

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANE MARIA MACHADO LORENZZI

**A INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA REORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA  
DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**

Rio Negro - PR

2011

LUCIANE MARIA MACHADO LORENZZI

**A INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA REORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA  
DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**

Projeto Técnico apresentado à Universidade Federal do Paraná para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Verônica de Azevedo Mazza.

Rio Negro - PR

2011

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
1.1	PROBLEMA.....	
1.2	OBJETIVOS.....	5
1.2.1	Objetivo Geral.....	5
1.2.2	Objetivos Específicos.....	5
1.3	JUSTIFICATIVA.....	5
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....</b>	<b>6</b>
2.1	CARACTERIZANDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	7
2.2	POLITICA NACIONAL DO IDOSO E SUA EFETIVAÇÃO.....	8
2.3	O NASCIMENTO DO SUS .....	
24	POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.....	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....</b>	<b>17</b>
4.1	A ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO NO MUNICIPIO DE RIO NEGRO.....	17
4.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	18
<b>5</b>	<b>PROPOSTA.....</b>	<b>21</b>
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	21
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	21
5.3	RECURSOS.....	23
5.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	24
5.5	RISCOS OU PROPLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	24
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>29</b>
	ANEXO 1 DIAGNÓSTICO DO GRUPO POPULACIONAL .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção a Saúde do idoso tem sido um importante desafio para a organização dos serviços de saúde e para a sociedade. O ritmo de crescimento da população diminuiu, as famílias estão menores e o país caminha rapidamente para o envelhecimento, um reflexo, dentre outros fatores, do aumento da expectativa de vida devido aos avanços que o sistema de saúde vem conquistando, é o que revelam os dados consolidados do censo 2010.

O retrato divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirma a tendência observada na última década e aponta desafios para o futuro, com a gestão da previdência social e o atendimento médico para a terceira idade. A pesquisa mostra que o aumento da esperança de vida ao nascer e a queda da fecundidade no país tem feito subir o número de idosos, que passou entre 1999 e 2009 de 6,4 milhões para 9,7 milhões. A população com 65 anos ou mais no país corresponde a 7,4 da população total (cerca de 14 milhões, conforme dados do censo de 2010).

Fato este que justifica a necessidade do estabelecimento de políticas para a população idosa, devido ao grande contingente e crescimento populacional que estes grupos representam e também pela importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades proporcionando-lhes um desenvolvimento ativo e saudável.

O estabelecimento de políticas públicas é garantido por lei, inserido neste contexto mundial de consolidação e na perspectiva dos direitos humanos, a Constituição Brasileira de 1988 e o Estatuto do Idoso de 2003 estabelecem uma base sólida para o desenvolvimento de políticas para os idosos.

Para atender esta população em 19/10/2006, através da portaria 2528/GM o Ministério da Saúde criou a lei que direciona a política nacional de saúde da pessoa idosa que busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2007)

Para tanto o Estado do Paraná por meio de suas Regionais de Saúde vem mobilizando e realizando capacitações de profissionais de saúde com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, para o atendimento às especificidades

desse grupo etário, e que para isto é preciso compreender as dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desse grupo.

Diante deste novo olhar em relação à política de saúde do idoso o município de Rio Negro vem procurando estruturar o seu atendimento a estes grupos na atenção primária através das equipes de Estratégia de Saúde da Família procurando fortalecer a rede de apoio a esta clientela, considerando os seus espaços contextuais, ou seja, sua família, a comunidade, a instituição asilar e a realidade na qual esta inserida. Fatores estes que mediam a proposta de intervenção do presente estudo.

### 1.1 PROBLEMÁTICA:

De acordo com os dados do IBGE que aponta o rápido crescimento ao envelhecimento constatamos que o município de Rio Negro faz parte destas estatísticas e o momento exige um novo olhar por parte da gestão e dos profissionais em relação à política de atenção a saúde do idoso.

A importância da realização da presente pesquisa é a de enfatizar a exigência de um novo olhar sobre a atuação na área da saúde do idoso, uma nova práxis que busque resgatar a totalidade de um trabalho inovador e comprometimento profissional que venha assegurar os direitos dos idosos, garantindo-lhes proteção integral e pleno desenvolvimento de sua cidadania.

É importante salientar que nos últimos anos as organizações governamentais e não governamentais tem se organizado, mobilizando-se a um movimento nacional voltado às políticas do idoso, muito se tem discutido, pesquisado e estudado acerca destas e outras questões que envolvem diretamente este público.

