

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

LEANDRO DE JESUS SANTOS BANDEIRA

LINHA GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: uma estratégia para
organizar a assistência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família
Industrial 01, no município de Pirapora-MG

CORINTO-MG

2013

LEANDRO DE JESUS SANTOS BANDEIRA

LINHA GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: uma estratégia para
organizar a assistência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família
Industrial 01, no município de Pirapora-MG

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

CORINTO-MG

2013

LEANDRO DE JESUS SANTOS BANDEIRA

LINHA GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: uma estratégia para
organizar a assistência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família
Industrial 01, no município de Pirapora-MG

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolores Soares Madureira

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (orientadora)

Aprovado em Belo Horizonte, 22 de julho de 2013

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para implementar a Linha-guia de saúde do Idoso, na área de abrangência da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Industrial 01, no município de Pirapora, Minas Gerais, no ano de 2013. Para a construção deste plano buscou-se, primeiramente, por meio da pesquisa de revisão bibliográfica fundamentação teórica. A busca por referências teóricas foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da LILACS e no SciELO, com os descritores: *Saúde da Família, Saúde do Idoso, Atenção à saúde e Planejamento em Saúde*. Também foram utilizados a Linha – Guia do Estado de Minas Gerais de Atenção à Saúde do Idoso e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica. O produto final deste estudo foi um plano de intervenção sobre a realidade que contempla todos os aspectos e disposições da referida linha-guia, bem como uma proposta de monitoramento das ações com base em indicadores próprios. Espera-se com o desenvolvimento dessa metodologia, levantar dados para subsidiar futuros estudos, apropriar da realidade e poder contribuir efetivamente com a população cadastrada no tocante à melhoria da qualidade de vida.

Palavras chave: Saúde da Família. Saúde do Idoso. Atenção à saúde. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to develop a plan of action to implement the guide-line health of elderly in the area covered by the Strategy Team Family Health Industrial 01 in the municipality of Pirapora, Minas Gerais, in 2013. For the construction of this plan sought to, first, through the research literature review theoretical. The search for theoretical references were made in the Virtual Health Library (VHL) in the databases LILACS and SciELO, with descriptors: Family Health, Elderly Health, Health Care and Health Planning were also used to line - Guide Minas Gerais State of Health Care of the Elderly and data Information System of Primary Care. The final product of this study was an intervention plan on the reality that includes all aspects and provisions of the guideline as well as a proposed monitoring actions based on their own indicators. It is hoped that the development of this methodology to collect data to facilitate future studies, appropriating reality and able to contribute effectively to the population registered with regard to improving the quality of life.

Keywords: Family Health. Elderly Health. Health Care. Health Planning

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo geral	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 BASES CONCEITUAIS	16
5.1 Aspectos Conceituais	16
5.2 O Envelhecimento no Brasil	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Considerações Sobre a Linha-Guia de Saúde do Idoso	20
6.2 Plano de Intervenção	23
6.3 Monitoramento e Avaliação	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERENCIAS	27
ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, previsível, irreversível, inevitável, não patológico, no qual há um desgaste natural de um organismo vivo. No tocante ao ser humano espera-se que após o nascimento, as pessoas crescem, passam por um amadurecimento e envelhecem (FARIAS e SANTOS, 2012). A população envelhece de forma rápida e progressiva, isso graças à redução da mortalidade infantil, melhoria no acesso aos bens de consumo e serviços de saúde, bem como mudanças culturais que levaram a redução da taxa de fecundidade (SIQUEIRA *et al.*, 2002; VERAS, 2004).

O aumento do número de idosos é globalizado e intenso em comparação com as demais faixas etárias, exceto em poucas nações africanas onde o processo ainda é incipiente. Diante dessa situação, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera que estamos na era do envelhecimento, iniciada em 1975 e que em 2025, provavelmente o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo (CHAIMOWICZ, 2009; FARIAS, 2012).

Acompanhando essa tendência, os brasileiros também estão envelhecendo vertiginosamente. Em 1970, proporcionalmente à população total, os idosos representavam 4,95% e passaram ao percentil de 8,47% em 1990, continuaram crescendo em 1999 (9,1 %), chegando ao total de 11,3% em 2009, correspondendo a mais de 21 milhões de pessoas. As projeções indicam que em 2025, o Brasil terá 27 milhões de idosos e será o sexto país mais envelhecido do mundo (IBGE, 2010).

Do total de idosos brasileiros, mais de 10 milhões moram na região sudeste, sendo essa região a mais populosa nessa parcela populacional. Minas Gerais é o segundo estado brasileiro em números absolutos de Idosos (2.445.000, 12,2 % da população total) perdendo somente para o estado de São Paulo (IBGE, 2010).

Em relação aos municípios de Minas Gerais, destacamos, neste trabalho, o município de Pirapora, localizado na região norte do estado. Possui uma população total de 53.368 habitantes, dos quais 4.954 são idosos (9,3%). Observa-se que ainda está abaixo da média estadual e nacional (IBGE CIDADES, 2010).

No campo da saúde, Pirapora faz parte da Macrorregião Norte de Minas Gerais, Região Assistencial de Montes Claros. Representa a cidade Polo da microrregião, que comporta seis

municípios, sendo esses: Buritizeiro, Lassance, Pirapora, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma. A rede de assistência à saúde do idoso possui 13 equipes de saúde da família, com uma cobertura de mais de 70%, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um hospital geral público e tem, como referencia, o Centro Mais Vida em Montes Claros (IBGE CIDADES, 2010; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAPORA, 2013; MINAS GERAIS, 2002).

A Equipe de Saúde da Família Industrial 01, no município de Pirapora, possui 2.817 usuários cadastrados. Desse total, 328 são maiores de 60 anos, correspondendo a 13% (PIRAPORA, 2013), conforme Tabela 01. Essa situação, em termos percentuais, está acima da média nacional que é de 11% (IBGE, 2010), e da média municipal que é de 9,3% (SIAB, 2011).

Tabela – 01 População, segundo a faixa etária, residente na área de abrangência da equipe Industrial I de saúde da família Segundo sexo, 2011.

	Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Menor de 01 ano	04	44	05	56	09	0,3
1 a 4 anos	61	55	49	45	110	3,9
5 a 9 anos	102	51	97	49	199	7,1
10 a 14 anos	102	47	114	53	216	8,0
15 a 19 anos	125	52	117	48	242	8,3
20 a 39 anos	453	46	536	54	989	35,0
40 a 49 anos	170	47	191	53	361	13,0
50 a 59 anos	139	42	189	58	328	11,4
60 anos e mais	171	47	192	53	363	13,0
Total	1327	47	1490	53	2817	100,0

Fonte: Fichas A do SIAB, 2011.

O envelhecimento populacional refletiu e permanecerá impactando todos os setores da estrutura social, impelindo adaptações às demandas próprias desse público. Na saúde, por exemplo, o perfil epidemiológico indica um predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, entre os idosos, o que aumenta a demanda por serviços de atenção básica. Além disso, as complicações dessas enfermidades solicitam, com grande assiduidade, intervenções de alto custo, o que pode onerar a seguridade social (FARIAS, 2012; IBGE, 2010; BRASIL, 2006; VENTURI *et al.*, 2008).

Ressalta-se, mais uma vez, que o tema deste estudo é a saúde do idoso. Essa escolha foi motivada pela observação de que apesar da significativa parcela de idosos residentes na área de abrangência, a equipe de saúde Industrial 01 não desenvolve sistematicamente as atividades previstas na linha guia estadual para essa faixa etária. Verificou-se, no Diagnóstico Situacional, que a assistência prioriza a clínica (basicamente ações curativas) em detrimento das ações longitudinais; não há estratificação de risco para ordenação do cuidado e a hierarquização dos níveis de atenção é baseada em problemas agudos com encaminhamentos apenas ao atendimento especializado e de urgência / emergência.

