

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

**NATALIA SALGADO CARDOSO DOS SANTOS**

**IMPLANTAÇÃO EM UBS DO PROGRAMA *MAIS IDADE MAIS SAÚDE*-  
INTENSIFICANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TERCEIRA IDADE.**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**  
**2014**

**NATALIA SALGADO CARDOSO DOS SANTOS**

**IMPLANTAÇÃO EM UBS DO PROGRAMA *MAIS IDADE MAIS SAÚDE*-  
INTENSIFICANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TERCEIRA IDADE.**

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.

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS  
2014**

**NATALIA SALGADO CARDOSO DOS SANTOS**

**IMPLANTAÇÃO EM UBS DO PROGRAMA *MAIS IDADE MAIS SAÚDE*-  
INTENSIFICANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TERCEIRA IDADE.**

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.

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 / 01 /2015

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todos os membros da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Passagem de Mariana, primeiramente, pela ajuda e apoio para a construção deste projeto.

Segundo, por serem profissionais exemplares, que diariamente cumprem seus deveres com muito esforço e otimismo apesar de muitas dificuldades encontradas na área da saúde. Obrigada por depositarem em mim, total confiança apesar da pouca experiência na atenção primária.

Meu agradecimento final, a orientadora Dra. Maria José Moraes Antunes, pela realização conjunta desde trabalho.

## RESUMO

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, em 2025, o Brasil será o sexto país com a maior população acima de 60 anos. Dessa forma, ações preventivas especializadas à saúde do idoso devem ser organizadas. O processo de envelhecimento populacional é resultado de melhorias das condições de saúde, aumentando a sobrevivência, associada à diminuição da taxa de fecundidade. Este processo denominado de transição demográfica, está ocorrendo há algum tempo em nosso país. No distrito de Passagem, pertencente à cidade de Mariana, a população idosa é expressiva em relação ao número relativo de todo o município. Com o intuito de melhorar o atendimento da equipe de saúde da família local, a esta parcela da população, este trabalho teve como objetivo: elaborar um projeto de intervenção (*Mais idade mais saúde*) para a melhoria da atenção em saúde dos idosos, oferecendo melhor assistência e mais qualidade de vida para esta parcela expressiva da área de abrangência da ESF Passagem, em Mariana, Minas Gerais. Assim pode-se desenvolver cuidados simples por meio da utilização de protocolos. Foram elaborados dois protocolos: um voltado para pacientes acima de 65 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo 2 que conseguem se dirigir até a unidade de saúde. O segundo protocolo está voltado para o atendimento de pacientes idosos acamados. O manejo inicial desses protocolos será feito por médicos e enfermeiros, mas deve ser complementado com ações de todos os membros da Equipe de Saúde da Família e por outros profissionais, visando contemplar a saúde do idoso em todas as suas peculiaridades.

Palavras-chave: Idoso, saúde do idoso, protocolo de atendimento ao idoso, visita domiciliar.

## ABSTRACT

According to estimates by the World Health Organization , in 2025 , Brazil will be the sixth country with the largest population over 60 years. Thus, preventive actions specialized to elderly health care should be organized . The aging process is the result of improvements in health conditions , increasing survival associated with decreased fertility rate . This process called demographic transition is occurring for some time in our country. In Pass district , belonging to the city of Mariana , the elderly population is significant in relation to the relative number of the whole municipality. In order to improve the health care team of local family in this population , this study aimed to : develop an intervention project (*More health More old*) to improve the health care of the elderly, enhancing assistance and better quality of life for this significant portion of the area covered by the ESF Passage, in Mariana, Minas Gerais. Thus, one can develop simple maintained by use of protocols. Two protocols were developed : one facing patients over 65 with systemic hypertension and / or type 2 diabetes who can make inquiries to the health unit . The second protocol is facing the care of bedridden elderly patients. The initial management of these protocols will be made by doctors and nurses , but must be complemented by actions of all members of the Family Health Team and other professionals, aiming contemplate the health of the elderly in all its peculiarities.

Key words: Elderly, health of the elderly, elderly care protocol, home care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ESF**- Equipe Saúde da Família

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**MG**- Minas Gerais

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Primária

**NASF** - Núcleo de Assistência à Saúde da família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS**- Unidade Básica de Saúde

**UPA**- Unidade de Pronto Atendimento

**FHEMIG** – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
5.1 O Envelhecimento.....	15
5.2 Parâmetros a serem avaliados.....	16
5.3 Ficha de Atendimento.....	22
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	
ANEXOS.....	



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Caracterização do município.

Mariana é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Foi a primeira vila, cidade e capital do estado de Minas Gerais. Foi no século XVII uma das maiores cidades produtora de ouro para a coroa Portuguesa. Localizada nas cercanias de Ouro Preto, a cerca de 12 quilômetros; Santa Bárbara; Barão de Cocais; Itabirito; Ouro Branco e Conselheiro Lafaiete. Sua distância em relação à capital Belo Horizonte é de 110 quilômetros. (IBGE, 2010)

Juntamente com Ouro Preto, é considerada um polo universitário. Atualmente o município sedia dois institutos da Universidade Federal de Ouro Preto: ICHS (Instituto de Ciências Humanas e Sociais) e o ICSA (Instituto de Ciências Sociais Aplicadas), ambos constituindo o Campus Mariana da UFOP. Há também instituições de ensino superior privadas como a UNIPAC, Faculdade Arquidiocesana de Mariana (FAM) e Faculdade de Administração de Mariana (FAMA), além de algumas instituições de ensino superior a distância, como a COC e a FINOM. Também conta com uma escola técnica o Adjectivo CETEP e também possui uma unidade da Rede Profissionalizante SENAI. (IBGE, 2010)

É uma das cidades que integram o Quadrilátero Ferrífero, região responsável por 60% de toda a produção nacional de minério de ferro. Em 2012, foi a 4ª cidade no país em arrecadação de *royalties* pela extração de minério, conforme estudo da Universidade Federal de Ouro Preto. O turismo ecológico teve também uma expansão importante, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento do setor de serviços e transformando Mariana em uma das cidades mineiras com o maior número de praticantes dos chamados esportes radicais, como montanhismo e *mountain bike*. O setor agropecuário representava em 2011 0,3% do PIB, sendo uma atividade praticamente de subsistência. (IBGE, 2010).