Este trabalho visa contribuir para a construção do conhecimento acerca do tema Idoso e seus dilemas, a relevância deste atendimento, bem como despertar um novo olhar dos profissionais que atuam na atenção primária em relação a prática cotidiana voltada a melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços, reorganizando o sistema de atendimento. Assim, questiona-se: Quais medidas podem ser adotadas por uma equipe multiprofissional para reorganização da atenção á saúde do idoso no município de Rio Negro?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.2 Objetivo geral

Reorganizar a política de atenção da Saúde do Idoso no município de Rio Negro.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Criar comissão técnica multiprofissional para avaliar e reestruturar a política de atenção a Saúde do Idoso;
- Eleger uma área adstrita de PSF para ser projeto piloto;
- Capacitar os profissionais da área de abrangência do PSF escolhido;

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A história mostra, que há pouco tempo havia uma lacuna na sociedade com relação aos idosos, pois não existia legislação a respeito garantindo uma política de atenção direcionada a esta clientela. Atualmente percebe-se uma preocupação por parte dos governos federal, estadual e municipal com a saúde dos idosos devido ao processo de envelhecimento que deixa de ser considerado um fenômeno futuro e passa a ser uma realidade da sociedade brasileira. (Brasil, 2007)

As organizações públicas já se mobilizam e se organizam, e estes grupos passam a ser considerados prioridade de atenção das diversas redes de atendimento, pois a longevidade é sem dúvida um mérito e nos países em desenvolvimento esse processo acontece de forma rápida sem tempo para uma reorganização social da área da saúde adequada para atender as novas demandas emergentes.

Diante deste contexto e como preconiza a Constituição Federal, Estatuto do Idoso e a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa é função das políticas de saúde contribuir para o envelhecimento ativo e saudável para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

O município de Rio Negro engaja-se neste processo e busca também adequar a sua política de saúde ao idoso de acordo com a realidade municipal, uma vez que não existe um modelo padronizado de atendimento e acolhimento dos idosos nos serviços de saúde.

## 2 REVISÃO TEÓRICA-EMPIRICA

### 2.1 CARACTERIZANDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A maioria das conceituações sobre a terceira idade recai sobre o tempo de vida de cada indivíduo, enfatizando a duração da vida como principal critério. É um denominador comum porque o aumento em idade, conseqüentemente pela lei natural, acarreta diminuição da expectativa de vida. Quanto mais se avança em anos, menos tempo se possui para viver.

Conforme aponta SIMÕES(1994) seguindo dados da organização Mundial da Saúde, considera o envelhecimento em quatro estágios “meia idade de 45 a 59 anos; idosos de 60 a 74 anos; anciãos de 75 a 90 anos; velhice extrema de 90 anos em diante”. Porém é convencionalizada pela maioria das nações em suas legislações 65 anos de idade como conquista do direito à aposentadoria e enquadram socialmente essas pessoas na terceira idade.

No Brasil, bem como na maioria dos países do mundo, a população idosa, caracterizada pela terceira idade, tem aumentado significativamente, despertando e exigindo uma atenção especial de segmentos como saúde, transporte, habitação e um sentido de socialização do idoso na comunidade nacional. ( BRASIL, 2007).

O processo de envelhecimento para FARIAS (1990) “é um período de muitas mudanças para o indivíduo. A sociedade ainda não definiu papéis para essa parcela da população, com graves problemas e prejuízos de ordem econômica e social ” .

Ao falar sobre o idoso, percebe-se que há uma soma considerável de preconceitos, atitudes discriminatórias e principalmente de exclusão, que se fazem presentes nas relações da sociedade como um todo, especialmente com os idosos. O envelhecimento é encarado pelas pessoas como um processo extremamente ruim, sem expectativas de vida, sofrido e sem perspectiva de melhora, o que se torna cada vez mais crítico à medida que os anos passam.

Segundo NETTO os idosos



(...) são impedidos de participarem nos processos sócio-econômicos e culturais de produção dessa sociedade, colocando-os numa situação típica de moralidade social na proporção que erguem contra eles inúmeras barreiras sociais e desenvolvem atitudes de preconceitos e discriminação por não serem mais produtivos e por já estarem gastos pelos anos de trabalho e exploração. São, portanto, abandonados à revelia do destino” (1984, p. 17).

O tempo não é estático e a consciência desta realidade faz com que o idoso tenha somente uma certeza: a morte eminente. Por isso são imperativas ações de orientação, saúde, segurança, de valorização, de apoio, de acompanhamento, de alimentação adequada, habitação, vestuário e outros direitos para a valorização do idoso.

Caso não haja esforço da sociedade civil e do Estado para efetivar mudanças necessárias, a velhice será um dos flagelos do mundo e da sociedade brasileira, conforme conceitua SALGADO: “(...) o envelhecimento é um processo natural, porém a forma como a sociedade trata a velhice torna-se uma questão social. Neste processo onde o indivíduo é somente valorizado como força de trabalho, o envelhecimento social acaba por ser uma experiência de percepção de não ser mais útil e, em alguns casos, um estorvo (...)” (1990, p.121).

## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E SUA EFETIVAÇÃO NO BRASIL

A Política Nacional de Saúde da Pessoa criada pela portaria GM nº648 de 28/03/2006 devine que a atenção a saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção primária/ Saúde da Família tendo com referências a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Esta Lei, por sua vez, visa assegurar os direitos dos idosos, promovendo sua inserção efetiva na sociedade, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida, mais segura, saudável e, certamente, continuará sendo o dispositivo norteador para se concretizar esses objetivos, além de representar o melhor instrumento de trabalho dos profissionais que atuam nessa área.

