERÊNCIAS

1. Dos Santos AA, Andrada M, Pinto FMAG. Higiene e saúde bucal em idosos na atenção primária: uma revisão sistemática. REAS. 2020;(44):e2673. doi: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2673>
2. Neto NS, Luft LR, Trentin MS, da Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. Rev Bras Ciênc Envelhec Hum. 2007;4(1). doi: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i3.1918>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia [Internet]. Agência de Notícias IBGE; 2023 [citado 2025 mar 17]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>

4. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2003 [atualizado 2023; citado 2025 mar 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2025 mar 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
6. Cabrera MAS, Mesas AE, Rossato LA, Andrade SM. Fluxo salivar e uso de drogas psicoativas em idosos. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53:178-81. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000200026>
7. Ferraz CP, Nolasco RWM, Amaral PAS, Pereira LC. Osteoporose e saúde bucal: revisão de literatura. *Res Soc Dev.* 2021;10(15):e275101522930. doi: [10.33448/rsd-v10i15.22930](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22930).
8. Caldas DRC, Silva AVM, Nascimento HS, Bezerra KCB. Avaliação do estado nutricional e percepção gustativa para os sabores doce e salgado em idosas. *Nutr Bras.* 2024;23(3):924-35. doi: [10.62827/nb.v23i3.3022](https://doi.org/10.62827/nb.v23i3.3022).
9. Machao ALM, Machado MCM. Disgeusia - Revisão de Literatura [Internet]. Uberaba: Universidade de Uberaba (UNIUBE); 2020. [citado 2025 mar 17]. Disponível em: <https://dspace.uniube.br:8443/bitstream/123456789/1381/1/DISGEUSIA%20-%20REVIS%C3%83O%20DE%20LITERATURA.pdf>
10. Pires CB, Costa GS, Borges IS, Castro SZ, de Oliveira E, Nobre MCO, Bonfim MLC. Xerostomia, alteração do paladar, da saliva e da sede: percepção dos idosos. *Unimontes Científica.* 2020;22(1):1-15. doi: [10.46551/ruc.v22n1a02](https://doi.org/10.46551/ruc.v22n1a02).
11. Morethson P. Farmacologia para a clínica odontológica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Santos; 2015. Capítulo 7.
12. Dreyer NS, Lynggaard CD, Jakobsen KK, Pedersen AML, von Buchwald C, Grønhøj C. Mundtørhed. *Ugeskr Læger. Mundtørhed.* ICMJE. 2021;183(27):V11200814.
13. Ito K, Izumi N, Funayama S, Nohno K, Katsura K, Kaneko N, Inoue M. Characteristics of medication-induced xerostomia and effect of treatment. *PLoS One.* 2023 Jan 12;18(1):e0280224. doi: [10.1371/journal.pone.0280224](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280224).
14. Gonçalves LFF, Neto DRS, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de próteses totais e parciais removíveis. *R Bras Ci Saúde.* 2011;15(1):87-94. doi: [10.4034/RBCS.2011.15.01.13](https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.01.13).

15. Maruch AO, Ferreira EF, Vargas AMD, Pedroso MAG, Ribeiro MTF. Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos em grupos de convivência de Belo Horizonte - MG. *Arq Odontol*. 2016;45(2)
16. Menezes MLFV, Macedo YVG, Ferraz NMP, Matos KF, Pereira RO, Fontes NM, et al. A importância do controle do biofilme dentário: uma revisão da literatura. *REAS*. 2020;(55). doi: 10.25248/reas.e3698.2020.
17. Kazuo SD, Ferreira UCS, Justo KD, Rye OE, Shigueyuki UE. Higienização em prótese parcial removível. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2008 maio-ago;20(2):168-74.
18. Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. *CoDAS*. 2019;31(3):e20180080. doi: 10.1590/2317-1782/20182018080.
19. World Health Organization (WHO). Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 mar 17]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
20. Antonini R, Cancellier K, Ferreira GK, Scaini G, Streck EL. Fisiopatologia da Doença Periodontal. *Inova Saúde*. 2 n. 2 (2013). [citado 2025 mar 17].
21. Júnior RASF, Lourenço RA, Fischer RG. A doença periodontal e o idoso frágil. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2013;12(1):92-100. doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.8809>
22. Fontes EMG, Moura PC, Lima KJ, Tavares AC, Mendonça TF. Conexão entre o Mal de Alzheimer e a doença periodontal. *Saúde. Com*. 2024;20(3).
23. De Oliveira FBS, Souza SF, Santos AR, Costa AM, Ramos MM. Letramento em saúde bucal entre idosos: uma revisão narrativa. *Braz J Biol Sci*. 2024;11(25):e109-e109.
24. Costa WDO, Oliveira WR, Marquez CO. Papel do cirurgião-dentista na prevenção das doenças periodontal e edentulismo. *Res Soc Dev*. 2023;12(1):e14012139726.



CAPÍTULO 6

REABILITAÇÃO FUNCIONAL E FISIOTERAPIA NO ENVELHECIMENTO

Bruna Godinho Corrêa

Helena Rego Reiznautt

Isadora Gomes Aliende

Júlia Fassbender Furtado

Laura Freitas Meyer

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade crescente em todo o mundo, trazendo desafios para a saúde pública e a qualidade de vida dos idosos. Com o avanço da idade, ocorrem mudanças fisiológicas que afetam diretamente a funcionalidade e a independência dessa população. A fragilidade, em especial, torna-se um fator de risco relevante, aumentando a incidência de quedas, internações hospitalares e mortalidade.

As quedas representam um problema grave, sendo responsáveis por grande parte das lesões em idosos. Essa vulnerabilidade resulta de diversos fatores, como o declínio da força muscular, a perda do equilíbrio, alterações na visão e a deterioração das funções sensoriais e neuromusculares. Além disso, o sedentarismo e a perda de massa muscular agravam ainda mais essa condição. Nesse contexto, a prática de exercícios físicos e de propriocepção surge como uma estratégia essencial para reduzir esses riscos¹.

Com o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais necessário adotar estratégias que retardem o declínio funcional e preservem a autonomia dos idosos. O exercício de resistência, por exemplo, mostra-se uma ferramenta promissora para a manutenção das funções cognitivas e a promoção de um envelhecimento mais saudável². Assim, este capítulo aborda a relação entre envelhecimento, mudanças fisiológicas, déficits sensoriais, ambiente, falta de apoio e risco de quedas, além do impacto dos exercícios na prevenção desses eventos.

2. PREVENÇÃO DE QUEDAS

As quedas podem ter consequências graves, como fraturas e lesões cerebrais, aumentando o risco de incapacidade e mortalidade. Mesmo quando não causam lesões físicas, esses eventos podem desencadear ansiedade, depressão e redução da mobilidade, comprometendo a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Diante desse cenário, a identificação precoce dos fatores de risco torna-se essencial para a implementação de estratégias preventivas eficazes.

Alguns fatores de risco são as próprias alterações fisiológicas do envelhecimento, entre elas, destaca-se a sarcopenia, caracterizada pela perda de massa e força muscular, o que compromete a estabilidade e a mobilidade. Além disso, ocorrem alterações no sistema nervoso, que reduzem a velocidade de resposta neuromuscular e tornam os reflexos mais lentos³, como exemplo prático tem-se as dormências nos pés e mãos.

Já as mudanças na visão e audição podem prejudicar a percepção de profundidade e a capacidade de identificar obstáculos, além de impactar no equilíbrio, pois o sistema vestibular, situado no ouvido interno desempenha um papel fundamental na manutenção da estabilidade corporal, ou seja, do equilíbrio⁴. No sistema cardiovascular, a hipotensão ortostática é um fator de risco significativo para quedas, pois provoca tonturas e desmaios ao se levantar rapidamente. Essa condição, comum em emergências médicas, compromete a oxigenação cerebral, afetando a coordenação motora e o equilíbrio⁵. Além disso, está associada a um maior risco de transtorno neurocognitivo (demência) e mortalidade, tornando essencial seu reconhecimento e tratamento precoce. Outras doenças cardiovasculares também podem comprometer a oxigenação cerebral, agravando esses problemas.

Outro fator relevante é a polifarmácia, ou seja, o uso de múltiplos medicamentos, como sedativos, anti-hipertensivos e antidepressivos. Esses fármacos podem causar sonolência, tontura e queda da pressão arterial, aumentando o risco de desequilíbrios e quedas⁶.

Diante dessas alterações, a prevenção de quedas se torna uma prioridade para garantir a qualidade de vida, assim, a prática regular de atividade física é uma das estratégias mais eficazes para minimizar os riscos de queda. Exercícios voltados para a mobilidade, fortalecimento muscular, equilíbrio, tempo de reação e propriocepção são fundamentais para melhorar a estabilidade e reduzir a vulnerabilidade a quedas. Programas de treinamento que combinam essas abordagens têm demonstrado grande eficácia na prevenção de quedas e na manutenção da autonomia dos idosos⁷. Como as quedas podem ser causadas por diversos fatores, é essencial uma abordagem multidisciplinar. Isso inclui a realização de exames laboratoriais e de imagem para identificar deficiências nutricionais, distúrbios metabólicos e problemas neuromusculares que possam comprometer o equilíbrio e a coordenação motora.

