

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RODRIGO BUONINCONTRO RIBEIRO**

**SISTEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS EM UMA EQUIPE**  
**DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2013**

**RODRIGO BUONINCONTRO RIBEIRO**

**SISTEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS  
EM UMA 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, para obtenção do  
Certificado de Especialista

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Lígia Mohallem Carneiro

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

2013

**RODRIGO BUONINCONTRO RIBEIRO**

**SISTEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS  
EM UMA 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, para obtenção do  
Certificado de Especialista

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Lígia Mohallem Carneiro

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Maria Lígia Mohallem Carneiro – Orientador

Prof<sup>a</sup>. Darlene Mara dos Santos Tavares – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 26/10/2013

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar revisão bibliográfica e elaborar um plano de ação para sistematizar a assistência à saúde dos idosos da área de abrangência das microrregiões de saúde de Cataguases/Leopoldina e Além Paraíba, construir um roteiro para avaliação da saúde do idoso e propor ações e intervenções que facilitem o planejamento e ações em saúde. A metodologia baseia-se em revisão bibliográfica, com busca nas bases de dados Lilacs, BVS e SciELO, tendo sido considerados materiais relacionados com a saúde do idoso publicados entre 2002 a 2012. Para identificar a realidade da situação de saúde da pessoa idosa na área de abrangência foi realizada observação ativa nos pontos de atenção, análise no banco de dados DATASUS e aplicação do roteiro pelas equipes de saúde da família. O plano de ação foi dividido nas etapas de identificação e priorização dos problemas; explicação dos problemas e identificação de soluções e elaboração do plano de ação. Com a implantação do plano espera-se sensibilizar e capacitar os profissionais a identificarem a situação de saúde da população idosa e instrumentalizá-los a ofertar as ações necessárias para um atendimento integral, e desse modo contribuir para a reorganização da atenção à saúde do idoso nas microrregiões de saúde da Gerência Regional de Saúde de Leopoldina.

**Descritores:** Saúde do Idoso, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

This paper aims to review the literature and develop a plan of action to systematize the health care of the elderly in the area of coverage of micro health Cataguases / Leopoldina and Além Paraíba, build a roadmap for assessing the health of the elderly and propose actions and interventions that facilitate planning and health actions. The methodology was based on literature review, to search in databases Lilacs, SciELO and VHL, were considered materials related to elderly health published between 2002-2012. To identify the reality of the health situation of the elderly in the area covered has built a script to be used in the elderly, active observation at points of attention in database analysis DATASUS, active observation at points of care and conducting workshop with health professionals. The action plan was divided into the stages of identification and prioritization of problems; explanation of the problems and identifying solutions and developing the action plan. With the implementation of the plan is expected to raise awareness and train professionals to identify the health status of the elderly population and exploited for them to offer the necessary actions to comprehensive care, and thereby contribute to the reorganization of health care for the elderly in micro health of the Regional health Leopoldina.

**Keywords:** Elderly Health Program, Family Health, Primary Health Care

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**GRS** – Gerência Regional de Saúde

**NRAS** – Núcleo de Redes de Atenção à Saúde

**VD** – Visita Domiciliar

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>8</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
3.1. Geral .....	9
3.2. Específico .....	9
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
5.1. A ESF e a Atenção à Saúde do Idoso .....	12
5.2. Atenção Integral à Saúde do Idoso .....	15
<b>6. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>18</b>
6.1. Identificação e priorização do problema .....	19
6.2. Explicação do problema e identificação das soluções.....	20
6.3. Os nós críticos e o planejamento de soluções .....	21
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma situação de transição demográfica acelerada e envelhece de forma rápida e intensa (VERAS, 2009). Vários determinantes contribuíram para o envelhecimento populacional, dentre eles: o progresso de estratégias de produção e distribuição de alimentos, a melhoria das condições sanitárias e de habitação e os programas de saúde pública, e no Brasil, o advento da estreptomicina, penicilina, terapia de reidratação oral e imunizações resultaram em baixas taxas de mortalidade (principalmente infantil a partir da década de 40), o que fez a população crescer. Além disso, a queda da fecundidade, iniciada por volta de 1970, vem aumentando progressivamente a proporção de adultos e idosos (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2009).

Do ponto de vista epidemiológico, houve um deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos. O envelhecimento populacional trouxe como consequência um incremento das condições crônicas e de incapacidades funcionais o que modificou as condições de saúde da população idosa, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (SCHRAMM, 2004). Esses fatores criaram importantes desafios e a necessidade dos serviços de saúde se adaptarem a essas mudanças, de conhecer o perfil de saúde do seu território, planejar e ofertar ações proativas e contínuas voltadas para atender os principais problemas de saúde específicos da população idosa.

Nesse sentido, visando desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia desses cidadãos o cuidado deve ser planejado e ofertado, pelo conceito de condição de saúde, conforme definido por Mendes (2011):

[...] primeira, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado.

Essa estruturação dos modos de atuar dos serviços de saúde visa restabelecer uma coerência entre a situação de saúde da população e a organização das ações pelas equipes de saúde da família dirigidas à sua população definida considerando a dinamicidade que existe nos territórios em que vivem esses idosos (BRASIL, 2011). Desse modo é fundamental que os serviços conheçam a sua população no contexto de sua cultura e de suas preferências, e que desenvolvam um processo de territorialização, realizando o cadastramento por riscos



sociossanitários, a vinculação das famílias, a identificação dos idosos com fatores de riscos e o mapeamento de suas condições de saúde por graus de riscos (MENDES, 2010).

A Gerência Regional de Saúde (GRS) de Leopoldina, onde atuo como especialista em políticas e gestão em saúde abrange duas microrregiões de saúde (Além Paraíba e Leopoldina/Cataguases) que integram 15 municípios da zona da mata mineira. Sua população é de 231.22 pessoas, onde 34.901 são idosas, representando 15% da população total. Ao analisar o consolidado do roteiro de investigação da saúde do idoso (Apêndice A) realizado pelas equipes de saúde da família dos municípios e enviado à GRS Leopoldina, percebemos que muitos desses idosos são portadores de uma ou mais doenças crônicas, são dependentes parcial ou completamente, são acamados e/ou estão sendo polimedicados. Observa-se que em toda essa área de abrangência, a assistência ao idoso é fragmentada e sem planejamento da assistência.

Nessas microrregiões as ações ofertadas para a saúde do idoso se resumem a consultas médicas individuais para a demanda espontânea de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Do ponto de vista do atendimento individual, essas consultas vêm ocorrendo de forma fragmentada por não atenderem aos parâmetros assistenciais como avaliação multidimensional, estratificação de risco e coordenação do cuidado. Sob a perspectiva de uma clínica ampliada, podemos observar a escassez das ações de promoção em saúde, de redução de danos e/ou reabilitação em saúde e a dificuldade de atuação intersetorial.