Os direitos devem representar uma conquista advindos da sociedade democrática, afinal os idosos contribuíram para a efetivação desta sociedade, pois ser idoso não é um fato isolado do contexto histórico.

Na tríade – sociedade, Estado e família - fica dividida a responsabilidade em zelar e implementar os direitos assegurados ao cidadão acima dos 60 anos. Desta

forma, é evidente a parceria que a lei estabelece para que não haja uma carga de responsabilidade apenas para a família como muitas vezes ocorre no imaginário coletivo. Esta lei valoriza a qualidade de vida e a longevidade no que diz respeito as pessoas idosas desfrutarem de uma vida plena e saudável, segura e satisfatória, junto às suas famílias, comunidades e outros. Portanto, de acordo com FERNANDES os direitos devem representar “(...) uma compensação pelas perdas e limitações, pois passam as pessoas que ao envelhecer se tornam menos produtivas e reclamam atenções e cuidados que a família sozinha nem sempre tem capacidade e/ou condições de proporcionar”(1997, p. 31).

Podemos salientar que o conhecimento do processo de envelhecimento deve ser geral na sociedade brasileira, pois só por meio de conscientização e informação dessa fase normal da vida humana, sem preconceitos e estereótipos, é que todos serão capazes de, além de conviver melhor com os idosos, não os isolar socialmente e desmistificar o conceito de velhice revertendo o conceito de cidadão de vida privada para cidadão de vida pública.

Dentro desse pensamento, KAUFMAN (1982) afirma que os velhos também têm de ser respeitados, que não lhes retirem as atividades sob o pretexto de protegê-los, que não critiquem suas roupas, seu penteado, que não ironizem quando desejam construir sua vida. Infelizmente, a teoria nem sempre corresponde à prática e, embora a lei se expresse com clareza, diariamente, na sociedade brasileira, todos se defrontam com episódios de descaso e desrespeito com os idosos.

Os idosos, pela própria existência de vida adquirida através dos anos, podem em muito contribuir na teorização e praticidade de planos e projetos voltados para eles mesmos. As instituições competentes devem possibilitar a abertura desse espaço aos idosos para se tornarem partícipes na busca do resgate da cidadania e das condições dignas de vida nessa faixa etária.

As diferentes instâncias de governo devem possuir meios de divulgar programas e alternativas de participação dos idosos na sociedade, mas para que isso se concretize atraindo o maior número de idosos possíveis, é imprescindível mais informações, propagandas e divulgações do que o governo oferece a esse grupo estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos psicossociais do envelhecimento.

De acordo com FERNANDES (1997) O resgate da identidade cultural com a participação efetiva dos idosos transmitindo informações e experiências são

questões relevantes e urgentes em contradição a uma sociedade que em nome do capitalismo acelerado e de globalização permanente, vem gerando um imenso índice de cidadãos vulnerabilizados e descrentes de sua própria cidadania, porque ao nosso ver, cidadão é aquele que quando jovem desfruta de direitos e acessos as políticas sociais básicas tais como saúde, educação, assistência social, emprego, habitação e outras, para que na velhice possa ter, além desses direitos, o direito a dignidade humana, a socialização e o respeito devido a sua condição física.

Hoje temos a lei que estabelece não só a política do Idoso, mas seus avanços significativos na implantação dos conselhos Nacional, Estadual e Municipal do Idoso.

### 2.3 O NASCIMENTO DO SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, na última década, vem se incorporando progressivamente a cultura e a legislação a concepção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, as políticas públicas para o setor, favorecem a cultura de que a saúde se concretiza mediante o acesso a serviços, particularmente ao tratamento médico.

Conforme aponta dados do Ministério da Saúde (1990) A implementação de modelos centrados em hospitais, em consultas médica e no incentivo ao consumo abusivo de medicamentos vem resultando, historicamente, numa atenção a saúde baseada principalmente em ações curativas, desencadeadas apenas quando uma doença já está instalada e o individuo precisa de socorro.

Um passo importante foi dado ao se promulgar a Constituição federal de 1988, que prevê a implantação do sistema Único de Saúde – SUS. Conforme definido em lei, o SUS tem caráter público, é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

A concepção abrangente de saúde assumida no texto constitucional aponta para uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral a saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado de aquelas propriamente ditas de recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.12).

A Constituição Federal de 1988 resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, criando o SUS, e reconhecendo-nos art.196 que “A saúde é

direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com Bittar et al (2006, p.23) o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

III. Participação da comunidade. Parágrafo Único: o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para o bem estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Expomos algumas destas concepções:

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente de acordo com o artigo 3º “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressão a organização social e econômica do país”. (Ministério da Saúde, 2001)

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: Universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

O SUS na forma que é definido em lei segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o País, prevendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A promoção da saúde se faz por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável. Está estreitamente vinculada, portanto, a eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde.