Também, o ambiente em que o idoso vive tem um grande papel em relação às quedas, e algumas modificações simples podem reduzir significativamente os riscos, como a reorganização de móveis, remoção de tapetes que podem causar tropeços, instalações de barras de apoio em lugares de maior dificuldade de locomoção, boa iluminação (principalmente à noite), uso de calçados adequados e de órteses, ou seja, bengalas e outros dispositivos que auxiliam a caminhada, quando recomendado por profissional para garantir maior estabilidade⁸.

3. DISPOSITIVOS AUXILIARES DE MARCHA (DAMS)

Os dispositivos auxiliares de marcha (DAM) são equipamentos utilizados como recurso para auxiliar o indivíduo na sua locomoção e função motora. Eles têm como objetivo promover maior segurança ao paciente ao deambular agindo como um mecanismo compensatório a alteração cinético-funcional apresentada. Os DAM podem ser empregados de forma temporária durante alguma lesão, dor aguda, entre outras, ou de forma permanente para deficiências ou dificuldades de locomoção de origens distintas⁹.

Na população idosa, onde pode-se observar um padrão de marcha alterado e maior ocorrência de quedas, a indicação de uso é bastante prevalente, no entanto, os dados quanto a prevalência de uso se contradizem. Em um estudo realizado na Arábia Saudita, apenas 54,2% de idosos com histórico frequente de quedas relataram utilizar um dispositivo auxiliar de marcha¹⁰. Isso pode estar relacionado com uma falta de orientação aos idosos por parte dos profissionais de saúde sobre o uso correto¹¹. Com isso, reforça-se a necessidade de prescrição adequada a cada indivíduo. Para isso, o profissional deve ter conhecimento da indicação e objetivo de cada dispositivo auxiliar.

A bengala é o instrumento mais conhecido e também associado a população idosa, deve ser usada com o objetivo de aumentar a base de suporte e diminuir a descarga de peso em um dos membros inferiores, para assim proporcionar maior estabilidade ao deambular. O seu uso deve ser feito no membro contralateral ao afetado, na altura do trocânter maior do fêmur, com uma leve flexão de cotovelo e afastado lateralmente dos pés entre 15 a 20 cm. É indicada para idosos que possuem déficits moderados de marcha, uma vez que promove maior estabilidade, porém em graus limitados, não sendo recomendado para os que apresentam grandes alterações de equilíbrio dinâmico¹².

As muletas são dispositivos normalmente utilizados bilateralmente e permitem uma maior diminuição da descarga de peso nos membros inferiores em comparação a bengala. Seu funcionamento é a partir da sustentação de peso nas extremidades superiores, gerando propulsão e levando a redução de 50 a 100%

do peso descarregado nos membros inferiores. No entanto, requer que o indivíduo apresente boa força nos membros superiores, principalmente na musculatura de flexores de ombro e extensores de cotovelo e punho, além da necessidade de uma maior coordenação motora^{9,12,13}.

Os andadores são indicados para idosos com alterações de marcha mais graves, pois fornecem maior estabilidade semi-estática e dinâmica do que os dispositivos citados anteriormente. Além disso, proporcionam uma sensação maior de segurança, no entanto, também ocupam um espaço físico maior, o que pode dificultar a realização de manobras e manuseios, apesar do leve peso apresentado. São indicados para idosos com fraqueza bilateral de membros inferiores e podem colaborar com o enfrentamento do medo de cair, por ser um dispositivo mais robusto. Com relação ao posicionamento, o andador deve ficar de 20 a 25cm a frente do paciente, com os cotovelos levemente fletidos^{9,12,13}.

4. REABILITAÇÃO PÓS-FRATURAS

As mudanças no tecido ósseo que ocorrem com o envelhecimento fazem das fraturas uma questão importante quando se trata da população idosa. A massa óssea, em geral, atinge o ápice de desenvolvimento entre os 25 e 30 anos e permanece relativamente constante até os 40 e 50 anos. Após esse período, inicia-se uma etapa de declínio¹⁴.

Entretanto, não apenas este declínio predispõem risco associado a fraturas, outros fatores também são relevantes incluindo idade avançada, osteoporose e deficiência de vitamina D. Também, fatores não apenas associados aos ossos, mas aos músculos, pois a perda patológica de massa muscular, assim como a sarcopenia, associadas ao envelhecimento, podem desempenhar um papel crucial na incidência de fraturas em idosos os tornando mais vulneráveis a quedas. Logo, para prevenção de quedas e possíveis fraturas é importante adotar medidas preventivas¹⁴.

Porém, após uma fratura e de todos os processos médicos necessários para recuperação, pode-se apresentar comprometimento motor, que pode estar associado ao aumento da dificuldade na realização de atividades da vida diárias. Pensando nisso, um programa de intervenção fisioterapêutica deve ser direcionado a fim de atender às suas capacidades funcionais, restaurar a função, a mobilidade e a força após a lesão. Podem ser realizados exercícios de forma ativa, com o intuito de auxiliar a aquisição de força muscular, dando suporte à manutenção das estruturas musculares e articulares, evitando a sobrecarga nas articulações, também, exercícios para melhoria da mobilidade das articulações afetadas por meio de alongamentos e exercícios de mobilização articular. Recomenda-se que, logo após o processo de intervenção médica para resolução da fratura, os indivíduos busquem ajuda de um

profissional fisioterapeuta capacitado, para que tenham o máximo de recuperação da funcionalidade, e evitem perda de função. Isso pois sabe-se que grande parte dos idosos pós fraturas, principalmente nos membros inferiores, ou seja, nas pernas, correm o risco de ficarem acamados sem reabilitação¹⁴.

5. EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS

A prática de exercícios terapêuticos, também conhecida como cinesioterapia, envolve um treinamento planejado e sistemático de movimentos corporais, posturais ou atividades físicas com o objetivo de tratar ou prevenir comprometimentos físicos, melhorar, restaurar ou potencializar a função física, reduzindo fatores de risco à saúde e otimizando o estado de saúde geral e a aptidão física¹⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os idosos realizem entre 75 e 150 minutos de atividades físicas moderadas por semana. A adoção desses hábitos pode ter efeitos importantes na saúde do idoso, contribuindo para a autonomia e qualidade de vida. Os exercícios aeróbicos, como caminhadas, ciclismo, dança, hidroginástica e subir e descer degraus, são uma ótima opção para a saúde dos idosos, trazendo benefícios como o aumento da resistência cardiorrespiratória, o fortalecimento muscular, a melhora do equilíbrio e da coordenação motora. Essas atividades podem ser facilmente adaptadas na rotina diária, respeitando os limites individuais¹⁶.

Além dos exercícios aeróbicos, é importante a inclusão de alongamentos regulares. O alongamento é uma prática importante para manter a flexibilidade, pois a flexibilidade reduz a rigidez e melhora a mobilidade, além de prevenir lesões e aliviar a tensão muscular, principalmente em pessoas mais velhas, que tendem a perder elasticidade muscular e articular com o processo de envelhecimento.

A musculação também desempenha um papel na manutenção da saúde do idoso. Com o fortalecimento muscular, a musculação ajuda a preservar a mobilidade articular, aumenta a densidade muscular e contribui para a prevenção de quedas. Além disso, o treinamento de força ajuda no controle do peso corporal, melhora a postura e contribui para a autonomia, permitindo que o idoso faça as tarefas diárias com mais facilidade. A prática de exercícios terapêuticos não apenas melhora a condição física, mas também auxilia no controle de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e artrite, além de promover uma melhora no estado psicológico, reduzindo sintomas de depressão e ansiedade. A inclusão de atividades terapêuticas no cotidiano pode, portanto, melhorar significativamente a qualidade de vida, promovendo saúde e bem-estar¹⁶.

6. SARCOPENIA

A sarcopenia é uma condição caracterizada pela perda progressiva de massa muscular e força, frequentemente associada ao processo de envelhecimento. Entretanto, esse declínio muscular não é apenas uma consequência do envelhecimento, mas também de fatores como inatividade física, alterações hormonais e desequilíbrios no processo de síntese e degradação de proteínas musculares¹⁷⁻¹⁹.

A progressão da sarcopenia é dividida em três estágios:

1. Pré-sarcopenia: redução da massa muscular, mas sem impacto significativo na função física;
2. Sarcopenia: redução da massa muscular com ou sem redução no desempenho físico;
3. Sarcopenia grave: inadequação significativa da massa e força muscular, levando a déficits funcionais importantes¹⁷⁻¹⁹.

