

TATIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AÇÕES SISTEMATIZADAS NO ATENDIMENTO
AO IDOSO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Conselheiro Lafaiete – MG
2011

TATIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AÇÕES SISTEMATIZADAS NO ATENDIMENTO AO IDOSO
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

TATIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AÇÕES SISTEMATIZADAS NO ATENDIMENTO AO IDOSO
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA

Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovada em 02/07/2011

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos 15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Histórico da situação dos idosos dentro da abrangência do PSF	31
Tabela 2- Planilha de programação local de saúde do idoso	32

LISTA DE SIGLAS

AVD –Atividade de Vida Diária

DANT – Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP - Instituição de Longa Permanência

IMC – Índice de Massa Corporal

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF - Programa de Saúde da Família

SCIELO - Scientific Eletronic Library On-line

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de buscar embasamento teórico diante de ações que proponham a sistematização do atendimento ao idoso realizado por Programas de Saúde da Família, bem como o aprofundamento das atribuições do profissional de enfermagem dentro deste contexto. Tal estudo é de interesse para o PSF Dra. Valéria Baêta, em Entre Rios de Minas/MG, como um norteador diante da necessidade de ações programadas no atendimento ao idoso, visto a grande quantidade de pessoas com mais de 60 anos em sua área de abrangência. Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida através do método da revisão narrativa, realizada em diferentes bases de dados acessadas pela Internet. Diante do crescente aumento da população idosa no cenário mundial e da necessidade de atenção específica às particularidades dos mesmos, este trabalho aborda desde políticas nacionais dos idosos até as ações específicas de cada membro da equipe de PSF em prol da proteção, promoção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida do idoso. Com um enfoque maior à rotina do enfermeiro, foi possível descrever os subsídios técnicos e os instrumentos de assistência que facilitam a organização das ações, enquadradas de forma a planejar o atendimento realizado no posto de saúde, ou no próprio domicílio, dando embasamento a programas que buscam sistematizar tal processo.

DESCRITORES: Idoso; Saúde do idoso; Assistência ao idoso pelo PSF; Qualidade de vida na terceira idade; Sistematização no atendimento do PSF

SUMÁRIO

1	Introdução	9
2	Objetivos	12
3	Abordagem Metodológica	13
4	Revisão da Literatura	15
4.1	Evolução do crescimento populacional e das políticas voltadas aos idosos	15
4.2	Responsabilidades e ações no atendimento ao idoso pela equipe de PSF	19
4.3	As ações do enfermeiro perante a população idosa	22
4.4	Indicadores e programação do atendimento do idoso	30
5	Considerações finais	33
6	Referências	34
	Anexos	37

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos percebe-se que a expectativa de vida no Brasil vem aumentando, acompanhando a tendência mundial. Segundo Schoueri Júnior; Ramos e Papaléo Netto (1998) as projeções para 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos.

Os principais determinantes que tem levado ao envelhecimento populacional no Brasil são: a baixa nas taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia (RAUTH e RODRIGUES, 2002).

De acordo com Batista; Fernandes e Nóbrega (2003, p.62):

[...] na atualidade, verifica-se, como aspecto que contribui para o envelhecimento populacional, o desenvolvimento tecnológico, principalmente em países desenvolvidos, mas que, também, é observado em nosso contexto, onde houve melhoria da qualidade de vida, assistência à saúde disponível, seja através de planos privados de saúde, seja através de Planos do Governo, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF), acesso aos medicamentos na rede pública, melhoria nas condições de saneamento básico, atenção para imunização e controle das doenças crônicas e infecto-contagiosas.

Ramos (2002) aponta que a saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Assim, percebe-se que a população está vivendo mais, porém mais importante do que ter vida longa, é que esta venha repleta de qualidade possibilitando um envelhecimento saudável.

Diante deste contexto, vários programas têm sido criados pelo governo, principalmente pelo Ministério da Saúde, buscando a melhoria na qualidade de vida e saúde dessa população. Entre eles, podemos mencionar o Programa de Saúde da Família criado em 1994 e o Pacto pela Saúde firmado em 2006 - onde uma das três dimensões é o Pacto pela Vida que tem como uma de suas prioridades a Saúde do Idoso.

Em 2003 o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, onde encontramos no capítulo IV o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia da atenção à saúde do idoso de forma integral, articulada e contínua das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam principalmente os idosos (BRASIL, 2003).

Em Entre Rios de Minas, município onde resido e trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) Dra. Valéria Baêta, no meu dia a dia tenho contato com um número significativo de idosos. A área de abrangência engloba a região central da cidade,

caracterizada pelas famílias antigas e tradicionais que aqui se instalaram dando origem ao primeiro bairro da cidade. Nesta mesma região onde foi criado o primeiro PSF também existe uma Instituição de Longa Permanência para idosos (ILP). Percebe-se que a assistência prestada pela equipe de saúde da família a essa população, principalmente pela enfermagem, dentro dos níveis desejáveis ainda é insatisfatória, faltando ações programadas e sistematizadas no seu atendimento.

Por meio de dados coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (2009) e do censo do IBGE (2009), para o referido ano foi possível verificar o grande número de idosos residentes em Entre Rios de Minas, totalizando 1.965 pessoas acima de 60 anos em uma cidade que conta com 14.537 habitantes, ou seja, aproximadamente 13,5% da população é idosa. Em se tratando da região de abrangência do PSF Dra. Valéria Baêta a proporção de idosos por habitante é ainda maior, pelo fato de estar localizado na área de abrangência uma Instituição de Longa Permanência..

O PSF Dra. Valéria Baeta é responsável, pelo atendimento de 4.012 habitantes da região sendo que 683 são pessoas com mais de 60 anos, o que significa 17% da população. Comparando com os dados apresentados pelos IBGE (2005) temos que a população idosa atendida é quase o dobro da porcentagem de idosos no estado de Minas Gerais que é de 9%. Tal proporção demonstra a necessidade de uma atenção especial para este público.

Na minha vivência tenho percebido que a pessoa idosa consome mais serviços de saúde. As internações são mais frequentes e mais longas, havendo um predomínio de doenças crônicas e múltiplas, as quais persistem por vários anos, o que interfere na qualidade de vida do idoso uma vez que sua autonomia e independência ficam comprometidas, exigindo mais cuidados dos familiares, acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares com maior periodicidade.

Reforçando a minha percepção, Lima, Barreto, Giatti, (2003) enfatizam que essa faixa merece uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais de saúde devido ao aparecimento de doenças degenerativas e até mesmo transtorno mental e outras comorbidades, reduzindo drasticamente a qualidade de vida destes indivíduos. Os mesmos autores abordam ainda que a população idosa é a grande usuária de serviços de saúde. Em países desenvolvidos o uso desses serviços entre pessoas com 65 anos ou mais é três a quatro vezes maior do que o seu tamanho proporcional na população. Isso é o reflexo do aumento da prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos.

No Brasil, a razão entre o custo das internações hospitalares públicas e o tamanho proporcional da população idosa aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos (LIMA-COSTA, 2000a). Uma das conseqüências do envelhecimento é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais devido à piora da condição de saúde (SILVESTRE, J. A. e COSTA NETO, M. M.2003).

Os serviços de saúde, por sua vez, possuem um papel relevante na redução das doenças crônicas e nas complicações em decorrência dessas patologias, mas o que se percebe através da rotina de trabalho no PSF é que faltam ações voltadas para uma melhor estruturação das ações de cada membro da equipe no atendimento ao idoso. Na prática cotidiana de cuidar do idoso nas Unidades Básicas de Saúde, os profissionais ainda não incorporaram a promoção da saúde e o envelhecimento ativo como eixos estruturantes das suas ações. O cuidar da pessoa idosa está mais voltado ao tratamento medicamentoso e ao incentivo às mudanças dos hábitos de vida, dietas, caminhadas, a verificação de pressão arterial, e ao controle dos níveis glicêmicos. O idoso e o familiar só procuram os serviços de saúde na ocorrência de alguma patologia, sendo rara a procura para fazer uma avaliação na ausência de doença.

