

CAMILA MARIA MARQUES DE CASTRO

PROPOSTA DE ATENDIMENTO AO IDOSO FRÁGIL NO CENTRO DE  
SAÚDE DOM CABRAL

BELO HORIZONTE/MG

2011

CAMILA MARIA MARQUES DE CASTRO

PROPOSTA DE ATENDIMENTO AO IDOSO FRÁGIL NO CENTRO DE  
SAÚDE DOM CABRAL

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>: Eulita Maria Barcelos

**BELO HORIZONTE/MG**

**2011**

CAMILA MARIA MARQUES DE CASTRO

PROPOSTA DE ATENDIMENTO AO IDOSO FRÁGIL NO CENTRO DE  
SAÚDE DOM CABRAL

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>: Eulita Maria Barcelos

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof<sup>ª</sup> Eulita Maria Barcelos (orientadora)**

---

Prof<sup>ª</sup> Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aos funcionários do Centro de Saúde Dom Cabral, pelo apoio.

À Equipe Azul pela ajuda e companheirismo.

Aos familiares e colegas do Projeto Àgora pelo incentivo.

Agradeço à Equipe do Nescon, ao tutor Warley Simões e à orientadora Eulita Maria Barcelos por terem me ajudado nesta caminhada.

## Lista de Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

## RESUMO

Este estudo apresenta as implicações fisiológicas e psíquicas do envelhecimento para o indivíduo e para a saúde pública do Brasil. O envelhecimento populacional brasileiro passa pelo processo de transição demográfica, acarretando mudanças no perfil epidemiológico do país, aumentando a prevalência de doenças crônico-degenerativas. O profissional de saúde, principalmente o integrante da atenção básica, deve estar ciente deste processo, pois suas ações são fundamentais na prevenção, tratamento ou na detecção precoce de uma comorbidade que pode afetar o idoso, que está inserido no ambiente domiciliar. Estas ações devem ser estendidas à família. Na área de abrangência do Centro de Saúde Dom Cabral a população idosa é de 14,9% (acima da média nacional, que de acordo com o Censo 2010 é de 10,7%). Segundo os dados do cadastro dos agentes de saúde, no qual são registradas as comorbidades dos pacientes, a maioria destes idosos são considerados idosos frágeis. A equipe percebe a necessidade de sistematizar e criar parâmetros de atendimento ao idoso, considerando as especificidades próprias do envelhecer e também se faz necessária a capacitação dos profissionais da atenção primária. O objetivo é de elaborar uma proposta de atendimento ao paciente idoso frágil que é assistido pela Estratégia de Saúde da Família. A metodologia baseou-se em revisão bibliográfica narrativa, com busca nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline, tendo sido considerados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2010 nos idiomas português e inglês. Foi elaborado um fluxograma de direcionamento do atendimento baseado nas atribuições dos profissionais, tanto da Equipe de Saúde da Família quanto Equipe de Apoio. Espera-se que esta proposta torne o atendimento mais eficaz, completo e amplie a visão do profissional de saúde sobre o paciente idoso.

Descritores: idoso, envelhecimento populacional, idoso frágil, população idosa.

## **ABSTRACT**

The present study shows the physiological and psychic implications of aging to the individual and to the Brazilian public health system, which goes through the process of demographic transition. This transition causes changes on the Brazilian epidemiological profile, increasing the prevalence of chronic degenerative diseases. The health care professional, especially in the primary health care area, should be aware of this process, since it is crucial to prevention, treatment or early detection of diseases. This professional should also be in the same environment as the patient. The area covered by Dom Cabral's Health Center contains an elderly population which outnumbers the national average, and a great amount of this population is considered fragile. The team understands the need to systematize and create parameters in medical assistance, which needs not only adaptations but also improvement of the primary health care professionals. This study aims at developing an assistance proposal to the elderly and fragile patients covered by Family Health Strategy, based on the main diseases, inherent or not to the process of aging. The methodology was based on narrative bibliographic review, research on databases, such as Lilacs, Medline and Scielo, and articles published between 2000 and 2010 in Portuguese and English were considered. We suggest a sequence in the health assistance according to the professionals' attributions, in Family Health Team and Support Team. It is expected that through this proposal health assistance becomes more complete and that health professional's view on the elderly patient improves.