O município vem apresentando um crescimento contínuo de sua economia, devido principalmente à expansão do setor de mineração. Em comparação com outros municípios do estado, Mariana detém uma posição econômica de destaque, sendo o seu PIB o décimo maior entre os 853 municípios mineiros, à frente até do município limítrofe de Ouro Preto, fazendo de Mariana o município mais rico da microrregião de Ouro Preto.

Segundo estimativas do IBGE, em 2013 a cidade contava com 57 639 habitantes. Possui um IDH considerado alto segundo os padrões do IBGE. Principalmente a renda e a educação foram responsáveis pela elevação do IDH da cidade na última divulgação. O IDH de Mariana em 2010 era de 0.742, que a colocava em 719º lugar entre os municípios brasileiros e o 52º entre os municípios mineiros. Conta ainda com 29 estabelecimentos municipais de saúde e 18 privados. (IBGE, 2010)

A cidade de Mariana conta com 26 bairros e 10 distritos. (IBGE, 2010).

Entre eles o distrito Passagem de Mariana, onde trabalho como médica de Equipe de Saúde de Família (ESF). Passagem é o principal e mais próximo distrito de Mariana, está localizado a 5 km do centro da cidade.

No distrito também está a Mina da Passagem, antiga mina de ouro, que atualmente é a maior Mina de Ouro aberta a visitas turísticas do mundo. Ela tem 315m de extensão e 120m de profundidade, com um lago natural. Também existe no distrito, o antigo Cemitério dos Ingleses e o conjunto natural arqueológico do Morro Santo Antônio.

## **1.2 Diagnóstico situacional e descrição do problema priorizado.**

Os prontuários das famílias da ESF de Passagem de Mariana registram os dados de 3.577 habitantes distribuídos em 1.101 famílias cadastradas. A população, de uma forma geral, vive em casa de alvenaria (100%), com cobertura de 99% de água da COPASA e luz elétrica da CEMIG. Vivem na sua maioria do comércio local, como autônomos trabalhando como carpinteiros e pedreiros e as mulheres muitas delas como bordadeiras e trabalhando nas escolas como professoras e auxiliares. De uma forma geral morrem de complicações de doenças crônicas principalmente Diabetes e de doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio.

A UBS de Passagem de Mariana localiza-se em um ponto central da região, tendo como importante centro de referência a única Igreja do local. Possui fácil acesso aos usuários e está localizada na Rua Eugenio Rapallo. Funciona no horário de 07 às 17horas.

A equipe básica local conta com vários profissionais: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, sete agentes de saúde, uma gerente, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma farmacêutica, uma auxiliar administrativa, três médicos (eu, uma pediatra e um ginecologista) e uma nutricionista. As cargas horárias de trabalho semanal variam: médicos,

nutricionista e agentes de saúde: 32 horas; Técnicos de enfermagem, enfermeira, dentista e farmacêutico: 40 horas. Contamos também como a ajuda de uma psicóloga que trabalha neste posto de 15 em 15 dias (8 horas mensais) e um psiquiatra, que atende uma vez no mês (4 horas mensais). Temos profissionais provenientes da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) através de um convênio feito entre a prefeitura de Mariana e a Universidade. Alunos do oitavo período do curso de Medicina fazem duas matérias da grade curricular obrigatória (Medicina Geral de Adultos e Medicina Geral de Crianças)

Sob a supervisão de quatro professores da universidade, (dois pediatras e dois clínicos – um pneumologista e o outro nefrologistas) um grupo de dez alunos, fazem o atendimento da população local. As aulas práticas de pediatria ocorrem às segundas a tarde e às terças de manhã. As aulas de clínica, ocorrem as quartas e quintas pelas manhãs. A média de atendimento são de quarto, cinco pacientes. Os alunos se dividem em três salas disponíveis, e após os atendimentos, os professores passam com eles as condutas a serem adotadas.

A área física da UBS possui uma recepção, três banheiros, uma pequena cozinha, uma sala de reunião, um consultório de dentista, quatro salas de consultórios, uma pequena sala da enfermagem e duas salas para curativos e medicações. Os consultórios são revezados com os alunos e professores da UFOP.

O distrito de Passagem é localmente conhecido como a região de Mariana em que existe o maior número de idosos em números relativos, em relação ao restante dos bairros e distritos. É também a região que conta com maior número de pessoas com mais de cem anos de idade, até a data contamos com 12 pacientes. Até o momento, a nossa população de idosos (pessoas acima de 60 anos) é de 375 habitantes. Deste total, contamos com 96 idosos que necessitam de visitas domiciliares dos Agentes de saúde. (SIAB, 2013)

Muitos consideram que essa longevidade da população local é consequência da temperatura amena da região e da qualidade da água do distrito, já que em muitos bairros ou distritos, o lençol freático está contaminado com metais pesados utilizados na mineração.

Ao fazermos o diagnóstico situacional da região de Passagem, foram listados três problemas relevantes: a questão da saúde do idoso; problemas com renovações de receitas e a estrutura física do posto de saúde.

Priorizamos a saúde do idoso por ser, entre os problemas citados, o mais importante, uma vez que envolve diretamente o bem estar de parcela representativa de nossos pacientes. Entendemos que ao enfatizar, intensificar os cuidados necessários que essa faixa requer, vamos conseguir diminuir o número de agudizações de agravos de doenças crônicas, tão prevalentes nessa parcela populacional, diminuindo assim o número de consultas frequentes, internações e hospitalizações.

A partir disso, julgamos que nosso atual problema em relação à atenção primária em nossa área adscrita está relacionada com a saúde do idoso.

A partir da realização do diagnóstico situacional da região, todos os membros da ESF concordaram que a melhoria e a intensificação de cuidados da atenção do idoso deva ser objeto de nossa intervenção, melhorando ainda mais os dados estatísticos sobre a população acima de 60 anos dessa região.

Pensamos então na criação de um projeto que se chamará Mais idade mais saúde. Sabemos que vamos enfrentar muitos desafios, entre eles a falta de adesão, problemas envolvendo questões sociais como abandono de idosos, mas acreditamos que vamos conseguir fazer mudanças importantes no atendimento na terceira idade.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica ainda a escolha do tema o fato de que, mais de cinquenta por cento da demanda diária em nossa UBS, envolve pacientes acima de 60 anos. Com a ideia inicial do projeto, vamos conseguir aumentar o número de atendimento desses pacientes, além de inserir uma periodicidade as visitas domiciliares.

Julgamos que ao aprofundarmos os conhecimentos sobre as necessidades de saúde dos idosos, com ênfase nos acamados, poderemos sistematizar as visitas domiciliares, oferecendo ações à saúde do idoso com mais objetividade, qualidade e melhores resultados.