Partindo do que foi discutido, fundamentada no Diagnóstico Situacional, a equipe elegeu a desorganização do processo de trabalho, no tocante à saúde do idoso, como um problema de saúde a ser priorizado e enfrentado. Considera-se que a resolução desse problema é extremamente relevante para a população adstrita, que a equipe e os moradores possuem governabilidade suficiente. Com isso, propõe-se, neste estudo, elaborar um plano de intervenção no intuito de organizar a assistência ao idoso na área de abrangência da equipe de saúde da família Industrial 01, no município de Pirapora-MG, no ano de 2013. A expectativa é ordenar o cuidado a partir das reais necessidades do público alvo. Por essa razão, o foco será propor um plano para implementar a Linha Guia Estadual de Saúde do Idoso. Tem-se a certeza de que o resultado fornecerá subsídios para planejar um atendimento condizente com as demandas locais, portanto, potencializar o papel regulador da atenção básica no sistema de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Ainda não se preparou para enfrentar o verdadeiro impacto que o envelhecimento provocará em todo sistema social, sobretudo na saúde. Isso talvez pelo fato de que num passado recente a expectativa de vida ao nascer era tão baixa que as pessoas, em sua maioria, não envelheciam. Na França, por exemplo, no início do século XX a expectativa de vida era de apenas 45 anos. No Brasil a esperança de vida 1950-55 era de 33,7, chegou até 74,08 anos em 2011. Acredita-se que alcançará os 77,8 anos em 2020/2025 (CHAIMOWICZ, 2009; IBGE, 2010).

Era necessário, primeiramente, reduzir a mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida. A resultante desse trabalho foi, primeiramente o crescimento e em seguida o envelhecimento da população. Ou seja, a geração que envelhece o país está mostrando as suas nuances somente agora (CHAIMOWICZ, 2009).

Levando em consideração que na área de abrangência há uma população expressiva de idosos (13%) e que, segundo IBGE (2010) a perspectiva de aumento dessa população, no Brasil em 2025 será em torno de 47%, é imperativo adequar o sistema local de saúde para viabilizar respostas às mudanças no perfil epidemiológico, nas demandas e no custo da assistência (CHAIMOWICZ, 2009). Por esse motivo, a equipe entende ser substancial realizar este projeto.

Um estudo comparativo entre os aspectos técnicos / legais e a realidade da atenção ao idoso no SUS revela que, apesar de haver um aparato consistente, a prática nos serviços de saúde ainda está muito longe de contemplar uma assistência de qualidade. Pode-se dizer que as leis e normas avançam, porém a aplicação dessas ainda não é uma realidade (BRASIL, 2006). Ou seja, criamos leis sem a devida comprovação da sua efetividade. Com a realização deste projeto, embora pareça pretensioso demais, espera-se preencher essa lacuna entre teoria e prática, colocando aquela em contínuo aperfeiçoamento perante os resultados dessa.

Acreditamos que a relevância dessa intervenção para a atividade profissional encontra-se na oportunidade de aprofundar os conhecimentos referentes ao tema e, conseqüentemente, prestar uma assistência de acordo com os preceitos científicos aceitos, bem como organizar

o processo de trabalho da equipe. À gestão contribuir-se-á com um direcionamento racional de recursos, com a produção de indicadores da assistência para monitoramento e avaliação.

Aos usuários representa melhoria na qualidade da assistência, direcionamento do cuidado e autocuidado e uma oportunidade de responsabilizar-se através da gestão participativa pelo enfrentamento dos problemas de saúde locais. E conseqüentemente, com a maior possibilidade de se promover o envelhecimento saudável e melhoria relativa da qualidade de vida.

Ao sistema acadêmico espera-se contribuir com dados para pesquisas e possibilitar o desenvolvimento técnico e científico na área de concentração.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para implementar a Linha-Guia de Saúde do Idoso, na área de abrangência da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Industrial 01, no município de Pirapora, Minas Gerais, no ano de 2013.

3.2 Objetivos específicos

Instrumentalizar a equipe de saúde para o processo de implantação da linha guia;

Cadastrar todos os Idosos Residentes na área de abrangência;

Realizar classificação de risco dos idosos cadastrados;

Propor agenda e mecanismos de referência e contrarreferencia conforme risco estratificado.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho, optamos pela pesquisa bibliográfica narrativa. Segundo Correia *et al.* (2013, p.38) “é uma metodologia apropriada para descrever o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado tema, sob o ponto de vista conceitual ou teórico”. Ressaltam que é uma etapa essencial, pois fundamenta teoricamente a proposta de intervenção.

A busca por referencias foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) a partir dos descritores: Saúde da Família, Saúde do Idoso, Atenção à saúde e Planejamento em Saúde. Além dos artigos científicos identificados, utilizamos, também, a Linha – Guia do Estado de Minas Gerais de Atenção à Saúde do Idoso, como roteiro para organizar as ações propostas no plano de ação. Outra fonte de dados secundários foi os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica e Dados do IBGE (2010).

A Linha – Guia representa um esforço da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para implantar a rede de Atenção a esse público, ou seja, todo serviço no âmbito do estado deverá segui-la como referencia (MINAS GERAIS, 2007).

O período de busca de referencias na literatura científica foi o primeiro semestre do ano de 2013. Elegemos como estudos relevantes para este trabalho as publicações relacionadas com a organização da assistência à Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família. Após a coleta do material, procedemos à leitura seletiva avaliando a contribuição de cada texto.

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Aspectos conceituais do envelhecimento

Conceituar envelhecimento é tarefa muito complexa. Conforme Farinatti (2008), devido à diversidade de conceitos, é necessário fazer um delineamento contextualizado entre o tema e a realidade a ser desvendada. Para esse autor, não há definição de envelhecimento padronizada ou universalmente aceita, o que se observa é um estabelecimento de limites por onde uma determinada discussão pretende situar.

Siqueira *et al.* (2002) propuseram analisar as publicações sobre o tema envelhecimento e apontaram quatro vertentes para explicar o processo. A primeira foi a biológica comportamentalista que, como o próprio nome indica, enfatiza as alterações físicas e fisiológicas, sendo essa percepção a referencia principal de gerontólogos e geriatras na atualidade. A segunda corrente denominou-se de economicista, centrando-se na inserção do idoso na vida social, com enfoque no término da vida produtiva mais especificamente a aposentadoria e na repercussão previdenciária. A terceira visão, a socioculturalista, compreende a velhice “como uma construção social”, na qual a sociedade é que estabelece padrões e atribuições de cada faixa etária dentro da família e da divisão do trabalho. Por fim, a quarta linha de entendimento é a transdisciplinar, essa concepção, diferentemente das anteriores, não enfatiza nenhum aspecto, pois entende que a velhice é fenômeno natural inerente ao homem. Nesse processo surgem problemas e limitações sociais, econômicas e biológicas próprias do envelhecer. Ater-se a apenas um aspecto na tentativa de elucidar a temática não é suficiente, pois se considera que todos esses fatores interagem e determina a forma de tornar-se velho em uma sociedade. O que obriga a abordagem complexa e dependente do intercambio entre as várias áreas do saber.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) diferencia o envelhecimento como um processo natural, caracterizado pela redução progressiva da capacidade funcional dos indivíduos e que em condições normais não causa problemas, denominado - senescência e - de senilidade que é o processo de envelhecer exposto a *stress* emocional, acidentes (por exemplo, quedas) e demais condições que podem provocar alterações patológicas e demandar uma assistência maior por parte do setor saúde.

Considerando o contexto ao qual o plano de intervenção será desenvolvido, adotar-se-á a delimitação cronológica proposta na Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 (revisão da

Portaria 1.395/GM, de 10 de Dezembro de 1999), que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Nessa, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, subdividindo ainda em idoso mais idoso, aquele maior de 80 anos (BRASIL, 2006). Contudo, a abordagem terá uma aproximação sob a visão transdisciplinar, uma vez que a saúde do idoso está mais relacionada com a capacidade e autonomia do que com a presença ou ausência de doença, sendo determinada por quando e como esse idoso vive, necessitando da integração de vários saberes para interpretar essa dinâmica (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2007).

