Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa	
Módulo 11	O papel do agente comunitário de saúde nas ações de saúde da pessoa idosa

O objetivo deste módulo é conhecer as especificidades de atuação do agente comunitário de saúde no âmbito do acompanhamento à saúde dos idosos, que envolvem o conhecimento da legislação e das políticas pertinentes à assistência ao idoso, do perfil epidemiológico de sua população, das situações de risco e das várias faces do processo de envelhecimento, além de saber conduzir a assistência domiciliar, a fim de execu-tar suas ações junto à equipe de ESF.

TÓPICO 01 O IDOSO, A FAMÍLIA E AS AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Para o fortalecimento da assistência aos idosos, o agente comunitário de saúde (ACS) participa de uma equipe multidisciplinar que integra as várias áreas de conhecimento no compartilhamento de ações para garantir a efetividade do modelo assistencial que tem como centro principal o usuário. Diante desta percepção de trabalho integrado, o ACS participa de forma efetiva da assistência, não como um auxiliar, mas como agente essencial, inclusive na organização dos serviços e viabilização do cumprimento jurídico, no que tange à Lei n° 8.842/94, que se refere ao envelhecimento saudável como direito do idoso (BEZERRA; SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Para que se promova este envelhecimento saudável é necessário que o ACS conheça as várias faces do processo de envelhecimento, a legislação e as políticas pertinentes à assistência ao idoso, o perfil epidemiológico de sua população e as situações de risco, e saiba conduzir a assistência domiciliar, a fim de poder executar suas ações junto à equipe de ESF.

Não existem ações diferenciadas para idoso, mas devido às suas vulnerabilidades o ACS precisa olhar com a devida atenção ao idoso dentro do seu núcleo familiar. Então, dentro da ESF, o ACS vai desenvolver ações que visem garantir a integralidade do atendimento a esta clientela diferenciada, na medida em que envolve um olhar cauteloso, que garanta a expansão de cuidados aos idosos, tantas vezes fragilizados ou vitimados por processos de doenças e maus-tratos, que em muitos casos têm a família como agente causal ou de cuidado (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

E como identificar situações de risco à saúde de pessoas idosas?

É indispensável que a família onde a pessoa idosa vive seja reconhecida pela equipe. Saber como ela vive, seus hábitos, se é independente, se precisa de alguém para realizar as atividades do dia a dia é o primeiro passo.

Existem no Brasil mais de 20 milhões de idosos, que representam 10,8% da nossa população, com previsão de aumento da expectativa de vida de 75 anos em 2013, para 81 anos em 2060. Esses números representam além da melhoria da qualidade de vida, a redução da taxa de fecundidade; que diminuiu de 6,2 filhos na década de 60, para 1,77 em 2013 (IBGE, 2013).

Esta perspectiva de aumento da população idosa requer a adoção de uma série de medidas em saúde, que atendam às suas demandas. As demandas em saúde extrapolam as necessidades de tratamento da doença e envolvem todo o cenário político, social, econômico, psicológico e cultural, que incluem o processo saúde-doença. Dessa forma, o ACS, como figura extremamente importante dentro da ESF, diante do complexo cenário no qual se insere a saúde do idoso, precisa olhar de forma atenta às suas necessidades e, respaldado na legislação e em todas as políticas públicas que

existem para ampará-los, deve voltar suas ações para o desenvolvimento do atendimento integral que promova a prevenção de doenças, a observação do ambiente familiar, o direcionamento à equipe multidisciplinar e, quando necessário, solicitar o atendimento domiciliar. Tudo isto para proporcionar-lhe condições de vida digna e produtiva, ainda que esta produtividade se limite ao exercício de sua autonomia e lhe garanta qualidade de vida e bem-estar.

Este novo perfil de configuração da população (que tem mais anos de vida) leva à mudança também no perfil epidemiológico, tendo em vista que o envelhecimento traz mudanças naturais no organismo e muitos idosos apresentam doenças crônicas múltiplas e perda da capacidade funcional que lhes fragiliza. Isso exige que o sistema de saúde invista em atendimentos frequentes, muitas vezes encarecendo o cuidado e o atendimento ao requerer maiores gastos da família e também do sistema de saúde.

Os profissionais da equipe multidisciplinar que atendem aos idosos precisam de capacitação e educação continuada que os direcione a promover medidas para melhoria de habilidades funcionais, através da melhoria de seus hábitos de vida; pois, a falta de autonomia, causada pela perda das habilidades funcionais, está mais relacionada ao aumento da morbimortalidade que a própria doença que ocasionou a incapacidade (GARCIA et al., 2006).