As ações voltadas para o idoso não são sistematizadas na atenção básica. Na minha realidade, encontro no mesmo Município outras equipes que possuem ações diferentes na promoção da saúde do idoso, mas que também não tem uma sistematização no atendimento.

Nesse sentido, o atendimento sistematizado ao idoso pela equipe da saúde família poderá promover ações que possam manter e ou estabilizar a saúde da pessoa idosa e prevenir agravos.

Dentro desse contexto, a revisão de literatura possibilitará um aprofundamento do conhecimento acerca da sistematização do atendimento ao idoso e apresentar diretrizes bem como direcionar as condutas de enfermagem e orientar suas ações na assistência à saúde do idoso, que irão subsidiar posteriormente a elaboração de uma proposta de atendimento sistematizado.

Pelo exposto a minha preocupação está pautada em oferecer uma assistência sistematizada a população idosa.

2. OBJETIVO

Identificar na literatura ações sistematizadas de assistência ao idoso desenvolvidas pela Estratégia da Saúde da Família, focando nas ações pertinentes ao profissional de enfermagem, com vistas a subsidiar o planejamento do atendimento a esse grupo na área de abrangência do PSF Dra. Valéria Baêta.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Ao empreendermos uma pesquisa, intencionalmente queremos buscar diretrizes para sua realização. Sendo assim, a metodologia assume papel relevante como um norteador, definindo instrumentos e procedimentos para análise dos dados. Além disso, ela prevê etapas orientando o processo de investigação, evitando quaisquer erros ou interferências subjetivas do pesquisador (MARCUS, 2001).

Neste estudo trabalhou-se com a revisão bibliográfica utilizando-se como método a revisão narrativa. Trentini e Paim (1999) relatam que a revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, é a análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Gil (2004) descreve tal revisão como sendo uma ação sobre material já produzido.

Demo (2000), completa dizendo que a pesquisa induz o contato pessoal do pesquisador com as teorias, por meio da leitura, possibilitando sua própria interpretação. E a partir deste contato pessoal, os pesquisadores Trentini e Paim (1999) afirmam que a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, através deles pode-se fazer o reconhecimento dos autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema em questão.

Levando-se em conta a gama de abordagens dentro da revisão de literatura, optou-se por utilizar a revisão narrativa. Rother (2007. sp) descreve sobre a revisão sistemática x revisão narrativa, no editorial da Revista Acta Paulista de Enfermagem e aborda que:

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Desta forma, segundo os autores acima, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já escrito sobre determinado tema, mas sim, proporciona o exame sob um novo enfoque ou abordagem na perspectiva do pesquisador chegando a conclusões inovadoras.

Este trabalho foi realizado mediante busca digital nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e SCIELO (Scientific Electronic Library On-line),

Google Acadêmico, em publicações do Ministério da Saúde e no levantamento bibliográfico de textos e livros, que atenderam o objetivo do estudo.

Como descritores utilizou-se os seguintes termos: idoso, saúde do idoso, assistência ao idoso pelo PSF, qualidade de vida na terceira idade, sistematização no atendimento do PSF.

Inicialmente foi feita uma leitura seletiva de artigos direcionados para o tema em estudo. O levantamento bibliográfico abrangeu o período de 2000 a 2010, com busca livre naqueles artigos que mencionam o tema objeto deste estudo, no idioma português, independente dos delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Posteriormente compilaram-se as principais informações seguidas de uma análise descritiva das mesmas e a elaboração do referencial teórico.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Evolução do crescimento populacional e das políticas voltadas aos idosos

Apesar de ser um país ainda jovem, a população idosa vem crescendo a passos largos no Brasil, acompanhando a tendência mundial. O país já conta com 8% dos seus habitantes com faixa etária acima de 60 anos de idade (CHEIK *et al.*, 2003).

O retrato e o crescimento da população idosa brasileira, divididos por sexo, em um período de 50 anos, podem ser observados na Figura 1.

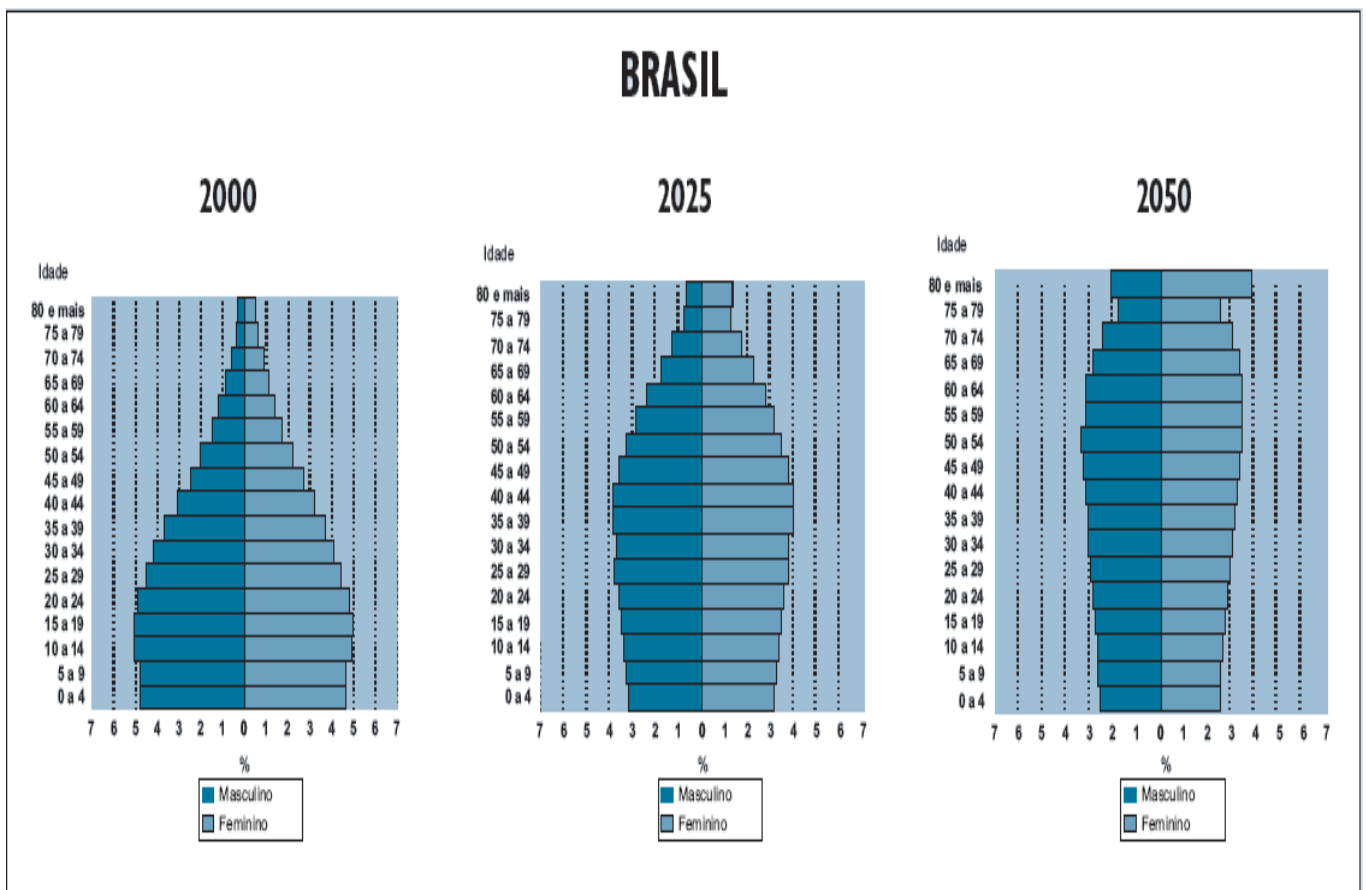


Figura 4.1: Crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos
Fonte: BRASIL (2006)

Percebe-se, com o decorrer dos anos, uma forte tendência do aumento da população idosa, principalmente do sexo feminino. Em 2025, a pirâmide começa a sofrer mudanças estruturais, com o alargamento do ápice e estreitamento da base, significando que a faixa etária de 0 a 14 anos tende a diminuir enquanto que as pessoas com idade acima desta faixa

etária aumentam. Em 2050 é esperada uma maior equidade da população de diferentes faixas etárias, sendo que o formato de pirâmide observado no gráfico de 2000 tende a tomar características retangulares devido a tal equilíbrio, mas prevalecendo a predominância de mulheres idosas.