Essa ausência de sistematização da assistência demonstra a dificuldade dos serviços em organizar seus processos de trabalho (diagnóstico da população idosa, organização da agenda através da estratificação de risco, realização de exames conforme protocolos, realização de busca ativa, etc) o que pouco tem contribuído para a melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Esses desafios reforçam a importância da construção de um plano de ação que promova a organização do serviço, a sistematização da assistência ao idoso e disponibilize ferramentas para uma melhor atuação das equipes de saúde da família no atendimento aos principais problemas de saúde da população idosa, trazendo com isso, a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas e a melhoria na qualidade da assistência prestada.

## 2. JUSTIFICATIVA

O rápido e intenso envelhecimento da população brasileira fica evidente no Censo de 2010: hoje são mais de 20, 8 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade (IBGE, 2010), representando 11,1% da população brasileira (IBGE, 2010).

A maioria dos idosos é de baixo nível educacional e socioeconômico, têm alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações e de incapacidades com aumento do uso de serviços de saúde (LIMA-COSTA, *et al.*, 2003). Essa realidade é constatada pelo fato dos idosos consumirem mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (LIMA-COSTA, *et al.*, 2003).

Paradoxalmente, o sistema de saúde brasileiro está organizado para atender a saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Acresce-se a isso, a notável carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso (BRASIL, 2006).

Esse quadro de transição epidemiológica repercute na saúde como um todo e impõe a necessidade de reconhecer o território e a situação de saúde da população idosa para realizar um correto planejamento das ações de saúde. É imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos que se dispõe hoje (BRASIL, 2006).

Além disso, considerando a necessidade e urgência de se efetivar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e contato preferencial do idoso na rede, é fundamental que os serviços de saúde se organizem e realizem um atendimento humanizado com escuta ativa, de modo a acolher o usuário e oferecer uma postura positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas ou minorá-los ou ainda se responsabilizar pela resposta. Esse acolhimento deve considerar algumas particularidades como conseqüências próprias do envelhecimento, e prestar uma escuta e atenção individual que essa fase da vida exige (MINAS GERAIS, 2006).

A discussão desse cenário justifica a construção de um plano de ação que a partir do levantamento da situação de saúde da população idosa das microrregiões de saúde de Além Paraíba e Cataguases/Leopoldina, possibilite elaborar uma proposta que organize e sistematize as ações com ênfase em facilitar o acesso, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a prevenção, a promoção e a proteção da saúde deste segmento da população, para assim, desenvolver uma assistência integral.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

- Realizar revisão bibliográfica e elaborar um plano de ação para sistematizar a assistência à saúde dos idosos da área de abrangência das microrregiões de saúde de Cataguases/Leopoldina e Além Paraíba.

#### **3.2. Específico**

- Propor intervenções que possam facilitar e subsidiar o planejamento em saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Construir um roteiro para identificar a situação de saúde da pessoa idosa.

## 4. METODOLOGIA

Nesse estudo foi elaborado um plano de ação para sistematizar as ações aos idosos desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que pertencem às microrregiões de saúde de Além Paraíba e Cataguases/Leopoldina. Dividimos o plano de ação em três etapas:

- Identificação e priorização do problema;
- Explicação do problema e identificação das soluções;
- Elaboração do plano de ação;

Para desenvolver a proposta foi realizado anteriormente um levantamento bibliográfico por meio da internet em base eletrônica de dados. Foi utilizada a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e Scientific Electronic Library Online (SciELO), na busca das publicações em anuais.

Foram selecionados artigos, manuais, linhas guias, protocolos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis no site ([www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)). A busca ocorreu em Setembro obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: publicadas em língua portuguesa, relacionados com a realidade brasileira e disponíveis pela internet, publicados de 2001 a 2012 e sendo estudos relacionados com a assistência aos idosos. A revisão bibliográfica ocorreu de Setembro à Dezembro de 2012.

Para identificarmos a realidade das microrregiões de saúde pertencentes à GRS Leopoldina realizamos a construção de um roteiro (apêndice A) para investigação da saúde do idoso, análise em banco de dados do DATASUS, observação ativa nos pontos de atenção e oficinas com os coordenadores de ESF e profissionais das equipes.

Além disso, essas oficinas visaram capacitar os profissionais no planejamento e organização das ações em saúde. Para o período de dispersão da primeira oficina foi dada a tarefa para os profissionais aplicarem o roteiro e de consolidar e trazer essas informações (Apêndice B) para a segunda oficina. Esse levantamento ocorreu nos meses de Janeiro à Março de 2013.

Na segunda oficina, com o consolidado de informações do roteiro de investigação de saúde do idoso os profissionais participaram do processo de construção do plano de ação e identificamos coletivamente as principais dificuldades vivenciadas pelas equipes de ESF e as

possibilidades de realização das ações pelas suas equipes. Consideramos ainda os profissionais que serão responsáveis por cada ação e o tempo necessário para sua realização.

Selecionamos cinco problemas prioritários a serem enfrentados devido à dificuldade de se conseguir intervir ao mesmo tempo e à falta de recursos financeiros, materiais, políticos e humanos. Esses problemas foram selecionados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pelas equipes.

Assim para cada nó crítico considerado estratégico caracterizamos as operações, os resultados, produtos esperados, recursos necessários e responsáveis pelo enfrentamento (CAMPOS, *et al.*, 2010). A proposta de intervenção que pretendemos desenvolver para sistematizar as ações de saúde voltadas ao idoso e integralizar a assistência aos idosos residentes nas microrregiões de Além Paraíba e Leopoldina/Cataguases encontra-se detalhada no quadro 1.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1. A ESF e a Atenção à Saúde do Idoso

De acordo com Brasil (2011) a APS caracteriza-se por:

[...] um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O exercício da APS se dá por meio de “práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos” com a utilização de “tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior relevância em seu território”. Deve ainda observar critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético do acolhimento (BRASIL, 2011).

A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS (STARFIELD, 2002):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. É importante que o serviço se mantenha acessível através de facilidade em agendar consultas, horário flexível de atendimento, acolhimento preferencial do idoso, consultas pré-agendadas, disponibilizar contato telefônico. Além disso, é importante a adaptação da estrutura para acessibilidade do idoso ao serviço, são exemplos: rampas para cadeirantes, boa localização da unidade, que tenha transporte coletivo, ruas e calçadas niveladas e sem buracos, etc;
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam

atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- Orientação comunitária: conhecer a cultura, as dinâmicas e as necessidades da comunidade, através do contato em visitas domiciliares e do levantamento de dados epidemiológicos, realizado através do diagnóstico situacional, do mapeamento do território e identificação de áreas de risco, educação em saúde, ações coletivas e da participação da comunidade relacionada à saúde do idoso e em conselhos locais de saúde;
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Esses atributos favorecem a construção de vínculos corresponsáveis ao longo do tempo e a oferta de uma fonte continuada de atenção, tanto para ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, como para acompanhamento das patologias, garantindo dessa forma a longitudinalidade da atenção (STARFIELD, 2002).