Categories: elderly, population aging, fragile elderly, elderly population



# Sumário

1 Introdução .....	09
2 Objetivo .....	10
3 Metodologia .....	10
4 Revisão da literatura.....	12
4.1 Envelhecimento.....	12
4.2 Idoso Frágil.....	15
4.3 O Sistema Único de Saúde e a População Idosa.....	18
4.4 A população idosa e o Programa de saúde da família.....	19
5 Proposta de atendimento ao idoso.....	20
5.1 Formulário para avaliação do paciente idoso quanto ao grau de fragilidade.....	20
5.2-Classificação do Idoso quanto à Fragilidade.....	22
6 Conclusão.....	26
Referências .....	27

## 1 Introdução

O Brasil, assim como vários países do mundo, vem passando por uma transição demográfica, a qual se representa pelo envelhecimento da população. São vários os fatores que fizeram com que um indivíduo alcançasse os 60 anos ou mais e entre eles estão a redução das taxas de mortalidade e do crescimento populacional (VERAS, 2009). No Brasil, tais fatores foram impulsionados principalmente a partir de 1940, pelos progressos na produção e distribuição de alimentos, melhoria das condições sanitárias e de habitação e programas de saúde pública, além do desenvolvimento dos antibióticos e imunizações e redução da mortalidade infantil. Há outro fator importante: a queda da taxa de fecundidade, principalmente a partir de 1970, que no Brasil causou redução da proporção de crianças na pirâmide populacional, com conseqüente aumento proporcional da população de adultos e idosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

De acordo com o recenseamento realizado no Brasil em 2010, a porcentagem da população brasileira acima de 60 anos é de 10,7%. Um país é considerado “jovem” quando tem até 7% de idosos e “envelhecido” quando apresenta mais de 14% de idosos. Outro fato relevante no aspecto do envelhecimento populacional brasileiro é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos e a feminização do envelhecimento (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Tal padrão populacional leva a modificações sobre o sistema de saúde. Nos idosos percebemos alta prevalência das doenças do aparelho circulatório, neoplasias, aparelho respiratório e doenças endócrinas. Estas patologias causam grande impacto sobre a morbimortalidade, resultando em altas taxas e custos de internação, além de queda na qualidade de vida e dependência para atividades diárias.

No Centro de Saúde Dom Cabral, na área de abrangência da Equipe Azul, de acordo com dados do Datasus, baseados no Censo do ano 2000, existe uma alta proporção de idosos (aproximadamente 14% da população total) que está acima da média nacional, que atualmente é calculada em 10,7% (Censo 2010). Estes pacientes demandam grande parte dos serviços oferecidos pela Equipe de Saúde da Família, entre eles atendimento durante o acolhimento, consultas eletivas, visitas domiciliares, acompanhamento de curativos e grupos operativos.

Analisando as fichas familiares do cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde e dados do programa Gestão em Saúde, (software de atendimento de consultas no Centro de Saúde), percebe-se que muitos destes idosos são portadores de uma ou mais doenças crônicas;

muitos são dependentes parcial ou completamente de algum cuidado; alguns estão acamados, muitos estão polimedicados. Enfim, a maioria se enquadra dentro do conceito de idoso frágil, que é considerada uma situação de risco.

A equipe encontra dificuldade em lidar com estes casos porque sente que não oferece uma avaliação sistemática e especializada compatível com a delicadeza dos casos.

Frente a esta situação surge a necessidade de se pensar uma estratégia para melhorar a organização do serviço e assistência ao idoso de forma sistematizada, integral e de acordo com suas peculiaridades, intervindo de forma a prevenir agravos à saúde e assistir o indivíduo em toda a sua longevidade, principalmente o idoso frágil, diante de suas próprias fragilidades que vão interferir na sua dependência e na sua autonomia e também vão refletir na sua auto estima e na sua qualidade de vida.

Lima Costa Barreto e Giatti (2003) enfatizam que a pessoa idosa merece uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais devido o aparecimento de doenças degenerativas e até comprometimento mental e outras co-morbidades, reduzindo muito a qualidade de vida destes indivíduos.

É importante uma abordagem adequada destes pacientes, uma vez que esta grande proporção de idosos é uma realidade da equipe e o Brasil é um país que tem apresentado uma tendência ao envelhecimento populacional (CENSO, 2010). A definição de parâmetros de acompanhamento e a sistematização dos papéis dos integrantes da Equipe de Saúde da Família e equipes de apoio são partes desta abordagem adequada, destacando a relevância do acompanhamento multidisciplinar.

## **2 Objetivo**

Elaborar uma proposta de atendimento ao idoso frágil no Centro de Saúde Dom Cabral.

## **3 Metodologia**

Para Marcus e Liher (2001), a metodologia assume papel de um eixo norteador de uma pesquisa, porque os instrumentos e procedimentos são definidos direcionando o pesquisador. Ela prevê ainda etapas orientadoras do processo de investigação evitando assim interferências subjetivas ou quaisquer erros que possam ser cometidos pelo pesquisador.