Este crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas nos mais diversos setores da sociedade, seja na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares, no sistema de saúde, entre outros. O adequado enfrentamento das demandas causadas pelo envelhecimento da população deve estar alinhado com a projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (o primeiro na América Latina), requerendo o conhecimento das características desta demanda (PICCINI *et al.*, 2006).

De acordo com Franchi *et al.* (2005), a população idosa vem aumentando consideravelmente, o que se atribui a uma maior expectativa de vida, provavelmente relacionada a um melhor controle de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas. Tal aumento do número de idosos resulta na necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida. Diante disso tornam-se fundamentais uma boa estruturação das equipes de saúde, a capacitação dos cuidadores de idosos familiares e também a disseminação de subsídios científicos e metodologias a serem aplicadas no trabalho.

O acelerado crescimento populacional de idosos, a partir do século XX, proporcionou uma série de preocupações nas forças governamentais de diversos países, entre eles o Brasil, no que diz respeito às políticas que garantam a proteção dos idosos e forneçam subsídios para a garantia de uma boa qualidade de vida aos mesmos. Até a década de 70, no Brasil, os idosos recebiam principalmente atenção de cunho caritativo de instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. Em se tratando da evolução vinda das primeiras políticas relacionadas á saúde, direitos e proteção dos idosos, Rodrigues *et al.* (2007, p.3) descreve:

[...] Sobressaem artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974, que criou a Renda Mensal Vitalícia, e de outros decretos-leis e portarias relacionadas, particularmente, com as questões da aposentadoria. Porém, a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. Este fórum ocorreu em Viena - Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil. Neste fórum foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, posteriormente publicado em Nova Iorque, em 1983.

A partir da segunda metade do século passado as políticas nacionais de atenção ao idoso se tornaram mais amplas, abrangendo não apenas os direitos, mas também os cuidados a serem destinados à população. O idoso é citado na Constituição Federal de 1988 no que compete aos direitos de dignidade, proteção e assistência social. Outras políticas nacionais de grande relevância estão destacadas abaixo:

Política Nacional do Idoso (PNI): Aprovada em 4 de janeiro de 1994, a Lei Nº 8.842/1994 estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 1994). Como parte das diretrizes, cabe a descentralização das ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais. Na aplicação da Lei devem se consideradas as diferenças econômicas, sociais e regionais, considerando, conforme estipulado, o limite mínimo de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI): consta na íntegra do anexo da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) e dela é parte integrante. Tem como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e reabilitação da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Quanto aos cuidados prestados aos idosos, a PNSI orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento (BRASIL, 1999).

Estatuto do idoso: Por meio da Lei Nº 1.074, de outubro de 2003, entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. O Estatuto possui 118 artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais, incluídas as necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI (BRASIL, 2003). São discutidos os direitos fundamentais do idoso relacionados aos seguintes aspectos: vida, liberdade, respeito, dignidade, alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, assistência social, habitação e ao transporte. Além disso, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Agenda de Compromisso pela Saúde: Criada em 2005 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma das prioridades a atenção à saúde do idoso. Os enfermeiros ocupam papel fundamental na atenção à saúde do idoso, tendo como eixo norteador os princípios do SUS preconizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2007):

- **Primeiro Contato:** atendimento ao idoso nos serviços de saúde quando há ocorrência de problema(s) de saúde.
- **Logitudinalidade:** garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo.
- **Integralidade:** a prestação de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas no idoso em suas múltiplas dimensões diante da diversidade e complexidade de sua existência.
- **Coordenação:** capacidade da garantia de continuidade da atenção ao idoso, mediante discussão dos casos das famílias, com a participação de todos os membros da equipe, intra e extra-equipe.
- **Focalização na Família:** considerar a família como sujeito ativo do processo de cuidar do idoso e orientá-la para exercer o papel de cuidadora familiar.
- **Orientação Comunitária:** reconhecimento das necessidades segundo o contexto (físico e psicológico) em que o idoso está inserido.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI): Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que existem outras leis, decretos, portarias que tratam da questão do idoso e dão embasamento às políticas citadas acima. Salienta-se também que a nível estadual e municipal existem leis específicas e cadernos de atenção básica ao idoso.

4.2 Responsabilidades e ações no atendimento ao idoso pela equipe de PSF

De acordo com Piccini *et al.* (2006), o SUS configura a porta de entrada no sistema a Atenção Básica à Saúde (ABS), nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva. Neste nível, o PSF ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade. As equipes de saúde da família responsáveis devem estar capacitadas em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades da população.

Em se tratando da população idosa, o cuidado implica em ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações apresentadas (PICCINI *et al.*; 2006). Cabe a todos os profissionais de saúde acolher a pessoa idosa de forma humanizada, criando vínculos pautados na ética, compromisso e respeito. A partir destes valores, o acompanhamento dos hábitos e particularidades da vida de cada um se dará de forma saudável, permitindo o maior entendimento das condições familiares e identificando as fragilidades as quais cada pessoa está submetida.

Cada componente da equipe do PSF, não importando a hierarquização, tem um papel fundamental na assistência ao idoso, em busca de proporcionar qualidade de vida à população da terceira idade. Dentro de uma equipe interdisciplinar, é preciso que todos os membros estejam comprometidos com a eficiência e qualidade do trabalho. Para isso, práticas como uma boa comunicação entre a equipe, um ambiente de trabalho organizado e harmonioso fazendo uso de ações planejadas são de grande importância desde o primeiro contato até as fases finais do atendimento.

Uma boa comunicação é pautada diante do reconhecimento das características peculiares de cada paciente. Para isso, são levadas em conta as condições biológicas (déficits cognitivos), psicológicas (emoções, percepção), sociológicas (ambiente, pessoas ao redor) e cultural/espiritual (status social, educação) (BRASIL, 2006).

O ambiente e o processo de trabalho das equipes de saúde da família precisam ser rodeados de ações pró-ativas. O planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, levando-se em conta o "acolher na família/comunidade" dentro das especificidades e da legislação vigente (BRASIL, 2006). Um sistema de trabalho bem organizado é aquele composto por recursos e estruturação das atividades do profissional,

dentro de um planejamento das ações da equipe frente às especificidades de cada atendente e paciente, em se tratando dos PSF.

O atendimento ao idoso realizado em postos de saúde, ou no próprio domicílio, carece de ações sistematizadas onde possa haver um maior controle da situação de cada um e, desse modo, possam ser planejadas consultas e atendimentos norteados por instrumentos de assistência elaborados para cada integrante do PSF. Como exemplos dos instrumentos de assistência ao idoso, temos o histórico (entrevista e exame físico), escala de depressão, tabela nutricional, entre outros a serem discutidos nos tópicos posteriores.

Desse modo, baseado nos Guias de Atenção à Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais/Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2006) e da cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2004) e no Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério Público/Brasília (BRASIL, 2006), são sintetizadas a seguir as atribuições/responsabilidades dos componentes do PSF no que se refere às ações no atendimento do idoso. Os principais métodos, formulários e tabelas foram extraídos destes programas.

Agente Comunitário de Saúde/Equipe:

- Captar o idoso na micro área;
- Cadastrar o idoso na equipe de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde;
- Informar sobre a existência dos serviços;
- Orientar o idoso sobre a importância da consulta médica para detectar, precocemente, os problemas de saúde;
- Auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares;
- Agendar ações e/ou intervenções.