A sarcopenia é frequentemente associada à fragilidade, que é caracterizada pela diminuição da capacidade de defesa do organismo. Ambas as condições são multifatoriais e podem resultar em mobilidade prejudicada, onde a perda de força e massa muscular pode comprometer a capacidade de locomoção, diminuição da força muscular aumentando o risco de quedas e lesões e perda de independência, onde indivíduos com sarcopenia podem necessitar de cuidados contínuos e perder sua capacidade de realizar atividades diárias¹⁷⁻¹⁹.

Nesse sentido, o profissional fisioterapeuta tem um papel crucial no manejo dessa condição, ajudando a prevenir e reverter os efeitos da sarcopenia através de exercícios de força e resistência, combatendo a perda de massa muscular e aumentando a força, também com exercícios para a melhoria da função física e mobilidade, estimulando equilíbrio, flexibilidade e coordenação, visando assim a melhoria da qualidade de vida e capacidades funcionais. Logo, é importante frisar que a sarcopenia não é uma consequência inevitável do envelhecimento, mas sim uma condição que pode ser prevenida ou tratada com a ajuda da fisioterapia¹⁷⁻¹⁹.

7. ADAPTAÇÕES FUNCIONAIS

A capacidade funcional é uma medida que tem relação com a autonomia, independência, cumprimento dos papéis sociais, e a capacidade para executar atividade de vida diária, conhecidas como AVDs e atividades Instrumentais de Vida Diária, conhecidas como AIVDs. São classificadas como AVDs as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira e mover-se na cama. Já as AIVDs são as habilidades para administrar o ambiente em que vive, como as ações

de preparo de refeições, realização de tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte²⁰⁻²¹.

Um requisito essencial que possibilita uma boa capacidade funcional é a mobilidade articular, que é caracterizada pela capacidade de uma articulação se movimentar sem restrições, ou seja, é o que permite que os movimentos sejam realizados. Ela encontra-se frequentemente diminuída nos idosos sedentários, levando à diminuição de flexibilidade, resultando em comprometimento das atividades, que pode ser evitado ou revertido se o idoso for orientado por um fisioterapeuta a iniciar um programa de atividades físicas específicas dentro das suas limitações. Logo, reforça-se que para preservar uma boa capacidade funcional e uma boa qualidade de vida é altamente recomendado a prática do exercício físico, principalmente pois ela está centrada na prevenção, manutenção e reabilitação física. A atividade física ajuda a prevenir possíveis problemas e deficiências, tanto físicas quanto psíquicas, quando realizada periodicamente e adaptada às possibilidades de cada pessoa. A manutenção refere-se ao fato de os idosos poderem realizar atividade física com o objetivo de manter, na medida do possível, suas capacidades físicas e psíquicas em ótimas condições. Enquanto a reabilitação trata-se das questões onde um problema acomete a funcionalidade, como uma lesão ou fratura, e, é necessário recuperar o máximo possível do condicionamento²⁰⁻²¹.

REFERÊNCIAS

1. Villagran PJC, Espinosa JRR. Beneficios de los ejercicios propioceptivos para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Cuba Reumatol.* 2023 (25)3.
2. Cheng A, Zhao Z, Liu H, Yang J, Luo J. The physiological mechanism and effect of resistance exercise on cognitive function in the elderly people. *Front Public Health.* 2022 Nov 22;10:1013734. doi: 10.3389/fpubh.2022.1013734.
3. Coletti C, Acosta GF, Keslacy S, Coletti D. Exercise-mediated reinnervation of skeletal muscle in elderly people: An update. *Eur J Transl Myol.* 2022 Feb 28;32(1):10416. doi: 10.4081/ejtm.2022.10416.
4. Cullen KE. Vestibular motor control. *Handb Clin Neurol.* 2023;195:31-54. doi: 10.1016/B978-0-323-98818-6.00022-4.
5. Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, Panagopolous D, Torocastro M, Sutton R, et al. Orthostatic hypotension in older people: considerations, diagnosis and management. *Clin Med (Lond).* 2021 May;21(3):e275–e282. doi: 10.7861/clinmed.2020-1044.

6. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin Proc.* 2021 Jan;96(1):242-256.
7. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2022 Oct 17;10:902599. doi: 10.3389/fpubh.2022.902599.
8. Bustamante-Troncoso C, Herrera-López LM, Sánchez H, Pérez JC, Márquez-Doren F, Leiva S. Efecto de una intervención multidimensional en personas mayores autovalentes para el manejo del riesgo de caídas. *Aten Primaria.* 2019 Nov 15;52(10):722–30. Espanhol. doi: 10.1016/j.aprim.2019.07.018.
9. Vasconcelos GS, Matiello AA. Órtese e prótese. Porto Alegre: Grupo A; 2020.
10. Almegbel FY, Alotaibi IM, Alhusain FA, Masuadi EM, Lafyan S, Sulami A, et al. Period prevalence , risk factors and consequent injuries of falling among the Saudi elderly living in Riyadh , Saudi Arabia : a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8(1):e019063
11. Lopes GL, Izabel M, Oliveira P. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev bras geriatr gerontol.* 2015 Jan;18(1):71–83.
12. Porto JM, Iosimuta NCR, Coelho AC, Abreu DCC. Recomendações para prescrição de dispositivos auxiliares da marcha em idosos. *Acta Fisiatr.* 2019;26(3):171-175.
13. Glisoi SFdN, Ansai JH, Silva TO, Ferreira FPC, Soares AT, Cabral KN, et al.. Dispositivos auxiliares de marcha: orientação quanto ao uso, adequação e prevenção de quedas em idosos. *Geriatr Gerontol Aging.* 2012;6:261-272
14. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso [Internet]. 2. ed. Barueri: Manole; 2007 [citado 2025 abr 10]. 342 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520444108/>
15. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 6ª ed. São Paulo: Manole; 2016.
16. Ministério da Saúde (BR). Atividades físicas aeróbicas [Internet]. Brasília (DF): Governo do Brasil; 2025 [citado em 17 mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/atividades-fisicas-aerobicas>
17. Chen YP, Kuo YJ, Hung SW, Wen TW, Chien PC, Chiang MH, et al. A perda de massa muscular esquelética pode ser prevista pela sarcopenia e reflete uma recuperação funcional ruim em um ano após a cirurgia para fraturas de quadril geriátricas. *Injury.* 2021;52:3446–52. doi: 10.1016/j.injury.2021.08.007.

18. Narici MV, Maffulli N. Sarcopenia: características, mecanismos e significado funcional. *Br Med Bull*. 2010;95:139–159. doi: 10.1093/bmb/ldq008

19. Chen YP, Kuo YJ, Hung SW, Wen TW, Chien PC, Chiang MH, Maffulli N, Lin CY. A perda de massa muscular esquelética pode ser prevista pela sarcopenia e reflete uma recuperação funcional ruim em um ano após a cirurgia para fraturas de quadril geriátricas. *Lesão*. 2021;52:3446–3452. doi: 10.1016/j.injury.2021.08.007

20. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2025 abr 10];19(1):43–8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023805007>

21. Matiello AA, Antunes MD, Borba RM, et al. Fisioterapia em saúde do idoso [Internet]. Porto Alegre: SAGAH; 2021 [citado 2025 abr 10]. 247 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556902920/>



CAPÍTULO 7

ASPECTOS NUTRICIONAIS NA PESSOA IDOSA

Bruna Godinho Corrêa

Victoria Mascarenhas Borba

1. INTRODUÇÃO

Entre os inúmeros desafios do envelhecimento populacional, a nutrição desempenha um papel central na manutenção da qualidade de vida e na prevenção de doenças. Com o aumento da expectativa de vida, cresce também a ocorrência de diversas doenças, incluindo desnutrição e outras condições relacionadas ao envelhecimento e à alimentação inadequada, como hipertensão, diabetes mellitus, câncer e sarcopenia. Algumas alterações fisiológicas do envelhecimento podem afetar diretamente a capacidade nutritiva do indivíduo, como a diminuição da capacidade gustativa e a xerostomia, já abordadas anteriormente no Capítulo 5, e que impactam diretamente a ingestão alimentar e a necessidade de nutrientes¹.

Neste capítulo, será abordado a importância de uma alimentação equilibrada e rica em nutrientes, com ingestão adequada de proteínas, fibras, vitaminas e minerais na promoção da saúde e no envelhecimento saudável. Com ênfase na contribuição para a manutenção da função metabólica e redução do risco de doenças crônicas, como diabetes tipo 2 e hipertensão (abordadas no Capítulo 2). Além disso, reforça-se que a presença de antioxidantes e compostos bioativos na dieta auxilia no combate ao estresse oxidativo, um dos principais fatores envolvidos no envelhecimento celular e no desenvolvimento de doenças neurodegenerativas²⁻⁴.

Diante desses desafios, é essencial que estratégias nutricionais sejam individualizadas para atender às necessidades específicas do idoso. O acompanhamento nutricional adequado permite a identificação precoce de riscos nutricionais e a implementação de intervenções que promovam a manutenção da saúde e da funcionalidade. A nutrição, quando integrada a outras abordagens de cuidado, torna-se uma ferramenta fundamental para garantir um envelhecimento ativo e saudável. Entenda mais sobre isso neste Capítulo.