Esse modelo proposto pelo SUS tem como eixos estruturantes a organização das ações e serviços sob os pilares do conhecimento do território de abrangência, pois este possibilita identificar as necessidades, problemas e demandas dessa população (riscos e danos,

percebidos ou não), para dessa forma, através do planejamento local, reorientar o processo de trabalho e organizar as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação voltadas para as necessidades de cada população (FARIA, *et al.*, 2010).

Para reorganizar a APS e substituir o formato anterior de organização dos serviços de saúde, a ESF propõe mudança no processo de trabalho e uma postura mais ativa diante dos problemas e demandas da população (BRASIL, 2011). Suas diretrizes operacionais são: o trabalho em equipe multiprofissional com um território de abrangência definido e uma clientela adscrita de no máximo 4 mil, sendo o ideal 3 mil pessoas, realização de visitas domiciliares e o cadastramento das famílias (FARIA, *et al.*, 2010).

Para efetivar na prática essa proposta, segundo Faria, *et al.* (2010) as equipes de ESF devem estar preparadas para as seguintes atribuições:

- Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes;
- Elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- Promover a assistência, de forma contínua e racionalizada, às demandas espontânea e organizada;
- Resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, no limite das possibilidades do sistema, as situações de referência e contrarreferência detectadas;
- Desenvolver metodologias pedagógicas que permitam a introdução do autocuidado junto aos usuários;
- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Atuando nessa perspectiva, a equipe de saúde da família possui uma forma específica de conhecer o sujeito dentro do contexto sociocultural em que ele está inserido e reconhece melhor a sua situação de saúde e as causas dos problemas e riscos aos quais está exposto e, assim, identifica melhor a necessidade de atenção de sua população idosa (MINAS GERAIS, 2006).

Quando a equipe não consegue responder às necessidades do idoso na APS, ela deve coordenar o cuidado através de monitoramento nos diversos pontos de atenção e referenciá-lo para os diferentes pontos de atenção da rede (MORAES, 2012). Desse modo a ESF consegue garantir a integralidade da atenção à população idosa.



## 5.2. Atenção Integral à Saúde do Idoso

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no idoso, baseado em seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. Para isso devem-se estabelecer fluxos bidirecionais funcionantes que aumentem e facilitem o acesso a todos os níveis de atenção. Para a boa qualidade técnica a equipe precisa estar qualificada e deve haver garantia de infraestrutura física adequada e insumo (BRASIL, 2006).

Para Giovanella (2002), a integralidade é exercida em dois níveis: atributos relacionados ao sistema de atenção (garantia de ações e articulação entre promoção, prevenção e recuperação para o indivíduo e coletividade); e atributos relacionados ao processo de atenção individual (abordagem biopsicossocial) e multidimensional. E incorpora ainda a premissa de garantir a atenção nos mais variados níveis de complexidade de atenção, reforçando, assim, a importância do cuidado em redes de atenção à saúde (MORAES, 2012).

As redes de atenção à saúde são definidas por Mendes (2010) como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Assim, a rede de atenção à saúde do idoso deve focar em todo o ciclo do idoso e em todas as ações de saúde necessárias. E de acordo com Costa (2009), é fundamental promover maior interação entre profissionais e idosos através da escuta e do acolhimento.

A ESF tem em sua proposta, na letra da lei, ferramentas de gestão e de organização dos processos de trabalho para colocar em prática a integralidade da atenção à pessoa idosa. Dentro dessas ferramentas podemos citar o cadastramento, o levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sócio-familiar da população idosa, a avaliação funcional individual e coletiva, a participação no planejamento local, monitoramento das ações e a construção do diagnóstico situacional e construção do plano local de ações para enfrentamento dos desafios, problemas e complexidade de saúde da pessoa idosa (FARIA, *et al*, 2010).

O cuidado voltado à pessoa idosa exige uma atenção multidimensional, interdisciplinar e com abordagem global, considerando o território em que o idoso está inserido e a interação entre os fatores sociais, psicológicos e físicos que influenciam na saúde dos mesmos (MORAES, 2012).

Evidências atuais demonstram que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia deve ser associada a quatro condições essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais (MORAES, 2012):

- Avaliação multidimensional ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado;
- Elaboração, implantação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada;
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implantação do plano de cuidados (linha do cuidado ou gestão da clínica);
- Promoção do engajamento ativo do paciente e sua família no cuidado com sua saúde.

Todo o planejamento das ações deve ser realizado de forma compartilhada com o paciente e sua família, juntamente com a equipe de APS. Essas estratégias propõem as seguintes intervenções (MORAES, 2012):

- Avaliação Multidimensional: a primeira avaliação do idoso tem caráter multidimensional, abordando os aspectos clínicos, funcionais, cognitivos, afetivos, psicossociais, nutricionais e ambientais. São utilizados as escalas clássicas de avaliação multidimensional, como as atividades de vida diária básicas e instrumentais, o mini-exame do estado mental (MEEM), o Get Up and Go Test, a Escala Geriátrica de Depressão, o CAGE (rastreamento de alcoolismo) e questionários de investigação de déficit auditivo, quedas e incontinência urinária;
- Planejamento das ações: a equipe elabora o plano de cuidados do paciente, contendo as demandas de saúde e as estratégias de implantação e monitoramento. O plano de cuidados é compartilhado com equipe de APS e com o paciente e seus familiares, discutindo-se as suas preferências, prioridades e intenções. Após a individualização das metas terapêuticas e das ações propostas, elabora-se o plano de ação, escrito de forma compreensível para o usuário (“Meu Plano de Ação”);
- Autocuidado Apoiado: busca-se o desenvolvimento do sentimento de autoeficácia do paciente, através de orientação sistematizada sobre o manejo das suas condições crônicas de saúde. O paciente aprende a refinar, aperfeiçoar e implantar seu plano de ação, através de esquemas e lembretes capazes de facilitar a mudança de hábitos

alimentares, higiene do sono, atividade física, uso de medicamentos, suspensão do álcool e do fumo, assim como o automonitoramento das metas terapêuticas;

- Monitoramento: realizado mensalmente, no mínimo, através de visitas domiciliares (VD) ou ligações telefônicas para detectar novos problemas e orientar soluções. Todas as novas demandas são apresentadas e discutidas com a equipe de APS;
- Estratégias Motivacionais: além do monitoramento através de VD, utilizam-se as técnicas de entrevista motivacional para facilitar a participação do paciente no cuidado e aumentar sua aderência ao plano de ação;
- Educação e suporte à família: a enfermeira oferece assistência individual ou em grupo para todos os familiares e amigos de pacientes dependentes, composta por uma avaliação inicial do cuidador, sessões de orientação sobre os cuidados necessários ao paciente, suporte mensal para reuniões em grupo ou contato telefônico;
- Recursos Comunitários: todos os recursos e serviços existentes na comunidade devem ser reconhecidos e apresentados ao paciente e seus familiares.