TÓPICO 02 O ENVELHECIMENTO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

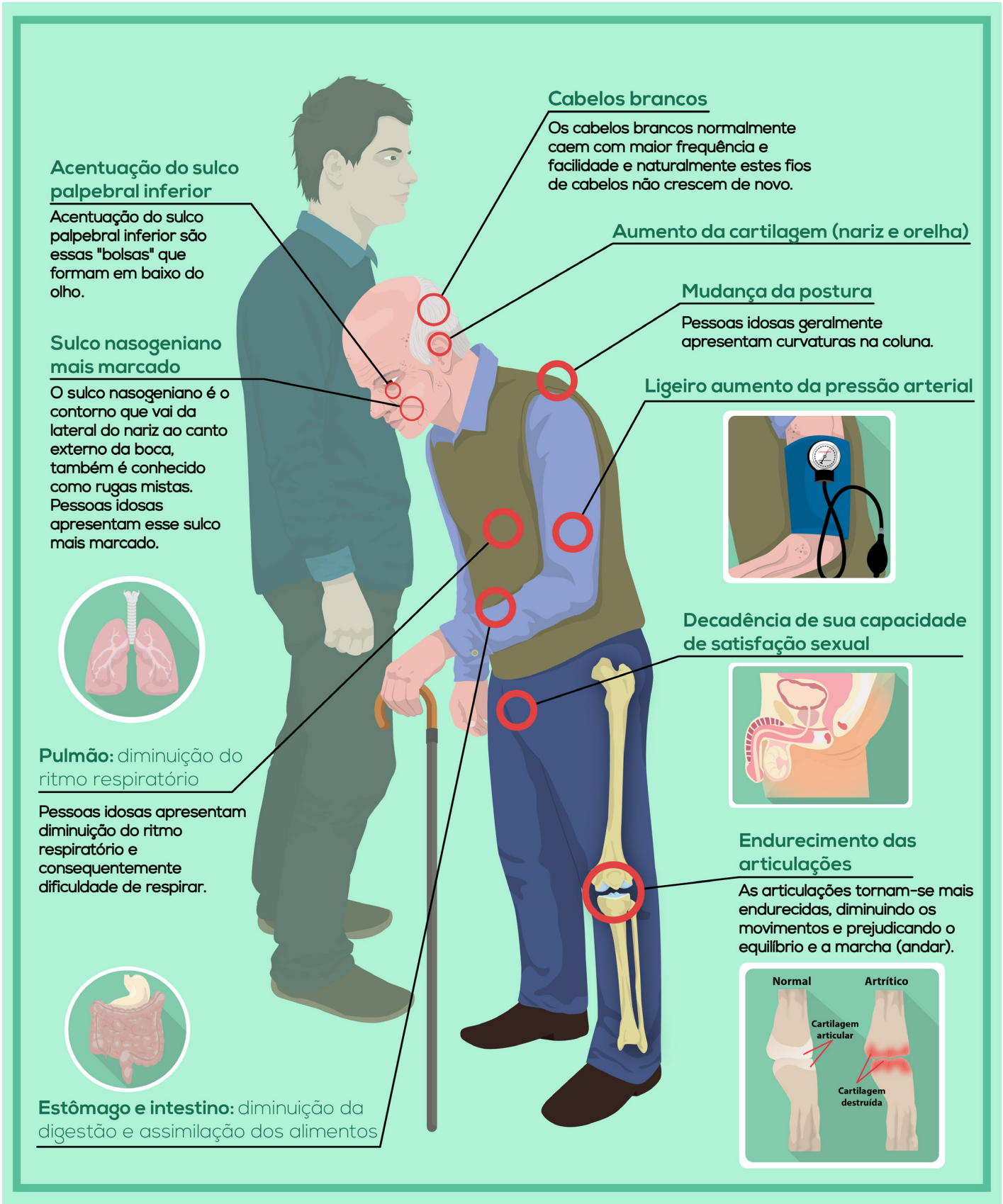
Já sabemos qual é o impacto direto do aumento da expectativa de vida. Desse modo, os profissionais de saúde precisam atender as demandas que surgem através do desenvolvimento de estratégias que permitam ao idoso uma vida ativa, ao tratar e prevenir doenças, evitando suas complicações.