### 3.OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção (*Mais idade mais saúde*) para a melhoria da atenção em saúde dos idosos, oferecendo melhor assistência e mais qualidade de vida para esta parcela expressiva da área de abrangência da ESF Passagem, em Mariana, Minas Gerais.

O cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam. Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social. Esta exigência se torna mais relevante quando se identifica a carência de especialistas e de serviços especializados neste núcleo do conhecimento à disposição do SUS.

#### 4. METODOLOGIA

Este projeto de intervenção teve por referência aprofundar estudos relacionados aos objetivos propostos, mediante buscar de textos científicos para o melhor entendimento do problema escolhido, assim como os desafios a serem alcançados.

A pesquisa foi feita a partir de dados do IBGE, SIAB, e do DATASUS, disponíveis na Internet. Os cadernos de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde, assim como estudos baseados no Estatuto dos Idosos, e pesquisas em sites de buscas como o Scielo também foram consultados.

Como descritores foram utilizadas as palavras-chaves: saúde do idoso, doenças prevalentes na terceira idade, envelhecimento, protocolo de atendimentos.

A partir da leitura dos textos, foram selecionados aqueles que mais poderiam contribuir para o planejamento do nosso projeto. Seu arcabouço teve por referência organizacional os dez passos propostos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS, 2010).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de atenção básica de saúde por idosos permite medir a efetividade da política direcionada a este grupo populacional (Piccini et colabs, 2006).

O Estatuto do Idoso, Lei no 10.741 de 1o de outubro de 2003, (BRASIL,2003), prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, incluindo ações de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento domiciliar incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para aqueles abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural.; Fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso contínuo ,assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação entre outros vários itens.

### 5.1 O envelhecimento

Envelhecer é mais uma etapa do ciclo da vida, e atingir essa fase em plenas condições físicas mentais nem sempre é possível para boa parte da população, que experimenta ao longo do envelhecimento deterioração inerente à doenças advindas com o tempo e os desgastes do corpo. É também uma conquista daqueles que ultrapassaram os desafios da vida (JARDIM, 2007). Entretanto, apesar de toda as adversidades que essa etapa da vida contempla, a população brasileira está em um longo processo de transição demográfica resultando em um aumento de indivíduos acima de 60 anos.

Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o período de 1950 a 2025, o grupo de idoso no Brasil deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o país ocupará a sexta colocação mundial em contingente de idoso. Em 2050, contaremos com 32 milhões de idoso no Brasil. (BRASIL, 2006).

Diante dessa perspectiva, planejamentos em medidas de saúdes voltadas para a terceira idade, é obrigatória para a promoção e medidas curativas à saúde, e os órgãos de saúde devem já se preparem para a mudança mais consistentes de estratégias de medidas de ação. Para Virtuoso (2012), esse aumento específico da população brasileira “implica em um

aumento na utilização dos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam maior prevalência de doenças e incapacidades, vem como maior vulnerabilidade biológica”.

Assim, de imediato o que podemos já modificar na nossa ESF, são os métodos de atendimentos que envolve cuidados que devem ser intensificados na atenção básica, através da promoção e prevenção de agravos, garantindo assim que parcela significativa de nossa população possa envelhecer com qualidade de vida, e concomitantemente proporcionar aos que já estão nesta fase, atendimentos tanto ambulatoriais quanto visita domiciliares voltados para queixas e cuidados específicos.

Para tanto, é necessário informações dos agravos mais prevalentes entre os pacientes acima de 60 anos, para adoção de medidas curativas de eficiência diminuindo taxas de complicações e internações. E o principal adotar medida de prevenção evitando o surgimento de morbidades. Segundo dados da OMS de 2007, as doenças mais prevalentes entre os idosos no Brasil são: doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, acidente crânio encefálico, infarto agudo do miocárdio); distúrbios endócrinos (diabetes tipo 2, hipotireoidismo); doenças respiratórias (pneumonias, doenças respiratórias obstrutivas); neoplasias (côlon retais, gástricas e pulmonares) e distúrbios neuropsiquiátricos (demências e depressão).

Em Passagem, segundo dados do SIAB de 2013, a região apresentava como doenças mais prevalentes na terceira idade, a hipertensão arterial e o diabetes tipo 2, ratificando a lógica mundial de acordo com fontes da OMS, 2007.

Para este cuidado especializado dos pacientes acima de 60 anos, focamos nossas ações em duas medidas que acreditamos em que resultará positivamente na promoção de saúde. Estas ações incluem a adoção de dois protocolos de atendimentos. Um voltado para idosos que apresentam hipertensão e/ou diabetes que conseguem fazer o atendimento na unidade de saúde. E o segundo, voltado para pacientes acamados ou que por outro motivo necessitam de visita domiciliar. Em ambos os protocolos, escolhemos alguns itens que serão avaliados e que acreditamos serem indispensáveis para a avaliação global dos idosos.

## 5.2 Parâmetros presentes nos protocolos

### 1) Avaliação neurológica

Com o envelhecimento, são esperadas perdas cognitivas graduais. O tecido cerebral começa a apresentar com o decorrer do tempo atrofia, trazendo consequências ao organismo. Entendemos



por cognição a aquisição de conhecimentos através da linguagem, memória, atenção, do pensamento e raciocínio. Muitas doenças neurológicas que acometem os idosos trazem perdas cognitivas, principalmente as Demências, que possuem inúmeras causas. Por isso a detecção precoce de possíveis perdas cognitivas podem nos falar a favor de melhores prognóstico devido ao diagnóstico precoce de algumas doenças, ou então trazendo qualidade de vida para esta parcela da população. Na atenção primária, podemos utilizar um teste simples para a avaliação do estado cognitivo, o Mini Mental, segundo orientações do protocolo 14 da FHEMIG – Atenção Clínica do Idoso. (2014)

O mini-mental (ANEXO 1) é um teste composto por 30 questões divididas nas seguintes áreas da cognição: Orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O teste não deve ser repetido com frequência, pois mesmo pacientes com demência são capazes de decorar o teste e assim invalidá-lo. Atenção para a avaliação qualitativa (que é a qualidade da frase, e se a pessoa se recusa a "escrever" por causa de deficiências ou falta de apreensão manual. O escore do teste pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez corresponde a melhor capacidade cognitiva. Serão considerados alterados os escores iguais ou menores que 18 pontos para pessoas com menos de 8 anos de escolaridade e para 8 anos de escolaridade, ou mais, resultados iguais ou menores que 24 pontos. Em caso de déficit cognitivo encaminhar para avaliação e tratamento clínico geriátrico, terapêutico ocupacional e psicológico do idoso. ((BRASIL, 2006).