2. NECESSIDADES NUTRICIONAIS DO IDOSO

O envelhecimento é um processo natural que traz diversas alterações fisiológicas, metabólicas e funcionais, impactando diretamente as necessidades nutricionais. Além das mudanças biológicas, fatores psicológicos e socioeconômicos (como o acesso a alimentos saudáveis e assistência adequada) também influenciam a ingestão alimentar do idoso. Dessa forma, é importante o acompanhamento com o profissional nutricionista para uma alimentação equilibrada e adaptada às particularidades dessa fase da vida e de cada idoso, de acordo com seus gostos e percepções, sendo essencial esse ajuste para prevenção de doenças crônicas, manutenção da funcionalidade e promoção de uma melhor qualidade de vida.

2.1 Macronutrientes Essenciais

Proteínas

Fundamentais para a manutenção e reparação dos tecidos corporais, as proteínas auxiliam na preservação da massa muscular, cuja redução (sarcopenia) é comum com o avanço da idade. Idosos apresentam uma menor eficiência na utilização de proteínas, tornando necessária uma ingestão ligeiramente maior, entre 1,0 a 1,2 g/kg de peso corporal/dia, podendo chegar a 1,5 g/kg em idosos frágeis ou sarcopênicos. Além disso, a leucina, aminoácido presente em carnes, ovos e laticínios, desempenha um papel essencial na síntese proteica muscular e deve ser priorizada⁵.

Fibras

Importantes para o bom funcionamento intestinal, as fibras auxiliam na prevenção da constipação, contribuem para o controle glicêmico (cujo descontrole pode resultar no diabetes mellitus) e ajudam na manutenção dos níveis adequados de colesterol. A recomendação de ingestão para idosos é de 25-30 g/dia, e fontes como frutas, verduras, legumes e cereais integrais devem ser incorporadas regularmente à dieta.

2.2 Micronutrientes Essenciais

Vitaminas e Minerais

A Vitamina D e o cálcio são essenciais para a saúde óssea, ajudam na prevenção da osteoporose e reduzem o risco de fraturas. A absorção do cálcio pode ser reduzida com a idade, sendo necessário garantir um consumo adequado por meio de laticínios, peixes e vegetais verde-escuros. A exposição solar moderada e, quando necessário (avaliado por exame sanguíneo), a suplementação de vitamina D são estratégias para manter níveis adequados.

A Vitamina B12 é essencial para a função cognitiva e para a saúde do sistema nervoso. A sua absorção pode estar comprometida em idosos devido à redução da acidez gástrica, gastrite atrófica e uso de medicamentos inibidores da bomba de prótons (processo químico envolvido na sua absorção). A deficiência de vitamina B12 pode levar à anemia megaloblástica e comprometimento neurológico. Fontes como carnes, ovos e laticínios devem ser consumidas regularmente, e a suplementação pode ser necessária.

Por fim, antioxidantes (Vitaminas C e E) atuam no combate ao estresse oxidativo, relacionado ao envelhecimento das células e ao desenvolvimento de doenças crônicas. Eles estão presentes em frutas cítricas, oleaginosas e sementes⁵.

3. RECOMENDAÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA

Uma alimentação equilibrada para o idoso deve fornecer todos os nutrientes essenciais para a manutenção da saúde e prevenção de deficiências nutricionais. A escolha adequada dos alimentos é fundamental para garantir uma ingestão balanceada de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) e micronutrientes (vitaminas e minerais)⁶, pensando nisso, o Quadro 1 ilustra os principais alimentos e seus benefícios para a saúde.

Grupo de Alimentos	Benefícios e Recomendações
Frutas e Vegetais	Ricos em vitaminas, minerais e fibras, auxiliam no bom funcionamento do organismo. Devem estar presentes em todas as refeições.
Cereais Integrais	Fornecem energia e fibras, contribuindo para a saúde intestinal. Exemplos: arroz integral, aveia, pães integrais.
Proteínas Magras	Essenciais para a manutenção muscular e a imunidade. Fontes: carnes magras, peixes, ovos e leguminosas.
Laticínios	Fontes de cálcio e vitamina D, auxiliam na saúde óssea. Priorizar versões com menos gordura e açúcar.
Oleaginosas e Sementes	Ricas em gorduras saudáveis e antioxidantes, benéficas para a saúde cardiovascular. Exemplos: nozes, amêndoas, linhaça.

Quadro 1. Principais grupos alimentares recomendados e seus benefícios

Fonte: Adaptado e transformado em quadro a partir das informações do Conselho Regional de Nutricionistas⁶.

Ao mesmo tempo, alguns alimentos devem ser evitados ou consumidos com moderação, pois podem impactar negativamente a saúde, como os citados no Quadro 2.

De maneira geral, adotar uma alimentação variada e equilibrada, respeitando as necessidades individuais, contribui para a promoção da saúde e qualidade de vida do idoso. O acompanhamento de um profissional de nutrição é essencial para ajustes conforme as condições de saúde, preferências alimentares e hábitos de vida.

Alimentos a evitar/moderar	Motivo
Ultraprocessados	Ricos em sódio, gorduras saturadas e aditivos químicos, aumentam o risco de hipertensão e doenças cardiovasculares.
Açúcares Refinados	Presentes em doces e bebidas açucaradas, contribuem para obesidade e diabetes tipo 2.
Excesso de Cafeína e Álcool	Pode interferir na absorção de cálcio, afetar a qualidade do sono e causar desidratação.

Quadro 2. Principais grupos alimentares a serem evitados ou consumidos com moderação e seus motivos

Fonte: Adaptado e transformado em quadro a partir das informações do Conselho Regional de Nutricionistas⁶.

4. ADAPTAÇÕES DIETÉTICAS NO ENVELHECIMENTO

Com o avanço da idade, é comum o surgimento de alterações que podem interferir na ingestão alimentar, como perda de apetite, mudanças no paladar, dificuldades mastigatórias e de deglutição (disfagia). Para contornar esses desafios, algumas estratégias podem ser adotadas, de acordo com cada situação.

No caso de perda de apetite, além de refeições menores e mais frequentes ao longo do dia, é importante considerar o impacto de doenças crônicas, depressão, isolamento social e uso de medicamentos na redução da fome, nesse sentido é válida uma investigação mais a fundo e consulta com profissionais da saúde para avaliação individualizada⁷.

Para as alterações no paladar, pode ser levado em consideração o uso de temperos naturais e ervas aromáticas para tornar as refeições mais atrativas. Também, o uso de frutas cítricas e vinagres, por exemplo, podem ser utilizados para realçar o sabor dos alimentos⁷. Porém, é válido ressaltar que alguns medicamentos podem afetar a percepção dos sabores, e, em casos mais severos é válido consultar um profissional para maior entendimento da situação individualizada.

Por fim, a respeito das dificuldades de mastigação, nos casos onde os idosos possuem problemas dentários ou uso de próteses, pode ser interessante adaptar a textura dos alimentos. A xerostomia (boca seca) também pode impactar a mastigação

e deglutição, sendo útil estimular a produção salivar com alimentos suculentos e gomas sem açúcar. Alimentos em preparações como purês, sopas e bem cozidos facilitam a mastigação e deglutição, garantindo a ingestão adequada de nutrientes⁸.

A disfagia refere-se à dificuldade de deglutição, podendo ocorrer em diferentes fases do processo de engolir, desde a preparação oral do alimento até seu transporte ao estômago. No envelhecimento, diversas alterações fisiológicas contribuem para o aumento da incidência de disfagia. Reduções no paladar e olfato, problemas dentários, próteses mal ajustadas, diminuição da produção salivar e redução do tônus muscular podem prejudicar a mastigação e a fase preparatória oral da deglutição. Além disso, doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e Parkinson, e sequelas de acidentes vasculares cerebrais (AVC) são fatores de risco significativos para o desenvolvimento da disfagia em idosos⁹.

A disfagia pode levar a complicações sérias, incluindo desnutrição e desidratação, devido à redução na ingestão de alimentos e líquidos. A dificuldade em engolir aumenta o risco de aspiração de partículas alimentares ou saliva para as vias respiratórias, podendo resultar em pneumonia aspirativa, uma condição potencialmente fatal. Além dos impactos físicos, a disfagia afeta negativamente a socialização e o prazer em se alimentar, uma vez que o medo de engasgar pode levar ao isolamento durante as refeições e à diminuição da qualidade de vida¹⁰.

Para garantir a segurança alimentar e facilitar a deglutição em idosos com disfagia, é essencial adaptar a textura dos alimentos, tornando-os mais macios ou pastosos, além de utilizar espessantes para líquidos quando necessário. Oferecer refeições em um ambiente tranquilo, com o idoso devidamente sentado, reduz o risco de engasgos e broncoaspiração. A supervisão de cuidadores e profissionais de saúde é fundamental para garantir a correta aplicação dessas estratégias, promovendo uma alimentação segura e prazerosa.