A implantação dessa linha de cuidado não exige mudanças profundas do sistema de saúde vigente e fortalece ainda mais o papel de coordenação do cuidado exercido pela atenção primária. Esse profundo conhecimento das necessidades e limitações do usuário e da estrutura e dinâmica da família facilitam a aderência e cumprimento do plano de ação (MORAES, 2012).

Porém, os processos de trabalho das equipes de ESF que pertencem à GRS Leopoldina tem se mostrado muito reativos e caracterizados pela oferta de ações voltadas apenas para a demanda espontânea e sob a forma de consultas médicas individuais e pela dificuldade de acesso da população idosa aos diversos níveis e ações de saúde.

Apesar dos avanços conquistados na consolidação dos princípios e diretrizes norteadores do SUS, a atenção à saúde do idoso na ESF ainda enfrenta vários desafios como a fragmentação do relacionamento entre profissionais e ausência de trabalho em equipe, desorganização do processo de trabalho evidenciado pelo não reconhecimento e a não oferta de ações integrais e sistemáticas à saúde do idoso, falta de complementaridade entre APS e o sistema de referência e despreparo e desconhecimento técnico para atuar de forma ampliada na saúde do idoso (MORAES, 2012).

## 6. DESENVOLVIMENTO

O Plano de Ação é um dos momentos do planejamento em saúde, sendo uma ferramenta indispensável para o trabalho das equipes de APS e um instrumento de referência para acompanhamento das ações, correções dos rumos e avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos (MINAS GERAIS, 2012).

Como a ESF é um espaço privilegiado para a atenção ao idoso, e deve atuar visando à manutenção e melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos (OLIVEIRA; TAVARES, 2010), as equipes devem atuar na perspectiva do conceito ampliado em saúde e ofertar ações educativas, atividades em grupo, atendimentos individuais, domiciliares, entre outros, de modo que consigam garantir um atendimento integral (FARIA, *et al* 2010). Visando atingir esse objetivo a GRS Leopoldina realizou uma oficina de trabalho em janeiro de 2013 sobre o tema “Atenção à Saúde do Idoso”, no intuito de capacitar os profissionais e empoderá-los a identificar os problemas, planejar e ofertar as ações de saúde. Participaram da oficina representantes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e profissionais das equipes de saúde. No evento foram discutidos os seguintes pontos:

- O conceito de “idoso” e essa etapa do ciclo de vida;
- Conflito idoso doente: trabalhar na perspectiva do envelhecimento saudável, de uma condição normal do ciclo de vida;
- APS como centro da atenção à saúde do idoso: como a APS se organiza para a atenção ao envelhecimento saudável e como a APS garante o vínculo na assistência.
- Idoso é usuário sócio-sanitário e é preciso investir na integração com assistência social, permitindo o suporte necessário para promover a autonomia e independência.
- Produção de evidência da mudança do modelo de atenção ao idoso: práticas, instrumentos, ferramentas que envolvem a reorientação da APS, a gestão da clínica, as mudanças das práticas tradicionais de referência e contrarreferência, a abordagem interdisciplinar e intersetorial;
  - Sistematização e divulgação, utilizando-se as linhas de cuidado para divulgação de estudos, relatos, vídeos, documentários ou outras mídias.

Nessa perspectiva foi realizado um alinhamento conceitual sobre a saúde do idoso com os profissionais de saúde e após as oficinas para o período de dispersão era solicitada a realização de algumas atividades, como por exemplo, a aplicação do roteiro de investigação

de saúde do idoso em 100% da população e a consolidação dessas informações para a próxima oficina.

Para descrever a elaboração do plano de ação e sistematizar a atenção ao idoso, optei por adotar as seguintes etapas:

- Identificação e priorização do problema
- Explicação do problema e identificação das soluções
- Elaboração do plano de ação

### **6.1. Identificação e priorização do problema**

De acordo com Campos *et al.* (2010) um problema é definido pela distância existente entre uma situação ideal/desejada da situação encontrada/real. Portanto um problema deve ser entendido como o objeto do nosso trabalho, ou seja, aquilo que nós iremos atuar e pretendemos transformar/modificar.

Os problemas foram identificados através da observação ativa das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios, da análise no banco de dados do DATASUS e da identificação pelos profissionais de saúde após terem aplicado o roteiro de investigação da saúde dos idosos (Apêndice A). Desse modo, coletivamente identificamos na assistência à saúde do idoso na área de abrangência da GRS Leopoldina os seguintes problemas:

- Não reconhecimento da situação de saúde da população idosa;
- Ausência de ações direcionadas para a pessoa idosa nas equipes de saúde da família;
- Pequeno número de profissionais capacitados para o atendimento da população idosa;
- Modelo de atenção baseado na consulta médica individual;
- Desorganização dos processos de trabalho das equipes.

Dessa forma identificamos as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a GRS Leopoldina e as equipes de Saúde da Família têm alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido, ou seja, que está dentro do nosso espaço de governabilidade (CAMPOS, *et al.*, 2010).

Após a identificação desses problemas o Núcleo de Redes de Atenção à Saúde (NRAS) estabeleceu coletivamente a priorização pela sua importância atribuindo-se os valores “baixo, médio e alto” e notas de 0 a 10 para classificar o grau de urgência e a capacidade de enfrentamento das equipes considerando sua governabilidade sobre cada ação.

**Quadro 1 – Priorização dos problemas segundo análise situacional da GRS Leopoldina.**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>SELEÇÃO</b>
Pequeno número de profissionais capacitados para atender aos idosos	Alta	9	Total	7
Não reconhecimento da situação de saúde dos idosos	Alta	8	Parcial	6
Ausência de ações voltadas para os idosos	Alta	7	Parcial	6
Desorganização dos processos de Trabalho	Alta	7	Parcial	5
Modelo de atenção baseado em consultas médicas	Média	6	Parcial	3

Fonte: Observação Ativa e identificação pelos profissionais.

## **6.2. Explicação do problema e identificação das soluções**

Os profissionais de saúde por não estarem devidamente preparados para atender às necessidades da população idosa, não conseguem reconhecer a sua situação de saúde, logo, não ofertam um atendimento integral. Isso resulta na crônica incapacidade das equipes de se organizarem para ofertarem ações sistemáticas voltadas para as necessidades dos idosos, sendo evidenciada, de um modo geral, pela oferta de apenas consultas médicas individuais para a demanda espontânea. Essa assistência fragmentada e voltada apenas para a demanda espontânea evidencia a postura reativa das equipes e a desorganização de seus processos de trabalho.