O ACS deve, então, prestar uma assistência efetiva, utilizando ações educativas direcionadas ao indivíduo e também à coletividade, com foco na família e na Atenção Básica, que, além do reconhecimento do problema do idoso, permite a criação de vínculos com ele. O profissional que atende o idoso deve também voltar sua atenção à necessidade de inseri-lo na família e na comunidade, a fim de garantir o seu bem-estar físico, mental e emocional (SILVA; ZAMIAN; BARALHAS, 2010).

O ACS tem uma atuação muito peculiar, pois ao participar da própria comunidade que atende, irá desempenhar um papel diferenciado e de certa forma facilitado, pois ele mesmo vivencia os problemas e pode melhor compreendê-los, promovendo esta integração comunitária e garantindo a facilidade de comunicação do usuário com a equipe, favorecendo a produção do cuidado e buscando garantir os direitos dos idosos.

No entanto, quando não se conhece o idoso e as alterações próprias do envelhecimento em seus múltiplos aspectos, o trabalho sempre será mais difícil.

Vejamos abaixo algumas modificações que ocorrem naturalmente com o envelhecimento do corpo humano:



Ações voltadas à saúde do idoso

A territorialização prevê que a equipe da Estratégia Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, deve atender todas as pessoas de sua área adscrita, ainda que estejam em instituições públicas ou privadas. A Organização Mundial de Saúde, em 2004, propôs que a Atenção Básica adaptasse seus serviços à população idosa, a fim de realizar a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, direcionadas às suas especificidades de assistência; e dividiu a atuação em áreas como informação, educação, comunicação e capacitação, para melhorar a atuação profissional junto ao idoso, a fim de garantir-lhe um envelhecimento saudável; além da implantação de um sistema de gestão da assistência à saúde, direcionado às necessidades do idoso e adequação do ambiente físico, que garante a acessibilidade para indivíduos com redução funcional (BRASIL, 2007).

Inicialmente, este profissional deve promover a identificação de cada família da sua área de atuação. Esta identificação deve informar:

> [...] o grau de parentesco entre os membros da família; os membros agregados; a função de cada membro na família: na divisão do trabalho doméstico, na divisão das despesas, na identificação daquele que é o alicerce emocional e espiritual; os valores, preconceitos, costumes e religiosidade, principalmente os que podem interferir no cuidado com a saúde; presença de conflitos entre os membros da família e como são resolvidos esses conflitos; os tipos de trabalho de seus membros; o papel do homem e da mulher na família; quem exerce o papel de liderança na família; se todos os membros da família possuem documentos: Certidão de Nascimento, CPF, Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho, ou outros que favoreçam a consolidação de sua cidadania (BRASIL, 2009).

A identificação de cada família é requisito fundamental no desenvolvimento da estratégia que, ao propiciar o conhecimento sobre aspectos econômicos, sociais e relacionais, permite a resolução precoce de problemas como conflitos familiares internos que poderiam agravar os problemas de saúde dos idosos e buscar meios para melhor prover economicamente a família, seja através de benefícios e auxílios oriundos de programas sociais, seja através da orientação da família para o desenvolvimento de atividades produtivas, ou mesmo da reorganização do núcleo familiar que garanta um melhor aproveitamento dos recursos financeiros; permite também que melhor se promova a socialização da família com a comunidade através da realização de atividades integrativas relacionadas aos diversos perfis encontrados, que auxiliem na cooperação entre as diversas famílias que possam melhorar o desenvolvimento familiar e comunitário e promover melhoria do acolhimento do idoso no seio familiar e comunitário.

Além desta identificação inicial da família, há um instrumento de grande importância que visa garantir o registro e acompanhamento das informações de saúde dos idosos, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Nela devem ser contempladas informações sobre condições de moradia; escolaridade; nível de autonomia nas atividades diárias; informações sobre o cuidador; vacinação; presença de violência contra o idoso; risco de acidentes domésticos; medicações de uso contínuo; e cuidados com o idoso acamado (BRASIL, 2009).

A proposta preliminar da nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa contempla, dentre outros, os seguintes itens:

2 – PESSOAS DE REFERÊNCIA

Informe abaixo os dados de pessoas que possam ser contatadas em caso de urgência.

Nome:	Data de nascimento:
Vínculo:	Endereço:
Telefone:	Celular:
Esta pessoa mora com você? ( ) sim ( ) não	Data desta informação:

3 – IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

3.1 – Diagnósticos e Internações Prévias

- Algum médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?