5. ESTRATÉGIAS ADICIONAIS

5.1 Socialização

Compartilhar refeições com outras pessoas pode tornar o momento mais agradável e estimular o apetite do idoso. Estar à mesa com familiares, amigos ou cuidadores proporciona não apenas uma experiência mais prazerosa, mas também influencia positivamente nas escolhas alimentares. Por outro lado, quando o idoso se alimenta sozinho com frequência, há maior risco de descuido tanto na qualidade quanto na quantidade dos alimentos ingeridos, o que pode comprometer sua nutrição⁸.

5.2 Hidratação

A hidratação também é um aspecto crucial, pois a sensação de sede pode ser reduzida em idosos, aumentando o risco de desidratação. O incentivo à ingestão de líquidos deve ser constante, por meio de água, chás e sucos naturais. O consumo de sopas e frutas ricas em água (como melancia, laranja e melão) pode contribuir para a hidratação adequada¹¹.

A hidratação deve ser incentivada, pois tem papel essencial auxiliando na função renal, digestão, cognição e na prevenção de infecções urinárias. Para motivar o consumo de líquidos, uma estratégia relevante é criar rotinas de hidratação ao longo do dia, manter líquidos de fácil acesso e ajustar a temperatura das bebidas conforme a preferência. Aromatizar a água com frutas ou ervas pode torná-la mais atrativa, e monitorar a ingestão diária ajuda a garantir que as necessidades individuais sejam atendidas. Como a quantidade ideal de líquidos varia de acordo com fatores como saúde e nível de atividade física, a orientação de um profissional de saúde é fundamental.

5.3 Sarcopenia e alimentação

A nutrição adequada, aliada ao exercício físico, desempenha um papel essencial na prevenção e no tratamento da sarcopenia. A combinação de uma ingestão proteica adequada com exercícios de resistência, como o treinamento de força, é considerada a estratégia mais eficaz para preservar a massa e a função muscular no envelhecimento¹².

Dentre os nutrientes mais relevantes para a manutenção da musculatura, a proteína se destaca como um dos principais, sendo fundamental para a síntese e preservação muscular. Recomenda-se uma ingestão entre 1,0 e 1,2 g/kg de peso corporal por dia para idosos saudáveis, podendo chegar a 1,5 g/kg para aqueles mais frágeis ou em risco de sarcopenia. Fontes como carnes magras, peixes, ovos, laticínios e leguminosas são as mais indicadas. Além disso, o aminoácido leucina desempenha um papel crucial na ativação da via mTOR, mecanismo essencial para estimular a síntese proteica, estando presente em boas quantidades em carnes, ovos, laticínios e leguminosas^{6, 13, 14}.

Outro nutriente fundamental é a vitamina D, cuja deficiência é comum em idosos e pode contribuir para a perda de força muscular e o aumento do risco de quedas¹⁵. A suplementação, quando necessária, pode trazer benefícios, especialmente quando associada ao exercício físico. Já a creatina tem sido amplamente estudada por seu potencial de aumentar a massa e a força muscular quando combinada ao treinamento resistido¹⁶. Além disso, os ácidos graxos ômega-3, devido às suas propriedades anti-inflamatórias, podem auxiliar na preservação da massa muscular e melhorar a resposta anabólica à ingestão proteica¹⁷.

Para otimizar a manutenção muscular no idoso, recomenda-se fracionar a ingestão proteica ao longo do dia, garantindo que cada refeição contenha uma quantidade adequada desse nutriente. Priorizar proteínas de alto valor biológico, como carnes magras, peixes, ovos e laticínios, é fundamental, assim como considerar a suplementação quando necessário, principalmente em casos de baixa ingestão alimentar. Além disso, o estímulo ao treinamento resistido deve ser incentivado, sempre respeitando as limitações individuais. O monitoramento contínuo do estado nutricional e funcional, por meio da avaliação da composição corporal, força de preensão manual e capacidade funcional, é essencial para a identificação precoce da sarcopenia e para ajustes adequados na conduta nutricional¹⁸.

REFERÊNCIAS

1. Campos MTF de S, Monteiro JBR, Ornelas APR de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev Nutr [Internet]. 2000 Sep;13(3):157–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>
2. Santiago AC, Pinheiro JBA, Favoreto NF, Alves R, Fonseca JLS. Aspectos nutricionais no envelhecimento: a influência da alimentação saudável na prevenção de doenças. Rev Cient Online. 2022;14(8).
3. Tavares LP, Matos ME. O papel da alimentação na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: uma ação extensionista virtual.
4. Silva DF, et al. Estresse oxidativo e envelhecimento: Papel do exercício físico.
5. Idosos Brasil. Coma bem, viva melhor: nutrição saudável para idosos [Internet]. Disponível em: <https://idososbrasil.com.br/coma-bem-viva-melhor-nutricao-saudavel-para-idosos/> [citado em 5 mar 2025].
6. Conselho Regional de Nutricionistas da 2ª Região. Nutrição e saúde da pessoa idosa [Internet]. Disponível em: <https://www.crn2.org.br/noticia/view/1878/nutricao-e-saude-da-pessoa-idosa> [citado em 5 mar 2025].
7. Ideal Cuidar. Alteração do paladar na velhice: como melhorar a alimentação do idoso [Internet]. 2024 set 11. Disponível em: <https://idealcuidar.com.br/2024/09/11/alteracao-do-paladar-na-velhice-como-melhorar-a-alimentacao-do-idoso/> [citado em 15 mar 2025].
8. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação saudável para a pessoa idosa: orientações para os profissionais de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado em 15 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf

9. Gonçalves L. A alimentação saudável na velhice e a promoção da qualidade de vida [Internet]. 2020 [citado em 15 mar 2025]. Disponível em: <https://www.conhecergedd.com.br/pdf/artigo-07.pdf>
10. Rocha AM, Silva WJ. Disfagia em idosos: tratar as complicações e resgatar o prazer de comer [Internet]. 2020 [citado em 15 mar 2025]. Disponível em: <https://www.revistaabm.com.br/artigos/difagia-em-idosos-tratar-as-complicacoes-e-resgatar-o-prazer-de-comer>
11. Nutritotal. Recomendações para alimentação e hidratação de idosos [Internet]. Nutritotal; 2024 [citado em 15 mar 2025]. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/recomendacoes-para-alimentacao-e-hidratacao-de-idosos/>
12. Tieland M, et al. Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(8):713–9.
13. ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10–47.
14. Wall BT, et al. Differential skeletal muscle protein anabolic response to amino acid ingestion between young and elderly individuals. *Amino Acids*. 2013;45(5):1249–58.
15. Bischoff-Ferrari HA, et al. Vitamin D supplementation in older adults: is there an evidence-based rationale? *Osteoporos Int*. 2010;21(7):1121–32.
16. Devries MC, Phillips SM. Creatine supplementation during resistance training in older adults—a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 2014;46(6):1194–203.
17. Smith GI, et al. Omega-3 polyunsaturated fatty acids augment the muscle protein anabolic response to hyperinsulinemia-hyperaminoacidemia in healthy young and middle-aged men and women. *Clin Sci*. 2015;128(9):655–67.
18. Moore DR, et al. Daily protein distribution patterns affect muscle protein synthesis. *J Nutr*. 2015;144(6):876–80.



C A P Í T U L O 8

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO FRAGILIZADO

Bruna Godinho Corrêa

Estefânia Silveira de Moraes

Isadora Gomes Aliende

Tainá do Amaral Bastos

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da fragilidade em pessoas idosas se apresenta por meio de diversos sinais e sintomas, como fraqueza muscular, perda de peso involuntária, sensação de fadiga, redução da velocidade ao caminhar, baixo nível de atividade física e limitação na realização independente das atividades da vida diária¹. Trata-se de uma condição progressiva que decorre de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicossociais e ambientais², estando relacionada a um maior risco de desfechos negativos, como quedas, hospitalizações, perda da funcionalidade, institucionalização e mortalidade³.

Nesse contexto, é essencial compreender as mudanças relacionadas ao envelhecimento para que sejam elaboradas estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento. Além disso, intervenções realizadas por equipes multiprofissionais, incluindo a recomendação da prática regular de atividades físicas, a melhora da ingestão nutricional e o incentivo a um estilo de vida saudável, são fundamentais para retardar ou minimizar essas alterações, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e independência dos idosos, bem como para a prevenção de desfechos adversos e do desenvolvimento da síndrome da fragilidade⁴.

2. TRABALHO EM EQUIPE

A saúde do idoso exige uma abordagem integral, que atenda não apenas as condições clínicas, mas também os aspectos psicossociais, funcionais e emocionais do envelhecimento. Dessa forma, a atuação multiprofissional torna-se essencial para promover um cuidado mais completo e humanizado⁵.