## **2) Avaliação da sexualidade**

A sexualidade na terceira idade também deve integrar a avaliação. A identificação de disfunção sexual pode indicar problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação.

Entretanto, falar de sexualidade na terceira idade ainda representa um tabu tanto para muitos profissionais da saúde quanto para os próprios pacientes. Investigar sinais de impotência sexual nos homens deve fazer rotineira do exame clínico, principalmente quando está presente algumas doenças como hipertensão, diabetes alcoolismo e outras morbidades. As mulheres após a menopausa podem apresentar desconforto durante as relações sexuais devido às condições de hipoestrogenismo, que leva a hipotrofia da mucosa vaginal. Assim é comum queixas de ressecamento vaginal causando incômodo durante a penetração. (Caderno de atenção primária, MS, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006).

À partir de uma avaliação médica, a mulher pode fazer uso de estrógeno tópico, favorecendo uma melhoria nas condições genitais para o exercício pleno da sexualidade. Importante também o seguimento de exames de rastreamento do câncer ginecológico e das mamas de acordo com as faixas etárias. (Protocolo clínico – FHEMIG, 014 – Avaliação Clínica do Idoso).

Embora a frequência e a intensidade atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Devem fazer parte da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis.

### **3) Avaliação visual**

A avaliação visual deve também ser realizada. Pergunte ao paciente, se ele apresenta dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir e realizar outras atividades cotidianas que necessitam da visão. Se positivo, avalie a visão com o auxílio do cartão Jaeger (ilustrada na ficha de atendimento ao idoso que encontra-se sintetizada no ANEXO 2.

O cartão Jaeger deve ser colocado a 35 cm do paciente, Se o paciente possuir 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. As pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção, de acordo com orientações presentes no caderno de atenção básica de 2006, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Em caso de alterações, encaminhar para avaliação no oftalmologista.

### **4) Avaliação auditiva**

A avaliação inicial da audição, visa fazer uma triagem dos pacientes que apresentam algum grau de alteração neste sentido. Por meio de um teste simples que pode ser feito em consultório, sem a necessidade de aparelhagem específicas, pode ser checado a presença de algum grau de deficiência. Entre os testes, pode ser feito o Teste do Sussurro. (Protocolo clínico FHEMIG, 014 Avaliação Clínica do Idoso).

Neste teste, o examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?” Se o idoso não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume, ou objetos estranhos ser a causa da diminuição da acuidade auditiva. Não sendo identificados obstáculos nos condutos auditivos externos, deve-se solicitar audiometria em ambulatório especializado.

Além deste teste, por meio de perguntas simples pode-se avaliar o comprometimento auditivo.

Perguntas:

Compreende a fala em situações sociais?

Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?

Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?

Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?

Fala alto demais?

Evita conversar? Prefere ficar só?

### **5) Avaliação do estado vacinal**

Checar a vacinação deve ser obrigatório, já que este grupo populacional está mais vulnerável a apresentar complicações de doenças comuns, como as do trato respiratório como gripes e pneumonias. Assim a imunização regular deve ser avaliada, evitando adoecimentos e internações.

Segundo o Sistema Nacional de Imunização (SIM, 2014), fazem parte das vacinas disponíveis na rede pública para os pacientes acima de 60 anos:

Hepatite B (três doses)

Febre Amarela (uma dose a cada 10 anos)

Influenza (dose anual)

Pneumocócica 23-pentavalente (dose única)

Dupla tipo adulta (uma dose a cada 10 anos)

Assim todos os idosos devem ter seu cartão vacinal checado.

### **6) Avaliação da presença de Depressão**

Sabemos que o envelhecimento nem sempre é encarrado como um processo natural do ciclo da vida. Muitos pacientes queixam-se das situações que envelhecer traz consigo, como sentimento de inutilidade, fraqueza, deterioração do corpo físico, preocupação aos familiares. Além do mais o isolamento, solidão, medo da morte, também traz também angustias. Ao contrário do que muitos pensam, não é normal um idoso ter depressão, ele pode ter depressão como qualquer outro paciente pertente a outras faixas etárias, como bem explicado no caderno do Ministério da Saúde – Envelhecimento e Saúde do Idoso, 2006.

Devemos então desvincular a relação terceira idade com depressão. Assim, a pesquisa por sinais que indicam uma depressão nos pacientes sem diagnóstico prévio deve ser instituída. Para uso ambulatorial, de forma prática, utiliza-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. (ANEXO 3)

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento. Para a interpretação da pontuação temos: 0-5 normal; 6-10 depressão leve e 11-15 depressão severa. Avalia-se por fim, a necessidade de encaminhamentos especializados, realização de psicoterapias e medicações.

## **7) Avaliação de Alcoolismo**

De acordo com dados mais recentes da OMS de 2014, presentes no Relatório Global sobre Álcool e Saúde, a quantidade de álcool ingerida no Brasil supera a média mundial, entretanto está longe de ser um dos maiores consumidores desse tipo de bebida. Mas é preocupante a quantidade de pessoas acima de 60 anos que fazem consumo abusivo dessa substância, como bem relato no trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde da Família de 2012, intitulado Alcoolismo na terceira idade.

De acordo com este trabalho, está aumentando o consumo e conseqüentemente a dependência de álcool entre os idosos, com diferença significativa entre os gêneros. Segundo a última referência citada, o consumo de álcool entre os homens acima de 65 anos é de quase 40% a mais quando comparado com o consumo entre as mulheres. Na terceira idade, é ainda mais preocupante o abuso de álcool devido a coexistência de doenças que necessitam de tratamentos medicamentosos e que podem complicar com o abuso dessa substância. Além do mais, o álcool é sabidamente um fator de risco importante para doenças como câncer de laringe e esôfago, pancreatite, cirrose hepática e outras várias patologias.

Assim é importante sempre questionar aos pacientes sobre o uso de bebidas alcólicas, para aqueles com relato de consumo, devemos fazer uma abordagem utilizando-se o *Teste de CAGE*, que é composto por quatro perguntas:

Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool?

Alguém já o criticou pelo ato de beber?

Sente-se culpado por beber?

Costuma beber logo pela manhã?

Se mais de duas afirmativas, o resultado é interpretado como positivo para alcoolismo. Diante disso, a Equipe de Saúde deve encaminhar o paciente para a equipe de saúde mental.