Esses fatores explicam os grandes vazios assistenciais na assistência aos idosos, visto que os profissionais além de não reconhecerem os problemas de seus idosos também não têm habilidades nem conhecimento técnico para executar as ações de maneira integral. Dessa maneira as equipes perpetuam a cultura de desorganização em seus processos de trabalho e acabam replicando o modelo médico-centrado na queixa conduta, e com isso não conseguem melhorar a qualidade de vida dessa população.

### **6.3. Os nós críticos e o planejamento de soluções**

Identificar as causas da ausência de ações voltadas ao idoso é essencial, pois para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas. Essa análise sistemática possibilita identificar em qual causa, ou “nó crítico” atuar primeiro e quais ações são necessárias para impactar no problema e efetivamente transformá-lo para melhorar a assistência aos idosos (FARIA, *et al.*, 2010).

Dessa forma, para cada um dos nós críticos identificados, caracterizamos as operações/projetos que precisam ser realizados para se intervir nos nós críticos e traçamos coletivamente os resultados que esperamos alcançar, bem como os produtos, isto é, as ações e os instrumentos que precisarão ser criados/realizados, os recursos necessários na realização dessas ações e os responsáveis pelo controle das ações e dos prazos, que se encontram detalhados no quadro 1.

### Quadro 1. Desenho das operações para resolução do nó crítico do não reconhecimento da situação de saúde do idoso.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsáveis e Prazos
Não reconhecimento do território	Conhecendo o território	identificar os problemas, demandas e necessidades de 100% dos idosos; Determinar prioridades; planejar ações de acordo com a realidade encontrada	Cadastro do SIAB atualizado, criar “roteiro do idoso”, análise e discussão em reunião de equipe, classificação do risco e de idosos frágeis, construção de agenda de ações diagnóstico situacional dos idosos. Capacitação das equipes de ESF	Organizacional: disponibilidade da equipe em aplicar instrumentos, construção de agenda para o idoso Cognitivo: Profissionais capacitados para aplicar questionário e identificar necessidades de saúde	Equipe de Saúde da família. GRS Leopoldina. Janeiro a Março 2013
Desorganização dos processos de trabalho da equipe	Organização da demanda espontânea	Desenvolver a capacidade da equipe em organizar o processo de trabalho e o acolhimento do idoso. Reforçar a importância de se conhecer a população e de construção do diagnóstico situacional	Oficinas sobre acolhimento, acesso e demanda espontânea. Capacitação da equipe. Reorganização do processo de trabalho, melhorar o vínculo, conhecer a cultura e as necessidades do usuário	Organizacional: Realização da oficina na GRS Leopoldina com prof. enfermeiros de ESF (multiplicadores) Cognitivo: conhecimento sobre o tema; estratégias de comunicação e práticas pedagógicas; Financeiro: Disponibilizar material didático.	GRS Leopoldina e equipe de Saúde da Família. Janeiro a Março 2013
Falta de ações direcionadas ao idoso	Construção da agenda programada	Agendamento de acordo com as necessidades e riscos, construção de agenda com atividades em grupo, VDs, atendimentos individuais, acolhimento, etc.	Ofertar ações integrais, grupos operativos, campanhas educativas,	Organizacionais: organização da agenda e mudança do processo de trabalho. Cognitivo: conhecimento sobre o tema; estratégia de sensibilização. Financeiro: aquisição e disponibilização de material educativo.	Equipe de saúde da família. A partir de Dezembro.
Ausência de profissionais capacitados para atenção ao idoso	Ensinar o a cuidar	Treinamento e capacitação para atendimento integral à saúde do idoso, instrumentalizar esses multiplicadores para intervir na realidade	Capacitação da equipe para atenção integral ao idoso, construção de agenda,	Organizacional: Planejamento do evento Cognitivo: profissional capacitado no tema e conhecedor de práticas pedagógicas. Financeiro: Aquisição do material educativo	Equipe de saúde da família. SMS, GRS Leopoldina. A partir de Junho.

Elaborado a partir das necessidades das microrregiões de saúde de Além Paraíba e Leopoldina/Cataguases.

De um modo geral as ESF realizam atendimentos de demanda espontânea, o famoso “apagar incêndio”, por não reconhecerem a situação de saúde de seu território e conseqüentemente por não planejarem as ações que a população idosa necessita. Visando capacitar e instrumentalizar a equipe para o correto reconhecimento da situação de saúde da população idosa foi realizado oficinas de trabalho com o tema “Atenção à Saúde do Idoso” e construído um roteiro para investigação de saúde do idoso. Após esse reconhecimento a



equipe precisou realizar o diagnóstico situacional para planejar e ofertar o conjunto de ações que garantam a integralidade da assistência para sua população idosa.

Inicialmente, os coordenadores de ESF e profissionais das equipes de ESF participaram das oficinas na GRS Leopoldina sobre Atenção à Saúde do Idoso, que subsidiou a construção do diagnóstico situacional. Para o período de dispersão os profissionais ficaram responsáveis em multiplicar o conhecimento para a equipe e realizar as atividades de atualização da Ficha A e aplicação do roteiro de investigação da saúde do idoso.

Esse roteiro foi preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante a realização de VD em todas as pessoas com 60 anos ou mais. Acredita-se que dessa forma o ACS tenha se tornado realmente o elo entre a comunidade e a equipe.

Posteriormente os ACS levaram esse roteiro para discussão em equipe, juntamente com o cadastro (FICHA A) onde foram consolidadas essas informações no “Check list para elaboração do diagnóstico situacional” (Apêndice B), classificaram o risco do idoso e identificaram a prioridade e necessidade de atenção. Então, a própria equipe realizará o agendamento do idoso de acordo com sua necessidade e risco (conforme análise e discussão em equipe e o ACS informará desse atendimento ao idoso).

A operação “Organização da demanda espontânea” visa sensibilizar e capacitar a equipe para a organização do processo de trabalho e para o acolhimento preferencial da população idosa. Para isso, a GRS Leopoldina realizará oficinas com os profissionais enfermeiros sobre acolhimento, demanda espontânea, acesso, organização do processo de trabalho. Esses enfermeiros serão multiplicadores e deverão repassar o conhecimento em reuniões de equipe.

A operação “Construindo a agenda programada” se propõe a analisar a situação de saúde da população idosa e organizar e agendar as ações para cada idoso visando à sistematização e integralidade da atenção. Para isso será necessário a GRS Leopoldina irá capacitar as equipes de ESF, empoderando-as para conseguirem realizar atividades em grupo, ações preventivas, campanhas educativas e atendimento multidimensional. Assim espera-se garantir a integralidade da atenção.

Visando empoderar a equipe de saúde para atuar com a população idosa será realizado capacitações com os profissionais de nível superior, sendo a do profissional médico realizada pelo Programa de Educação Permanente, e dos profissionais enfermeiros e de odontologia a serem realizados pela GRS Leopoldina. Esses profissionais serão multiplicadores e deverão alinhar a equipe para o atendimento com o idoso.