A avaliação multidimensional do idoso, realizada pela equipe multiprofissional, é capaz de identificar vulnerabilidades relacionadas ao envelhecimento que abangem diversos domínios, incluindo estado funcional, cognição, nutrição e apoio social. A partir de uma visão ampla, é possível detectar a necessidade de atuação em uma área específica, promovendo uma melhor qualidade de vida a partir da prevenção e planejamento conjunto do cuidado⁶.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) é considerada padrão ouro para avaliação do idoso, além de ser preconizada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Ela aborda desde dados clínicos como histórico de doenças prévias, medicamentos utilizados e vacinação, a testes validados para funcionalidade como Timed Up and Go e Índice de Barthel, para cognição, como o Mini Mental e teste de fluência verbal, além de humor com o teste de depressão geriátrica, aspectos nutricionais e suporte social com o apgar familiar e cuidado com o cuidador. Além disso, a AGA é considerada um bom parâmetro de acompanhamento do idoso, no entanto, é um instrumento robusto, que demanda bastante tempo de avaliação, dessa forma, costuma ser mais aplicado em idosos frágeis no contexto da atenção básica⁷.

No entanto, para ter de fato um atenção multidisciplinar ao idoso, não basta apenas a avaliação abranger todos os aspectos citados, o plano de tratamento e intervenções devem ser realizados em conjunto, cada profissão com sua singularidade e atuação, porém se conectando e dialogando com as demais. Dessa maneira, reforça-se a tomada de decisão compartilhada, a partir de uma troca de informações e experiências, promovendo um trabalho colaborativo e um cuidado ampliado para o idoso. Nesse contexto, dentre os benefícios descritos sobre a atuação multidisciplinar está a melhor adesão do paciente ao tratamento, além de uma melhor identificação das necessidades apresentadas pelo idoso⁸.

Apesar de ser comprovadamente benéfica, a atuação em multidisciplinar também é um desafio. A literatura aponta que o sistema de saúde brasileiro ainda apresenta fragilidades e baixa articulação interprofissional⁹. Isso pode estar relacionado com a complexidade organizacional de uma equipe multiprofissional, além da necessidade de implementação desse assunto nos currículos dos cursos de graduação em saúde.

Em síntese, o trabalho em equipe não apenas beneficia os pacientes, mas também potencializa o desempenho dos serviços de saúde, sendo essencial para a promoção de uma assistência integral, resolutiva e centrada na pessoa.

3. IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O cuidado destinado ao idoso em condição de fragilidade pode ser atribuído tanto à esfera familiar quanto às instituições, sendo influenciado por fatores culturais, socioeconômicos e políticos. No ambiente familiar, é comum que essa responsabilidade seja assumida por parentes próximos, como filhos, cônjuges ou outros familiares. Esse tipo de assistência costuma ser pautado por vínculos afetivos, emocionais e culturais, ocorrendo predominantemente no contexto domiciliar¹⁰. A forma como esse cuidado é prestado dentro da família pode variar conforme as tradições culturais e os recursos disponíveis. No entanto, em determinadas situações, ele pode se tornar difícil devido a limitações financeiras, à escassez de tempo ou de recursos, ou ainda por conflitos no âmbito familiar¹¹.

Quando o suporte familiar não se mostra viável, a institucionalização passa a ser uma alternativa. As Instituições de Longa Permanência para Idosos, como casas de repouso ou lares, oferecem cuidados contínuos e apoio aos idosos que já não podem permanecer em casa. Esses espaços costumam disponibilizar diversos serviços, como cuidados médicos, atenção pessoal, atividades sociais e recreativas, além de suporte emocional¹².

Com o passar do tempo, o estigma em torno dos lares de idosos tem passado por mudanças relevantes, acompanhando transformações na forma como a sociedade enxerga o envelhecimento e na regulamentação dessas instituições¹³. No passado, esses locais eram frequentemente associados a uma imagem negativa, motivada por preocupações legítimas com a qualidade da assistência prestada e pela ausência de regulamentação apropriada. Tais estigmas eram reforçados por denúncias de negligência, maus-tratos e condições de vida inadequadas¹³.

Contudo, houve um avanço no sentido de regulamentar e profissionalizar essas instituições, impulsionado por alterações nas leis e pelo crescimento da consciência pública acerca dos direitos dos idosos. A Cartilha do Idoso, por exemplo, representa um instrumento essencial na normatização dos direitos e deveres dos idosos institucionalizados, ao estabelecer critérios mínimos de cuidado, assegurando a dignidade e a proteção desse grupo populacional¹⁴.

Essas mudanças na legislação e na visão social sobre os lares de idosos têm proporcionado melhorias importantes na qualidade de vida dos idosos residentes. Atualmente, essas instituições são submetidas a normas rigorosas de qualidade e segurança, e os profissionais envolvidos recebem formação específica para ofertar cuidados centrados na pessoa idosa, respeitando sua autonomia, privacidade e individualidade¹⁴. Além disso, é comum que esses locais contem com uma ampla gama de serviços e atividades que visam promover o bem-estar físico, emocional e social dos moradores, incluindo programas de reabilitação, atividades recreativas,

assistência médica e apoio psicossocial. Dessa forma, os lares de idosos modernos são reconhecidos como ambientes capazes de oferecer cuidado qualificado e suporte emocional e social, promovendo a dignidade, o bem-estar e a atenção adequada às demandas próprias da terceira idade¹⁴.

REFERÊNCIAS

1. Alves ECOA, Monteiro GKNA, Oliveira LM, Brandão BMLS, Souto RQ. Síndrome da fragilidade e qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2023;26e230106:1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230106.pt>
2. Ferreira AC de A, Silva BG da, Gomes C dos S, Fittipaldi EO da S, Andrade A de FD de, Barbosa JF de S. Relação entre medidas fornecidas por smartwatches e a identificação de síndrome da fragilidade em idosos: revisão de escopo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2024;27. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230238.pt>
3. Fernandes WAA de B, Oliveira SM de, Fernandes AM, Silva DB de L e, Leadebal ODCP, Silva J de M, et al. Risco de Síndrome do Idoso Frágil: indicadores prevalentes e associação ao medo de cair. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2023;23(9):e14118. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e14118.2023>
4. Andrade MKO, Moreira ACA, Santos JF. A importância da fisioterapia preventiva nas alterações posturais do idoso. *Res Soc Dev.* 2023;12(14):e70121444574. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i14.44574>
5. Choi JY, Rajaguru V, Shin J, Kim K. Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023;104:104831.
6. Pilotto A, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(2):192.e1–192.e11.
7. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Rodrigues NCP, Andrade MK de N, O'Dwyer G. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(7):e00086715
8. Machado BAS, Santos SL, Alves WC, Moreira KFG, Pessôa FGS, Saraiva PVS, et al. Care provided in primary care to elderly patients with chronic noncommunicable diseases. *Int J Dev Res.* 2022 Jun;12(6):56905–8.

9. Nascimento ACB do, Omena KVM de. Interprofessional Education in Multiprofessional Residency Programs in Health in Brazil: An integrative review. RSD [Internet]. 2021Mar.31 [cited 2025Apr.14];10(4):e8010413655.
10. Romero DE, Maia LR, Muzy J, Andrade N, Szwarcwald CL, Groisman D, et al. Homecare of elderly Brazilians with functional dependency: inequalities and challenges during the first wave of the COVID-19 pandemic. Cad Saúde Pública. 2022;38(5). doi: 10.1590/0102-311X00216821
11. Queiroga VM, Menezes LV, Lima JMR, Andrade DDBC. Cuidados Paliativos de Idosos no Contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. Brazilian J Dev. 2020;6(6):38821–32. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-429>
12. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
13. Guimarães MRC, Giacomini KC, Ferreira RC, Vargas AMD. Evaluation of Long-Term Institutions for Older People in Brazil: an overview of regional inequalities. Cienc e Saúde Coletiva. 2023;28(7):2035–50. doi: 10.1590/1413-81232023287.15792022
14. Passos L, Carusi Machado D. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. Rev Bras Estud Popul. 2021;38:1–24. doi: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0166>



C A P Í T U L O 9

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Bruna Godinho Corrêa

Daniela Bialva da Costa

Laura Freitas Meyer

Milena Souto Corrêa e Silva

Sofia Etchepare Silveira

1. INTRODUÇÃO

O conceito de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza a importância de manter a saúde física, mental e social ao longo dos anos¹. Logo, a promoção do envelhecimento ativo, a participação em grupos sociais, as políticas públicas voltadas ao idoso e a sexualidade são temas fundamentais para a saúde geral da população idosa. À medida que a longevidade aumenta, é essencial garantir que os idosos possam viver de forma saudável, participativa e digna.

O envelhecimento ativo envolve não apenas cuidados físicos puramente clínicos, mas também psicológicos e sociais, promovendo o bem-estar em todas as esferas da vida. A participação em grupos sociais fortalece a convivência e o apoio mútuo, enquanto políticas públicas adequadas podem oferecer os recursos necessários para garantir qualidade de vida. A abordagem da sexualidade, frequentemente negligenciada, é igualmente importante para preservar a saúde emocional e física dos idosos, ajudando a combater o isolamento e a promover uma vida plena e saudável.