Técnico de Enfermagem/Equipe:

- Avaliar queixas;
- Agendar consultas;
- Cadastrar;
- Encaminhar para os grupos operativos;
- Encaminhar para o serviço de Saúde Bucal se necessário;
- Orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidade.

Médico:

- Realizar consulta médica;
- Oferecer o cuidado através de diagnóstico, tratamento, orientações diversas, solicitação de exames complementares, encaminhamentos;
- Apoiar tecnicamente a equipe de saúde;
- Detectar graus de incapacidade e identificar os gigantes da geriatria.

Psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional:

- Oferecer apoio técnico aos profissionais do PSF, Unidades Básicas de Saúde e outros serviços, supervisionando o atendimento das equipes;
- Apoiar e orientar os Grupos de Idosos e familiares das unidades de saúde;
- Realizar avaliações individuais, se necessário.

Fisioterapeuta:

- Incentivar o trabalho de reabilitação do idoso como um todo: física, mental e social, o mais precocemente possível;
- Oferecer apoio técnico aos profissionais das unidades de saúde em relação às questões específicas da área (exercícios físicos e orientações posturais), supervisionando e orientando o atendimento das equipes locais.

Odontólogo:

- Oferecer o cuidado odonto-geriátrico que deve incluir, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição.

Nutricionista:

- Realizar avaliações e orientações nutricionais.

Enfermeiro:

As atribuições e cuidados do enfermeiro prestados a população idosa serão abordados com maior detalhamento nos tópicos a seguir.

4.3 As ações do enfermeiro perante a população idosa

Diante desta necessidade de recursos que facilitem o atendimento do profissional de saúde e a identificação de pontos de intervenção para com o idoso são descritos e exemplificados a seguir alguns dos instrumentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Durante muito tempo as ações de prevenção de doenças estavam quase que limitadas ao setor hospitalar. Através do Programa de Saúde da Família criado em 1994, o SUS enfoca a atenção básica voltada à comunidade, sendo que, atualmente, o PSF é a principal estratégia de organização da atenção básica no Brasil. Entre os integrantes da equipe multiprofissional do PSF está o enfermeiro, que tem uma grande responsabilidade na promoção da saúde do idoso. O cuidado de idosos por parte da enfermagem foi durante muito tempo vista em segundo plano, embora a enfermagem estivesse entre as poucas profissões envolvidas com os idosos. Tal profissional é hoje extremamente importante no quadro de funcionários do PSF, desenvolvendo ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças (SANTANA, 2008).

De acordo com Silvestre (2003), o enfermeiro enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo. Tal desafio pode ser confirmado quando observamos que vários fenômenos que eram tidos como normais com o avançar da idade, hoje são considerados como decorrentes da instalação de processos patológicos, e devem ser precocemente identificados e trabalhados de forma participativa e efetiva.

Quanto ao processo patológico no envelhecimento, Floriano (2007) afirma que observar o indivíduo, dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão do processo saúde-doença e dos determinantes da qualidade de vida.

Os cuidados de um profissional de saúde perante uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa máxima possível, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia máxima possível (SILVESTRE, 2003).

É diante destes cuidados que, de acordo com o Protocolo de Enfermagem de Atenção à Saúde do Idoso da cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2004) e com a Avaliação

multidimensional do idoso (MINAS GERAIS, 2006), conforme Anexo 1, são descritas abaixo as principais funções do enfermeiro em uma rotina de ações sistematizadas no atendimento ao idoso realizado pelo PSF:

Avaliação geronto-geriátrica

Realizada de forma sistematizada tem como maior objetivo desenvolver um plano adequado de tratamento, considerando-se as especificidades relacionadas aos processos de senescência (alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem com o envelhecimento) e senilidade (modificações determinadas pelas afecções que freqüentemente acometem os idosos). Tal avaliação faz uso dos seguintes instrumentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Histórico (Entrevista e Exame Físico), Levantamento de Problemas e/ou Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Plano de Cuidado (SÃO PAULO, 2004).

O enfermeiro deve respaldar-se na Avaliação multidimensional do idoso (Anexo 1) ao realizar a consulta de enfermagem (MINAS GERAIS, 2006). A consulta de enfermagem deve ser minuciosa e respeitando individualidade e a privacidade da pessoa idosa, considerando suas crenças, mitos e tabus e a contextualização onde o idoso vive, ou seja, seus familiares e nível socioeconômico. Durante a entrevista deve-se considerar as dificuldades de comunicação que o idoso pode apresentar em decorrência do próprio processo de envelhecimento ou de patologias, procurar seguir sempre os princípios de comunicação com o idoso, respeitando as suas limitações, memória e acuidade auditiva.

Caso haja necessidade, deve-se fazer uso de outros recursos avaliativos para esclarecimento de diagnóstico, como, por exemplo, a escala de avaliação geriátrica de depressão (Anexo 2); Índice de Katz para a avaliação das atividades de vida diária básica e instrumentais (Anexo 3); a Escala de Lawton Brody para subsidiar o enfermeiro nas orientações de auto cuidado (Anexo 4). É de grande importância a elaboração de um diagnóstico funcional geral e posteriormente a prescrição do plano de cuidado, que deve conter as ações preventivas, promocionais, curativas/ paliativas e reabilitadoras (MINAS GERAIS, 2006).

A primeira consulta de enfermagem, através da entrevista, deve ser mais abrangente porque é o primeiro contato com o idoso. A receptividade, disponibilidade, paciência e atenção são primordiais neste atendimento inicial. No Anexo 5 encontram-se os itens que

devem ser avaliados na consulta, conforme o Protocolo de Enfermagem de Atenção à Saúde do Idoso da cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2004), entre eles:

PERFIL NUTRICIONAL

Cabe aqui ressaltar que o perfil nutricional está diretamente relacionado com a alimentação: composição, número de refeições, quem prepara, conservação, deglutição, mastigação e outros. Para uma melhor avaliação deste perfil a Escala de Risco Nutricional (adaptada por CANTERA; DOMINGO, 1998), mostra diversas condições, onde devem ser assinaladas apenas as respostas afirmativas e, de acordo com a pontuação, devem ser tomadas as precauções indicadas e as orientações pertinentes (Anexo 6). É de suma importância que o enfermeiro identifique valores de interferência na condição nutricional do indivíduo idoso entre eles: fatores fisiológicos, metabólicos, psicológicos, sociais e patológicos, observando as especificidades de cada um. Fazendo uso da Escala Nutricional e do IMC (Índice de Massa Corporal), deve-se orientar o idoso para hábitos alimentares saudáveis e, quando se fizer necessário, o encaminhamento ao nutricionista.

PERFIL PSICOLÓGICO

No perfil psicológico devem ser avaliados os vícios, o sono, repouso e a cognição/memória. Pode ser aplicado um teste simplificado de Exame do Estado Mental, que se trata de um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva. Tal teste é exemplificado no Anexo 7, onde escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica. A saber:

Pontuação total = 30 pontos

As notas de corte sugeridas são:

- *Analfabetos = 0 a 19 pontos*
- *1 a 3 anos de escolaridade = 19 a 23 pontos*
- *4 a 7 anos de escolaridade = 24 a 28 pontos*
- *Mais que 7 anos de escolaridade = 28 a 30 pontos*

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, porém ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal (FERRARI, 2007). De grande importância para ilustrar tal perfil, a Escala de depressão geriátrica de Yesavage auxilia na identificação de idosos com suspeita de depressão (Anexo 2). Na escala o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o

escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. Cada ponto é alcançado na conformidade da resposta do entrevistado (SÃO PAULO, 2004).

PERFIL SÓCIO-CULTURAL

De acordo com Sá (2004), a velhice é um fenômeno com caráter histórico-cultural, marcado pela atividade humana. É uma categoria social que depende da ideologia da sociedade da qual se fala. O envelhecimento é próprio de cada ser e, assim, é intrínseco.