Compreendido dessa forma o SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção da cidadania remando contra a corrente hegemônica neoliberal que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um de seus itens organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde (locais, municipais, estaduais e federais).

Os anos oitenta e noventa trouxeram grandes transformações no que tange as políticas públicas de saúde surgindo neste contexto à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS e Estratégias de Saúde da Família- ESF.

#### 2.4 Os Programas como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil: Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família.

O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégias de Saúde da Família (PSF), que foram implantados no Brasil, nos anos de 1991 e 1994, respectivamente, visava, entre outros, substituir o modelo de saúde tradicional e discriminatório que privilegiava o complexo médico-industrial por uma rede de cobertura universal e equânime no atendimento a saúde da população; com a adoção de medidas de promoção em saúde, em especial, da implementação de políticas públicas que privilegiassem a educação em saúde, a articulação dos conhecimentos técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários.

De acordo com o Ministério da Saúde (1997, p. 9), entendia o programa de saúde da família (ESF) como: “um modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade, e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes”.

Compreendido dessa maneira, o ESF deveria, então, desenvolver um trabalho voltado para as ações coletivas de promoção e proteção à saúde e de colaborar decisivamente na organização do sistema Único de Saúde - SUS e na descentralização e municipalização da saúde, tornando-se esse seu principal objetivo.

vida.

As ações da ESF devem estar atreladas ao trabalho realizado pelo ACS, sendo voltado para a prevenção de doenças e prevenção da saúde da população atendida. Dessa forma o médico dessa equipe deve atender a todos os integrantes da família, comprometendo-se “(...) com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não como um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p.15).

Para melhor realizarem suas atribuições, os profissionais e os ACS que compõem as equipes de Saúde da Família deve estar preparados para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, e neste enfoque conhecer o idoso com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico culturais, demográficas e epidemiológicas. Identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos qual a população está exposta.

Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na unidade de Saúde da Família e na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência os principais problemas identificados.

O Ministério da Saúde (2007, p.4) descreve ainda na referida publicação, a visita domiciliar como um dos fundamentos para atuação das equipes de unidades básicas de saúde "(...) com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situação de risco.

Takahashi; Oliveira (2000, p.43) salienta que:

a visita domiciliar constitui um atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde -doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. E é para essas autoras um instrumento de intervenção fundamental para o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias.

Diante deste contexto uma das demandas prioritárias de atendimento pela equipe de Saúde da Família em suas unidades é a pessoa idosa no seu contexto familiar e social.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de um projeto técnico que visa propor ações a ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional para reorganização da política de atenção a saúde do idoso no município de Rio Negro.

Escolheu-se como método de estudo a perspectiva dialética por considerarmos que ela proporciona subsídios mais amplos para entendermos a realidade social na sua totalidade, enquanto contradição e permanente transformação dos sujeitos envolvidos e da prática profissional. (TRIVINÕS, 1997)

Utilizaremos como alternativa metodológica à pesquisa qualitativa para compreender e analisar a realidade. Segundo Trivinõs (1997, p.125) o método dialético na pesquisa qualitativa "... é capaz de assinalar as causas e conseqüências dos problemas, sua contradição, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas se existem, e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa".

Elegemos como tipo de estudo para nortear nossa pesquisa o estudo descritivo, pois o mesmo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Possibilitando ao pesquisador conhecer não só a aparência do fenômeno, mas sua essência, conhecer na íntegra o trabalho desenvolvido e as ações realizadas junto aos idosos. Tal estudo permite conhecer as transformações do ciclo do envelhecimento, a ação e os anseios na atuação profissional a esta clientela mediante a nova proposta da política de saúde ao idoso.

O projeto técnico exposto será desenvolvido em etapas conforme as metas serem atingidas.

1º Momento:

- 1) Formação da equipe multiprofissional da Secretaria de Saúde composta por: Assistente Social, enfermeiro, dentista, psicólogo, médico. Esta equipe será responsável por reestruturar as ações de atendimento ao idoso;
- 2) Eleger uma unidade de ESF para ser projeto piloto. Unidade escolhida ESF-Estação Nova;
- 3) A equipe deve elaborar um questionário "Diagnóstico Populacional do Idoso" a ser aplicado da população idoso da área escolhida para traçar um perfil da população



idoso para posterior apresentar proposta de ação das áreas que demandam maiores cuidados. O questionário levanta dados pessoais, escolaridade, meios de sobrevivência, moradia, grau de dependência, hábitos de vida, atividade social, vacinação, violência ao idoso, doenças geriátricas, saúde bucal e outros.

2º Momento:

- 1) Capacitar a equipe e apresentar a proposta do ESF- Estação Nova ser projeto piloto, apresentar o questionário a ser aplicado pelos ACS;
- 2) Estabelecer um prazo de 02 meses para aplicação do questionário.
- 3) Tabular os dados, fazendo gráficos dos aspectos com maior saliência de risco.