Condições de Saúde / Diagnósticos		20____				20____				20____				20____				20____			
		Diagnóstico		Internação		Diagnóstico		Internação		Diagnóstico		Internação		Diagnóstico		Internação		Diagnóstico		Internação	
		Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não	Sim / Ano	Não
Condições Crônicas Sensíveis à Atenção Básica	Insuficiência cardíaca																				
	Hipertensão arterial																				
	Acidente vascular cerebral ou derrame																				
	Doença pulmonar obstrutiva crônica																				
	Asma																				
	Anemia																				
	Doença arterial coronariana / angina																				
	Diabetes mellitus																				
	Epilepsia																				
	Úlcera péptica																				
Câncer	Mama																				
	Próstata																				
	Pulmão																				
	Intestino																				
Outras condições / diagnósticos	Doença renal crônica																				
	Demência (Alzheimer)																				
	Doença de Parkinson																				
	Depressão																				
	Osteoporose																				
	Osteoartrose / osteoartrite																				
Outros	Catarata																				
	Glaucoma																				

3.2 – Cirurgias Realizadas

- Relate as cirurgias realizadas ao longo da sua vida.

Cirurgia	Ano	Observações

3.3 – Medicamentos

3.3.1 – Medicamentos, Fitoterápicos, Suplementos e Vitaminas em Uso

- Anotar o nome de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por profissionais de saúde ou na forma de auto-medicação. Registrar também os medicamentos suspensos com a justificativa da mudança.

Nome do medicamento, fitoterápico, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início / Tempo de uso	Foi prescrito por algum profissional de saúde? Qual?	Suspensão	
				Data	Motivo

3.3.2 – Medicamentos Potencialmente Inapropriados para o Idoso

- Os medicamentos potencialmente inapropriados devem ser evitados em idosos. Informe-se com seu médico sobre os cuidados especiais a serem observados quando seu uso for absolutamente necessário.

Lista dos medicamentos		Você está usando alguns dos medicamentos abaixo relacionados?									
		20___		20___		20___		20___		20___	
		1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
Medicamentos associados com maior risco de quedas e/ou outras reações adversas	Amitriptilina										
	Clonazepam										
	Clorpromazina										
	Diazepam										
	Fluoxetina										
	Levomepromazina										
	Metildopa										
	Nifedipina										
	Flunitrazepam										
	Imipramina										
	Prometazina										
	Dexclorfeniramina										
Medicamentos associados com outras reações adversas	Biperideno										
	Cimetidina										
	Cinarizina										
	Diclofenaco										
	Fenilbutazona										
	Flunarizina										
	Indometacina										
	Pentoxifilina										
	Carisoprodol										
	Ciclobenzaprina										
	Hidroxizine										
	Ticlopidina										
Não há uso de nenhum deles											

3.3.3 – Medicamentos de Alta Vigilância

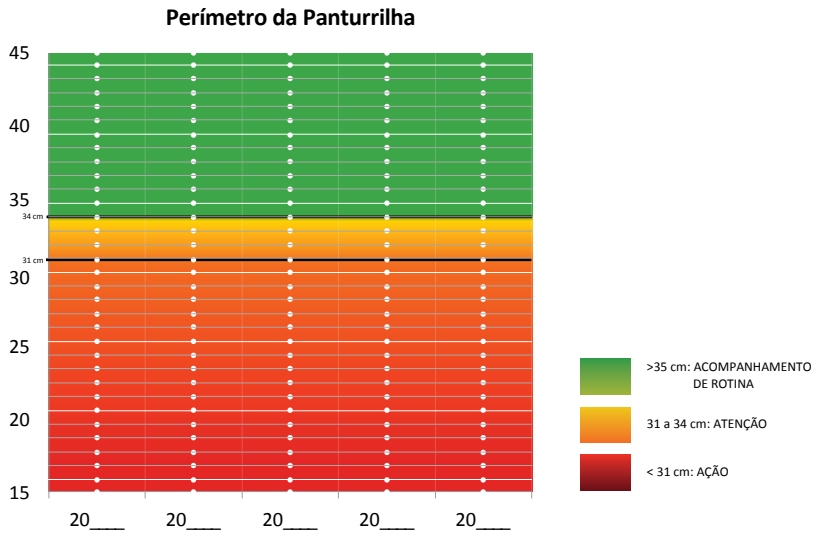
- Existem medicamentos que requerem alta vigilância, pois quando usados incorretamente podem provocar danos graves a saúde da pessoa idosa e necessitam de acompanhamento rigoroso. Converse com os profissionais de saúde sobre os cuidados necessários para seu uso seguro.