Foi realizada uma revisão de literatura – tipo narrativa sobre o atendimento na atenção à saúde do idoso, desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família para subsidiar a elaboração de uma proposta de atendimento ao idoso no Centro de Saúde Dom Cabral - Belo Horizonte – Minas Gerais.

A revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, é a análise crítica, metódica e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento (TRENTINI; PAIM, 1999).

“A seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema em questão” (TRENTINI; PAIM, 1999, p.68). Complementando Demo (2000), enfatiza que a pesquisa possibilita o pesquisador entrar em contato pessoal com as teorias, por meio da leitura, levando à interpretação própria.

Dentre as abordagens da revisão de literatura, optou-se por utilizar a revisão narrativa. Rother (2007 sp) descreve que

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

As bases de dados utilizadas na busca das publicações foram Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library on Line) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Como descritores utilizaram-se os seguintes termos: idoso, envelhecimento populacional, idoso frágil, população idosa.

Foram considerados os artigos escritos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2000 e 2010 independentemente dos delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Os artigos foram analisados, selecionados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura e da proposta de atendimento ao idoso frágil que estão sendo apresentadas a seguir.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA.**

### **4.1 Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo biológico que perdura por toda a vida, iniciando-se ao nascimento. É mais perceptível após as fases de desenvolvimento e estabilização do indivíduo, ao final da terceira década de vida (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Como aspectos gerais do envelhecimento, percebem-se que há uma redução da capacidade funcional, o aumento da gordura corporal com acúmulo na região abdominal, redução da água corporal total e do metabolismo basal. Além deste impacto fisiológico, existem as mudanças psicológicas e sociais a que o indivíduo está sujeito (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2007).

De acordo com Ramos e Schor (2005); Teixeira e Guariento (2010); Caldas e Saldanha (2004), o processo de envelhecimento também é descrito como o conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida do indivíduo e frequentemente reduzem a sua capacidade funcional. O envelhecimento pode ser caracterizado como senescência quando o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a este processo define a perda natural da função ligada a passagem do tempo, e como senilidade, que é denominado envelhecimento patológico, fase entendida como danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

É importante que o profissional de saúde esteja atento aos sinais normais e patológicos do envelhecimento e que saiba diferenciar o que é senescência e senilidade. (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Quando comparados aos diversos grupos etários, verifica-se que os idosos são aqueles que apresentam maior risco de morbidade e mortalidade. Estes indivíduos são acometidos pelas alterações determinadas pelo envelhecimento, que afetam todos os órgãos e sistemas, assim como por diversos processos patológicos crônicos e agudos, que frequentemente estão associados, caracterizando a pluripatologia do idoso, ocorrendo uma maior probabilidade a queda, fato este que compromete a autonomia e independência do idoso (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Segundo Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), além do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde de completo bem-estar físico, psíquico e

social, deve-se avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso em parâmetros como satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Atualmente, tem-se percebido uma tendência mundial de envelhecimento da população e alguns países desenvolvidos já apresentam uma distribuição populacional correspondente a de um país envelhecido, sendo que o Brasil também passa por este processo. É importante salientar que há diferenças nesta transição demográfica entre os países desenvolvidos e o Brasil. Nos primeiros, o envelhecimento aconteceu de forma lenta e progressiva, associado às melhorias nas condições de vida, já no Brasil ocorre de forma acelerada, sem que haja tempo de uma reorganização do sistema de saúde público. É previsto que em 2025, 15% da população brasileira seja composta por indivíduos com mais de 60 anos e segundo dados da OMS, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto a este contingente populacional (VERAS, 2009).

Esta mudança no padrão estrutural da população também traz alterações no perfil epidemiológico do país, como o aumento da prevalência das doenças crônicas. De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003, p.840): “Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades”.

Quando se consideram as implicações psicossociais do envelhecimento, um dos aspectos mais importantes na manutenção da qualidade de vida do paciente idoso está ligado à capacidade funcional, uma vez que esta determina o nível de dependência que o mesmo estabelece com seus familiares e a sua capacidade de interação e socialização (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

De acordo com os autores Veras (2009); Santos, Foroni e Chaves, (2009); Alves, Leite e Machado, (2009), há uma relação direta e significativa entre qualidade de vida e menos comorbidades quando o paciente apresenta boa capacidade funcional; quando tem certa independência para realizar as atividades instrumentais de vida diária (ir ao banco, fazer compras e outras) e também independência nas atividades básicas de vida diária (tomar banho, se vestir, se alimentar).