5.2 O envelhecimento no Brasil

A população mundial está envelhecendo acentuadamente e o aumento absoluto e proporcional do número de idosos é uma realidade. Em 1950, havia aproximadamente 204 milhões de maiores de 60 anos em todo o mundo; já em 1998, esse número passou para mais de 579 milhões e chegará, segundo projeções, a mais de um bilhão e novecentos mil em 2050. Assim, como os demais países, o Brasil passa pelo mesmo processo de envelhecimento (IBGE, 2000; SIQUEIRA *et al.*, 2002; SALDANHA e CALDAS, 2004; BRASIL, 2006; VENTURI *et al.*, 2008; ROSSET *et al.*, 2011; FARIAS e SANTOS, 2012; TAVARES e DIAS, 2012)

Para Chaimowicz (2009), o envelhecimento populacional observado é resultante de um processo denominado Transição Demográfica. Segundo o autor, pode-se resumir esse fenômeno em três etapas:

- Elevada mortalidade e taxa de fecundidade;
- Queda da mortalidade e crescimento populacional;
- Queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

No Brasil, observa-se que até a década de 1940, houve predomínio de um cenário marcado por elevada taxa de mortalidade e fecundidade. Na pirâmide populacional, a maior parcela era de jovens de até 15 anos de idade. Após esse período, as taxas de mortalidade infantil começam a declinar e a população a crescer; a população passou de 40 milhões para 93 milhões de pessoas no período entre 1940 e 1970, mas ainda continuava jovem. A partir de 1970, a taxa de fecundidade declinou e a população começou a envelhecer. O que se observa atualmente é que os nascidos vivos em 1940 começaram a envelhecer e a modificar a pirâmide demográfica Brasileira (CARVALHO e GARCIA, 2003; CHAIMOWICZ, 2009; ROSSET *et al.*, 2011;).

Como em todo o mundo, a mudança demográfica no Brasil também provocou sérias implicações sobre os aspectos sociais e epidemiológicos do país. Passou-se de uma prevalência de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas para doenças crônicas e degenerativas. Esse contexto levou ao aumento da demanda por serviços de atenção básica, elevando os custos com a assistência especializada e de alta complexidade. Acarretou sérios problemas de financiamento e de políticas públicas de contenção (BRASIL, 2006; VENTURI *et al.*, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e Chaimowicz (2009), no Brasil, dentre os idosos, a população que mais cresce é a de Idoso muito idoso, como definido anteriormente, isto é, aquela com mais de 80 anos. Nesse grupo, a prevalência de doenças degenerativas e de dependência é muito superior aos idosos jovens. Estima-se que a prevalência de demência seja 30% superior aos idosos mais jovens, o que direcionará, nos próximos anos, para um previsível e ainda mais expressivo aumento da demanda por cuidados na atenção básica.

Outro aspecto ressaltado por Chaimowicz (2009) é a feminilização do envelhecimento. Assim, existem mais brasileiras idosas que brasileiros idosos, sobretudo, nas idades mais avançadas. Elas vivem em média 7,6 anos a mais que os homens, apesar de apresentarem uma maior prevalência de doenças crônicas. Além disso, são grande parte viúvas com pouca escolaridade (BRASIL, 2011; KÜCHEMANN, 2012).

A política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa revela que a maior parcela é constituída por pessoas de baixa escolaridade, um nível socioeconômico vulnerável e um perfil epidemiológico com predominância de doenças crônicas que causam incapacidade e perda da funcionalidade (BRASIL, 2006). Aproximadamente, 80% dos idosos apresentam uma condição crônica de saúde e 10% desses referem ser acometidos por cinco doenças crônicas (TAVARES e DIAS, 2012).

Todo esse contexto é indicativo da necessidade de se fazer ações preventivas e de cunho educativo com vistas à diminuição ou minimização de problemas de saúde da pessoa idosa.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Campos *et al.* (2010, p. 18) definem planejamento como:

[...] um cálculo situacional e sistemático capaz de articular o imediato (presente) com o futuro. O plano, como um cálculo, não é nem puramente técnico, nem puramente político e muito menos único. Devemos considerar tanto as propostas dos especialistas... como também as diferentes visões ou pontos de vista dos políticos, ... assim, como propostas oriundas da própria comunidade que, em última análise, é que sofre com os problemas que o planejamento pretende resolver.

A promoção da saúde em sua dimensão social sustenta-se na participação e no envolvimento das pessoas, grupos e de outros segmentos da sociedade, organizados nos serviços de saúde. Ela vem sendo entendida como uma das estratégias mais promissoras em relação ao enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que assolam as comunidades, uma vez que representa uma reação à excessiva medicalização da vida social, às medidas de pouco impacto nas condições de vida e saúde e no âmbito coletivo (BUSS *et al.*, 1998; LUIS e PILLON, 2004; RESTREPO e MALAGÃ, 2001; WHO, 1996).

Um dos campos de atuação da promoção da saúde é o empoderamento da população. Trata-se de uma medida valiosa no provimento de uma verdadeira participação popular nos processos de tomada de decisões no âmbito público. Entende-se por empoderamento o processo de incentivo à inclusão popular e de organizações comunitárias no controle da melhoria de suas condições de vida e saúde nos planos individual, comunitários e político, além disso, da busca por justiça social (RESTREPO e MALAGÃ, 2001).

Nessa perspectiva de Planejamento, no mês de maio de 2013 foi feita uma discussão com a comunidade, profissionais de saúde e demais atores sociais sobre o resultado do Diagnóstico Situacional, problema priorizado, neste trabalho, e colocou-se para apreciação e aprovação uma proposta de intervenção. Essa reunião teve como produto um Plano de Ação. Ressalta-se que esse plano é um direcionador das ações, não está finalizado e que, por esse motivo, ainda poderá sofrer alterações no seu conteúdo à medida que se desenvolver.

6.1 Considerações sobre a Linha-Guia de Saúde do Idoso

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio do programa Saúde em Casa, estabelece como estratégia primordial a conformação das redes de atenção à saúde e define a Atenção Básica como o centro de coordenação e regulação dessa malha. Para isso, publicou e definiu as Linhas-Guia de atenção à saúde como subsídio para padronização de condutas e implantação das redes. No instrumento referente à saúde do Idoso, entende-se saúde de forma ampliada sem estar restrita a presença ou ausência de processos patológicos. É entendida como o nível de independência e autonomia para o autocuidado e realização das Atividades de Vida Diária. Por conseguinte, a avaliação precisa ser multidimensional, considerar o bem estar biopsicossocial e compreender que a autonomia dos idosos está diretamente relacionada com a cognição, humor, mobilidade e a comunicação, exigindo, portanto uma equipe multiprofissional (MINAS GERAIS, 2007).

A representação do conceito de saúde do idoso pode ser assim apresentada:

SAÚDE DO IDOSO:

SAÚDE MENTAL + SAÚDE FÍSICA (INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTONOMIA) + INDEPENDÊNCIA FINANCEIRA + SUPORTE FAMILIAR + INTEGRAÇÃO SOCIAL.

Fonte: Linha Guia Saúde do Idoso, Minas Gerais, 2006, p.17.