A necessidade da realização de atividades em grupos, o impacto que ela causa na saúde do idoso e a grande dificuldade dos profissionais das equipes em articularem e realizarem essas ações foi tema de destaque e intensa análise para também fazerem parte desse treinamento. Devido a sua importância, as oficinas sobre essa temática serão realizadas separadamente das outras capacitações.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Um dos grandes desafios para a ESF é intervir ativamente na situação de saúde da população idosa através de um atendimento integral, de modo que se consiga manter a capacidade funcional, a independência e a autonomia, para dessa forma, promover um envelhecimento ativo e saudável da pessoa idosa.

No entanto, ainda observamos que o atendimento dessa população acontece sem programação da assistência e sem considerar os parâmetros assistenciais, onde as ações, em sua maioria, são curativas, centradas na doença e voltadas para a demanda espontânea. Esse abismo existente entre a Política de APS e as práticas de produção de saúde, sinaliza o despreparo dos profissionais em assistir integralmente a saúde da população idosa. Esse fato é evidenciado pela desorganização da assistência nas equipes, a qual se transformou em um ponto nevrálgico para esses serviços.

Com a implantação do plano de ação esperamos sensibilizar e capacitar os profissionais a identificarem a situação de saúde da população idosa e instrumentalizá-los a planejar e ofertar todas as ações necessárias para uma atenção integral. Esperamos ainda que as equipes de ESF ofertem ações coletivas, preventivas, visitas domiciliares, atendimentos individuais com avaliação da capacidade funcional atendimento humanizado com o acolhimento do idoso visando melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Buscamos, dessa forma, agregar valor para a vida dos idosos, contribuir para a reorganização da APS e na atenção à saúde do idoso nas microrregiões de saúde de Leopoldina/Cataguases e Além Paraíba e que os instrumentos construídos (em anexo nos apêndices) subsidiem o reconhecimento da necessidade de saúde dos idosos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 2.528/06. **Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <<http://sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010rpv.asp?o=4&i=P>>. Acesso em: 05 Nov. 2012.

CAMPOS, F. C. C. *et al.* **Planejamento e avaliação das Ações de Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso**. 1.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; Coopemed, 2009.

FARIA, H. C. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010

GIOVANELLA, *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

LIMA-COSTA M. F. F.; VERAS R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde, **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 15 n. 5 Rio de Janeiro, Ago. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 out. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. 1. ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012.

OLIVEIRA, J.C.A; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista escola enfermagem USP**, v. 44, n. 3, São Paulo, Set. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 ago. 2013.

PERRACINI, M. R. Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/** Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo, Editora Manole; 2005.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Qualificação profissional: **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**: unidade 4: ação do agente comunitário de saúde na educação

em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos: guia do docente/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dez. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, 2009. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2013.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Data da Visita Domiciliar: ___/___/___ Micro área: ___ ACS		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
<b>Nome:</b>	<b>Nasc: / /</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>End</b>	<b>nº</b>	<b>Raça</b>
<b>Escolaridade:</b> ( ) Analfabeto ( ) até 4 A ( ) 4 a 8 A ( ) 8 ou + anos	<b>Ocupação atual:</b>	
<b>Vínculo:</b> Aposentado ( ) sim ( ) não	Ocupação antes de aposentar	<b>Religião:</b>
<b>Cuidador:</b>	<b>Grau de Parentesco</b>	
<b>AMBIENTE</b>		
Iluminação Adequada ( ) sim ( ) não: ( ) pouca luminosidade ( ) luz ofuscante ( ) interruptor longe		
Superfícies Antiderrapantes? ( ) sim ( ) não: ( ) piso molhado ( ) piso encerado ( ) tapete solto, alto ou com dobras ( ) taco solto		
<b>Chão sem obstáculos:</b> ( ) sim ( ) não: ( ) animais ( ) brinquedos ( ) fio de tel TV ( ) roupas ou calçados ( ) móveis baixos soltos: mesa de centro ou de cabeceira <b>Móveis adequados?</b> ( ) sim ( ) não: ( ) cadeiras e poltronas muito baixas e sem braços ( ) cama muito baixa ( ) vaso sanitário muito baixo <b>Rampas:</b> ( ) íngremes e sem corrimão dos dois lados ( ) escadas com degraus altos ou estreitos ( ) sem corrimão dos dois lados <b>Corredores e banheiro</b> ( ) ausência de corrimão ( ) ausência de pontos de apoio seguro e barras de apoio		
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>		
Realiza Ativ Física ( ) sim ( ) não. Pratica atividades de lazer? Quais? _____		
Participa de grupo ou tem convívio social? _____ Quais? _____ Freq escola? _____ Clube? _____ Trab voluntário? _____ vive sem fumar ( ) sim ( ) não freqüência: vive SEM álcool ( ) sim ( ) não Freq: _____		
( ) Peso Adequado ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade Vive SEM estresse? ( ) sim ( ) não Quantos moram com você? _____ fica com alguém a maior parte do dia? ( ) sim ( ) não. Participa de grupo ( ) sim não ( )		
<b>SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>		
<b>AVD:</b> ( ) Alimenta-se ( ) Vesti-se ( ) toma banho ( ) faz higiene pessoal ( ) mobiliza-se ( ) deambula ( ) vai o banheiro ( ) mantém controle de necessidades fisiológicas		
<b>AIVD:</b> ( ) utiliza meios de transporte ( ) manipula medicamentos ( ) realiza compras ( ) faz tarefas domésticas leves e pesadas ( ) utiliza o telefone ( ) prepara refeições ( ) cuida das próprias finanças		
Seus Problemas atuais de saúde são: ( ) HAS ( ) DM ( ) Cardiopatias ( ) Nefropatias ( ) CA ( ) Tireoideopatias ( ) ITU freq ( ) Perda da capacidade visual ( ) Osteoporose ( ) Perda capacidade auditiva ( ) Tabagismo ( ) Alcoolismo ( ) Deficiências nutricionais ( ) Desnutrição ( ) Tuberculose ( ) Hanseníase ( ) Alergias ( ) Feridas/Úlceras. Outras: ( ) Incontinência ( ) Iatrogenia ( ) Demência ( ) Imobilidade (parcial ou total) ( ) Instabilidade postural (quedas de repetição) ( ) Incapacidade coxgnitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium) ( ) Internação hosp frequente ou pós alta hosp. Última em: _____ ( ) dependente em AVDs ( ) Suficiência familiar ( ) sim ( ) não <b>IDOSO FRÁGIL</b> ( ) SIM ( ) NÃO		
Já teve problema com algum medicamento? _____		
Medicamentos em uso, dosagem e quantas vezes ao dia: _____		
Apresentada fatores de alto risco para quedas? ( ) 75Aou+ ( ) mulher ( ) declínio cognitivo ( ) inatividade ( ) história de AVC ( ) quedas anteriores ( ) fraqueza muscular ( ) comprometimento para AVD ( ) uso de medicamentos psicotrópicos ( ) +80		
Costuma perder urina na roupa? Quanto tosse, espirra, levanta-se ou dá uma corridinha? Acontece às vezes uma vontade forte que quase não dá para chegar ao banheiro? Você deixa de sair por isso?		
<b>IMUNIZAÇÃO</b>		
Dt nº doses: última em: Febre Amarela: última em: Influenza: última em: Pneumococo: última em:		
<b>OBSERVAÇÃO ATIVA</b>		
Filhos dependentes dos idosos geralmente vivem na casa da vitima ( ) sim ( ) não Filhos que abusam de álcool e drogas ( ) sim ( ) não Idoso fisicamente dependente dos familiares ( ) sim ( ) não Família de vínculos frágeis, pouco comunicativa, pouco afetiva ( ) sim ( ) não Isolamento social do idoso, da família ou cuidador ( ) sim ( ) não Idoso que foi agressivo com a família e cuidador vítima de violência no passado ( ) sim ( ) não Cuidador com depressão ou outros tipos de sofrimento mental ( ) sim ( ) não Despreparo e falta de apoio ao cuidador		
<b>ÚLTIMA VEZ QUE FOI À UNIDADE DE SAÚDE:</b> Motivo: última consulta médica: / /		