Alguns fatores são determinantes na redução da capacidade funcional, como os chamados “cinco gigantes da geriatria”: imobilidade, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia, instabilidade postural. Estes levam a riscos importantes, como dependência, fraturas e aumento do número de internações (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

De acordo com o estudo “Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível” (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010), existe relação direta entre internação e redução da capacidade funcional, sendo observado que mesmo após a alta, a maioria dos idosos não recupera a capacidade funcional anterior à internação. Neste mesmo estudo foi percebido que o avançar da idade aumenta a probabilidade de comprometimento da capacidade funcional, sendo percebido também que as mulheres idosas têm mais probabilidade de desenvolver maior prejuízo funcional em relação aos homens. Uma das hipóteses para tal fato é a de que as mulheres alcançam uma idade mais avançada que a dos homens e a outra hipótese refere-se à maior prevalência de condições incapacitantes não fatais entre as mulheres.

Outros achados interessantes são de que os idosos que moram sozinhos apresentam maior capacidade funcional, provavelmente por serem mais independentes e saudáveis.

O estudo mostra também que maiores níveis educacionais, de renda e ter uma ocupação se associam de forma benéfica à manutenção da capacidade funcional. Entretanto, as internações e as doenças crônicas atuaram de forma negativa neste aspecto, em especial as doenças de etiologia cardíaca, pulmonar, a hipertensão e a artropatia, já que aumentam o risco de dependência do paciente.

Desta forma, é bastante importante que o profissional de saúde reconheça os aspectos fisiológicos do processo do envelhecimento a fim de atuar de forma preventiva e precoce com o objetivo de evitar que haja prejuízo no convívio familiar e social.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, refere que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução das patologias e de seu estilo de vida, é a diminuição de sua capacidade funcional, isto é, a limitação das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Ela preconiza como propósito basilar:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 9).

Para Oliveira (1985) (citado por MAZO *et al.*, 2007), vida independente, moradia, ocupação, afeição e comunicação são os cinco fatores para o idoso ter saúde. A prática de

atividades físicas contribuem para minimizar os declínios da capacidade funcional, da qual o idoso depende para ter condição de saúde e qualidade de vida.

O grau de satisfação do indivíduo nas diferentes esferas de vida relaciona-se ao padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade (RIBEIRO *et al.*, 2008).

#### **4.2 O Idoso Frágil**

São considerados idosos frágeis ou em situação de risco aqueles com 80 anos ou mais, ou aqueles com 60 ou mais e que apresentem: polipatologias (mais de 5 diagnósticos); polifarmácia (mais de cinco drogas ao dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva; história de internações frequentes ou pós alta hospitalar; idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária e insuficiência familiar (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2007).

Percebe-se que situações como as descritas acima são bastante comuns, seja pelo aumento do contingente de idosos com mais de 80 anos, seja pelas comorbidades observadas com a prática clínica no dia a dia.

Lima Costa, Barreto e Giatti (2003) e Protti (2002) afirmam que é comum o atendimento a idosos portadores de polipatologias, como doenças cardiovasculares, osteoarticulares, endócrino-metabólicas, oftalmológicas, transtornos mentais e/ou neurológicos, o que pode levar à polifarmácia.

A prescrição de medicamentos para o paciente idoso deve ser constantemente reavaliada devido ao risco de iatrogenia, pois a polifarmácia pode interferir no mecanismo de ação, reduzir ou potencializar o efeito das drogas, causar reações adversas ou prejudicar o tratamento (BRASIL, 2008). Desta forma, a equipe que assiste o idoso deve estar atenta, e cabe ao médico tentar reduzir o número de drogas ou as dosagens quando possível, pois em geral a resposta ao tratamento ocorre com doses menores dos medicamentos, como hormônios e anti hipertensivos.

Outra comorbidade com que as equipes de saúde convivem frequentemente é a imobilidade que pode ser considerada como a incapacidade de se deslocar sem auxílio para realização das atividades de vida diária, podendo ser parcial ou total, quando o paciente está restrito ao leito. Esta pode ocasionar várias complicações, como a constipação intestinal, distúrbios músculo esqueléticos, eventos tromboembólicos, úlceras por pressão e pneumonia (BRASIL, 2007). A ESF deve conhecer os idosos de sua área e deve mapear quem são aqueles que apresentam dificuldade de comparecer ao Centro de Saúde ou que são restritos ao



leito ou domicílio. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde é essencial neste aspecto, pois possibilita que a equipe tome conhecimento dos casos e se planeje de forma a realizar visitas domiciliares a estes pacientes. A Equipe de Saúde da Família e Equipe de Apoio são imprescindíveis neste aspecto, já que estes pacientes em geral são casos mais delicados, necessitam de maiores cuidados, orientação, conscientização freqüentes da família e um acompanhamento para avaliar a evolução e evitar possíveis complicações.