A velhice precisa ser concebida como uma etapa esperada de desenvolvimento humano e não como uma doença. Fundamentado nessa assertiva, a atenção visa melhorar a qualidade de vida dos clientes e não simplesmente acrescentar anos à sua vida. Dessa forma, permeia as seguintes etapas:

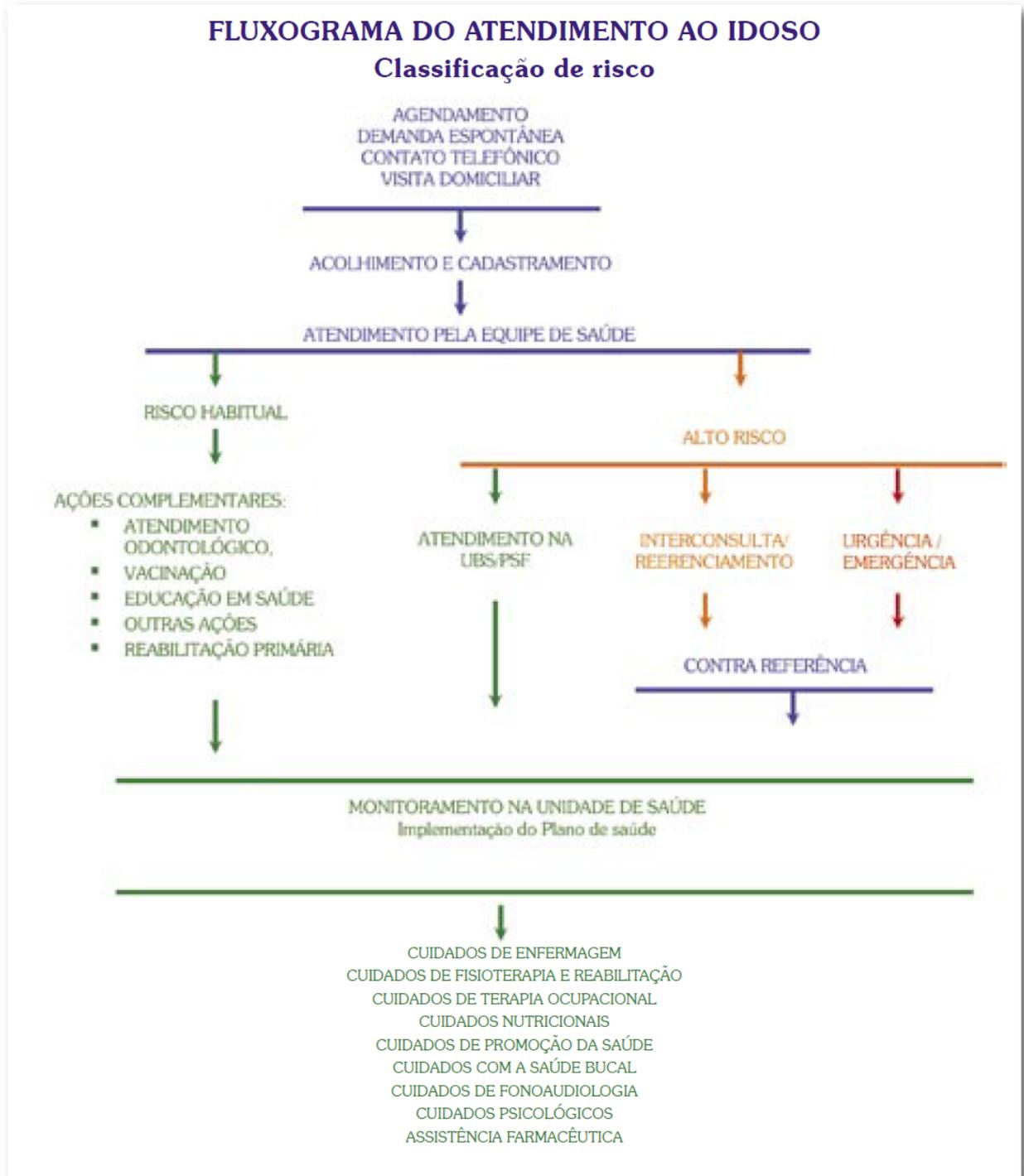
- Captação e cadastramento;
- Avaliação Multidimensional do Idoso;
- Diagnóstico Funcional Global;
- Estratificação de risco;

- Plano de cuidados e encaminhamentos necessários;
- Avaliação e acompanhamento longitudinal.

No que tange à captação, ela pode ser por demanda espontânea ou busca ativa no domicílio pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). O importante é que o cadastramento tenha uma base territorial definida para possibilitar a responsabilização por unidade de Atenção Básica à Saúde.

A Avaliação Multidimensional do Idoso, o diagnóstico Funcional global, a Estratificação de risco e o plano de cuidados seguirão os formulários da proposta do programa Saúde em Casa: Prontuário familiar / Idoso (ANEXOS A; B, C, D e E).

Partindo dessa premissa e das discussões anteriores sobre a magnitude do impacto do envelhecimento no setor saúde, propõe-se uma intervenção no sentido de favorecer esse papel regulador da Equipe de Saúde da Família Industrial 1, no município de Pirapora-MG, tendo como base a Linha-guia de Atenção à Saúde do Idoso e norteada conforme fluxograma a seguir:



Fonte: Linha Guia Saúde do Idoso, Minas Gerais, 2006, p.62.

Como observado, os Idosos serão classificados em: Risco habitual e Alto risco. Cada atendimento será conforme essa classificação. Os de Risco habitual serão avaliados na Unidade e terão retorno marcado em três meses para nova avaliação. Os de alto risco serão atendidos de imediato com verificação da necessidade de encaminhamentos aos Núcleos ou Centros de Referência.

6.2 Plano de Intervenção

Problema: Processo de trabalho referente à saúde do idoso desorganizado na Área de Abrangência da Equipe de Saúde da Família Industrial 1.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsável	Prazo
Não há sistematização da Assistência com base na Linha-guia estadual.	Capacitação para a equipe de saúde referente à Linha Guia de saúde do Idoso.	Promover a formação e educação permanente para os profissionais da equipe.	Equipe capacitada para atuar conforme a linha guia.	Recursos audiovisuais: computador, data show, e sons. Material Didático Estrutura física: Sala de reuniões do Centro de Educação Permanente.	Enfermeiro	Julho de 2013
	Captação, cadastramento e levantamento dos perfis socioeconômico e epidemiológico dos Idosos na Área de Abrangência.	Determinação do público alvo em termos quantitativos, divididos por sexo, faixa etária, morbimortalidade.	Relatório demográfico e epidemiológico dos Idosos da área de Abrangência.	Ficha – A do SIAB	Enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde.	Julho de 2013
	Primeira Consulta Geral, avaliação funcional global e estratificação de risco.	Estratificar a clientela conforme o risco.	Agenda definida para atendimento aos idosos de risco habitual e conhecimento das demandas por encaminhamentos.	Formulários padronizados. Médico e enfermeiro.	Enfermeiro e Médico	Imediato julho de 2013.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsável	Prazo
Não há sistematização da Assistência com base na Linha-guia estadual.	Realizar de três em três meses nova avaliação do idoso.	Monitorar o risco nos idosos da área de abrangência. Prevenir ou diagnosticar precocemente alterações.		Formulários padronizados. Médico e enfermeiro e demais membros da equipe.	Enfermeiro e médico.	Julho de 2013
	Estabelecer plano de cuidados.	Maior qualidade na assistência prestada.	Plano de cuidado individualizado.	Formulários padronizados e recursos humanos.	Médico e enfermeiro.	Julho de 2013
	Monitoramento dos Idosos da área de abrangência.	Ter um diagnóstico atualizado das condições de saúde dos Idosos da área de Abrangência..	Relatório demográfico e epidemiológico dos Idosos da área de Abrangência.	Ficha – A do SIAB	Enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde.	Julho de 2013

6.3 Monitoramento e Avaliação

Pretende-se utilizar como critério para avaliação de curto e médio prazo os seguintes indicadores:

- 1- Proporção de Idosos residentes na comunidade cadastrados ;
- 2- Proporção de Idosos cadastrados com classificação de risco estabelecida;
- 3- Proporção de Idosos com classificação de risco e plano de cuidados elaborados.

Em longo prazo espera-se que a aplicação dessa metodologia de trabalho tenha um impacto positivo na melhoria da capacidade funcional dos Idosos, da autonomia e conseqüentemente da qualidade de vida, através da redução da morbimortalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho propiciou-me, além de aprofundar conhecimentos a respeito da saúde dos idosos e a construção de um plano de intervenção que atendesse às necessidades dessa população, melhorar a assistência ao idoso uma vez que toda a equipe de saúde será capacitada para tal.