O perfil sócio-cultural considera as atividades de lazer, atividades laborais, ocupação do tempo livre, espiritualidade, ansiedade, estresse, entre outras. Jodelet (2001) ressalta que a importância de se considerar o contexto social no qual as pessoas e os grupos estão inseridos, a comunicação que se estabelece entre eles e os quadros de apreensão fornecidos pela bagagem cultural. Para isso, devem-se levar em conta os códigos, valores e ideologias ligadas às posições ou participações sociais específicas de cada idoso. Tal perfil precisa ser identificado em cada idoso, a fim de observar a inclusão social e obter indicadores da qualidade de vida.

Dentre as atividades que contribuem para uma boa qualidade de vida estão os exercícios físicos, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, fazendo parte, deste modo, de uma ação estratégica em prol de uma vida não sedentária. Observa-se uma melhora da capacidade funcional e laborativa em nível cardiovascular, osteomuscular esquelético, pulmonar, endócrino, hematológico e imunológico. Assim, dentro do possível, deve-se incentivar a prática de atividades físicas. Atualmente as atividades mais comuns na terceira idade envolvem: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, Tai Chi Chuan, Lian Gong, entre outras (BRASIL, 2006).

PERFIL DE AMBIENTE (MORADIA)

Na percepção de Maciel (2002), a avaliação global tem por objetivo desenvolver um plano adequado de tratamento e acompanhamento em longo prazo, mostrando, assim, que a avaliação multidimensional do idoso compreende uma forma de se avaliar seu nível de saúde ou de qualidade de vida, sendo instrumento de fundamental importância para os trabalhadores de saúde que atendem aos idosos.

A avaliação multidimensional abrange o perfil de ambiente levando-se em contas as condições em que se encontra a moradia do idoso. Deve-se levar em considerações questões

de higiene e segurança como banheira, corrimão, animais domésticos, tapetes, entre outros (MACIEL, 2002).

Em se tratando de casas familiares, onde há participação dos cuidadores, é preciso um preparo da família, com a inclusão da mesma no plano de cuidados do profissional de saúde. Silva (2007) ressalta que assistência em saúde propõe que o idoso acometido por uma condição crônica e com incapacidades deve ser cuidado no ambiente onde sempre viveu e adoeceu. Contudo, tal proposta passa por uma série de obstáculos, visto que nem sempre a família tem condições de assumir responsabilidades pelo cuidado do idoso, somado ao fato de que vivenciar a possibilidade da perda também pode ser um aspecto que dificulte os cuidados por parte do familiar.

Dentro da avaliação multidimensional e do ambiente onde vive o idoso, um importante indicador da saúde a ser observado é a capacidade de um indivíduo se mover, ou seja, exercer suas atividades de vida diária com independência e mobilidade. Dificuldades para mobilidade e para as atividades de vida diária podem trazer uma série de complicações para o idoso, inclusive aumentando quadros de depressão diante da dependência locomotiva. Os problemas de mobilidade, barreiras para o autocuidado, podem ser minimizadas pelo uso de equipamentos, tais como bengala, andador, calçadeiras, adaptações no ambiente e mudanças de comportamento (BRASIL, 2006).

A avaliação do grau de independência do indivíduo para locomoção é fundamental para que se identifique o risco de quedas e suas complicações. As quedas trazem como consequência um quadro de insegurança por parte do idoso, comprometendo a convivência e atividades cotidianas como alimentação, higiene e vestuário, interferindo nos mais diversos aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida. Faz-se necessário avaliar com maiores cuidados pacientes que apresentam maior tendência a quedas, sendo aqueles com: história anterior de fratura osteoporótica; mobilidade prejudicada; incapacidade de se levantar da cadeira sem o auxílio dos braços; marcha instável; distúrbios cognitivos (BRASIL, 2006).

Avaliação das atividades de vida diária

A avaliação das atividades de vida diária básicas e instrumentais é muito importante pois o enfermeiro necessita diagnosticar o nível de dependência do idoso para orientá-lo e orientar também o cuidador e a família. O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Katz (Anexo 3) é um dos instrumentos mais utilizados para tal avaliação. São observadas a independência no desempenho de seis funções: higiene e banho, vestuário, uso do vaso sanitário, mobilização/transferência, continência e alimentação (BRASIL, 2006).

Exames laboratoriais

Os seguintes exames laboratoriais básicos devem ser solicitados pelo médico na primeira consulta e anualmente devem ser repetidos, buscando alterações: hemoglobina, hematócrito, VHS, albumina, creatinina, potássio, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total, colesterol HDL e LDL, triglicérides, cálcio, ácido úrico, fosfatase alcalina, clearance de creatinina, TSH e PSA (SÃO PAULO, 2004). O enfermeiro deve acompanhar os resultados destes exames, orientando o idoso e o familiar quando ocorrer alguma alteração.

Imunizações

Preconizadas pela OMS as três vacinas básicas são: Toxóide Tetânico e Diftérico para Adulto (Dt); Vacina Contra Influenza; e Vacina Polissacarídea contra o pneumococo (SÃO PAULO, 2004).

Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade por meio de modificações do estilo de vida, através de práticas de: reeducação alimentar, estimulação de atividades físicas, dieta hipossódica, hipocalórica, controle glicêmico, entre outras (SÃO PAULO, 2004).

Caso haja necessidade do uso de medicamentos, é de responsabilidade do enfermeiro transcrever (durante a consulta de enfermagem) medicamentos que são estabelecidos em programas oficiais de saúde pública (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST, entre outros) e em rotina aprovada pela SMS (SÃO PAULO, 2004). Cabe ao enfermeiro fazer o monitoramento do uso dos medicamentos prescritos, solicitando aos agentes comunitários de saúde que durante a visita domiciliar verifiquem se o idoso está fazendo o uso correto do medicamento.

Saúde Bucal

De acordo com Rivaldo *et al.* (2008), assim como as teorias do envelhecimento, o estado de saúde bucal do idoso transcende os limites biológicos, sendo composto por requisitos funcionais, estéticos, psicológicos e sociais em busca da qualidade de vida.

É muito importante, por parte do enfermeiro, realizar orientações para procedimentos de limpeza e usos de próteses, bem como o encaminhamento ao dentista quando se fizer necessário. Entre as orientações podemos destacar que independente da presença de dentes é

necessário limpar: língua, céu da boca, bochechas e gengivas. Para isso deve-se fazer uso de escova de dente, fio dental, gases, etc. Para aqueles que fazem uso de próteses devem ser alertados alguns cuidados como higienização, mastigação correta, escovação adequada, desinfecção e consultas com o dentista.

Trabalho em grupo

Um grupo, seja de amigos, religioso, terceira idade, entre outros é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Os grupos permitem descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, por consequência, elevam a auto-estima. Através deles torna-se possível a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (Brasil, 2006).

A formação de grupos pode dar-se em função dos interesses de cada um e o profissional de enfermagem atua no sentido de orientar os participantes à participação no grupo em busca de uma melhor qualidade de vida, bem como participar dos encontros e fazer uso das orientações ao controle de doenças, dentro de uma postura que vá de encontro às características e interesses dos participantes.

Dentre diversos tipos de grupos, podem ser citados, dentro da divisão por interesses (SÃO PAULO, 2004):

- A) Interesse físico:** caminhada, Tai Chi Chuan, Lian Gong, alongamento, etc.
- B) Interesse prático:** tricô, crochê, fuxico, biscuit, culinária, jardinagem, etc.
- C) Interesse artístico:** pintura em tecido, pintura em tela, mosaico, etc.
- D) Interesse intelectual:** palestras sobre assuntos de interesse para faixa etária, coral, teatro, alfabetização para adultos, etc.
- E) Interesse social:** passeios, bailes, bingos, etc.

Visitas domiciliares ao idoso

Sendo considerada uma ação estratégica, a visita domiciliar, além de um tratamento padronizado, é um método aplicado ao idoso que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente. Tem por objetivo acompanhar o idoso e seu familiar/cuidador através da proteção, promoção e recuperação da

saúde; observar o ambiente em que vive o idoso e fornecer orientações relativas aos cuidados (SÃO PAULO, 2004).