## **8) Avaliação de Pele e anexos**

A pele também sofre um processo de envelhecimento natural, talvez seja o órgão em que se primeiro nota-se a ação do tempo. A hereditariedade e principalmente a exposição solar são responsáveis pelas alterações da epiderme, levando ao aparecimento de manchas hipercrômicas que devem ser avaliadas quanto ao grau de benignidade (distinção por exemplo entre melanose solar e melanomas). Sabe-se que os melanomas está entre os mais prevalentes tipos de câncer, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012)

A pele do idoso torna-se ressecada e descamativa, precipitando o prurido (localizado ou generalizado), que, por sua vez, predispõe a fissuras, escoriações e infecções cutâneas. O prurido senil deve ser diferenciado daquele resultante de doenças sistêmicas, como colestase hepática, gota, diabetes, escabiose, entre outras. Observa-se, ainda, pele fina, lisa, com pouca elasticidade e distensibilidade, devido perda progressiva de colágeno. A fragilidade capilar favorece o surgimento de equimoses e da púrpura senil nas regiões mais expostas a traumas como as mãos. Em locais expostos a radiação solar podem ocorrer a ceratose actínica (lesão pré-maligna) e epitelomas basocelular e espinocelular (lesões malignas). A ceratose seborreica, também comum, é considerada neoplasia benigna da epiderme.

Úlceras em membros inferiores, devido a insuficiência vascular crônica (venosa e/ou arterial), devem ser pesquisadas, assim como as úlceras por pressão (escaras), mais comuns nas região sacra, trocantérica e calcâneo, e em pacientes acamados.

Também merecem atenção as alterações dos pelos, que se tornam mais finos, rarefeitos e quebradiços. As unhas se tornam frágeis, opacas, de crescimento mais lento, espessas e encurvadas nos pés (onicogribose). Deve ser diferenciada da onicomiose ou infecção fúngica do leito ungueal, cujo tratamento específico é discutível no idoso. Micoses interdigitais são mais frequentes e devem ser tratadas rotineiramente, pois representam porta de entrada para infecções bacterianas mais graves.

## **9) Avaliação da saúde bucal**

A saúde bucal também deve ser avaliada, pois sabemos que ela interfere diretamente na qualidade de vida do paciente. Dependemos dela para uma boa alimentação sendo necessária para a

mastigação; para nos auxiliar na fala, sem contar sua interferência direta em nossa aparência, podendo trazer com isso problemas de auto imagem, entre várias outras funções.

Para esta avaliação inicial, iremos observar se a dentição está completa ou não; o estado geral dos dentes e gengivas, presença de lesões que podem ser malignas ou não, ou então percussoras de malignidade. Além do mais avaliar a presença de próteses dentárias, a qualidade desses materiais. Se alguma alteração estiver presente, o paciente será encaminhado para o profissional adequado.

## **10) Avaliação do sono**

O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade, que vivem em casa e 70% dos institucionalizados com impacto negativo na sua qualidade de vida, segundo dados do Ministério da Saúde de 2010. Existem vários fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice como por exemplo dor ou desconforto físico; alterações no ambiente como barulho excessivo e alterações no padrão do sono (tempo dispendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado). Assim na anamnese deve-se sempre questionar e caracterizar estes fatores para uma abordagem correta desta avaliação. (GEIB, 2003)

É muito comum, entre as consultas, a queixa de insônia entre os idosos, e mais comum ainda o uso indiscriminados de medicação hipnótica para a indução do sono, os famosos benzodiazepínicos. O Brasil está entre os maiores consumidores mundiais dessa medicação, OMS 2010, e sabemos que não são medicamentos isentos de riscos e de interações medicamentosas. Dessa forma, ao investigar a presença de um distúrbio do sono, deve-se referenciar o paciente aos serviços de saúde mental e para aqueles aonde serão necessários estender a propedêutica como a realização de estudos de monitoramento por exemplo, a polissonografia.

### **5.3 Ficha de atendimento**

Ao final deste trabalho encontra-se um modelo do protocolo que será empregado para a avaliação a ser realizado no centro de saúde. O protocolo será realizado pelo médico da ESF e pela enfermagem, e de acordo com o resultado, medidas individualizadas serão adotadas.

A segunda parte do nosso projeto *Mais idade Mais Saúde* visa ao atendimento domiciliar dos idosos. Na nossa atual rotina de atenção domiciliar, a grande maioria desses atendimentos é realizado para pessoas acima de 60 anos que possuem alguma morbidade e não conseguem se deslocarem até a unidade de saúde. São realizadas às quartas-feiras no período da tarde, com visitas previstas para três pacientes. A escolha dessas visitas domiciliares são feitas principalmente pelas agentes de saúde e pela enfermeira, que ao fazerem suas atividades como busca ativa, troca de curativos, acolhimento e cadastro, avaliam os pacientes que precisam da avaliação médica domiciliar. De acordo com o manual disponível do Ministério da Saúde, *Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar* de 2012:

“A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.”(p: 8)

As marcações de visitas domiciliares estavam sendo feitas de forma aleatórias, sem uma sistematização e elaboração de um plano terapêutico efetivo para o acompanhamento desses pacientes. A impressão que estava sendo passada, é que as agentes comunitárias de saúde faziam entre elas, um rodízio de marcação de atendimento domiciliar, fragmentando por áreas, pois a cada semana, ou mesmo semanas consecutivas, uma agente de saúde utiliza todo o espaço da agenda e depois essa prática era feita por outra agente.

Ao detectarmos essa possível estratégia de marcação de atenção em casa, realizamos uma reunião com toda a equipe, e realmente as agentes de saúde estavam fazendo escalas de marcações de consultas. Durante as discussões, percebemos que os dois principais motivos eram: ausência de entendimento das agentes de saúde sobre a importância de um seguimento programado dos pacientes, priorizando os casos de visitas domiciliares; e marcação de acordo com as escalas de férias.

Muitos pacientes que foram vistos no início do ano, ainda não foram reavaliados e que de certa forma precisariam desse retorno, para acompanhar recuperação, ganho de peso, controle de morbidades entre outros problemas. Responsabilizo-me também por esta falha, acredito que por falta de experiência neste tipo de atenção, não me preocupei desde o início para fazer um controle de acompanhamento das visitas domiciliares.