Como referido anteriormente, nosso objetivo inicial foi a de apresentar um plano de intervenção para melhorar a assistência prestada ao idoso, na área de abrangência da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Industrial 01, no município de Pirapora, Minas Gerais, no ano de 2013. Acreditamos que nosso propósito foi alcançado.

A organização da assistência, como prevista, abrangeu todos os requisitos definidos na Linha-Guia de Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais.

Espera-se com desenvolvimento dessa metodologia, levantar dados para subsidiar futuros estudos, apropriarmos melhor da realidade e poder contribuir efetivamente com a população cadastrada no tocante à melhoria da sua qualidade de vida.

REFERENCIAS

- BRASIL. **Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília: DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade entre Idosos no Brasil:** tendência em 20 anos (1991 – 2010). Brasília, 2011.
- BUSS, P.M. *et al.* **Promoção da saúde e a saúde pública:** contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, 1998.
- CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O Envelhecimento da População Brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública.** v. 19, n 3, p....., 2003
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso.** Belo Horizonte, Nescon/UFMG, Coopmed,2009.
- FARIAS, R.G; SANTOS, S.M.A. Influencia dos Determinantes do Envelhecimento Ativo entre Idosos mais Idosos . **Texto e Contexto Enfermagem.** v. 21, n 1, p. 167-176, 2012
- FARINATTI, PTV. **Envelhecimento:** promoção da saúde e exercício. Barueri-SP, Manole,2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA *IBGE*. **IBGE Cidades.** Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 01/05/2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. Perfil dos Idosos Responsáveis Pelos Domicílios no Brasil 2010. Rio de Janeiro, 2010.
- KÜCHEMANN, B.A. O Envelhecimento Populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado.** v. 1, n 27. Brasília, 2003.
- LUIS, M. A.; PILLON, S. C. Promoção da Saúde e Prevenção do uso de drogas: o papel do enfermeiro. **Nursing: revista técnico – científica de Enfermagem.** Miraflores, n. 7, v. 75, p. 39 – 45, agosto, 2004.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização:** Regionalização com Hierarquização. Belo Horizonte, 2002.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- SIQUEIRA, R.L; BOTELHO, M. I. V; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciências e Saúde Coletiva.** v. 7, n 4, p. 899-906, 2002
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPORA-MG. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Pirapora, maio de 2013.

SALDANHA A.L; CALDAS, C.P (Org). **Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro**, Editora Interciência,2004.

TAVARES, D.M.S; DIAS, FA. Capacidade Funcional, Morbidades e Qualidade de vida em Idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 21, n 1, p. 112-120, Jan-Mar, 2012.

VENTURI, I *et al.* Identificação da área de Influencia do Serviço de atenção Básica do Sistema Público de Saúde à população idosa, município de Viçosa, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13,n.41, p.....,2008.

RESTREPO, H. E.; MÁLAGÃ, H. **Promoción de la salud: Cómo Construir vida saludable**. Bogotá: Editora Médica Internacional LTDA, 2001. cap. 6, p. 25 – 33.

ROSSET, I; *et al.* Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 45, n 1, p. 264-271, 2011.

WHO, *Learning togheter to work together for health*-pg. 763, 1998. Site: www.abeo.org.br, acessado em: 23-07-2004, às 15:30 hs.

ANEXOS

ANEXO A – PRIMEIRA CONSULTA AVALIAÇÃO GERAL

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA		Nº:	
IDOSO – PRIMEIRA CONSULTA – AVALIAÇÃO GERAL			
CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO			
Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.			
Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:		
Nome completo:			
DN:	Idade:	Raça:	
Sexo: Masc. () Fem. ()		Profissão:	
Estado Civil:		Grau de instrução:	
Informante: Nome:		Grau de parentesco:	
Cuidador Nome	Grau de parentesco	Idade	
CAMPO 2 – MOLÉSTIA ATUAL			
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem			
Queixa principal:			
História clínica:			
CAMPO 3 – HISTÓRIA PREGRESSA			
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem			
Doenças anteriores SIM () NÃO () Listar:			
Cirurgias SIM () NÃO () Listar:			
Internações SIM () NÃO () Listar:			
Doenças ou acidentes do trabalho SIM () NÃO () Listar:			
Outras SIM () NÃO () Listar:			
Órteses e próteses. Citar o tipo e tempo de uso:			
Presença de alergias e/ou intolerâncias. Citar:			
Consultas médicas nos últimos 6 meses:			
ROTINA		URGÊNCIA	
Nº	DIAGNÓSTICOS	Nº	DIAGNÓSTICOS

CAMPO 4 – VACINAÇÃO		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem Poderá ser consultado e deverá ser preenchido o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.		
Reação vacinal: SIM () NÃO () Citar:		
CAMPO 5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem		
I. TRIAGEM NUTRICIONAL	() Normal () Possibilidade de Desnutrição	
II. AVALIAÇÃO GLOBAL	() Bom estado nutricional () Limítrofe ou Risco de desnutrição () Desnutrido	
CAMPO 6 – ATIVIDADES COTIDIANAS		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem		
Descrever:		
Atividades de lazer:		
Atividade física:		
Orientada por profissional? SIM () NÃO ()		
Tabagismo: Sim () Não ()		
DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA
Uso de álcool: Sim () Não ()		
Tipo de bebida:		
DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA
Triagem de CAGE: () teste positivo () teste negativo		
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim () Não ()		
DATA DE INÍCIO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA
Tratamentos realizados:		
Sexualidade:		
Sono e outros hábitos:		
Direção veicular: Sim () Não ()		

CAMPO 7 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL			
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.			
CAMPO 8 – MEDICAMENTOS			
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem			
Medicamentos de uso contínuo utilizados atualmente			
NOME	DOSE	TEMPO DE USO	INDICAÇÃO MÉDICA
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
			() Sim () Não
História de hipersensibilidade ou intolerância: Outras informações sobre medicamentos:			
CAMPO 9 - Anamnese e Exame físico para revisão dos Sistemas Fisiológicos Principais			
Este campo deve ser preenchido pelo médico.			
Peso:	g	PA (Ortotatismo):	mmHg
		IMC:	
TAX:	°C		
Altura:	cm	PA (deitado):	mmHg
		FC:	bpm
FR:	irpm		
Geral, tireóide, linfadenomegalias:			
Comunicação:			
Visão: Avaliar o grau de deficiência visual: dificuldade para leituras, assistir TV, dirigir carro, se afirmativo aplicar o Teste Snellen ou Jaeger. Anotar a data da última consulta oftalmológica e uso de lentes corretivas.			
Audição: Avaliar a presença de deficiência auditiva, dificuldade para conversação se afirmativo aplicar o Teste do sussurro. Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista a necessidade de reabilitação ou uso de prótese. Realizar a otoscopia.			
Fala: Avaliar distúrbios da fala.			
Pele e anexos:			
Aparelho cardiovascular:			

Aparelho respiratório:	
Aparelho digestivo:	
Aparelho genito-urinário:	
Sistema nervoso:	
Sistema músculo esquelético:	
Saúde bucal: Foi examinado pelo cirurgião dentista no último ano? Sim () Não () Faz escovação diária? Sim () Não ()	Usa prótese removível? Sim () Não () Há quanto tempo? Tem algum incômodo ou notou algo diferente na boca? Sim () Não () Especificar:
CAMPO 10 - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Este campo deve ser preenchido pelo médico.	
Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos	
CAMPO 11 - CONDUTA Este campo deve ser preenchido pelo médico.	
Tratamentos/ Exames solicitados:	
Encaminhamentos: • Interconsulta ou encaminhamento • Alterações identificadas a serem avaliadas no retorno:	
Informação para o usuário (Orientações sobre educação em saúde):	
Data:	Assinatura:
	Carimbo:

CAMPO 12 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM		
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.		
Dados:		
Avaliação:		
Data:	Assinatura:	Carimbo:
CAMPO 13 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.		
Dados:		
Data:	Assinatura:	Carimbo:
CAMPO 14 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico.		
Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM.		
Data:	Assinatura:	Carimbo:
1. PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO. 2. FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS.		