3º Momento:

- 1) Reunir a equipe de apoio e a equipe do ESF- Estação Nova para avaliação dos dados traçando em seguida a linha de ação com enfoque nas prioridades elencadas.

4º Momento:

- 1) Início dos atendimentos a população idosa com maior risco conforme os dados levantados no questionário.
- 2) A equipe de apoio acompanhará o projeto ajudando a monitorar as ações específicas de suas áreas.

#### **4 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA**

#### 4.1 A atenção a Saúde no município de Rio Negro

A saúde é e deve ser vista em todo o contexto social brasileiro como um direito fundamental de todo ser humano. Definida na Constituição Federal de 1988, com especial destaque para o princípio da universalização da atenção como um direito social, portanto como atributo de cidadania a ser garantido através das políticas de saúde, assegurando o acesso igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, o atendimento pelo Sistema Único de Saúde deve prestar assistência à população buscando os meios, processos, estruturas e métodos capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, e torná-lo efetivo em nosso país.

Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutibilidade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o Sistema Único de Saúde.

O SUS deve seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que integram para um fim comum.

No município de Rio Negro o atendimento através do SUS é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde localizada a rua Sete de Setembro nº. 40, Centro, priorizando suas diretrizes e metas através do Plano Municipal de Saúde onde a busca de melhoria na assistência preventiva e curativa é permanente.

O município de Rio Negro conta com uma população de 31.261 habitantes. Para o planejamento, desenvolvimento e execução de todas as ações de saúde do município, a secretaria conta com 03(três) departamentos (administrativo, técnico e de municipalização), além de uma divisão de odontologia, serviço social e recursos humanos.

O município conta com 15(quinze) unidades básicas de saúde distribuídas na área rural e urbana e 04(quatro) unidades com equipes do programa de Estratégia

de Saúde da Família sendo: ESF Vila São Judas Tadeu; ESF Jorge Ricardo Hirt-Estação Nova; ESF Antonio Abdala José e ESF Lageado dos Vieiras.

Atuam na área da saúde 256(duzentos e cinquenta e seis) profissionais diretamente nos atendimentos dos usuários (médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, bioquímico, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de higiene dental, auxiliar de laboratório, agentes comunitários de saúde e da dengue). Conta ainda com a atuação direta de outros profissionais através da terceirização de serviços.

De acordo com dados do IBGE/ 2010 o município tem uma população idosa estima de 2452 pessoas acima de 60 anos totalizando % da população total do município de Rio Negro, merecendo assim um olhar diferenciado a esta clientela que cresce mundialmente e é merecedora de cuidado e acolhimento.

O município de Rio Negro acompanhando o desenvolvimento do processo de implantação do SUS, a universalização da atenção primária que vem acontecendo através das estratégias Saúde da Família, busca através destes programas uma proposta estruturante na construção de um novo modelo de atenção que seja mais adequado as atuais necessidades sociais de saúde e que consiga dar respostas às complexas relações do processo saúde- doença da sociedade atual.

Através de dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) de 2011 enfocamos alguns dados referente ao Estação Nova referência como projeto piloto neste estudo para melhor compreensão de nosso objeto de pesquisa.

O ESF- Estratégia de Saúde Jorge Ricardo Hirt- Estação Nova foi criado no ano de 2005, atualmente possui 748 famílias cadastradas, totalizando 2.440 pessoas e 313 na faixa de 60 anos ou mais. A equipe é formada por: 01 médico; 01 enfermeira; 02 auxiliares de enfermagem; 05 agentes comunitários de saúde; 01 dentista; 01 técnico de higiene dental e um auxiliar de nível médio (auxiliar consultório dentário), 01 serviço geral, 01 recepcionista.

#### 4.2 Diagnóstico da situação problema

De acordo co dados do IBGE/2010 o município de Rio Negro possui 2452 idosos acima de 60 anos sendo 1059 homens e 1383 mulheres , necessitando desta forma reorganizar seus serviços na atenção a política da saúde do idoso uma vez

que a realidade nos mostra que a população idosa esta aumentando, vive-se mais devido à melhora da qualidade de vida e dos serviços oferecidos.

Os serviços oferecidos pelo município atualmente não são direcionados ou específicos ao atendimento a população idosa. Percebe-se a necessidade de reorganização e capacitação dos profissionais, pois esta clientela não é foco de atenção prioritária conforme determina o Estatuto do Idoso, não se tem um olhar inovador que atenda aos anseios e necessidade destes, necessitando adequar a lei Estatuto do Idoso, lei de atenção a política de saúde do idoso a realidade local.