Foi diante a percepção deste erro que optamos estender o nosso projeto à atenção domiciliar. Como modelo de orientação, seguimos as propostas de atendimentos do Ministério da Saúde – Melhor em Casa- A segurança do hospital no conforto do seu lar,(BRASIL, 2012) e o protocolo de atendimento ao idoso acamado fornecido pela FHEMIG (2014).

No manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde, podemos encontrar várias orientações entre eles, critérios de inclusão de pacientes às visitas domiciliares e suas estratificações de atenção; caracterização de um cuidador e suas atribuições; fornecimento de modelos de fichas de atendimentos e acompanhamentos, entre várias informações.

Acreditamos que ao criar um protocolo de atenção domiciliar baseado principalmente na criação de planos terapêuticos com ações multidisciplinares, poderemos dar mais resolubilidade aos cuidados dispensados aos idosos, diminuindo as taxas de internação hospitalar por meio de acompanhamento programado dos agravos crônicos.

Este protocolo de atenção domiciliar conta com os dez itens utilizados para o atendimento a unidade de saúde acrescido de mais um item: avaliação de atividade de vida diárias básicas.

Acrescentamos este item pois julgamos ser de extrema importância avaliar o grau de dependência do idoso para a realização de atividades corriqueiras que são essenciais para a sobrevivência, como a alimentação, medidas de higiene, disfunções como incontinência urinárias e fecais; atividades necessárias para viver na comunidade como mobilidade, utilizar meios para se comunicar, conseguir cozinhar, vestir-se, manejar finanças etc.

Para esta avaliação iremos utilizar duas escalas a de Lawton e a escala de Katz.(FHEMIG, 2014). (A escala de Katz é utilizada para avaliar a atividade de vida diária (AVD), analisando a independência para seis funções: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, alimentação). Já a escala de Lawton avalia atividades instrumentais permitindo que a pessoa tenha uma vida independente ou não. As duas escalas encontram-se ao fim deste trabalho na secção do protocolo de visita domiciliar.

A aplicação dessas escalas nos ajudará a compreender melhor a presença ou não de dependências para atividades diárias, ajudando-nos a reconhecer a necessidade de se ter um cuidador para se responsabilizar por este paciente. Mas mais importante do que encarregar o cuidado a uma terceira pessoa, devemos nos certificar da real dependência do idoso para não subestimarmos suas capacidades de auto cuidado e ações, o que pode trazer consequências danosas ao paciente como a sensação de inutilidade.



## 6- PROJETO DE INTERVENÇÃO

O programa será intitulado Mais Idade Mais Saúde, nome este sugerido por um dos usuários que estava no dia na UBS. Este programa ocorrerá em dois dias da semana na quartas e nas sextas feiras. Nas quartas feiras serão realizadas as consultadas domiciliares, como feitas antigamente, mas durante as visitas serão levadas planilhas que deverão ser preenchidas pelos profissionais que realizarão a visita domiciliar e já agendando um retorno do médico no domicílio, deixando na casa do paciente nosso plano de intervenção.

Ação 1: A ideia inicial do nosso projeto de intervenção será catalogar todos os idosos nos quais julgamos estar em vulnerabilidade em relação ao que tange a sua saúde, incluindo a isso, condições de habitação, alimentação, cuidados familiares, entre outros itens como são bem assegurados pelo Estatuto do Idoso. Nossa UBS possui sete agentes comunitárias de saúde (ACSs), cada ACS registrou quantos idosos que se encaixavam no perfil, por nos mesmo criado, de vulnerabilidade. Todos os pacientes tidos como portadores de visitas domiciliares foram automaticamente classificados como idosos em situação de vulnerabilidade. Assim separamos os idosos que necessitam de visitas domiciliares daqueles que conseguem fazer o seu acompanhamento na própria UBS.

Até o momento as visitas domiciliares são atendidas apenas nas quartas férias, num total de 03 atendimentos por dia. Percebemos que muitos pacientes restritos ao lar necessitam dessa demanda e muitas vezes ficam muito tempo sem o retorno com o médico, perdendo assim o seguimento do estado de saúde que muitas vezes já está debilitado. Para melhor atender estes pacientes a ESF realizou duas reuniões ocorridas no mês de junho (dia em que foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência e escolhido nosso principal problema) e outra realizado no início de julho, em que debatemos como faríamos esta intervenção.

Ação 2 : Elaborar planilha visita domiciliar: nesta planilha serão avaliados vários itens: doenças crônicas, agravos agudos, interconsultas necessárias (sendo estas domiciliares ou não), agravos sociais (necessitando ou não da intervenção da assistência social), cuidados da enfermagem (necessidade de periodicidade de visitas da equipe da enfermagem para realização de curativos, aferições de pressão arterial, glicemia capilar e afins).

Ação 3: avaliação das visitas domiciliares: no final de cada mês a equipe irá discutir cada caso e avaliar as medidas tomadas até o momento, em relação a consulta. Provavelmente esta reunião será realizada na última sexta feira de cada mês.

Ação 4: programação específica para os idosos na UBS: Nas sextas feiras serão realizadas a outra parte do programa envolvendo os idosos que podem comparecer a UBS, mas daremos prioridade para aqueles pacientes com morbidades de difícil controle clínico principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Além disso os casos de idosos envolvidos com etilismo, que não são poucos, daremos um suporte mais ampliado para estes pacientes contando com a ajuda da psicologia e do serviço social. Outra questão que julgamos importante são aqueles idosos com quadro depressivo crônico, sem nenhuma evolução do caso, quem em nossa abrangência foram catalogados uma média de 23. O número de atendimentos será de 04, como marcado de costume. Apenas nas últimas sextas que não ocorrerá o programa. Serão realizadas duas consultas da demanda da população, seguidas de reunião da equipe para as discussões de *feed back* tanto das visitas domiciliares quanto das consultas no centro de saúde.

A princípio lembrou-se que há alguns anos existia na UBS um programa destinado à saúde do idoso, composto por vários profissionais da área da saúde (nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga) que quinzenalmente encontravam-se, junto com a ESF, e discutiam os atendimentos dos idosos realizados. Entretanto a secretaria de saúde extinguiu o grupo, julgando desnecessário. Este grupo era chamado de Equipe do Idoso, segundo relatos funciona bem mas com o tempo os interesses foi sendo alterados.