Nas consultas de enfermagem subseqüentes a entrevista será direcionada a aspectos de relevância dentro da situação particular do idoso em questão. Tal consulta engloba também o exame físico geral e específico; a avaliação dos cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente e/ou familiares/ cuidadores; a avaliação dos resultados dos exames; e os possíveis encaminhamentos necessários para demais profissionais da equipe de saúde (SÃO PAULO, 2004).

Todas estas medidas citadas vão de encontro à assistência em agravos à saúde. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Os principais agravos a que os idosos estão propensos são: demências, incontinência urinária, hipertensão arterial, hipotensão postural ou ortostática, diabetes e osteoporose (BRASIL, 2006).

Além dos agravos, cabe ressaltar aqui a necessidade de atenção para que se identifique e recrimine casos de violência e maus tratos aos idosos, tema muito mais freqüente do que se pensa e realizada de forma velada, muitas vezes pelos próprios cuidadores, seja de forma física, psicológica, financeira, etc.

4.4 Indicadores e programação do atendimento do idoso

Diante da importância de se conhecer população idosa com a qual está trabalhando é pertinente fazer um diagnóstico do estado de saúde dos idosos, na área de abrangência do PSF Dra. Valéria Baeta, para que se trace um plano de ação de atendimento desta população de acordo com a prioridade apontada no diagnóstico e também para que haja um controle das especificidades do público alvo.

Para isso, será utilizado como instrumento de coleta de dados a Tabela 1 que contém os itens necessários para demonstrar o estado de saúde dos idosos da área de interesse, resultando em um maior conhecimento das necessidades e agravos apresentados por essa população. Além dos itens contidos nesta tabela no Caderno de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006), sugere-se também a avaliação da prevalência de idosos hipertensos, idosos com diabetes e com outras comorbidades.

Propõe-se para o PSF o cumprimento de um plano de ação, ou seja, uma planilha de programação local da saúde do idoso, com prazos a serem definidos de acordo com as características locais. Também baseado no Caderno de Atenção de Minas Gerais (2006), levando-se em conta o estado ao qual está localizada a cidade de Entre Rios de Minas e consequentemente o PSF Dra. Valéria Baêta, a Tabela 2 indica um plano padronizado, fazendo uso do histórico sugerido anteriormente, conferindo um direcional para as iniciativas de se implantar uma programação sistematizada de atendimento ao idoso no PSF.

POPULAÇÃO ALVO: 60 ANOS OU MAIS	
Idoso na área de abrangência	
Hospitalização acima de 60 anos	
Hospitalização por faixa: etária: 60 a 75 anos	
Hospitalização por faixa: etária 75 a 90 anos	
Hospitalização por faixa: etária 90 anos e mais	
Hospitalização por AVE	
Hospitalização por ICC	
Taxa anual de mortalidade	
Taxa anual de mortalidade por quedas e complicações	
Prevalência de idosos com dependência total (Atividades Básicas da Vida Diária -ABVDs)	
Prevalência de idosos com dependência parcial (Atividades Básicas da Vida Diária -AVDs básicas e Atividades Instrumentais da Vida Diária-AIVDs)	
Prevalência de idosos independentes (Atividades Básicas da Vida Diária -AVDs básicas e Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVDs)	
Prevalência de idosos com Incontinência Urinária	
Prevalência de idosos com Incontinência Fecal	
Prevalência de idosos com demência	
Prevalência de quedas com repercussões/ fratura de fêmur	

Tabela 1: Histórico da situação dos idosos dentro da abrangência do PSF
Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2006)

A ATENÇÃO PROGRAMADA - PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO SAÚDE DO IDOSO		
PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL		
RESULTADO	ATIVIDADES	PARÂMETROS
Acompanhamento de todos os idosos (60 anos ou mais) da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde	Identificar todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e cadastrar para acompanhamento	100% dos idosos identificados e cadastrados na Unidade Básica de Saúde
	Realizar primeira consulta médica para todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde e estratificar por grau de risco: Risco habitual ou Risco Alto	100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco
	Realizar consultas para acompanhamento de todos os idosos de risco habitual	100% dos idosos de risco habitual da UBS realizam: - 01 consulta médicas por ano - 01 consulta enfermagem por ano
	Realizar consultas para acompanhamento de todos os idosos de alto risco	100% dos idosos de alto risco da UBS realizam: - 03 consultas médicas por ano - 03 consultas enfermagem por ano
	Consulta domiciliar, médica e de enfermagem para todos os idosos acamados da área de abrangência	100% dos idosos acamados da área de abrangência recebem visitas domiciliares: - 06 consultas médicas por ano - 06 consultas enfermagem por ano - 01 visita por mês pelo ACS
	Realizar atividades educativas para todos idosos cadastrados	100% dos idosos participam de 4 ações educativas por ano
	Garantir Imunização para Influenza, Pneumococo e Tétano.	100 % dos idosos da área de abrangência são imunizados
	Realizar exames complementares na primeira consulta: Hemograma, Glicemia de jejum, Vitamina B12, Acido Fólico, Creatinina, TSH, T4 Livre, Urina rotina, Colesterol Fracionado, Triglicérides, Pesquisa de Sangue oculto nas fezes, PSA, Eletrocardiograma, ou outros.	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em primeira consulta
	Exames anuais em consultas subsequentes: Glicemia de jejum, TSH, Colesterol fracionado, Triglicérides, PSA, ou outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em consulta anual
	Realizar avaliação para identificação de idoso que apresente os Gigantes da Geriatria ou outros fatores de risco em todas as consultas	100% dos idosos realizam consultas subsequentes médicas/enfermagem, exames e procedimentos descritos nas linhas guias para identificação dos Gigantes da Geriatria ou outros fatores de risco
Executar o Plano de Cuidados definidos pela própria APS ou encaminhado por outros pontos de atenção	100% dos usuários que foram avaliados deverão ser acompanhados de acordo com o Plano de Cuidados.	
Diminuição da Hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em Atenção Primária	Avaliação, classificação por grau de risco com acompanhamento de todos os idosos da área de abrangência da Unidade de Saúde	100% dos idosos avaliados devem ser classificados de acordo com o grau de risco e acompanhados na Unidade Básica de Saúde

Tabela 2: Planilha de programação local de saúde do idoso
Fonte: Minas Gerais (2006)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que as políticas de proteção ao idoso têm evoluído nos últimos anos com a preocupação de possibilitar direitos de dignidade, proteção e assistência social, eliminando atitudes que coloquem o cidadão idoso em situações de discriminação e à margem da sociedade.

O levantamento bibliográfico realizado neste trabalho referente ao atendimento do idoso pode contribuir no sentido de aumentar as ações planejadas da equipe de PSF acerca dos cuidados relacionados à população da terceira idade. É interessante que cada PSF elabore ações programáticas específicas à população local, fazendo uso de campanhas, grupos de trabalho e visitas domiciliares.

Baseado no alto número de idosos no município de Entre Rios de Minas, especificamente a alta porcentagem abrangida pelo PSF Dra Valeria Baêta, sugere-se que sejam adotadas ações pertinentes a cada profissional da ESF, conforme descrito neste trabalho. É de grande valia um planejamento que, levando em conta os respectivos históricos de enfermidades e condições em que se encontram os idosos da área de abrangência, possibilite a promoção de ações voltadas para melhores cuidados e prevenção de doenças.

Em linhas gerais, dentro da equipe de PSF, o profissional de enfermagem tem um papel de extrema importância no sentido de coordenar a equipe na estruturação do atendimento ao idoso, observando as carências da região e identificando as necessidades, riscos, e ações a serem tomadas. Além disso, fazendo uso de subsídios técnicos, o enfermeiro tem o papel de realizar ações de promoção da saúde, prevenção e monitoramento de doenças, identificação de agravos e recuperação da saúde no idoso.

Na sistematização do atendimento, devem ser considerados não apenas os casos em que o paciente já apresenta sinais de agravos, mas também devem ser orientado que os idosos realizem consultas preventivas no PSF, além de estímulos para que formem grupos sociais de interesse comum, tenham uma alimentação adequada, pratiquem atividades físicas e mantenham hábitos saudáveis, tudo isso em prol de um resultado que proporcione bem estar e qualidade de vida na terceira idade.