Assim, sabemos que é função dos serviços públicos através do Sistema Único de saúde garantirem as condições pra este processo. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos a saúde de acordo com os princípios estabelecidos pelo SUS de forma ampliada torna-se necessário algumas mudanças no contexto atual em direção a produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

No trabalho das equipes da Atenção Primária / Saúde da Família as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

O maior desafio na atenção a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

Neste contexto percebemos que o município de Rio Negro atende a população idosa mais de forma fragmentada não utilizando da rede de apoio a qual pode encaminhar os idosos para atendimento e atividades educativas e de lazer.

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e

segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Isto envolve o olhar das políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção as situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentação saudável. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Diante deste contexto a estratégia de saúde da família visa à reorganização da atenção primária de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da atenção básica a estratégia de saúde da família deve atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua. Buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

A equipe tem como função ainda desenvolver atividade de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade. Ressaltando a importância da aplicação do questionário a população idosa para traçar seu perfil e apontar as principais necessidades de intervenção.

Na atenção primária - Saúde da Família espera-se oferecer à pessoa idosa à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar com respeito às culturas locais as diversidades do envelhecer e a diminuição das barreiras arquitetônicas. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

## **5 PROPOSTA**

## 5.1 Desenvolvimento da proposta

Para pensar no processo de reorganização da atenção a saúde do idoso através da estruturação de uma equipe multiprofissional que acompanhará o desenvolvimento do projeto na equipe escolhida como projeto piloto ESF- Estação Nova não serão necessárias mudanças estruturais e sim organizacionais.

Inicialmente cada membro da equipe multiprofissional deve assumir a responsabilidade de ajudar a estruturar a nova proposta de atendimento a população idosa, atribuindo esta atividade as já desenvolvidas no cotidiano, para posterior aplicação na unidade escolhida como projeto piloto. Quando pensamos em mudanças organizacionais não podemos esquecer-nos do papel do gestor neste processo que viabilizará as ações, incentivando e dando apoio logístico no planejamento para a realização do projeto.

## 5.2 Plano de implantação

Ressaltamos aqui os aspectos norteadores da proposta de implantação do projeto técnico, informando que o mesmo já vem sendo desenvolvido pela acadêmica junto a Secretaria de Saúde de Rio Negro cumprindo um cronograma inicialmente pré-estabelecido pela equipe multiprofissional a qual chamamos de equipe de apoio e a equipe responsável pela execução chamamos de equipe gerencial.

O projeto técnico exposto esta sendo desenvolvido em etapas (fases de execução) atingindo-se cada fase para posterior prosseguimento da ação e conclusão de metas.

1º Momento: (Fase já executada).

Formação da equipe multiprofissional da Secretaria de Saúde composta Assistente Social, enfermeiro, dentista, psicólogo, médico. Esta equipe será responsável por reestruturar as ações de atendimento ao idoso.

Inicialmente realizou-se uma primeira reunião com a equipe de apoio e gestora local para explanação da proposta. Elegeu-se um coordenador de atenção a Saúde do Idoso ficando a Assistente Social acadêmica que propôs o projeto.

Em seguida a equipe reuniu-se algumas vezes para delimitar a proposta ficando definido que não buscaria uma intervenção a nível macro e sim micro optando por um projeto piloto em uma determinada área de abrangência. Refletiu-se o que desenvolver e como desenvolver?

Optamos por elaborar um questionário o qual foi aplicado pelos agentes comunitários de saúde na população idosa da área adstrita com objetivo de traçar um perfil desta população e levantar as reais necessidades de intervenção que desencadeariam novas propostas de ação ao longo deste processo (em anexo).

O questionário foi estruturado pela equipe contemplando o olhar de cada profissional onde se apontou dados pessoais, escolaridade, meios de sobrevivência, religião, moradia, grau de dependência, hábitos de vida, atividade social, convênios, preocupações, maus-tratos, vacinação, geriatria, condições de glutição, condições de audição, saúde bucal.

O questionário apontou dados pessoais, econômicos, sociais e de lazer com objetivo de visualizar nosso idoso e suas necessidades interventivas de acordo com as suas necessidades e não uma proposta de trabalho que não venha de encontro ao interesse da população idosa.

## 2º Momento (Fase já executada)

Eleger-se uma unidade de ESF para ser projeto piloto. Unidade escolhida ESF- Jorge Ricardo Hirt – Estação Nova.

Em seguida realizou-se uma reunião com a equipe gerencial da unidade do ESF- Estação Nova, equipe de apoio, gestora local e coordenação Estadual da Saúde do Idoso com intuito de capacitar a equipe gerencial e apresentar a proposta do ESF- Estação Nova ser projeto piloto e também expor o questionário a ser aplicado pelos ACS.

Na oportunidade foi realizada uma sensibilização pela coordenadora estadual da saúde do idoso que abordou o tema “Sensibilização dos profissionais da Saúde para atendimento a pessoa idosa”.

Estabelecer um prazo de 02 meses para aplicação do questionário o qual não foi suficiente, pois conforme relato dos ACS exige-se um tempo muito grande com cada idoso, pois gostam de relatar tudo com muita precisão.