ANEXO B – PRIMEIRA CONSULTA AVALIAÇÃO FUNCIONAL

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA		Nº:
IDOSO – PRIMEIRA CONSULTA – AVALIAÇÃO FUNCIONAL		
CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO		
Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.		
Data do atendimento:	Nº Cartão SUS:	
Nome completo:		
DN:	Idade:	Cor:
Informante:		
CAMPO 2 – AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.		
Verificar encaminhamentos da primeira consulta, avaliar e anotar exames ou observações importantes		
CAMPO 3 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.		
Avaliação nutricional final:		
CAMPO 4 – AVALIAÇÃO AMBIENTAL		
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.		
Identificar e registrar todas as áreas da casa inapropriadas para circulação ou atividades cotidianas do idoso e orientar as correções a serem realizadas.		
CAMPO 5 – AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS		
Este campo deve ser preenchido pelo médico		
Avaliação dos Sistemas fisiológicos principais:		

CAMPO 6 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

Este campo deve ser preenchido pelo médico

AUTO CUIDADO**Teste nº 2 – Teste de Atividades de Vida diária – AVD:**

() Independência () Dependência parcial () Dependência importante

Teste nº 3 – Teste de Atividades Instrumentais de Vida Diária:

() Independência () Dependência parcial () Dependência importante

MOBILIDADE

Quedas no último ano () Sim () Não N°

Repercussão (fratura, limitação, incapacidade):

Caracterizar a queda:

Teste nº 4 – Testes de Marcha:**COGNIÇÃO****Teste nº 5 – Teste Mini-Mental:**

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: () SIM () NÃO

Teste nº 6 – Teste de Fluência Verbal:

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: () SIM () NÃO

Teste nº 7 – Teste do Relógio:

Pontuação: _____ Comprometimento cognitivo, com provável demência: () SIM () NÃO

HUMOR**Teste nº 8 – GDS 15:**

Pontuação: _____ Possibilidade de depressão: () SIM () NÃO

Teste nº 9 – DMS-IV:

Pontuação: _____ Depressão: () SIM () NÃO

COMPORTAMENTO**COMUNICAÇÃO****Visão:** Teste de Snellen ou Jaeger:**Audição:** Teste do sussurro:**Fala:****CAMPO 7 – IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos

ANEXO C – CONSULTA SUBSEQUENTE

PRONTUÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA		N°:	
IDOSO – CONSULTA SUBSEQUENTE			
CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO			
Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da Equipe de Saúde. Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.			
Data do atendimento: __/__/__	N° Cartão SUS:		
Nome completo:	Idade:		
CAMPO 2 – AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS			
Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior ou de nível técnico de Enfermagem.			
Avaliar alimentação: aplicar Avaliação Nutricional (ver item 6.5.4) se a anterior estiver alterada.			
Avaliar atividades cotidianas e dados familiares e sociais.			
CAMPO 3 – EXAME FÍSICO			
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro ou médico			
Peso: g.	PA (ortostatismo): mmHg	IMC:	TAX: °C
Altura cm.	PA (deitado): mmHg	FC: bpm	FR: irpm
Informante:			
CAMPO 4 – AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS PRINCIPAIS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico.			
CAMPO 5 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL			
Este campo deve ser preenchido pelo médico.			

CAMPO 6- IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		
Este campo deve ser preenchido pelo médico.		
Diagnósticos dos Principais Sistemas Fisiológicos		
Diagnóstico Funcional/Nível de Dependência: Gigantes da Geriatria:		
CAMPO 7 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
Este campo deve ser preenchido pelo médico.		
() Risco Habitual	() Risco Alto / Idoso Frágil	
CAMPO 8 – CONDUTA		
Este campo deve ser preenchido pelo médico.		
Exames complementares:		
<p>Plano de Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde e prevenção de doenças • Tratamentos: • Reabilitação: 		
Encaminhamentos:		
Informação para o Usuário:		
CAMPO 9 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Este campo deve ser preenchido pelo médico ou enfermeiro.		
Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM		
Data:	Assinatura:	Carimbo:
1.PREENCHER QUADRO CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E DE GLICEMIA, ANEXOS AO PRONTUÁRIO. 2.FAZER NOTIFICAÇÕES OBRIGATÓRIAS		

CAMPO 10 – SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Dados:

Avaliação:

Data:

Assinatura:

Carimbo:

CAMPO 11 – AVALIAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde de nível superior.

Dados:

Data:

Assinatura:

Carimbo:

ANEXO D - ROTEIROS

ROTEIRO nº 1 – TRIAGEM DE CAGE

Indicação: Idoso com história de alcoolismo positiva.

Perguntas: a) Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (**C**ut down)?
 b) Alguém já o criticou pelo ato de beber (**A**ny)?
 c) Sente-se culpado (**G**uilty) por beber?
 d) Costuma beber logo pela manhã (**E**ye-opener)?

Escore: Teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.

ROTEIRO nº 2 – AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA AMBIENTAL

Indicação: Idoso frágil

Perguntas: Verificar as áreas da casa onde passa a maior parte do tempo e aquelas que não frequenta, indicando o motivo.

Avaliar cada área da casa, considerando as seguintes situações adequadas para segurança ambiental:

- Áreas de locomoção: áreas desimpedidas, piso antiderrapante, calçados adequados, barras de apoio, revestimentos uniformes ou tapetes bem fixos;
- Iluminação: suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus; sentinela iluminando o quarto, corredor e banheiro; iluminação exterior suficiente para iluminar toda a entrada exterior; cama com luz indireta;
- Quarto de dormir: guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis, cadeira permitindo se assentar para se vestir, cama de altura adequada (45 cm);
- Banheiro: lavabo facilmente acessível e bem fixo, área do chuveiro com piso antiderrapante, box com abertura fácil e cortina bem firme;
- Cozinha: armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; pia sem vazamento; possibilidade de entrada de cadeira de rodas quando necessário;
- Escada: revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela; corrimão bilateral, sólido e com prolongamento além do primeiro e do último degrau; espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes; uniformidade dos degraus com altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.

Avaliação: Identificar e registrar todas as áreas inapropriadas para a circulação e para as atividades cotidianas do idoso e orientar as correções a serem realizadas.

ROTEIRO nº 3 – AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Indicação: Todos os idosos.

Perguntas: Nos últimos 3 meses:

Responder: nunca, algumas vezes ou sempre.

1. Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
2. Teve problemas para mastigar os alimentos?
3. Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?
4. Mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?
5. Teve algum desconforto ao comer algum alimento?
6. Evitou encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?
7. Sentiu-se insatisfeito(a) com a aparência de sua boca?
8. Tomou remédio para dor ou desconforto em sua boca?
9. Algum problema bucal o deixou preocupado(a)?
10. Chegou a se sentir nervoso por problemas na sua boca?
11. Evitou comer com outras pessoas por problemas bucais?
12. Teve dentes ou gengivas sensíveis a alimentos ou líquidos?

Avaliação: Quanto maior o número de respostas afirmativas – “sempre” ou “algumas vezes” – , maior a necessidade de cuidados em saúde bucal.