Fonte: Roteiro Elaborado por Rodrigo Buonincontro Ribeiro, 2013.

## APÊNDICE B

### CHECK LIST PARA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

<b>OBJETIVO/ META:</b> Levantar o perfil da população idosa da ESF.	
<b>DESENVOLVIMENTO:</b> A partir dos roteiros aplicados, ficha A, prontuários e análise e discussão dos dados em reunião a equipe deverá traçar e/ou atualizar o perfil da população idosa com os seguintes dados:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Número de idosos cadastrados na área de abrangência.;</li><li>2. Divisão da população idosa por faixa etária: 60 a 70 anos; 70 a 80 anos e 80 anos ou mais;</li><li>3. Divisão da população idosa por sexo;</li><li>4. Número de idosos que vivem sozinhos;</li><li>5. Número de idosos que vivem com os companheiros;</li><li>6. Número de idosos que vivem com outros familiares;</li><li>7. Número de idosos que vivem em instituições asilares;</li><li>8. Quantidade de idosos que vivem na cidade;</li><li>9. Quantidade de idosos que vivem na zona rural;</li><li>10. Quantidade de idosos economicamente ativos (que trabalham);</li><li>11. Porcentagem de idosos com renda de aposentadoria (renda própria);</li><li>12. Porcentagem de idosos sem renda (dependentes economicamente);</li><li>13. Doenças mais comuns entre a população idosa da área de abrangência;</li><li>14. Principais riscos a que a população idosa da área de abrangência está exposta (doenças, acidentes, violência, ambiente);</li><li>15. Número de idosos acamados na área de abrangência.</li><li>16. Prevalência de idosos com dependência total de AVD</li><li>17. Prevalência de idosos com dependência parcial (AVD e AIVD)</li><li>18. Prevalência de idosos independentes (AVD e AIVD)</li><li>19. Prevalência de idosos com incontinência</li><li>20. Prevalência de idosos com demência</li><li>21. Prevalência de quedas com repercussões/ fratura de fêmur</li></ol>	
<b>FECHAMENTO:</b> Após esse diagnóstico, elaborar um relatório sobre o perfil da população idosa da área de abrangência; • Apresentar esse diagnóstico em reunião de equipe e utilizá-lo para o planejamento das ações e agendamentos de consultas.	

**APÊNCIDE C**  
**CHECK LIST NA VD PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS**

**Observar riscos nas áreas comuns da casa**

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Iluminação inadequada        | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Tapetes soltos ou com dobras | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Degraus altos ou estreitos   | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Ausência de corrimão         | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Obstáculo no caminho         | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Piso irregular               | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Fios soltos no chão          | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Acumulo de mobília           | ( ) SIM ( ) NÃO |

**Observar riscos nos aposentos**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| Camas e cadeiras com altura inadequada     | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Telefones pouco acessíveis                 | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Prateleiras excessivamente altas ou baixas | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Riscos no banheiro                         | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Piso escorregadio                          | ( ) SIM ( ) NÃO |

**Observar riscos no banheiro**

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| Piso escorregadio        | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Falta de barras de apoio | ( ) SIM ( ) NÃO |
| Vaso sanitário baixo     | ( ) SIM ( ) NÃO |



## ANEXOS

### ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DE QUEDAS

Quantas vezes o Sr.(a) caiu no último ano?

Houve fratura, luxação, trauma craniano ou escoriação, contusão, corte?

Houve necessidade de procurar um médico ou serviço de emergência em um hospital?

O Sr. (a) restringiu suas atividades habituais por causa da queda?

Se sim, o Sr. (a) o fez por dor, insegurança, medo, dificuldade para andar, dentre outros.

Agora vamos falar sobre sua última queda:

O Sr. (a) sabe precisar quando ela ocorreu? Dia ou de noite? Após a refeição?

Em que lugar aconteceu à queda? Houve perda da consciência?

Que movimentos o Sr.(a) estava fazendo no momento da queda?

Andando, levantando-se da cadeira, inclinando-se, virando-se, etc.

Que atividade o Sr.(a) estava realizando no momento da queda?

Tomando banho, andando até o banheiro, voltando para o quarto, subindo no banquinho, calçando o chinelo, descendo do ônibus, dentre outras.

Como a queda ocorreu?

Desequilibrou-se, os joelhos falsearam, sentiu-se fraco subitamente, sentiu-se tonto?

Que parte do corpo bateu primeiro no chão ou no mobiliário?

Estava usando óculos ou aparelho auditivo (quando se aplicar)?

Como estava se sentindo antes de cair (na semana prévia)?

Houve alguma modificação na sua saúde? Como fraqueza generalizada, cansaço, apatia, falta de ar, problemas de memória, febre, taquicardia, dor no peito, etc.

Houve alguma modificação na medicação usada habitualmente?

Algum medicamento novo foi introduzido ou retirado?

Fez uso de alguma medicação por conta própria?

No último ano, o Sr.(a) esteve hospitalizado?

A data da última queda:

O Sr.(a) diria que tem tido maior dificuldade para andar dentro de casa, vestir-se, tomar banho, andar fora de casa, ir ao banheiro em tempo, tomar remédios na hora certa ?