Medicamentos	Você está usando alguns dos medicamentos abaixo relacionados?									
	20___		20___		20___		20___		20___	
	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem	1° sem	2° sem
Varfarina										
Insulinas, em todas as formulações e tipos de dispositivos de administração										
Hipoglicemiantes ou antidiabéticos orais (glibenclamida, metformina, clorpropamida, glimepirida, gliclazida, outros)										
Digoxina										
Opióides, em todas as formulações e vias de administração (codeina, tramadol, morfina, outros)										
Não há uso de nenhum deles										

Fonte: *Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, fevereiro 2013*

3.5 – Dados Antropométricos

	20____	20____	20____	20____	20____
Peso					
Estatura					
IMC = peso/estatura^2					
Perímetro da Panturrilha (PP)					



A medida do perímetro da panturrilha é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

Medidas menores que 34 cm podem significar uma tendência à sarcopenia.

12

3.6 – Quedas

	20___		20___		20___		20___		20___	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Você teve duas ou mais quedas no último ano?										
Você tem medo de cair? Se a resposta for sim, assinalar a intensidade do medo: 1. Pouco 2. Moderado 3. Muito										

- Caso tenha caído, responda às seguintes perguntas:

Data	Qual o local da queda?		Você precisou de ajuda para levantar-se?		A queda o (a) levou a procurar o serviço de saúde?		A queda causou fratura de fêmur ou quadril?		Teve necessidade de cirurgia por causa dessa fratura?		Esperou mais de 24h desde a hora que chegou ao hospital até a realização da cirurgia?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

4 – PRESSÃO ARTERIAL

É recomendado sempre medir a pressão arterial nas três posições (deitado, sentado e de pé) e registrá-la, anotando a data e a medida em mmHg. A redução de 20mmHg ou mais na medida da pressão sistólica ou de 10mmHg ou mais na pressão diastólica, com a mudança da posição deitada para sentada ou de pé, é chamada de hipotensão ortostática e é causa frequente de tonturas e quedas em idosos.

DATA				DATA			

5 – GLICEMIA

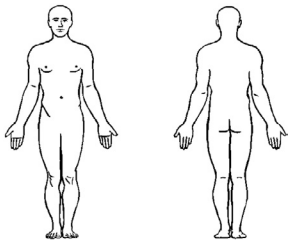
- Recomenda-se o registro da glicemia matinal em jejum. O valor normal da glicemia depende da presença ou não de jejum. O diagnóstico de diabetes mellitus é feito quando duas ou mais medidas de glicemia após jejum mínimo de 8h, são iguais ou maiores que 126mg/dL.
- A glicemia capilar colhida no unidade de saúde, de forma casual ou sem jejum prévio, deverá ser de até 200mg/dL.

Data	Glicemia	Data	Glicemia	Data	Glicemia	Data	Glicemia
	( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL
	( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL
	( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL		( ) jejum ( ) capilar _____mg/dL

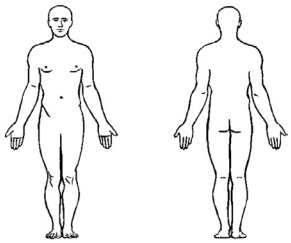
9 – IDENTIFICAÇÃO DE DOR CRÔNICA

A presença de dor crônica ou de longa duração não é "normal da idade" e sua presença deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento das possíveis causas, o tratamento deverá ser feito prontamente. Profissional de saúde, caso o idoso relate a presença de dor, registre a sua localização e a intensidade declarada, conforme a escala abaixo.

Data: _____/_____/_____



Data: _____/_____/_____



10 – HÁBITOS DE VIDA

- Hábitos de vida saudáveis são os principais responsáveis pelo envelhecimento com autonomia e independência. Nunca é tarde para iniciar um programa de atividade física, suspender o uso do álcool ou parar de fumar. Informe-se melhor na sua unidade de saúde.

		20___		20___		20___		20___		20___	
Local	Avaliação	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Tabagismo	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?										
	Você gostaria de parar de fumar?										
	Você é ex-fumante?										
Álcool	Você gostaria parar de beber?										
	Nos últimos 30 dias você ingeriu 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)										
	Você gostaria parar de beber?										
Atividade Física	Você pratica algum tipo de atividade física, como caminhadas, natação, dança, ginástica, etc, pelo menos três vezes por semana?										
	Você gostaria de começar algum programa de atividade física?										
Interesse Social e Lazer	Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?										
	Você realiza algum trabalho voluntário?										
	Você tem alguma atividade de lazer?										