6. REFERÊNCIAS

BATISTA, L. L.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. S. L. Avaliação Geriátrica Abrangente de Idosos Atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista APS**, v.6, n.2, p. 61-69, jul./dez. 2003.

BRASIL. **Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria No 1.395 de 9 de dezembro de 1999 - Política Nacional de Saúde do Idoso.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Justiça. **Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003, sobre o Estatuto do Idoso.** Sub chefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 - Política Nacional de atenção Básica.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica.** Brasília, 2007.

CANTERA, R; DOMINGO, L. **Geriatrics.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. p. 161 -164.

CHEIK, N. C. *et al.* Efeito do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento.** Brasília, v. 11, n. 3, 2003.

CIAPE – Centro Interdisciplinar de Assistência e pesquisa em Envelhecimento. **Escalas das atividades da vida diária – AVD.** Disponível em: www.ciape.org.br/matdidatico/telma/avaliacoes_funcionais.doc.

DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos.** 7ª edição, São Paulo/SP: Cortez, 2000.

FERRARI J. F.; DELACORTE R. R. Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica.** Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2007.

FLORIANO P. J.; DALGALARRONDO P.. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 56, n.3, 2007.

FRANCHI, K. M. B *et al.* Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Perspectivas e controvérsias**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo/SP: Atlas, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2005**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Censo Demográfico de 2009**. Rio de Janeiro, 2009.

JODELET, D. **Representações Sociais: um domínio em expansão**. In: As Representações Sociais. Tradução: Lílian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ R. W.; et al. **Studies of illness in the aged. The Index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function**. J Am Med Assoc. 1963.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. Gerontologist, v. 9, 1969.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M. & GUIMARÃES, R. M., 2000a. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, 9:23-41.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro/RJ. Revinter, 2002.

MARCUS, M. T.; LIHER, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliações críticas e utilização**. 4. Ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

PICCINI, R. X. *et al*; Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERY, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

RIVALDO, E. G. et al. Envelhecimento e Saúde Bucal. **Stomatos**. Vol. 14. Universidad Autónoma Del Estado de México, 2008.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERY, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

RODRIGUES, R. A. P. *et al*; Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. In: **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 20, n.2, 2007. Editorial.

SÁ, S. P. C. **Idoso: Representação da velhice e do cuidado de si**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2004.

SANTANA, J. E. O Papel da Enfermagem na saúde do idoso dentro do PSF. **Enfermagem**. Faculdade de Quatro Marcos, São José dos Quatro Marcos/MT, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso – Protocolo de Enfermagem**. São Paulo, 2004.

SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. **Crescimento Populacional: Aspectos Demográficos e Sociais**. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1998.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica 2009. **Estratégia Saúde da Família Entre Rios de Minas**. Entre Rios de Minas/ MG, 2009.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2002.

SILVA, L. *et al*. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de enfermagem**, 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública – Opinião**. Rio de Janeiro/RJ, 2003.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating Nutrition Screening and Interventions into Medical Practice**. A Monograph for Physicians. Whashington DC. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc., 1994.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

YESAVAGE, J. A.; BRINK T. L.; ROSE T. L., et al. **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report**. J Psychiatr Res. 1983.

ANEXOS

ANEXO 1: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	
Dimensões a serem avaliadas	Instrumentos de avaliação
Identificação	Anamnese
Queixa(s) Principal(is)	Anamnese
Sistemas Fisiológicos Principais	Anamnese e exame físico dos aparelhos/sistemas
Avaliação da Cavidade Oral	Exame da cavidade oral
Atividades de Vida Diária Básicas (Autocuidado)	Índice de Katz
Atividades de Vida Diária Instrumentais	Escala de Lawton-Brody / Escala de Pfeffer
Mobilidade	<i>Timed up and go test</i> e <i>Get up and go test</i> Teste de Romberg - <i>Nudge test</i> - Suporte unipodálico
Avaliação Cognitiva	Mini-Mental - Fluência Verbal - Lista de 10 palavras Reconhecimento de Figuras - Teste do Relógio
Avaliação do Humor	Escala Geriátrica de Depressão
Comunicação: Acuidade visual	Snellen simplificado
Comunicação: Acuidade auditiva	Teste do sussurro
Comunicação: Voz	Avaliação da voz
Avaliação Nutricional	Mini-Avaliação Nutricional
Avaliação de Medicamentos	Listagem dos Medicamentos
História Pessoal Atual e Pregressa	Anamnese familiar
Avaliação Sociofamiliar	Anamnese familiar
Avaliação Ambiental	Avaliação de riscos ambientais
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL	
PLANO DE CUIDADOS Ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas e reabilitadoras	

Fonte: Minas Gerais (2006)

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**

- 1- Satisfeito(a) com a vida? (não)
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades? (sim)
3. Acha sua vida vazia? (sim)
4. Aborrece -se com freqüência? (sim)
5. Sente -se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
7. Sente -se alegre a maior parte do tempo? (não)
8. Sente -se desamparado(a) com freqüência? (sim)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não)
13. Sente -se cheio(a) de energia? (não)
14. Acha que sua situação tem solução? (não)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

Quando a resposta:

for diferente do exemplo entre parênteses = 0

for igual ao exemplo entre parênteses = 1

Total > 5 = suspeição de depressão

Fonte: Yesavage (1983) extraído de São Paulo (2004)

ANEXO 3: DESEMPENHO DO IDOSO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Higiene - Banho	<ul style="list-style-type: none"> • Não recebe ajuda • Recebe ajuda na lavagem de apenas parte do corpo (ex. dorso ou pernas) • Recebe ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo, ou ajuda para entrar ou sair do banheiro.
Vestuário	<ul style="list-style-type: none"> • Pega a roupa e veste-se completamente sem ajuda • Sem ajuda, exceto para amarrar os cordões dos sapatos • Recebe ajuda para pegar a roupa, ou para se vestir, ou permanece parcialmente vestido.
Uso do vaso sanitário	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza o vaso sanitário, limpa-se e veste-se sem ajuda (pode usar bengala, andador ou cadeira de rodas). Pode usar bacia ou urinol durante a noite, despejando-a pela manhã. • Recebe ajuda para ir ao banheiro, limpar-se, vestir-se, ou no uso noturno do urinol.
Mobilização - transferência	<ul style="list-style-type: none"> • Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar bengala ou andador). • Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. • Não levanta da cama.
Continência	<ul style="list-style-type: none"> • Controlam completamente ambos os esfíncteres. • Incontinência ocasional. • Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Sem ajuda • Ajuda para cortar a carne ou passar a manteiga no pão • Recebe ajuda para se alimentar parcial ou completamente, com sondas ou líquidos endovenosos.