## **FATORES INTRÍNSECOS MAIS COMUNS DE QUEDAS**

**Hipotensão ortostática:** por medicamentos, Parkinson, desidratação.

**Demências:** prejudicam a avaliação do risco de cair em algumas atividades.

**Sedação:** por medicamentos e álcool.

**Marcha instável:** fraqueza, parkinsonismo, doença vascular cerebral, fratura, medo de queda.

**Baixa acuidade visual:** por distúrbios de refração, catarata e retinopatia.

**Osteoartrose:** principalmente dos joelhos e quadril, além de deformidades dos pés.

**Vertigem:** a mais comum e a vertigem posicional paroxística. Labirintite e rara!

**Doença aguda:** arritmias, infecções, descompensação de diabetes e cardiopatias.

## **FATORES AMBIENTAIS MAIS COMUNS DE QUEDAS**

**Iluminação inadequada:** pouca luminosidade ou luz ofuscante.

**Superfícies escorregadias:** piso do banheiro molhado, piso encerado, tapete solto.

**Piso irregular:** tacos soltos, tapetes altos ou com dobras.

**Obstáculos no chão:** animais, brinquedos, fio de telefone e TV, roupas, calçados.

**Móveis baixos soltos:** mesinha de centro, mesa de cabeceira.

**Móveis inadequados:** cadeiras e poltronas muito baixas e sem braços, cama muito baixa.

**Vaso sanitário:** muito baixo.

**Rampas:** íngremes e sem corrimão dos dois lados.

**Escadas:** com degraus altos ou estreitos, sem corrimão dos dois lados.

**Corredores e banheiro:** ausência de corrimão, pontos de apoio seguros e barras de apoio.

## **ADAPTAÇÕES AMBIENTAIS**

- Instalar barras de apoio no banheiro (no chuveiro e perto do vaso sanitário);
- instalar corrimão no corredor e escada;
- nas escadas, não deixe objetos soltos;
- avaliar todos os tapetes (deixar somente tapetes finos e aderidos ao piso);
- na saída do chuveiro, deixe um tapete firme, antiderrapante;
- retirar do caminho fios de luz e telefone;
- consertar tacos soltos e qualquer defeito no piso;
- colar tiras de adesivos antiderrapantes no piso do chuveiro e escadas;
- manter sempre secos o piso do banheiro, cozinha e área de serviço;
- melhorar a iluminação noturna (no corredor e banheiro);
- organizar o mobiliário (retirar do caminho os móveis muito baixos e soltos);

## Intervenções recomendadas para tratamento de fatores de risco/causas de quedas em idosos

Problemas	Intervenção
Fraqueza muscular	Exercício de fortalecimento muscular com aumento progressivo de resistência. A eficácia é maior se forem realizados para grupos de idosos de alto risco e se forem supervisionados por fisioterapeuta
Distúrbios de equilíbrio	Reavaliar medicamentos vide critérios de Beers (1997). Grupos de Tai Chi. Exercícios de equilíbrio
Distúrbios de Marcha	Reavaliar medicamentos. Adaptação ou prescrição de dispositivos de auxílio à marcha. Treinar usuário e cuidador para uso adequado. Tratar parkinsonismo.
Transferência	Treinar as transferências (da cama para a cadeira, da cadeira para o banheiro, assentar no vaso sanitário e levantar). Facilitar as transferências com adaptações e orteses (virar na cama apoiando-se em uma corda ou barra, levantar da cama apoiando-se no andador, levantar do vaso segurando-se em uma barra de apoio)
Má visão	Consulta anual ao oftalmologista. Detectar e operar precocemente a catarata. Insistir em uso de óculos, mas evitar lentes corretivas.
Hipotensão Ortostática	Educar o paciente sobre causas, sintomas e tratamento. Reavaliar o tratamento farmacológico; elevar 15 cm a cabeceira da cama; liberar o sal da dieta desde que sob supervisão; prescrever meia elástica (tipo 7/8 ou meia calca) de média compressão para colocar antes de se levantar da cama pela manhã e retirar logo antes do banho à noite. Orientar movimentação de MMII antes de se levantar.
Drogas	Reduzir e trocar drogas que provocam sedação e HO
Confusão	Identificar e tratar a causa; aumentar a vigilância nesse período
Demência	Tornar o ambiente seguro (trancar portas de acesso a rua; colocar grades no acesso a escada); corrigir insônia para reduzir despertares noturnos
Urgência urinária	

CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG – Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopemed, 2009. 172p.


### **ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DO IDOSO PARA VISITAS DOMICILIARES DOS ACS**

Na presença de algum desses casos acima a equipe deve ter maior atenção e realizar maior frequência de visitas domiciliares para esses idosos.

<b>DIMENSÕES SEREM AVALIADAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Queda ou internação nos últimos 6 meses		
Diabetes e ou hipertensão sem acompanhamento		
Paciente que não faz acompanhamento regular de saúde		
Idoso que fica sozinho e com polipatologias, referindo estado de saúde ruim ou muito ruim		
Acamados ou com dificuldade de se locomover até a unidade		

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Qualificação profissional: **Curso técnico de agente comunitário de saúde:** unidade 4: ação do agente comunitário de saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos: guia do docente/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

## LINHA DE CUIDADOS AOS IDOSOS

SITUAÇÃO DE RISCO – IDOSO	RISCO	AGENDAMENTO DA CONSULTA
FRÁGIL 		
<p>Idosos com <math>\geq 80</math> anos ou;</p> <p>Idosos com <math>\geq 60</math> que apresente no mínimo uma das características abaixo:</p> <p>a) Polipatologias (5– diagnósticos ou mais)</p> <p>b) Polifarmácia (5 medicamentos ou mais ao dia)</p> <p>c) Imobilidade parcial ou total</p> <p>d) Incontinência urinária ou fecal</p> <p>e) Instabilidade postural (quedas de repetição)</p> <p>f) Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, <i>delirium</i>)</p> <p>g) Dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD's).</p>	<p><b>RISCO 2</b></p> <p><b>- ALTO</b></p>	<p>Consulta imediata e ágil, orientando os encaminhamentos ou outros procedimentos.</p>
Outros casos	<p><b>RISCO 0</b></p> <p><b>-</b></p> <p><b>HABITU</b></p> <p><b>AL</b></p>	<p>Agendar em prazo máximo de 3 meses para nova avaliação. Serão realizados o agendamento de consultas de rotina (médicas, enfermagem, odontológica e outros) grupos educativos, visitas domiciliares, reabilitação e o monitoramento.</p>

**FONTE:** Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

## **PERGUNTAS PARA AVALIAR VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS**

Quem o auxilia a cuidar do seu dinheiro?

Você sustenta financeiramente alguma pessoa?

Alguém já utilizou seu dinheiro sem o seu consentimento?

Você fica muito tempo sozinho em casa ou tem se sentido só?

Quando você passa mal, recebe ajuda de quem?

Você tem medo de alguma coisa ou de alguém?

Você necessita da ajuda de outra pessoa para se alimentar ou para tomar banho?

O que acontece quando você discorda da pessoa que cuida de você?

Já ocorreu alguma briga mais seria entre vocês?

Alguém agride você com tapas, palavras ou safanões?

Você já foi forçado a fazer alguma coisa com a qual não concordava?

Você preferiria morar em um asilo? Por quê?

CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG – Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p.