11 – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

- A vacinação é importante para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas. Mantenha seu calendário de vacinação em dia. Procure sua unidade de saúde para maiores informações.

Vacinas	Informações sobre a vacina a ser aplicada				
Contra influenza (gripe), a cada ano	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:
Contra difteria e tétano, a cada dez anos	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:
Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:
Contra febre amarela, a cada dez anos se for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando for viajar para essas regiões	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:
Outras vacinas	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:
	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:	Data: Lote: Dose: US: Ass.:

Reação adversa à vacina? Especificar qual reação e à qual vacina:: _____

12 – SAÚDE BUCAL

Avaliação da Equipe de Saúde Bucal			20___		20___		20___		20___		20___	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Hábitos	Álcool											
	Fumo											
Alterações/ Lesões de Mucosa	Presença de lesão na mucosa bucal											
	Boca seca (xerostomia – falta de saliva)											
	Presença de língua saburrosa											
	Presença de candidíase bucal											
	Presença de halitose											
Cárie Dentária/ Doença periodontal	Presença de placa bacteriana (biofilme dental)											
	Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo)											
	Presença evidente de gengivite/sangramento gengival											
	Presença evidente de periodontite/perda óssea											
	Presença de cárie											
	Perda dental no último ano											
Prótese Sentaria Superior	Prótese Total (dentadura)	Não utiliza e não necessita										
		Não utiliza, mas necessita										
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca										
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca										
	Prótese Parcial (ponte móvel)	Não utiliza e não necessita										
		Não utiliza, mas necessita										
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca										
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca										

Avaliação da Equipe de Saúde Bucal			20___		20___		20___		20___		20___	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Prótese Dentaria Inferior	Prótese Total (dentadura)	Não utiliza e não necessita										
		Não utiliza, mas necessita										
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca										
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca										
	Prótese Parcial (ponte móvel)	Não utiliza e não necessita										
		Não utiliza, mas necessita										
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca										
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca										
Consulta clínica (equipe de saúde bucal)	Atendimento na unidade de saúde											
	Atendimento no domicílio											
Encaminhamento para especialidades odontológicas	(D) Diagnóstico, (P) Perio, (E) Endo, (C) Cirurgia, (NE) Necessidades Especiais											

21 – AGENDA DE CONSULTAS / EXAMES

Data	Hora	Local	Tipo de atendimento	Nome do profissional

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa:** proposta preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 53 p. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Caderneta_do_idoso%203%20de%20fev.pdf. Acesso em: 1 dez. 2014.

O preenchimento desta caderneta permite a visualização da realidade do idoso em múltiplos aspectos e, diante disso, os profissionais de saúde poderão direcionar suas ações e solicitar o acompanhamento da equipe da ESF, incluindo o ACS. São informações importantes para o empreendimento de cuidados assistenciais que garantam a assistência ao idoso em todos os níveis da Rede de Atenção em Saúde.

FIQUE ATENTO!

Sempre que for fazer a visita domiciliar, peça para verificar a caderneta de saúde da pessoa idosa e registre qualquer evento que seja necessário.

Na Estratégia Saúde da Família, a atenção à saúde da pessoa idosa pode ocorrer por demanda espontânea ou busca ativa. A busca ativa ocorre nas visitas domiciliares, através de diagnóstico que envolve várias dimensões e sofre influência de fatores ambientais, relação entre o profissional de saúde e o idoso; e profissional de saúde e os familiares, história clínica em seus diversos aspectos e exame físico. Através deste nível de atenção deve-se disponibilizar ao idoso a rede de suporte social (familiares e cuidadores), humanização, orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando-se o aspecto cultural relativo ao envelhecimento, melhoria da infraestrutura para facilitar a acessibilidade, a fim de criar ambientes favoráveis que permitam o envelhecimento ativo (BRASIL, 2007).

IMPORTANTE!

No acolhimento ao idoso, os profissionais de saúde devem proporcionar uma relação de respeito, reconhecendo a sabedoria, a dignidade e a prudência proporcionadas pelo envelhecimento. As perguntas devem ser direcionadas ao idoso e não ao seu acompanhante, chamando-lhe pelo nome e mantendo o contato visual, com utilização de linguagem clara e coloquial que facilite o entendimento, certificando-se de estarem sendo ouvidos e compreendidos por ele (BRASIL, 2007).