A instabilidade postural também é outro fator agravante, já que pode ocasionar quedas, traumas, fraturas e, conseqüentemente, aumenta as chances de restrição ao leito. É multifatorial e pode ocorrer devido a problemas de equilíbrio, visão, ou às condições do ambiente, portanto existem fatores a serem observados pela Equipe de Saúde da Família (ESF) que são passíveis de correção, como a segurança domiciliar. Neste papel são fundamentais o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta do NASF, pois podem realizar orientações quanto a exercícios de tônus muscular e também quanto à iluminação, móveis em disposição inadequada, tapetes, degraus, bem como avaliar a possibilidade de serem instaladas barras de apoio no banheiro e outros dispositivos de segurança.

Deve-se atentar ao uso de medicamentos sedativos, como os antidepressivos tricíclicos e benzodiazepínicos assim como diuréticos, psicotrópicos, anti- hipertensivos e anti-parkinsonianos (CHAIMOWICZ et al., 2009), pois são fatores de risco para quedas além das doenças cardiovasculares, neurológicas, endocrinológicas, osteomusculares e do trato geniturinário, conforme complementa Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004).

A incontinência urinária, um dos “gigantes da geriatria”, apresenta grande impacto psicossocial e predispõem as quedas, infecções do trato urinário e feridas, podendo ser resultante de diversas causas, como infecções, medicações, uretrite e vaginite atrófica, dentre outros. É muito importante que a ESF sempre investigue a presença da incontinência. Honório e Santos (2009) relatam que uma em cada três pessoas que sofrem de incontinência sentem-se constrangidas em falar sobre o assunto. Muitos, ainda, deixam de procurar auxílio por considerarem que se trata de aspecto normal do envelhecimento e geralmente se isolam, reduzindo seu contato social por receio de que as pessoas percebam odor de urina no ambiente.

Outro aspecto importante, de acordo com Martinez (2010) é a incapacidade cognitiva, que pode apresentar-se em quadros como *delirium*, depressão ou demência. O

---

*delirium* pode ser desencadeado por infecções e distúrbios metabólicos, de início agudo (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2007).

Já a depressão apresenta-se por alterações de humor, perda de interesse por atividades ou pode se manifestar, no idoso, por alterações de memória, somatizações ou queixas álgicas (BANDEIRA, PIMENTA, SOUZA, 2007). De acordo com o estudo “Eventos de vida estressantes entre idosos Brasil”, Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009), relatam que as mulheres estão mais predispostas a reagir de forma mais intensa aos eventos estressores.

A demência é uma condição neurológica, secundária a funções encefálicas que estão prejudicadas e em geral é mais comum após os 70 anos, tendo sua e a prevalência aumentada com a idade. É importante ressaltar, entretanto, que algumas habilidades cognitivas como a memória episódica e funções executivas podem ser alteradas com o envelhecimento, porém não são em todos os casos que este declínio evolui para a demência (PAULO; YASSUDA, 2010).

Um fator interessante, relatado no estudo “Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento” (Santos, Foroni e Chaves, 2009), é que o exercício físico, além de os benefícios já associados no tratamento e na prevenção da hipertensão e diabetes, também tem função sobre o desempenho cognitivo. Pacientes que apresentam incapacidades que impossibilitem a realização de atividade física regular apresentam maior propensão a evidenciar declínio mais precoce ou mais rápido em algumas funções mentais, e já entre aqueles que podem realizá-las assim como atividades de lazer, foi observado o inverso. Em geral, a atividade física preferida pelos idosos neste estudo foi a caminhada e o percentual de idosos que disseram praticá-la foi de 52,3% e quanto as atividades de lazer; 81,2% das mulheres e 76,9% dos homens relataram praticar, sendo a principal a de frequentar a igreja.

Observa-se, portanto, que os fatores que determinam um idoso como “frágil” são bastante comuns em nossa sociedade, causando enormes prejuízos aos pacientes e familiares e não devem ser entendidos como pertencentes ao “ciclo inexorável da vida”, mas sim como fatores aos quais podem ser instituídos prevenção e tratamento adequado. É extremamente importante que tanto a família quanto os profissionais da saúde estejam atentos a eles e a sua prevenção. Isso passa pela promoção da saúde, ato que não deve ser esquecido pela Estratégia de Saúde da Família.

### 4.3 O Sistema Único de Saúde e a População Idosa

A Constituição Federal, em seu artigo 230, estabelece que é dever da família, bem como do estado e da sociedade, amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

Há outras leis referentes aos direitos dos idosos, como a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) que tem como propósito promover o envelhecimento saudável e a melhoria ao máximo da capacidade funcional do idoso, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a recuperação de modo a garantir-lhe a permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade. O Estatuto do Idoso (2003) nos artigos 15 a 19 tratam do direito à saúde. É destacado o dever do Poder Público em propiciar aos idosos, de forma gratuita, medicamentos, especialmente os de uso crônico, próteses, órteses, habilitação, reabilitação, além de outros recursos relativos ao tratamento. Também é previsto atendimento domiciliar.

“Qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação”; [...]o envelhecimento só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. (VERAS, 2009.p. 549.)

Visto este quadro de envelhecimento populacional, algumas mudanças no perfil da saúde pública já foram observadas. O Brasil passou de um cenário epidemiológico próprio a uma população jovem, com predominância de doenças agudas, infecciosas e parasitárias, que apresentam em geral um curso curto e definido, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, relacionadas à longevidade, às doenças crônicas e múltiplas, de curso longo, com exigência de cuidados e exames constantes e medicação de uso contínuo. Como resultado desta dinâmica percebe-se que a demanda dos idosos por serviços de saúde é maior e que as internações hospitalares tornam-se mais frequentes e mais longas quando comparadas a outras faixas etárias.

#### 4.4 A população Idosa e o Programa de Saúde da Família

A “Política Nacional de Saúde do Idoso”, preconiza o tratamento e acompanhamento médico em sua própria residência garantindo um atendimento humanizado e que permita maior autonomia para o idoso e seus familiares, reduzindo assim os gastos com internações e filas de espera nos hospitais. Garantindo um melhor atendimento para a família e idoso (BRASIL, 1999).

Dentro da atual situação e organização da Estratégia de Saúde da Família, percebe-se que ainda não foi possível alcançar este objetivo, entretanto, dentro do que se propõe o programa, é a forma ideal de acompanhamento do paciente idoso, uma vez que é possível avaliar sua inserção na família e no meio social, além de atuar de forma preventiva. Desta forma, os profissionais da saúde devem buscar a melhor forma de atendimento, dentro das atuais limitações do PSF.

No que tange à manutenção da capacidade funcional, essencial para um envelhecimento saudável, percebe-se que este é um fator que congrega a Equipe de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e a própria família do paciente a fim de prover um envelhecimento com qualidade de vida. De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003,p.840 ) “...cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária... e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas.”

Visto o expressivo contingente de idosos no Brasil, a Equipe de Saúde da Família deve ter o compromisso de encarar esta realidade e proporcionar ao paciente e sua família uma melhoria no atendimento. A ESF deve sempre visar suas ações com base na manutenção e integração do idoso à comunidade bem como atuar de forma preventiva nos fatores de risco para a perda de autonomia. Tal assistência só é possível através de profissionais capacitados e, especialmente, do suporte familiar. Daí a importância da integração da ESF com a comunidade, do vínculo com a família e do conhecimento de suas necessidades, dos fatores de risco daquela área e dos determinantes de saúde daquela população. O Estado também tem papel importante, de forma a prover condições adequadas ao cidadão e aos profissionais.

É importante substituir a visão do atual modelo médico, centralizado na doença, intervencionista e hospitalocêntrico, por uma visão do indivíduo, seu papel e sua interligação na sociedade, focando não só na doença, mas principalmente na saúde. Desta forma é essencial uma abordagem multidisciplinar, a fim de cobrir os diversos aspectos do indivíduo com uma visão do todo.

## 5. Proposta de atendimento ao idoso

A proposta de atendimento apresentada foi elaborada com base no estudo feito nesta revisão da literatura, nas principais dificuldades encontradas pela equipe, na disponibilidades de profissionais no Centro de Saúde Dom Cabral, nas avaliações sugeridas pela Linha Guia de Atendimento ao Idoso do Estado de Minas Gerais (2007) e no Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007).

Foi elaborado um formulário para avaliação do estado de saúde do idoso que deverá ser utilizado a todo indivíduo com mais de 60 anos que procurar a unidade de saúde, aos idosos acamados em seus domicílios e àqueles com dificuldade de deslocamento. Neste aspecto o papel do ACS é fundamental na captação do idoso e seu encaminhamento para consulta na unidade ou uma visita domiciliar para avaliação do estado de saúde do mesmo pela sua incapacidade de dirigir-se à unidade.

Inicialmente o formulário deverá ser preenchido pelo enfermeiro ou médico e logo após a classificação do nível de fragilidade em que se encontra o idoso, a equipe irá seguir o fluxograma de atendimento que será apresentado mais adiante.

As orientações, atuação da equipe na promoção da saúde, na prevenção de comorbidades, suas complicações e recuperação do idoso estão condicionadas ao estado de saúde do mesmo.