Este capítulo explora estratégias práticas para promover a saúde e o bem-estar dos idosos, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a participação ativa na sociedade, além de abordar as principais políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

2. ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento é um processo natural no decorrer da vida dos seres humanos, ele pode ocorrer de diferentes maneiras que são consequências de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Políticas públicas para melhorar a qualidade de vida ao longo processo de senilidade são essenciais, especialmente considerando o aumento do envelhecimento da população. Dentro dessa perspectiva, o incentivo ao envelhecimento ativo é uma política de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicada em 2005 que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo como pilares a saúde como bem-estar biopsicossocial, a participação social nos nichos de cidadania, cultura e espiritual, além de promoção de segurança e proteção, também estimulando a aprendizagem formal ou informal¹⁻⁴.

O envelhecimento saudável é caracterizado pela manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida ao longo dos anos. Nesse processo, objetiva-se que os indivíduos continuem ativos, com boa funcionalidade física e mental, evitando o desenvolvimento de doenças debilitantes. No entanto, o envelhecimento patológico pode surgir, e ocorre quando o indivíduo é afetado por doenças crônicas ou neurodegenerativas, como Alzheimer, Parkinson, diabetes, enfermidades cardiovasculares, dentre outras já retratadas nos capítulos anteriores. De maneira geral, estas patologias, se não tratadas da forma correta, tendem a levar à perda progressiva da independência e da qualidade de vida⁵.

O conceito de envelhecimento ativo vem para colaborar com um olhar além do envelhecimento saudável, se referindo também a perspectiva de reconhecer além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, podendo incluir também questões de estilo de vida, alimentação, atividade física e suporte social. Por isso, é relevante adotar estratégias que estimulem cada um destes fatores, de forma a proporcionar autonomia e a independência a estes idosos, para objetivar uma melhor qualidade de vida e, quando, ou se necessário, minimizar os efeitos do envelhecimento patológico¹.

2.1 Estratégias para Estimular a Autonomia e Independência

2.1.1 Manutenção da Saúde Física

A prática regular de atividade física é fundamental para preservar a mobilidade e a força muscular. Exercícios aeróbicos, fortalecimento muscular, atividades de equilíbrio e alongamento contribuem para a saúde cardiovascular e previnem quedas, e devem ser prescritas de acordo com as capacidades de cada indivíduo, para isso é importante consultar profissionais capacitados como fisioterapeutas e educadores físicos. Além disso, garantir uma alimentação equilibrada e rica em nutrientes fortalece

o organismo, principalmente nos casos onde tem-se intolerâncias ou restrições alimentares, sendo importante a busca por acompanhamento com nutricionista. Ademais, o controle adequado de doenças crônicas com acompanhamento médico evita complicações. Por fim, ao praticar atividades físicas, se alimentar de forma adequada e controlar as patologias possibilita-se um sono de qualidade, fator importante e essencial na recuperação da energia e na saúde geral^{1,6}.

2.1.2 Estímulo Cognitivo

Manter o cérebro ativo é tão importante quanto cuidar do corpo. Atividades como leitura, quebra-cabeças, jogos de raciocínio e novos aprendizados estimulam as funções cognitivas. Participar de cursos e atividades educacionais, além de exercícios específicos para memória e atenção ajudam a retardar o declínio cognitivo e mantêm a mente saudável. Uma boa estratégia é buscar por grupos de atividades nas Unidades Básicas de Saúde próximo a residência de moradia, muitas delas possuem grupos de caminhada, de crochê, tricô, entre outras atividades⁴.

2.1.3 Independência nas Atividades da Vida Diária

Garantir a autonomia dos idosos envolve adaptar o ambiente doméstico para evitar quedas e acidentes. Medidas como a instalação de barras de apoio, iluminação adequada e organização do espaço são fundamentais. O uso de tecnologias assistivas, como bengalas (sob recomendação profissional) e aplicativos de lembrete de medicamentos, pode ser um grande aliado. Além disso, incentivar a realização das próprias atividades, sem superproteção por parte dos familiares e cuidadores, contribui para a autoconfiança e a independência⁴.

2.1.4 Estímulo à Vida Social e Emocional

O isolamento social é um dos principais fatores que afetam negativamente a saúde mental dos idosos. Participar de grupos comunitários, manter laços familiares e fortalecer amizades são atitudes que promovem o bem-estar emocional. O apoio psicológico, quando necessário, também é essencial para prevenir e tratar quadros de depressão e ansiedade¹.

2.1.5 Planejamento e Propósito de Vida

Ter objetivos e atividades que tragam significado à vida é fundamental para um envelhecimento saudável. O envolvimento em voluntariados, a prática de hobbies e a busca por novas experiências proporcionam satisfação pessoal. Além disso, o planejamento financeiro e a organização para a aposentadoria garantem maior segurança e independência¹.

3. SEXUALIDADE

A sexualidade na terceira idade acaba sendo tratada como um tabu, onde se acredita que muitos idosos interrompem a vida sexual devido o processo de envelhecimento, todavia o sexo é um aspecto central da vida humana⁷. Entretanto, conforme a idade avança alguns fatores influenciam alterações na vida sexual, como o declínio dos níveis hormonais que afetam as mudanças nos órgãos sexuais e nas funções sexuais de adultos mais velhos. No homem, a ejaculação enfraquece-se e a ereção exige mais estímulo e ocorre com menor duração, já nas mulheres ocorre uma diminuição da lubrificação vaginal, o que pode tornar o ato sexual doloroso e dificultar o orgasmo.

Porém, mesmo frente às alterações fisiológicas, é importante que a atividade sexual mantenha-se como parte da rotina do idoso, pois contribui para saúde física visto que promove a circulação sanguínea e resistência a elasticidade da pele, pelo aumento da circulação que leva a expansão das artérias auxiliando a prevenir a hipertensão⁷, também melhora a saúde mental e psicológica, proporcionando liberação de substâncias que reduzem o estresse e a ansiedade, aumenta a autoestima e autoconfiança por sentir-se desejado, proporciona estímulo cognitivo através do prazer e da excitação e fortalece os vínculos afetivos com os parceiros, evitando solidão e isolamento social.

Todavia, a sexualidade é uma construção social que envolve, além da questão fisiológica, a expressão de sentimentos, comportamentos e cognição, conforme o contexto etário e sociocultural do indivíduo⁸. Neste contexto, é importante o conhecimento dos profissionais da saúde para orientar os idosos sobre o assunto, visto que o tabu e pensamento conservador são citados como razão para não abordar o tema, porém, ao pensar na promoção de saúde de forma integrada considerando os fatores biopsicossociais é fundamental promover um ambiente confortável para o idoso expressar suas emoções e necessidades.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou um levantamento no ano de 2021 da população idosa no Brasil, e obteve como resultado aproximadamente 31 milhões de idosos no país. Com isso, e visando promover o envelhecimento digno e saudável para a população brasileira, foi criada a Lei nº 10.741/2003 de 1º de outubro de 2003, e instituiu-se o Estatuto da Pessoa Idosa⁹.

4.1 Estatuto da Pessoa Idosa

O Estatuto da Pessoa Idosa é uma legislação brasileira que tem como objetivo garantir os direitos fundamentais das pessoas idosas, protegendo-as contra qualquer forma de violência, negligência, discriminação e abuso. Este estatuto foi criado para promover a dignidade, autonomia e qualidade de vida dos idosos, reconhecendo a sua importância e contribuição para a sociedade¹⁰.

O Estatuto regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil. Ele abrange uma ampla gama de áreas, incluindo saúde, assistência social, previdência, transporte, habitação, cultura, lazer, trabalho, educação, entre outros. Este estatuto estabelece direitos específicos para os idosos, tais como o direito à saúde integral e ao envelhecimento saudável, o direito à educação e à cultura, o direito à assistência social e previdenciária, o direito à moradia digna, o direito à acessibilidade e à mobilidade, o direito ao trabalho e à participação na vida política, entre outros. Ressaltando-se o Capítulo IV do Estatuto, que se refere ao direito à saúde, onde através do Sistema Único de Saúde (SUS) é ofertado acesso universal e igualitário ao público mediante ações e serviços que para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial destinada às doenças que afetam preferencialmente às pessoas idosas. É dever do poder público fornecer gratuitamente a pessoa idosa medicamentos, próteses, órteses e outros recursos necessários para o tratamento¹¹.

Uma das principais características do Estatuto do Idoso é a sua ênfase na proteção e promoção dos direitos fundamentais dos idosos, garantindo-lhes condições de vida dignas e respeito à sua integridade física, mental e emocional¹². Além disso, prevê medidas específicas para prevenir e combater qualquer forma de violência, abuso ou exploração contra os idosos, bem como para garantir sua participação ativa na sociedade¹³.