Com a observação das necessidades individuais e coletivas do idoso visando à promoção do envelhecimento ativo e saudável, devem ser avaliadas as necessidades inerentes à qualidade de vida como um todo e promover o seu atendimento integral. O ACS deve, portanto, ao cadastrar informações, certificar-se de buscar as que garantam um correto diagnóstico em seus amplos aspectos, podendo implementar ações educativas durante as visitas domiciliares, melhorando aspectos nutricionais, garantindo a mobilidade dentro do domicílio e na comunidade; verificar necessidades curativas ou mesmo emergências em saúde, para direcionar à equipe multiprofissional da ESF; ou mesmo encaminhar para os demais níveis de atenção, garantindo-lhes a prioridade no atendimento, garantido na legislação.

Embora a equipe multiprofissional da ESF deva se empenhar para garantir o envelhecimento ativo, que busque a autonomia ao idoso, nem sempre isto é possível. E muitas vezes o idoso é encontrado já em condição incapacitante ou pode tornar-se incapacitado no decorrer do acompanhamento, devido a doenças diversas. A prevenção e o tratamento das doenças, principalmente em idosos, não são sempre contemplados com a cura total e assim as doenças podem evoluir e causar ou contribuir com as mais variadas incapacidades, cognitivas, auditivas, visuais e motoras.

Por isto, um grande número de famílias precisa cuidar de idosos com dependência domiciliar e, nem sempre, estas famílias podem promover o apoio e o cuidado que o idoso necessita, devido a dificuldades relacionadas às vivências individuais, doenças ou falta de recursos. As doenças crônicas incapacitantes, que muito acometem esta parcela da população, levam à maior necessidade de cuidado e de uma rede social de apoio para que permaneçam ativos socialmente e para evitar a institucionalização. É de fundamental importância o apoio fornecido pela família aos idosos incapacitados, para garantir-lhes bem-estar e auxiliar no enfrentamento da doença (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

A família, na maioria das vezes, é o suporte fundamental para o idoso. No entanto, além das dificuldades financeiras para custear o tratamento das doenças múltiplas relacionadas ao idoso dependente, existem outras tantas dificuldades familiares que dificultam o seu cuidado e amparo. Para garantia de minimização dessas dificuldades é prioritária a participação da equipe multiprofissional no cuidado, que deve ser capacitada e possuir conhecimentos direcionados à saúde do idoso (RAMOS, 2003).

Embora a maioria dos idosos more com a família, existem aqueles que nem mesmo têm família e outros cujos familiares não podem destinar um cuidador, ou mesmo não apresentam condições financeiras para prover-lhes o cuidado. O afastamento familiar, causando o isolamento, reduz a qualidade de vida, piora o adoecimento e aumenta a mortalidade (CALDAS, 2003).

Portanto, a família é de suma importância para melhoria da qualidade de vida do idoso. Dessa forma o cuidador familiar deve receber orientações de cuidados e suporte da equipe multiprofissional, com visitas regulares. A institucionalização (internação) em casas de repousos, (muito conhecidas como asilos) é questionada em diversas partes do mundo, principalmente devido aos custos e dificuldades de manutenção. A figura do cuidador requer novas formas de assistência e direcionamento de políticas públicas de saúde, para evitarmos a exclusão social do idoso (KARSCH, 2003).

TÓPICO 03 O ATENDIMENTO DOMICILIAR

O atendimento domiciliar provido pela Atenção Básica e direcionado ao idoso visa evitar sua institucionalização hospitalar ou asilar, desde que o mesmo esteja clinicamente estável, apresente uma rede de suporte apropriado, infraestrutura domiciliar favorável, e a família apresente condições financeiras para suprir suas necessidades. Este atendimento deve levar em consideração as condições do cuidador e de toda a família, que pode ser sobrecarregada e apresentar abalos na saúde de seus membros, devido a esta sobrecarga. Diversas questões devem ser levadas em consideração quando da instituição do Atendimento Domiciliar (AD), inclusive as questões de relacionamento entre

os membros da equipe de AD e os familiares e o sujeito da prestação do atendimento (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

A equipe que presta o serviço de AD deve ter conhecimento de todas as implicações éticas e legais que permeiam este adentrar no domicílio e dividir cuidados, sempre respeitando a autonomia do paciente, que pode ser um idoso. Deve gerenciar conflitos levando em consideração a vulnerabilidade da família em um momento que muitas vezes leva à ruptura ou desfechos pouco favoráveis aos sujeitos envolvidos e deve estar apta a prover cuidados à toda a família, gerenciando a dinâmica de cuidados, sem interferir na rede de relacionamentos; a menos que existe situação de risco aos envolvidos.