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

Fonte: Katz (1963) extraído de Brasil (2006)

ANEXO 4: ESCALA DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD

1 - Cuidados Pessoais

A – Alimentação

- 0 = normal
- 1 = independente
- 2 = necessita de ajuda para cortar ou servir, derruba com frequência
- 3 = deve ser alimentado na maioria das refeições

B – Vestir-se

- 0 = normal
- 1 = independente, mas lento e desajeitado
- 2 = seqüência errada, esquece itens
- 3 = necessita de ajuda para vestir-se

C – Banho

- 0 = normal
- 1 = banha-se só, mas necessita ser lembrado
- 2 = banha-se só, com assistência
- 3 = deve ser banhado por outros

D – Eliminações fisiológicas

- 0 = vai ao banheiro independentemente
- 1 = vai ao banheiro quando lembrado: alguns problemas
- 2 = precisa de assistência para a atividade
- 3 = não tem controle sobre fezes e urina

E – Medicação

- 0 = lembra sem ajuda
- 1 = lembra-se quando a medicação é deixada em local especial
- 2 = necessita de lembretes escritos ou falados
- 3 = deve receber a medicação de outros

F – Interesse na aparência pessoal

- 0 = o mesmo de sempre
- 1 = interessa-se quando vai sair, mas não em casa
- 2 = permite ser arrumado ou o faz quando solicitado
- 3 = resiste para ser limpo e trocado por terceiros

2 - Cuidados Domésticos

A – Preparação de comidas, cozinhar

- 0 = planeja e prepara comidas sem dificuldades
- 1 = cozinha, mas menos que o habitual ou com menos variedade
- 2 = pega a comida somente se esta já estiver preparada
- 3 = nada faz para preparar a comida

B – Arrumação da mesa

- 0 = normal
- 1 = independente, mas lento ou desajeitado
- 2 = esquece-se de itens ou os coloca em local errado
- 3 = não realiza mais esta atividade

C – Trabalhos domésticos

- 0 = mantém a casa como de costume
- 1 = faz apenas metade do seu trabalho
- 2 = ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços
- 3 = não mais cuida da casa

D – Reparos domésticos

- 0 = realiza todos os reparos habituais
- 1 = realiza ao menos metade dos reparos habituais
- 2 = ocasionalmente faz reparos menores
- 3 = não faz mais nenhum reparo

E - Lavar roupas

- 0 = lava-as como de costume (rotina)
- 1 = lava com menor frequência
- 2 = lava apenas se lembrado; esquece o sabão
- 3 = não lava mais as roupas

3 – Trabalho e recreação

A – Trabalho

- 0 = trabalha normalmente
- 1 = problemas leves com responsabilidades de rotina
- 2 = trabalha em atividade mais fácil ou meio período; medo de perder o emprego
- 3 = não trabalha mais

B – Recreação

- 0 = a mesma habitual
- 1 = atividade recreacional menos freqüente
- 2 = perdeu certas habilidade necessárias para atividades recreativas, deve ser persuadido a participar das atividades
- 3 = não possui mais atividades recreacionais

C – Organizações

- 0 = comparece a encontros; mantém as responsabilidades como sempre
- 1 = comparece menos freqüentemente
- 2 = comparece ocasionalmente, não tem maiores responsabilidades
- 3 = não comparece mais aos encontros

D – Viagens

- 0 = o mesmo que o habitual
- 1 = viaja se alguém mais dirigir
- 2 = viaja em cadeira de rodas
- 3 = limitado à casa ou ao hospital

4 – Compras e dinheiro

A - Compra de comidas

- 0 = normal
- 1 = esquece de itens ou compra itens desnecessários
- 2 = necessita ser acompanhado enquanto faz as compras
- 3 = não mais faz as compras

B – uso de dinheiro

- 0 = normal

- 1 = tem dificuldade em pagar valores exatos, contar o dinheiro
- 2 = perde ou coloca o dinheiro em local errado
- 3 = não mais manipula o dinheiro

C – Administração das finanças

- 0 = pagamento de contas e serviços bancários normais
- 1 = paga contas atrasadas, dificuldade para preencher cheques
- 2 = esquece de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita ajuda de terceiros
- 3 = não administra mais as finanças

5 – Locomoção

A – Transporte público

- 0 = utiliza transporte público normalmente
- 1 = utiliza transporte público menos freqüentemente
- 2 = perde-se utilizando transporte público
- 3 = não usa mais transporte público

B – Condução de veículos

- 0 = dirige normalmente
- 1 = dirige mais cautelosamente
- 2 = dirige menos cuidadosamente; perdeu-se enquanto dirigia
- 3 = não mais dirige

C – Mobilidade pela vizinhança

- 0 = normal
- 1 = sai de casa menos freqüentemente
- 2 = perde-se nas proximidades de casa
- 3 = não sai mais desacompanhado (a)

D – Locomoção fora de locais familiares

- 0 = normal
- 1 = ocasionalmente fica desorientado em locais estranhos
- 2 = fica muito desorientado, mas locomove-se se acompanhado
- 3 = não é mais capaz de sair

6 – Comunicação

A – Uso do telefone

- 0 = normal
- 1 = liga apenas para alguns números familiares
- 2 = apenas atende ao telefone
- 3 = não usa mais o telefone

B – Conversas

- 0 = normal
- 1 = menos falante; dificuldade de lembrar-se de normas ou palavras
- 2 = comete erros ocasionais de fala
- 3 = fala quase ininteligível

C – Compreensão

- 0 = compreende tudo o que lhe é dito
- 1 = solicita que repitam

- 2 = tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas, ocasionalmente
- 3 = não compreende que as pessoas falam na maior parte do tempo

D – Leitura

- 0 = normal
- 1 = lê com menor frequência
- 2 = tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu
- 3 = não lê mais

E – Escrita

- 0 = normal
- 1 = escreve com menor frequência, erros ocasionais
- 2 = apenas assina o nome
- 3 = nunca escreve

7 – Relações Sociais (cônjuge)

A – Relações familiares

- 0 = normais
- 1 = pequenos problemas matrimoniais
- 2 = sérios problemas matrimoniais
- 3 = divorciado, separado, sem mais relacionamentos

B – Relações familiares (crianças)

- 0 = normais
- 1 = facilmente irritável, punições intempestivas
- 2 = negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos
- 3 = incapacitado para cuidar das crianças

C – Amigos

- 0 = encontra os amigos com a mesma frequência
- 1 = encontra os amigos com menos frequência
- 2 = aceita visitas, mas não procura companhia
- 3 = recusa-se à vida social; insulta os visitantes

PONTUAÇÃO TOTAL: / 90

Fonte: Lawton e Brody (1969), extraído do CIAP

ANEXO 5: PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A primeira consulta, através da entrevista, deve abranger:

1. Identificação
2. Antecedentes familiares (agravos)
3. Histórico de doenças, tratamento, cirurgias, vícios, entre outros.
4. Imunização
5. Uso de Medicamentos
6. Perfil fisiológico
7. Aspectos sensoriais
8. Riscos familiares
9. Situação familiar
10. Sexualidade
11. Hábito intestinal
12. Perfil de ambiente (moradia)
13. Perfil Nutricional
14. Perfil psicológico
15. Perfil sócio-cultural
16. Auto-cuidado

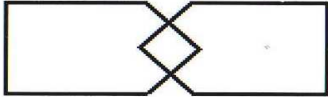
Fonte: São Paulo (2004)

ANEXO 6: ESCALA DE RISCO NUTRICIONAL

Sofre de doença que fez modificar o tipo ou a quantidade de sua alimentação	()	02
Consome menos de 02 refeições diárias.	()	03
Consome poucas frutas, verduras e produtos lácteos.	()	02
Consome bebidas alcoólicas diariamente.	()	02
Tem problemas dentários ou bucais que dificultam a alimentação.	()	02
Nem sempre dispõe de dinheiro suficiente para adquirir os alimentos.	()	04
Come só, na maioria das vezes.	()	01
Consome 03 ou mais medicamentos, com receita ou não, por dia.	()	01
Perdeu ou ganhou mais de 5 quilos nos últimos 6 meses.	()	02
Nem sempre encontra-se em condições físicas para fazer compras, cozinhar ou alimentar-se.	()	02
Pontuação:		
0-2	Ausência de risco. reavaliar após 6 meses	
3-5	Risco Moderado: orientar para mudança no estilo de vida e melhorar hábitos alimentares.	
6 ou mais	Alto risco: encaminhar para nutricionista ou médico	

Fonte: Adaptada por Cantera; Domingo (1998)

ANEXO 7: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	P o n t o s
<p>1. Orientação temporal (0-5): ANO - ESTAÇÃO - MÊS - DIA - DIA DA SEMANA</p> <p>2. Orientação espacial (0-5): ESTADO - RUA - CIDADE - LOCAL - ANDAR</p> <p>3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA - CANETA</p> <p>4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65</p> <p>5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE - RUA - CANETA</p> <p>6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA</p> <p>7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <p>8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.</p> <p>9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHÉ OS OLHOS</p> <p>10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p>TOTAL</p>	

Fonte: São Paulo (2004)