Pensamos criar um programa interno da UBS, sem a aprovação da secretária de saúde. Mas conseguimos uma reunião com a atual coordenadora da atenção básica de saúde do município, que se chama Adriana Guerra, que de imediato aprovou nosso projeto de intervenção. Após apresentação do projeto, a coordenadora marcou uma reunião com as enfermeiras de outras ESF para apresentação do projeto e possível extensão do mesmo. A reunião ocorrerá no dia 10 de dezembro. Entramos também em contato com o serviço de assistência social do município. Fazem parte deste serviço (CREAS e CRAS) que julgou bastante interessante nosso programa e que conta em participar, principalmente nos itens de avaliação social, de depressão e alcoolismo desenvolvidos pela equipe. Ainda não conseguimos marcar uma reunião e traçar todas as possíveis ações do serviço social, mas saber que podemos contar com a ajuda deles foi algo que nos motivou ainda mais.

Após reuniões seriadas com os membros da equipe, concluímos que iniciaremos a nossa implantação do projeto em Dezembro. A secretaria de saúde já está preparada financeiramente para a impressão dos dois protocolos de atendimentos (Visita domiciliar e Atendimento na Unidade). Os pacientes que entram nos dois critérios de atendimentos já foram selecionados e catalogados, de acordo com a planilha abaixo:

Pacientes que serão já estão cadastrados no projeto MAIS IDADE MAIS SAÚDE:

MICROÁREA	VISITA DOMICILIAR	ATENDIMENTO NA UNIDADE
<b>01</b>	07	30
<b>02</b>	06	12
<b>03</b>	04	24
<b>04</b>	06	21
<b>05</b>	03	12
<b>06</b>	08	13
<b>07</b>	06	22

Após selecionar os pacientes que farão parte do programa pelas agentes de saúde, será marcada uma espécie de primeira consulta, utilizando um dos protocolos feitos. Segundo já informado o protocolo destinado para visitas domiciliares, além do médico, outros profissionais da saúde também poderão preencher. Somente o protocolo para atendimentos na unidade de saúde que serão aplicados pelo médico e pela enfermagem.

Segundo reunião realizada com a coordenação da atenção primária de Mariana, a implementação do programa está prevista para acontecer em Janeiro de 2015, pois é necessário fazer a impressão do material e o mais importante, capacitar as agentes de saúde para a realização correta das avaliações presentes nos protocolos.

**Programa: MAIS IDADE MAIS SAÚDE**

**Protocolo de Atendimento na Unidade**

**Exame realizado pelo profissional:** ( ) enfermeiro ( ) médico

**DATA:**

**Paciente:**

**Cartão SUS:**

**Prontuário:**

**Idade**

MORBIDADES:
MEDICAMENTOS EM USO:

**1) AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA: anexo 01**

**Pontuação:**

**2) AVALIAÇÃO VISUAL: anexo 02**

\_\_\_ /40      obs:

**3) AVALIAÇÃO AUDITIVA:**

Teste do sussurro:              obs:

**4) AVALIAÇÃO DO SONO:**

INSONIA ( ) sim ( ) não

USO DE MEDICAÇÃO: ( ) sim ( ) não

**5) AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE:**

QUEIXA:

ENCAMINHAMENTOS:

**6) AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL:**

Uso de prótese ( )

Estado de higiene: bom ( ) regular ( ) péssimo ( )

Encaminhamento:

**7) AVALIAÇÃO DE ALCOOLISMO:**

Uso da substância: ( ) sim ( ) não

Pontuação no Teste de CAGE:

Encaminhamento:

**8) AVALIAÇÃO DE PELE E ANEXOS:**

Lesões suspeitas: sim ( ) não ( )

Encaminhamento:

**9) AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE DEPRESSÃO: anexo 03**

Pontuação:

Medicamentos em uso:

Encaminhamento:

**10) AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL:**

<b>Vacina</b>	<b>Data / Dose</b>	<b>Obs</b>
<b>Hepatite B</b>		
<b>Influenza</b>		
<b>Pneumo</b>		
<b>Febre amarela</b>		
<b>Dt</b>		

Outras observações:

**Programa: MAIS IDADE MAIS SAÚDE**

**Protocolo de Visita Domiciliar**

**Exame realizado pelo profissional:**

**DATA:**

**Paciente:**

**Cartão SUS:**

**Prontuário:**

**Idade:**

MORBIDADES:
MEDICAMENTOS EM USO:

**1) AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA: anexo 01**

**Pontuação:**

**2) AVALIAÇÃO VISUAL: anexo 02**

\_\_\_/40      obs:

**3) AVALIAÇÃO AUDITIVA:**

Teste do sussurro:      obs:

**4) AVALIAÇÃO DO SONO:**

INSONIA ( ) sim ( ) não

USO DE MEDICAÇÃO: ( ) sim ( ) não

**5) AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE:**

QUEIXA:

ENCAMINHAMENTOS:

**6) AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL:**

Uso de prótese ( )

Estado de higiene: bom ( ) regular ( ) péssimo ( )

Encaminhamento:

**7) AVALIAÇÃO DE ALCOOLISMO:**

Uso da substância: ( ) sim ( ) não

Pontuação no Teste de CAGE:

Encaminhamento:

**8) AVALIAÇÃO DE PELE E ANEXOS:**

Lesões suspeitas: sim ( ) não ( )

Encaminhamento:

9) **AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE DEPRESSÃO: anexo 03**

Pontuação:

Medicamentos em uso:

Encaminhamento:

10) **AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL:**

Vacina	Data / Dose	Obs
Hepatite B		
Influenza		
Pneumo		
Febre amarela		
Dt		

11) **AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE VIDA DIÁRIA**

ESCALA DE KATZ: PONTUAÇÃO \_\_\_\_\_

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE DESCREVER DIFICULDADE
BANHO	NÃO RECEBE AJUDA OU RECEBE PARA UMA PARTE ESPEFICA DO CORPO			
VESTIR-SE	CONSEGUE VESTIR-SE SEM AJUDA			
HIGIENE PESSOAL	VAI, USA, VESTE-SE E SAI DO TOALETE SEM PEDIR AJUDA			
TRANSFERÊNCIA	CONSEGUE DEITAR-SE NA CAMA, SENTAR-SE NA CADEIRA E LEVANTAR-SE EM PEDIR AJUDA			
ALIMENTAÇÃO	COME SEM AJUDA			
CONTINÊNCIA	CONTROLA COMPLETAMENTE ELIMINAÇÃO DE FEZES E URINA			

Soma das respostas SIM: 6 – Independência

4 - Dependência parcial

2 - Dependência importante

**ESCALA DE LAWTON: PONTUAÇÃO** \_\_\_\_\_

<b>ATIVIDADE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>PARCIALMENTE</b>
USAR O TELEFONE			
FAZER COMPRAS			
PREPARAR AS REFEIÇÕES			
ARRUMAR A CASA			
FAZER REPAROS DOMÉSTICOS			
TOMAR MEDICAÇÕES			
MANEJAR FINANÇAS			
LAVAR E PASSAR			
LOCOMOVER UTILIZANDO ALGUM TRANSPORTE			

<b>OBSERVAÇÕES GERIAS</b>	<b>OBSERVAÇÕES DO CUIDADOR</b>

Outras observações:



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que com o processo de envelhecimento, o organismo passa por transformações inerentes ao tempo; por agressões acumuladas ao longo da vida como exposição solar, álcool e cigarro; diminuição do nosso sistema imunológico entre outros tantos processo de falências. Dessa forma o cuidado da saúde na terceira idade se torna tão enfático e ao mesmo tempo complexo em sua atenção.