A AD é uma modalidade de atenção que se integra a projetos da sociedade e deve sempre buscar melhoria na saúde e orientar o cuidador para realização de atividades básicas que devem ser pactuadas com a equipe e a família. Para que suas atividades atendam às necessidades familiares, a equipe deve realizar um planejamento, em conjunto com a família, e utilizar o Prontuário Domiciliar, para registro da equipe (BRASIL, 2012). Existem atribuições da equipe de saúde seguidas na AD, tais como:

- Seguir os princípios da AD.
- Entender o indivíduo como sujeito de vários aspectos relacionados aos processos saúde-doença.
- Coordenar, participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde.
- Esclarecer e orientar as famílias.
- Promover o monitoramento da saúde do usuário.
- Facilitar a comunicação família/equipe.
- Estabelecer grupos de suporte com os cuidadores.
- Fazer reuniões com os sujeitos do processo; promover atividade de planejamento e avaliação da AD.
- Realizar o plano de assistência.
- Realizar abordagem familiar dentro de seu contexto socioeconômico e cultural.
- Registrar o prontuário domiciliar e da família na unidade de saúde.
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
- Apoiar a família tanto para o desligamento após alta da AD, e em casos de óbito dos usuários.
- Analisar a condição e infraestrutura física do domicílio.
- Fazer o acompanhamento do usuário de acordo com o planejamento da assistência.
- Pactuar concordância da família para AD.
- Garantir assistência integral, resolutiva e que não cause danos ao seu usuário; buscar harmonia das relações familiares.
- Apoiar emocionalmente.
- Orientar práticas de cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água (BRASIL, 2012).

Estas atribuições permitem um atendimento orientado para que se assita a família de forma integral e garanta a autonomia de todos os sujeitos envolvidos, permitindo o suporte assistencial e receben-

do a produção de cuidados pelo cuidador que dinamiza a carga de trabalho da equipe e promove a interação dos sujeitos para que sejam reestabelecidos vínculos que promovam o bem-estar e o envelhecimento ativo, ainda que diante de condições de limitações funcionais, sem prejuízo às redes de afeto e autonomia do idoso, como ocorre na institucionalização.

Também na Atenção Domiciliar, o ACS tem papel importante e deve em maior proporção promover o elo entre a equipe e a família e ser protagonista de apoio ao usuário, à família e à equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS, por possuir múltiplas funções na Atenção Básica, é o profissional que permite um elo de acesso ao atendimento e a todos os serviços prestados pelo SUS, no âmbito da Atenção Básica.
A assistência do usuário idoso requer atenção especial sempre atendendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-12, 2009.

BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n°19). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 30 out. 2014.

_____. _____. _____. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 6 nov. 2014.

_____. _____. _____. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

_____. _____. _____. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 102 p. v.1. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio./jun. 2003. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0437.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

FLORIANI, C. A. SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, jul./aug. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 nov. 2014.

GARCIA, M. A. A. et al. A Atuação das equipes de Saúde da Família junto aos idosos. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun. 2006. Disponível em: < http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Atuacao.pdf. Acesso em: 5 nov. 2014.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**: projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. 2013. 21 p. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 2 dez. 2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio./jun. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, jun. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2>. Acesso em: 6 nov. 2014.

SILVA, M. J. E. S.; ZAMIAN, P. A. I.; BARALHAS, M. O agente comunitário de saúde e sua atuação frente à saúde dos idosos. **Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano**, Lins, SP, ano. 1, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no1/artigo14.pdf. Acesso em: 6 nov. 2014.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2014.

Leitura complementar:

ARAÚJO, M. A. S. et al. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia-GO. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: < http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html>. Acesso em: 6 nov. 2014.

BARRETO, I. C. de H. C. et al. Gestão Participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saude soc**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 80-93, mayo. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500007&script=sci_arttext. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do PSF**. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção I, p.89.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 out. 2014.

GALAVOTE, H. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100026&script=sci_arttext. Acesso em: 6 out. 2014.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, apr./jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200007>. Acesso em: 3 nov. 2014.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 784-788, dez. 2012. Disponível em: http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329. Acesso em: 3 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

O ACS, a ESF e a RAS: o papel do agente comunitário de saúde nas ações de saúde da pessoa idosa / Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2014.

19f.: il.

1. Programa Saúde da Família. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde do idoso. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2: 613.98

COPYRIGHT @ UFMA/UNA-SUS, 2014. TODOS OS DIRETOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.