Fonte (adaptado): ATCHINSON e DOLAN, 1990

TESTE n° 1 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL			
I. TRIAGEM NUTRICIONAL			
Indicação:	Todos os idosos.		
Perguntas:	Resultado	Pontuação	
1. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou engolir?	Diminuição severa da ingestão	0	
	Diminuição moderada da ingestão	1	
	Sem diminuição da ingestão	2	
	2. Perda de peso nos últimos 3 meses	Superior a 3 quilos	0
		Não sabe referir	1
		Entre 1 e 3 quilos	2
		Sem perda de peso	3
	3. Mobilidade	Restrito ao leito ou cadeiras de rodas	0
		Autonomia somente em casa	1
		Capaz de sair de casa	2
	4. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	Sim	0
		Não	2
5. Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão graves	0	
	Demência leve	1	
	Sem problemas psicológicos	2	
6. Índice de Massa Corporal (IMC)	IMC < 19	0	
	19 ≤ IMC < 21	1	
	21 ≤ IMC < 23	2	
	IMC ≥ 23	3	
Escore:	Subtotal – máximo de 14 pontos		
≥ 12 pontos	NORMAL	Desnecessário continuar a avaliação.	
≤ 11 pontos	POSSIBILIDADE DE DESNUTRIÇÃO	Continuar a avaliação.	
II. AVALIAÇÃO GLOBAL			
Indicação:	Idosos com POSSIBILIDADE DE DESNUTRIÇÃO		
Perguntas:	Resultado	Pontuação	
1. O paciente vive em sua própria casa (não em instituição)	Sim	1	
	Não	0	
2. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	Sim	0	
	Não	1	

3. Lesões de pele ou escaras	Sim	0
	Não	1
4. Quanta refeição faz ao dia?	3 refeições	0
	2 refeições	1
	1 refeições	2
5. O paciente consome: - Uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? - Duas ou mais porções semanais de feijão ou ovos? - Carne, peixes ou aves todos os dias?	Nenhuma ou 1 resposta "sim"	0
	2 respostas "sim"	0,5
	3 respostas "sim"	1
6. O paciente consome, duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?	Não	0
	Sim	1
7. Quantos copos de água ou outros líquidos o paciente consome por dia?	Menos de 3 copos	0
	3 a 5 copos	0,5
	Mais do que 5 copos	1
8. Modo de se alimentar.	Não é capaz de alimentar-se sozinho	0
	Alimenta-se sozinho porém com dificuldade	1
	Alimenta-se sozinho sem dificuldade	2
9. O paciente acredita ter algum problema nutricional?	Acredita ter uma desnutrição grave	0
	Não sabe dizer ou acredita ter uma desnutrição moderada	1
	Acredita não tem problema nutricional	2
10. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera sua própria saúde?	Não tão boa quanto à de outras pessoas	0
	Não sabe dizer	0,5
	Tão boa quanto a de outras pessoas	1
	Melhor que a de outras pessoas	2
11. Circunferência do braço em cm	CB < 21	0
	$21 \leq CB \leq 22$	0,5
	CB > 22	1
12. Circunferência da panturrilha em cm	CP < 31	0
	CP \geq 31	1
Escore final:	Fazer a somatória total de pontos da Triagem nutricional e Avaliação global (total máximo de 30 pontos)	
	\geq 24 pontos:	BOM ESTADO NUTRICIONAL
	17 a 24 pontos:	LIMÍTROFE ou EM RISCO DE DESNUTRIÇÃO
	< 17 pontos:	DESNUTRIDO
Fazer o Recordatório Alimentar. Avaliar patologias concomitantes, situações ou fatores desencadeantes. Concluir a avaliação e prescrever o Plano de Cuidados.		

TESTE nº 2 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA-AVD

Indicação: Todos os idosos

- Perguntas:**
1. Banho: não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.
 2. Vestir-se: pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar sapatos.
 3. Higiene pessoal: vai ao banheiro; usa o banheiro; veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).
 4. Transferência: consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).
 5. Alimentação: come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão).
 6. Continência: controla completamente urina ou fezes.

Avaliação: Somar o número de respostas “sim” às perguntas acima.

5 a 6 pontos: INDEPENDÊNCIA

3 a 4 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL

0 a 2 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

TESTE nº 3 – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA-AIVD

Indicação: Todos os idosos

Perguntas: Responder: “sem ajuda”, “com ajuda parcial” ou “não consegue”.

O Sr.(a) Consegue:

1. Usar o telefone?
2. Fazer compras?
3. Cuidar de suas finanças?
4. Preparar suas próprias refeições?
5. Arrumar a casa?
6. Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?
7. Lavar e passar roupa?
8. Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?
9. Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial.

Avaliação: Para cada questão considere:

- Sem ajuda: 3 pontos;
- Com ajuda parcial: 2 pontos;
- Não consegue: 1 ponto

Escore final:

19 a 27 pontos: INDEPENDÊNCIA

10 a 18 pontos: DEPENDÊNCIA PARCIAL

abaixo de 9 pontos: DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

OBS:As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva.

TESTE nº 4 - MARCHA		
Indicação:	Deverá ser realizado se houver queixa de desequilíbrio ou quedas por parte do idoso ou observação de alterações durante a consulta por parte do médico.	
Metodologia:		Pontuação
TIPOS DE MARCHA	Sozinho	1
Fazer pontuação para a marcha no interior e no exterior do domicílio	Ajuda ocasional	2
	Ajuda freqüente	3
	Muleta ou bengala	4
	Andador	5
	Cadeira de rodas	6
	Imobilidade completa (acamado)	7
SUBIR ESCADA Consegue subir escada de 5 degraus ou a escada para a mesa de exame?	Sim	1
“GET UP AND GO” O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira sem apoio dos braços, caminhar 3 metros com passos seguros, virar 180 graus e retornar, sentando novamente na cadeira.	Não	2
	< 10	1
	10 a 20	2
	20 a 30	3
	> 30	4
Avaliação:	Quanto maior a pontuação, maior o grau de dificuldade e mais severa a instabilidade postural.	

TESTE nº 5 – MINI-MENTAL																																		
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)																																		
Indicação:	Idosos alfabetizados																																	
Metodologia: 1 ponto para cada acerto	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">Orientação temporal</td> <td>Ano</td> </tr> <tr> <td>Mês</td> </tr> <tr> <td>Dia do mês</td> </tr> <tr> <td>Dia da semana</td> </tr> <tr> <td>Semestre /Hora aproximada</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Orientação espacial</td> <td>Estado</td> </tr> <tr> <td>Cidade</td> </tr> <tr> <td>Bairro ou nome de rua próxima</td> </tr> <tr> <td>Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo:hospital, casa de repouso, própria casa)</td> </tr> <tr> <td>Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, sala, apontando para o chão)</td> </tr> <tr> <td>Registro</td> <td>Repetir: COPO, MALA, CARRO</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Atenção e Cálculo (Considere a tarefa com melhor aproveitamento)</td> <td>Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$</td> </tr> <tr> <td>Soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM</td> </tr> <tr> <td>Memória de Evocação</td> <td>Quais os três objetos perguntados anteriormente?</td> </tr> <tr> <td>Nomear objetos</td> <td>Relógio e caneta</td> </tr> <tr> <td>Repetir a frase</td> <td>“Nem aqui, nem ali, nem lá”</td> </tr> <tr> <td>Comando de estágios</td> <td>“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”.</td> </tr> <tr> <td>Escrever uma frase completa</td> <td>“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”</td> </tr> <tr> <td>Ler e executar</td> <td>“Feche seus olhos”</td> </tr> <tr> <td>Copiar diagrama</td> <td> Copiar dois pentágonos com interseção  </td> </tr> <tr> <td>Avaliação:</td> <td> Pontuação mínima esperada: * Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos * Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência. </td> </tr> </table>	Orientação temporal	Ano	Mês	Dia do mês	Dia da semana	Semestre /Hora aproximada	Orientação espacial	Estado	Cidade	Bairro ou nome de rua próxima	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo:hospital, casa de repouso, própria casa)	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, sala, apontando para o chão)	Registro	Repetir: COPO, MALA, CARRO	Atenção e Cálculo (Considere a tarefa com melhor aproveitamento)	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$	Soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM	Memória de Evocação	Quais os três objetos perguntados anteriormente?	Nomear objetos	Relógio e caneta	Repetir a frase	“Nem aqui, nem ali, nem lá”	Comando de estágios	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”.	Escrever uma frase completa	“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”	Ler e executar	“Feche seus olhos”	Copiar diagrama	Copiar dois pentágonos com interseção 	Avaliação:	Pontuação mínima esperada: * Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos * Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.
	Orientação temporal		Ano																															
			Mês																															
			Dia do mês																															
			Dia da semana																															
		Semestre /Hora aproximada																																
	Orientação espacial	Estado																																
		Cidade																																
		Bairro ou nome de rua próxima																																
		Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo:hospital, casa de repouso, própria casa)																																
		Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, sala, apontando para o chão)																																
	Registro	Repetir: COPO, MALA, CARRO																																
	Atenção e Cálculo (Considere a tarefa com melhor aproveitamento)	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$																																
		Soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM																																
	Memória de Evocação	Quais os três objetos perguntados anteriormente?																																
	Nomear objetos	Relógio e caneta																																
	Repetir a frase	“Nem aqui, nem ali, nem lá”																																
Comando de estágios	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”.																																	
Escrever uma frase completa	“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”																																	
Ler e executar	“Feche seus olhos”																																	
Copiar diagrama	Copiar dois pentágonos com interseção 																																	
Avaliação:	Pontuação mínima esperada: * Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos * Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.																																	