### 5.1 Formulário para avaliação do paciente idoso quanto ao grau de fragilidade.

#### Local - Centro de Saúde Dom Cabral

##### 1- Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Endereço: Rua \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Pessoa de referência:

Nome:

Endereço: Rua \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

##### 2- Estado de Saúde.

Peso:                      Altura:                      IMC:

PAS:                      PAD:

Diabético? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Restrito ao domicílio? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Acamado? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Há quanto tempo encontra-se

acamado. \_\_\_\_\_

Data do último atendimento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

### 2.1 Queixas principais:

---



---



---



---



---

### 2.2 Sintomas de alerta:

- ( ) alteração de memória ou comportamento
- ( ) instabilidade postural
- ( ) incontinência urinária
- ( ) insuficiência familiar
- ( ) polimedicação (mais de 5 tipos de medicamentos)
- ( ) polidiagnóstico (mais de 5 diagnósticos)
- ( ) hospitalizações repetitivas ou internações recentes

Observações:

---



---



---



---



---

### 2.3 Dependência:

Para atividades básicas de vida diária:

- ( ) alimentar-se    ( ) banhar-se    ( ) vestir-se    ( ) mobilizar-se
- ( ) ir ao banheiro    ( ) incontinência urinária ou fecal

Para atividades instrumentais de vida diária:

( ) Realizar compras      ( ) Cuidar da casa      ( ) Ir ao banco      ( ) Tomar seus medicamentos  
 ( ) Cuidar das finanças      ( ) Preparar refeições

#### 2.4 Hábitos:

Pratica atividade física? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Pratica atividades de lazer? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Participa de algum grupo ou tem convívio social? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

A casa apresenta condições de segurança adequadas? SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: (dosagem e horários)

### 3-Classificação do Idoso quanto à Fragilidade

Idade	Sinais de alerta	Fragilidade

Se o idoso tem 60 anos e pelo menos 2 sinais de alerta ou tem 80 anos ou mais é considerado idoso frágil e se 60 anos e 1 ou nenhum sinal de alerta é idoso não frágil.

### 4-Fluxograma de Atendimento de acordo com o Fator de Risco.

Após a avaliação inicial do idoso quanto ao grau de fragilidade, ele será atendido pela ESF de acordo com suas demandas, com a participação dos profissionais do NASF, de outros profissionais e da família que será orientada quanto aos cuidados a serem prestados ao idoso.

Fator de risco	Profissional	Avaliação	Conduta	Monitoramento
Paciente			Solicitar avaliação do	

acamado ou restrito ao domicílio.	Enfermeiro /médico	Avaliar o nível de mobilidade. Avaliar a integridade cutânea. Avaliar o sistema músculo esquelético. Avaliar os aspectos cognitivos.	fisioterapeuta do NASF. Orientar a família para prevenção de úlceras por pressão, mudanças de decúbito (posicionamento no leito), hidratação da pele, higiene corporal e hidratação oral.	ACS/equipe de enfermagem /médico
Lesões cutâneas	ACS/equipe de enfermagem	Avaliar as lesões cutâneas.	-Orientar à família quanto aos cuidados com a pele, alimentação, hidratação e higiene corporal. Mudança de decúbito solicitar avaliação do médico e enfermeira.	ACS/equipe de enfermagem /médico
Instabilidade Postural ou quedas de repetição	Médico ou Enfermeiro	Avaliar visão, equilíbrio, marcha, enfermidades, medicamentos, e o ambiente doméstico.	Quando necessário: referenciar à oftalmologia, Terapeuta ocupacional, otorrinolaringologia e neurologista. Orientar a família sobre os fatores de risco de quedas no ambiente domiciliar.	ACS/equipe de enfermagem /médico
Alterações de memória	Médico ou Enfermeiro:	Teste de memorização de 3 palavras. Avaliar	Encaminhar à referência se alteração no teste Mini Mental.	ACS/equipe de enfermagem /médico



		memorização após 5 minutos. Se necessário aplicar Mini Mental.		
Alterações de humor	Médico ou Enfermeiro.	Avaliar data de início, sintomas principais, medicações em uso, eventos estressores.	Encaminhar o psiquiatra do NASF Encaminhar à psicologia.	ACS/equipe de enfermagem /médico
Insuficiência familiar	Equipe de Saúde da família	Realizar o diagnóstico familiar, orientar e encaminhar	Encaminhar ao assistente social nos casos necessários.	ACS/equipe de enfermagem /médico
Polimedicação	Médico	Avaliar interações medicamentosas e efeitos	Reavaliar a prescrição médica.	Médico
Polipatologias	Médico	Avaliar os diagnósticos, a qualidade do controle e tratamento das patologias.	Encaminhar ao especialista nos casos necessários.	Médico
Incontinência Urinária	Médico e Enfermeiro	Avaliar o tipo de incontinência, infecção urinária, medicamentos em uso.	Encaminhar ao especialista. Dar orientações quanto à higienização, orientar a família.	Médico e enfermeira.
Hospitalizações frequentes/ Alta hospitalar recente	ESF	Realizar visita domiciliar . Avaliar o estado de saúde do idoso. Detectar fatores de risco de nova	Encaminhar ao Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) se necessário. Orientar a família	ESF