Com o envelhecimento populacional ocorrido nos últimos anos em nosso país, o aumento de doenças, principalmente cardiovasculares, vem aumentando e junto a isso suas complicações decorrentes da falta de acompanhamento dos agravos. Ressaltar a importância da prevenção e controle a todo o momento se faz obrigatório. Mas não podemos deixar de pensar que se nossa população está envelhecendo é porque maiores cuidados estão acontecendo, favorecendo o bem-estar dessa parcela tão significativa do Brasil.

A atenção básica quando realizada de forma organizada, seguindo seu principal objetivo que é a promoção de saúde por meios de medidas preventivas e de seguimento de agravos bases, consegue controlar o aparecimento e complicações de várias doenças, evitando a oneração dos serviços de saúde, e principalmente diminuindo as morbimortalidades da população idosa.

Ao propormos criar este projeto de intervenção, a preocupação central foi proporcionar aos idosos da região de Passagem em Mariana, uma terceira idade tranquila no quesito saúde. É um consenso que ao oferecer assistência à saúde de qualidade melhoramos significativamente a qualidade de vida de nossas pacientes, mas não queremos limitarmos apenas suporte médico, queremos incluir avaliações multidisciplinares ao nosso passo inicial dado com a implementação deste plano de intervenção, intitulado *MAIS IDADE MAIS SAÚDE*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) Acesso em 26 de dez de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Ministério da Saúde, **Envelhecimento e Saúde do Idoso**, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. Brasília: IBGE, 2011;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar, volume 01- Ministério da Saúde. **Melhor em casa, a segurança do seu lar no conforto de sua casa**, 2012.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. FHEMIG – Atenção Clínica do Idoso. Protocolos.2014**

GEIB, L.T.C., **Sono e envelhecimento**. R. Psiquiatr. RS, 25'(3): 453-465, set./dez. 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf> Acesso em 12 de dez de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de Pele. Melanoma**. 2012. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_melanoma/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao) Acesso em 03 de Jan de 2015.

JARDIM, S.E.G. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: PAPALETTO NETTO, M. (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

LEMOS, M. T.T.B.; ZAGAGLIA, R.A. (Org.). **A arte de envelhecer: Saúde, Idade, Afetividade e Estatuto do Idoso**. São Paulo: Idéias & Letras, 2004.

LUCE, Lilian Botelho Ecobar- **Alcoolismo na terceira idade- Revisão de Literatura**, Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina.

MORAES, E.N. – **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso**, COOPMED 2010.

**OMS de 2007**, O Envelhecimento e suas consequências na saúde, Brasília. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde.

**OMS de 2014**, Relatório Global sobre Álcool e Saúde, Brasília Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde.

PICCINI, R.X; FACCHINI, I.A; TOMASI, E; THUME, E; SILVEIRA, D.S; SIQUEIRA, F.V; RODRIGUES, M.A. **Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização à atenção básica em saúde**, 2006.

SIAB de 2013, Sistema de Informação de Atenção Básica, disponível em <http://www.datasus.gov.br/SIAB>

SIM, 2014 Sistema de Informação de Mortalidade, [www.sim.saude.gov.br](http://www.sim.saude.gov.br)

## ANEXOS

### 1 Mini mental

1. Orientação espacial (0-5 pontos): Em que dia estamos?
  - Ano
  - Semestre
  - Mês
  - Dia
  - Dia da Semana
2. Orientação espacial (0-5 pontos): Onde Estamos?
  - Estado
  - Cidade
  - Bairro
  - Rua
  - Local
3. Repita as palavras (0-3 pontos):
  - Caneca
  - Tijolo
  - Tapete
4. Cálculo (0-5 pontos): O senhor faz cálculos? Sim (vá para a pergunta 4a) / Não (vá para a pergunta 4b)
  - 4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
    - 93
    - 86
    - 79
    - 72
    - 65
  - 4b.** Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente
    - O
    - D

- N
- U
- M

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.

- Relógio
- Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

- NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

8. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

- Pegue esse papel com a mão direita.
- Dobre-o no meio.
- Coloque-o no chão.

9. Linguagem (1 ponto):

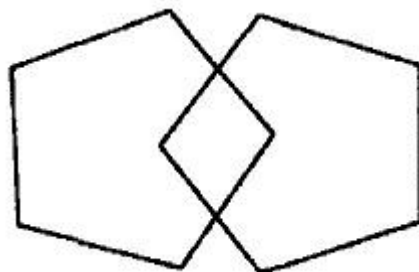
- Escreva em um papel: "FECHER OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

10. Linguagem (1 ponto):

- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



FONTE: BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE

## 2 Cartão Jaeger



FONTE: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA NÚMERO 09- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2006.

### **3. Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS- 15)**

- 1.Você está basicamente satisfeito com sua vida?
- 2.Você se aborrece com frequência?
- 3.Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?
- 4.Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
- 5.Você sente que sua situação não tem saída?
- 6.Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?
- 7.Você acha que sua situação é sem esperanças?
- 8.Você acha maravilhoso estar vivo?
- 9.Você sente que sua vida está vazia?
- 10.Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?
- 11.Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?
- 12.Você deixou muitos de seus interesses e atividades?
- 13.Você se sente cheio de energia?
- 14.Você se sente feliz a maior parte do tempo?
- 15.Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?

Pontuação:

0-4 sem sintomas depressivos

5-10 indícios de depressão leve a moderada

11-15 depressão grave

FONTE: DIRETRIZES CLÍNICAS-/PROTOSCOLOS CLÍNICOS FHEMIG: 024 CUIDADOS AO IDOSOS E REABILITAÇÃO.