TESTE n° 6 – FLUÊNCIA VERBAL

Indicação:	Idosos analfabetos ou idosos com baixa escolaridade e dificuldade de realização do Mini-Mental
Metodologia:	Solicita-se ao paciente idoso que enumere o máximo de animais (“bichos”) e frutas em 1 minuto cronometrado. Considerar qualquer animal: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Considerar “boi e vaca” como dois animais, mas “gato e gata” como um só. A classe vale como nome se não houver outros nomes da mesma classe. P. ex. considerar “passarinho, cobra, lagarto” como três animais, mas “passarinho, canário e peixe” como dois.
Avaliação:	Pontuação mínima esperada * Idoso analfabeto: 9 pontos * Idoso com baixa escolaridade e dificuldade de realização do Mini-mental: 13 pontos Pontuações menores indicam comprometimento cognitivo, com provável demência.

TESTE n° 7 – TESTE DO RELÓGIO

Indicação:	Para todo idoso que realizar os Testes Mini-Mental e Fluência Verbal	
Metodologia:	O idoso deverá desenhar um relógio com todos os números e marcar um determinado horário.	
Avaliação:	Inabilidade absoluta de representar o relógio.	0 pontos
	O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visual-espacial grave.	1 ponto
	Desorganização visual-espacial moderada, com marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda/direita	2 pontos
	Distribuição visual-espacial correta com marcação errada da hora	3 pontos
	Pequenos erros espaciais.	4 pontos
	Desenho perfeito.	5 pontos
Pontuação	Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento cognitivo.	

TESTE nº 8 - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS15)

Indicação:	Todos os idosos.		
Metodologia: Responder “sim” ou “não” para cada questão, considerando a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	sim	NÃO
	Você se aborrece com frequência?	SIM	não
	Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	SIM	não
	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM	não
	Você sente que sua situação não tem saída?	SIM	não
	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	SIM	não
	Você acha que sua situação é sem esperanças?	SIM	não
	Você acha maravilhoso estar vivo?	sim	NÃO
	Você sente que sua vida está vazia?	SIM	não
	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	SIM	não
	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	SIM	não
	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	SIM	não
	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	sim	NÃO
	Você se sente cheio de energia?	sim	NÃO
	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	sim	NÃO
Avaliação:	Dê 1 (um) ponto para cada resposta em maiúsculo e negrito. Acima de 5 opções marcadas em escuro, considerar depressão e aplicar o DSM-IV para diagnóstico. 0 a 5 pontos: Normal 6 a 10 pontos: Depressão leve 11 a 15 pontos: Depressão severa		
Validação: Almeida O.P. Arq. Neuropsiquiat, v.57, p. 421-426,1999			

TESTE nº 9 - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (DMS-IV)

Indicação:	Todos os idosos com resultado positivo para o Teste nº 8 - GDS 15
Metodologia:	<p>Você se sente freqüentemente triste ou deprimido?</p> <p>Sintomas Maiores de Depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos; • Humor deprimido (sente-se triste ou vazio); • Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite; • Insônia ou hipersonia; • Agitação ou retardo psicomotor; • Fadiga ou perda de energia; • Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; • Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; • Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente. <p>Duração da sintomatologia: > 2 semanas ou < 2 semanas</p> <p>A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento anterior?</p>
Avaliação:	<p>Critérios para avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 ou mais dos sintomas por pelo menos 2 semanas, sendo obrigatório pelo menos um dos sintomas marcados em negrito (humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer); • os sintomas não devem estar associados ao luto, sintomas psicóticos, nem a efeitos fisiológicos; • os sintomas devem estar causando sofrimento ou incapacidade social. <p>Caso preencha os critérios acima, é considerado o diagnóstico de DEPRESSÃO e o idoso deve iniciar o tratamento.</p>

TESTE nº 10 - SNELEN: VISÃO

Pergunte ao paciente: Você tem dificuldades para dirigir, assistir TV ou ler? Se a resposta for sim, realizar o Teste Snellen (5m) que tem como base a letra "E". Peça que o paciente se sente numa cadeira a 5 metros da parede. Pendure a cartela de modo que a linha de acuidade visual 0,8 a 1,0 fique na altura dos olhos. A acuidade está indicada ao lado de cada linha. Se a pessoa usar óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Aponte cada letra com um lápis e pergunte se as hastes do "E" estão viradas para cima ou para baixo, para a direita ou para a esquerda. Utilize referências como "do lado da porta ou da janela" se confundirem esquerda e direita. Comece do alto da cartela, indicando duas ou três letras por linha. Se o paciente ficar indeciso em relação a alguma letra, mostre outras da mesma linha, para ter certeza de que há mesmo uma falha de visão. Quando o resultado for muito abaixo do esperado, repita o teste para confirmar.

Registre para cada olho o valor de acuidade correspondente à última linha que o paciente leu com mais facilidade. Anote separadamente os resultados do olho direito (OD) e do olho esquerdo (OE). O limite de visão considerado normal é 0,3. Resultados abaixo desse valor podem indicar a necessidade de óculos e de exames mais detalhados.

A cartela pode ser solicitada nas Secretarias de Saúde.

TESTE nº 12 – TESTE DO SUSSURRO: AUDIÇÃO

O observador fica fora do campo visual da pessoa a uma distância de 60 cm e sussurra, em cada ouvido questões breves, por exemplo: “Como é seu nome?”. Se a pessoa examinada não responder, encaminhar para avaliação especializada. É necessário observar se não há obstáculo nos condutos auditivos externos, como rolha de cerúmen quando da realização da otoscopia.

Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista e o uso de prótese.

Moore & Siu, Am J Med 100:438, 1996

ANEXO E – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ATRIBUIÇÕES/RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
ATRIBUIÇÕES/RESPONSABILIDADES	PROFISSIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Captar o Idoso na microárea ▪ Cadastrar o idoso na equipe de Saúde da Família ou na Unidade Básica de Saúde 	Equipe de Saúde da Família/ ACS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	Agente Comunitário de Saúde/ Equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	Auxiliar de Enfermagem/ Equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar consulta de enfermagem, abordando questões referentes à higiene, alimentação ▪ Imunização ▪ Informar sobre o uso correto dos medicamentos utilizados 	Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notificar situações de risco ou de violência contra o idoso 	Médico enfermeiro ou equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agendar os retornos de acordo com a necessidade do caso, priorizando sempre os idosos em maior situação de risco (social, familiar, físico e psíquico) 	Enfermeiro ou equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar consulta médica ▪ Oferecer o cuidado através do 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 	Médico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer apoio técnico aos profissionais do PSF e 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 e possível 	Psicólogo Assistente social, Terapeuta ocupacional equipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	Fisioterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer o cuidado odonto-geriátrico que deve incluir, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento de cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição 	Odontólogo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar avaliações e orientações nutricionais 	Nutricionista
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procurar aplicar medidas de prevenção das alterações de audição, voz e funções vitais como sucção, mastigação e deglutição ▪ Procurar trabalhar a comunicação dentro de uma abordagem de manifestações biopsicosociais ▪ Realizar avaliações fonoaudiológicas para diagnosticar as patologias que podem surgir no Idoso 	Fonoaudiólogo