### 3º Momento (Fase em execução)

Os dados estão sendo tabulados através de gráficos para posterior análise da equipe em relação às prioridades de intervenção e situações de risco.

Através desta tabulação novas propostas de ação surgem para serem desenvolvidas.

### 4º Momento (Fase a executar)

Reunião com a equipe de apoio e a equipe do ESF- Estação Nova para avaliação dos dados traçando em seguida a linha de ação com enfoque nas prioridades elencadas.

### 5º Momento: (Fase a ser executada)

Início dos atendimentos a população idosa pela equipe gerencial ESF- Estação Nova com maior risco conforme definido pelo plano de ação.

A equipe de apoio acompanhará o projeto ajudando a monitorar o desenvolvimento das ações, da avaliação dos resultados obtidos ou eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas através de observações sistemáticas, reuniões periódicas, troca de experiências, encaminhamentos e indicadores de saúde.

## 5.3 Recursos

5.3.1 Recursos Humanos: Equipe de apoio composta por: Assistente Social, enfermeira, psicóloga, médico, dentista e equipe gerencial da ESF- Estação Nova.

5.3.2 Recursos financeiros e materiais: Disponibilidade da reprodução dos questionários e confecção de materiais de apoio e educativos.

5.3.3 Recursos Físicos: As reuniões e as capacitações são realizadas em espaço disponibilizado pela Secretaria de Saúde.

## 5.4 Resultados esperados

Diante do exposto espera-se contribuir significativamente com a mudança do olhar do profissional de saúde em relação ao atendimento a população idosa do



município, proporcionando-lhes um envelhecer ativo e com maior qualidade de vida através de ações que venham de encontro as suas necessidades.

Mediante esta ação espera-se melhorar os indicadores de saúde, diminuir as internações hospitalares e óbitos sem causa morte em pessoas idosas.

Nesta proposta, o trabalho em equipe é fundamental para o atendimento ao idoso através de um conhecimento multiprofissional, possibilitando um olhar diferenciado de cada profissional. Os profissionais devem estar preparados para coordenar, treinar e integrar grupos de familiares cuidadores e técnicos. A equipe técnica desenvolve seu papel e se torna importantíssima no desenvolvimento de ações e na garantia da política de atendimento ao idoso.

#### 5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas:

A presente proposta tem seus riscos no desencadear do processo exigindo sempre ação–reflexão–ação, trabalhando constantemente com erros e acertos. Algumas situações que podem ocorrer durante o processo é a mudança de equipe técnica, ação planejada que na pratica não corresponde, readequação de tempo no desenvolvimento de algumas propostas.

Problemas durante o percurso são normais, esta ação inicia com um projeto piloto justamente para adequar a realidade a política de atenção a saúde do idoso.

## 6 CONCLUSÃO

A proposta de intervenção na reorganização da atenção a saúde do idoso do município de Rio Negro surge pela construção acadêmica através do curso de especialização de Gestão em Saúde Pública que direcionou seus alunos a um novo olhar da Gestão em Saúde um olhar mais comprometido, profissional, inovador que acompanhe as mudanças da legislação na busca de uma proposta por uma saúde voltada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Optou-se então por unir a formação acadêmica com a experiência de 10 anos de profissional da área da saúde escolhendo o tema Saúde do Idoso, foco de atenção e discussão, uma camada populacional que vem exigindo dos poderes públicos ações interventivas com vistas a um envelhecer ativo e saudável.

É importante salientar aqui que este envelhecer ativo e saudável não depende somente das ações da área da saúde, mas é preciso tecer uma grande rede de apoio com as diversas instituições públicas, privadas, não governamentais para que as políticas a população idosa sejam realmente efetivas, visando enfrentar esta importante fase, com mais entusiasmo e, principalmente, com mais qualidade de vida.

Almejamos que esta proposta conquiste significativas vitórias nesse período, pois sua construção é fruto do esforço, de persistência e principalmente da vontade em mudar a atual conjuntura em relação aos idosos, mudando conceitos, eliminando preconceitos e paradigmas e, o mais importante, estabelecendo métodos e técnicas que devidamente adotados, resultam numa melhor condição social aos nossos idosos, além de restabelecer sua verdadeira cidadania e resgatar seu valor junto à sociedade.

Enfocamos que as atividades quando ministradas devem respeitar o ritmo dos idosos, suas limitações e necessidades compatíveis às suas ansiedades, sendo altamente valiosas para que a aprendizagem no idoso seja estimulada. Nosso trabalho enfatiza a importância de unir forças para juntos buscarmos em nossos governantes mais investimentos em programas de educação e saúde em trabalhos comunitários que visem garantir o bem estar e o equilíbrio de cidadãos de todas as idades, acabando com o cultivo da doença e o preconceito.

Salientamos que nesta proposta não existe trabalho isolado, a construção é em equipe, e esta equipe exerce um papel fundamental para o atendimento ao idoso

através de um conhecimento multiprofissional, possibilitando assim o olhar diferenciado de cada profissional.