		internação. Captação rápida do paciente desospitalizado		
Índice de Massa Corporal (IMC) >27	ESF	Avaliar presença de fatores de risco.	Encaminhar ao nutricionista do NASF.	ESF
Sedentarismo	ESF	Avaliar mobilidade e limitações.	Encaminhar ao Lian Gong, Academia da Cidade.	ESF
Convívio social reduzido	ESF	Avaliar instrumentos disponíveis.	Encaminhar ao Centro dia do Idoso.	ESF
Hipertensão arterial e diabetes mellitus.	ESF	Avaliar níveis pressóricos, glicemia, exames de acompanhamento, aderência ao tratamento, prescrição.	Acompanhamento periódico.	ESF.

A proposta de atendimento é um instrumento a fim de facilitar e tornar a consulta mais completa e objetiva, bem como orientar o profissional nas condutas a serem tomadas e na necessidade de encaminhamento e/ou avaliação de outro profissional.

Foi discutida e bem aceita entre os membros da ESF e Equipe de Apoio, e para sua implantação é necessário o cadastro de todos os idosos da área de abrangência, para aplicação do fluxograma de atendimento. É importante, em um momento posterior, avaliar os indicadores de morbi-mortalidade da área, atualmente disponíveis através do SIAB, bem como o nível de satisfação dos profissionais, a fim de se avaliar o impacto do uso do fluxograma de atendimento.

Espera-se que este apresente utilidade para ser aplicado em outros serviços de atenção primária a saúde, que não apenas o Centro de Saúde Dom Cabral. Será necessário reorganizar o processo de acolhimento a pessoa idosa na Unidade de Saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso e também promover a

educação permanente dos profissionais de saúde para capacitá-los para atender o idoso de forma holística.

## **6. CONCLUSÃO**

A partir desta revisão de literatura, foi possível estabelecer e se aprofundar nos principais desafios que o idoso traz ao sistema de saúde pública, principalmente no âmbito da Medicina de Família e Comunidade. Tais achados guiaram a construção da proposta de atendimento, que visa abranger estes fatores agravantes dentro da visão multidisciplinar do PSF, prestando um atendimento holístico.

Através desta proposta, objetiva-se que a visão do profissional de saúde da família seja ampliada sobre o idoso, e que o mesmo não seja encarado como formas e queixas isoladas como “a tonteira” ou o “esquecimento” ou a “dor na coluna”, enfim, como um sistema orgânico isolado do corpo que padece. Espera-se que tais sintomas não sejam negligenciados ou considerados inerentes ao envelhecimento, uma vez que são passíveis de intervenção, prevenção e, alguns, de cura. Aqueles em que a cura não é possível são, muitas vezes passíveis de tratamento e amenização dos sintomas, de forma a prover mais qualidade de vida ao paciente idoso.

O propósito principal é que o idoso frágil realmente tenha um acompanhamento por toda equipe de saúde e que sua qualidade de vida dentro do possível seja melhorada, tendo a família como colaboradora desse processo.

## Referências

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, 2010.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso**. 2 ed., Belo Horizonte.: SAS/MG, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1 ed. Brasília, DF, 2007.192p.

CALDAS, C.P.; SALDANHA, A.L. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Interciência, 2004

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora COOPMED, 2009.

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

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 93-99, fev, 2004.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B.. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de psicologia**, v.14. n.1, p.69-75, 2009.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, p.51-56, 2009.

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

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

MARTINEZ, M.C. *et al.* Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.1553-1561, 2010.

PAULO, D.L.V; YASSUDA, M.S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.37, p.23-26, 2010.

Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**, Brasília, abril de 2011. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>Acesso em 03 jul. 2011.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa saúde da família**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Manual do cuidador da pessoa idosa**. 1 ed. Brasília, DF, 2008. 330 p.

RAMOS, Luiz Roberto; SCHOR, Nestor. **Guia de geriatria e gerontologia**, Barueri: Manole, p. 346, 2005.

ROTHER E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa **Acta paul. enferm.** v.20, n.2, São Paulo Apr./June 2007. Editorial.

SANTOS , P.L. FORONI, M.P.; CHAVES, M.C.F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.42, p.54-60, 2009.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, p.839-847, 2003.

TEIXEIRA, N.A.O.; GUARIENTO, M.E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.2845-2857, 2010.

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

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios, inovações. **Revista de Saúde Pública**. v.43, p.548-54, 2009.