4.2 Caderneta da Pessoa Idosa

A Caderneta da Pessoa Idosa foi uma iniciativa do Ministério da Saúde que consiste em uma caderneta entregue pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para idosos a partir de 60 anos, permitindo o registro de informações importantes sobre sua saúde. Ela serve tanto para o próprio idoso, quanto para familiares e profissionais de saúde acompanharem seu estado de saúde e histórico de atendimentos¹⁴.

É através do seu preenchimento que busca-se qualificar a atenção à saúde prestada à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde, além da identificação através dos dados pessoais a caderneta dispõe de espaço para registro dos medicamentos, diagnósticos, identificação de vulnerabilidade e incapacidade, hábitos e histórico de

quedas. De suma importância, a caderneta destina sua parte final para orientação com linguagem fácil, trazendo informações sobre os direitos da pessoa idosa, orientações quanto ao uso e armazenamento de medicamentos e dicas para uma alimentação mais saudável¹⁴.

5. PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS SOCIAIS

Para que um indivíduo seja considerado saudável, ele deve apresentar completo bem-estar físico, mental e social, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Já retratou-se anteriormente sobre questões físicas e mentais, entretanto também é importante ressaltar a importância do social.

O isolamento da pessoa idosa está bastante relacionado ao contato menos frequente com familiares, amigos, e com a comunidade¹⁵. Diferentemente da solidão, que é uma questão mais subjetiva, o isolamento está relacionado mais objetivamente à diminuição das interações sociais¹⁶. Entende-se que esse afastamento torna o idoso mais propenso a desenvolver problemas de saúde físicos e mentais, deixando-o mais suscetível a desenvolver sintomas de depressão como consequência desse isolamento social.

A forma de intervir visando ajudar o indivíduo a se sentir menos isolado é individual, variando de pessoa para pessoa. Porém, é importante frisar que o uso de televisão e aparelhos eletrônicos não ajudam, necessariamente, a evitar esse sentimento. A melhor maneira é o contato interpessoal, seja em grupos de idosos ou participando de atividades que envolvam a espiritualidade, por exemplo¹⁷.

Participar de grupos de convivência é uma das melhores formas de promover maior socialização entre os idosos. Essa participação proporciona um espaço para compartilhar experiências e histórias, garantindo um ambiente de escuta bastante valioso para a pessoa idosa. Com isso, garante-se uma melhor qualidade de vida, evitando o isolamento e possíveis prejuízos que poderiam ser acarretados por esse sentimento¹⁸.

6. COMPREENSÃO DA FINITUDE

É comum que durante o envelhecimento ocorram diversos pensamentos sobre a morte, visto que é a última fase do desenvolvimento humano¹⁹. A finitude refere-se à consciência de que a vida é limitada e que a morte é uma parte natural do ciclo vital. Essa percepção pode gerar ansiedade e medo, mas também pode incentivar a valorização do presente e das relações significativas. A psicanálise destaca que reconhecer a própria mortalidade pode levar à busca por um propósito e significado na vida²⁰. Nesse sentido, é comum que haja uma maior aproximação com aspectos espirituais que representem uma perspectiva de transcendência da vida para outro plano^{19, 21}.

A literatura científica chama esse contato com a espiritualidade de coping religioso, e ele representa o uso da religiosidade e espiritualidade a fim de reduzir consequências emocionais prejudiciais em momentos difíceis durante o ciclo de vida humana. Ademais, nota-se mudanças positivas em pacientes idosos que utilizam esse mecanismo mental, já que passam a apresentar maior resiliência e positividade tanto ao tratamento de alguma possível patologia, como na forma de lidar com a finitude da vida²².

De maneira geral, reconhecer e aceitar a finitude não é resignar-se, mas sim uma oportunidade de viver com mais autenticidade e profundidade. Ao enfrentar a morte com compreensão e apoio, é possível transformar esse momento em uma fase de crescimento pessoal e reconciliação, tanto para o indivíduo quanto para seus entes queridos²³. Logo, abordar a finitude de maneira aberta e consciente contribui para um envelhecimento mais pleno e uma despedida mais serena, reforçando a importância de políticas públicas e práticas de saúde que integrem essa perspectiva.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado em 17 mar. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
2. Kaltenbach G. Prevention of pathologic aging. *Servir*. 2001 Sep-Oct;49(5):239-46. PMID: 12012919.
3. Araújo LF, Coelho CG, de Mendonça ET, Vaz AV, Siqueira-Batista R, Cotta RM. Evidence of the contribution of elderly support programs to healthy aging in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011 Jul;30(1):80-6. doi: 10.1590/s1020-49892011000700012.
4. Souza EM, Silva DPP, Barros AS. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2021 Apr;26(4):1355-68. doi: 10.1590/1413-81232021264.09642019.
5. Martins NFF, Abreu DPG, Silveira RS, Lima JP, Bandeira EO, Santos CSCS. O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e44610111977. doi: 10.33448/rsd-v10i1.11977.
6. Hernandez SS, Coelho FG, Gobbi S, Stella F. Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. *Rev Bras Fisioter*. 2010 Jan-Feb;14(1):68-74. Portuguese. PMID: 20414564.

7. Zhang F, Yang Z, Li X, Wang A. Factors influencing the quality of sexual life in the older adults: A scoping review. *Int J Nurs Sci*. 2023 Mar 23;10(2):167-73. doi: 10.1016/j.ijnss.2023.03.006.
8. Souza Júnior EV, Silva Filho BF, Barros VS, Souza ÁR, Cordeiro JR, Siqueira LR, et al. Sexuality is associated with the quality of life of the elderly!. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20201272. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1272.
9. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília (DF); 2024 [citado em 17 mar. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/governanca/BALANCO_SNDPI.pdf.
10. Boas V, Antonio M. Estatuto do idoso comentado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2014.
11. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União [Internet]. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm.
12. Bomfim WC, da Silva MC, Camargos MCS. Statute of the Elderly: analysis of the factors associated with awareness of the statute among the elderly Brazilian population. *Cienc Saude Colet*. 2022;27(11):4277-88. doi: 10.1590/1413-81232022711.08192022.
13. Costa AR. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – O Estatuto do idoso – A lei do mais fraco. *RPM*. 2023 Sep 13;4(87):20-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 3ª ed. Brasília (DF); 2023 [citado em 17 mar. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf.
15. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LBA. Aging and social isolation: an integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02661. doi: 10.37689/acta-ape/2021AR02661.
16. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord*. 2019 Mar 1;246:82-8. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.043.
17. Barreto LV, Cruz MGS, Okuno MFP, Horta ALM. Associação da espiritualidade, qualidade de vida e depressão em familiares de idosos com demências. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE03061. doi: 10.37689/acta-ape/2023AO03061.

18. Veras DC, Lacerda GM, Forte FDS. Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. *Interface* (Botucatu). 2022;26:e210528. doi: 10.1590/interface.210528.
19. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):159-67.
20. Instituto Brasileiro de Terapias Holísticas. Página institucional [Internet]. Disponível em: <https://institutobrasileirodeterapiasholicas.com/>.
21. Wong PTP. Spirituality, meaning and successful aging. In: Wong PTP, Fry PS, editors. *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 359-94.
22. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Arch Clin Psychiatry* (São Paulo). 2007;34:126-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.
23. Moura WCS, Aquino PMLP, Aquino TAA. Consciência da finitude e valores humanos: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2018;23(3):9-25.

POSFÁCIO

Chegamos ao fim desta jornada dedicada à saúde do idoso, um tema essencial para a qualidade de vida e o bem-estar da nossa população. Mais do que um livro, este material foi pensado como uma ferramenta prática para apoiar o cuidado e a promoção da saúde. Esperamos que tenha sido enriquecedor e útil tanto para profissionais da saúde quanto para idosos e seus familiares.

Agradecemos a todos que se dedicaram a este projeto, desde pesquisadores e acadêmicos até você, leitor, que se comprometeu a aprender mais sobre este tema tão relevante. Este livro é resultado de um esforço coletivo, reunindo conhecimento, experiência e dedicação para abordar a saúde do idoso de forma ampla e acessível.

O envelhecimento é um processo natural e, quando bem compreendido, pode ser vivido com dignidade e plenitude. Que este material inspire ações para uma vida mais saudável e ativa. Seguimos juntos nesse compromisso!

SOBRE A ORGANIZADORA

SOBRE A ORGANIZADORA

BRUNA GODINHO CORRÊA: é fisioterapeuta, especialista em docência para o ensino superior e doutoranda em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Atua como estagiária na docência do ensino superior e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão com ênfase nas áreas de saúde coletiva, envelhecimento e promoção da saúde. Possui experiência na organização de projetos multiprofissionais e ações voltadas à formação humanizada de profissionais da saúde. É idealizadora e coordenadora do projeto que originou este livro, voltado à valorização do envelhecimento ativo e do cuidado integral à pessoa idosa.

Viver Bem na Terceira Idade:

Guia Prático para a Saúde Integral da Pessoa Idosa



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Viver Bem na Terceira Idade:

Guia Prático para a Saúde Integral da Pessoa Idosa



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br