Baseado nos princípios norteadores nossa metodologia tem por objetivo a ênfase na melhoria da qualidade de vida dos idosos em seu cotidiano. Busca-se a efetivação de políticas públicas que venham ao encontro das necessidades do público alvo pautada na garantia dos direitos do idoso e em uma velhice bem sucedida.

“Aguçar o olhar, despir-se da onipotência e do preconceito, disponibilizar-se a ouvir, a trocar e receber do idoso acreditando que ele tem como transformar sua vida são requisitos fundamentais para qualquer trabalho” .(BUSSE, 1992)

Fica ainda como proposta a criação do protocolo de atendimento a saúde do idoso para posteriormente nortear as ações direcionadas a este público.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITTAR, A. M. et al. **Formação Inicial para Agentes Comunitários de Saúde.** Caderno do Instrutor Unidades I e II. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Centro Formador de Recursos Humanos. Caetano Munhoz da Rocha .Curitiba: 2006.

BITTAR, A. M. et al. **Formação Inicial para Agentes Comunitários de Saúde.** Caderno do Instrutor Unidade III. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Centro Formador de Recursos Humanos. Caetano Munhoz da Rocha. Curitiba: 2006.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil.** 1988. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: 2001. ( Lei nº 8080, Lei nº 8142 e Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde ).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade da Saúde da Família.** Em: Cadernos de Atenção Básica, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II. ed. Especial, nº 5, maio de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** Doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Brasília: MS, 1990.

BUSSE, Enald N. **O mito, história e ciência do envelhecimento.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

CAVALCANTI, M.G.P. de H & SAAD, P.M. **Os idosos no contexto à saúde pública**. São Paulo: Seadle, coleção realidade Paulista, 1990.

COLETANEA DE LEIS. **Política Nacional do Idoso**. Florianópolis: Lettere Darte, 1999.

FARIAS, C.C. **Problemas médico-sociais dos idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: Revista de Geriatria e Gerontologia. Ano II, v.4, 1990.

FERNANDES, Flávio da Silva. **As pessoas idosas na legislação brasileira**. São Paulo: Ltr, 1997.

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm> acessado em 15/10/2011.

<http://www.ibge.gov.br/home/> acessado em 15/10/2011.

KAUFMAN, Tania. **A idade de cada um**. Petrópolis, vozes, 1982, p.70-90.

NETTO, Antonio Jordão. **Velhice, problema biomédico ou social?** São Paulo: Geriatria em Síntese, 1984.

SALGADO, Marcelo Antonio. **A questão social do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade**. Piracicaba: Unimep, 2004.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro. **Relatório de gestão**. Rio Negro: SMSRN, 2007.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TAKAHASHI, R. F; OLIVEIRA, A. de C. **A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde da Família**. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. São Paulo: Ministério da Saúde, 2000.

**ANEXOS**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIO NEGRO**  
**PROGRAMA IDADE ATIVA**



**DIAGNÓSTICO DE GRUPO POPULACIONAL IDOSO**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Àrea:** \_\_\_\_\_ **Micro área** \_\_\_\_\_ **Cartão SUS** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Nasc:** / / **Idade:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** masculino  Feminino

**ESTADO CIVÍL:**

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

**SABE LER E ESCREVER?**  Sim

**A QUANTO TEMPO?**

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 3 anos

3 a 5 anos

Não

**ESCOLARIDADE:**

Não lê e nem escreve

Científico/Clássico

Aprendeu Sozinha

Primário

Superior

Ginásio

Pós-Graduação

**MEIOS DE SOBREVIVÊNCIA:**

1- Aposentado?  Sim  Não

2- Trabalho Remunerado?  Sim  Não

3- Ocupação atual/Profissão \_\_\_\_\_ Tempo? \_\_\_\_\_

4- Recebe Auxílio BPC?  Sim  Não

5- Recebe Bolsa Família?  Sim  Não

6- Recebe Pensão?  Sim  Não

7- Quanto?

Até 1 salário mínimo  Entre 3 e 5 salários mínimos

Entre 1 e 2 salários mínimos  Mais que 5 salários mínimos

**RELIGIÃO:**  Católica  Evangélica  Protestante  Budista

Judeu  Espírita  Ateu  Outra – Qual? \_\_\_\_\_

**MORADIA:**

1- Onde Mora:  Casa  Lar de Idoso  Apartamento  Outro/Qual? \_\_\_\_\_

2. Moradia:  madeira  alvenaria  mista  Outro- Qual? \_\_\_\_\_

3- Numero de cômodos: :  1 à 2  3 à 4  mais de 5

4-Quantas Pessoas em Casa:

Sozinho  uma  duas  três  Quatro ou mais

5- Quantas Pessoas no Quarto:

Sozinho  Duas  Três  Quatro ou Mais

6- Com Quem Mora:

Filhos  Cônjuge  Sozinho  Netos  Sobrinho  Amigo

- Sobrinho       Primos       Irmãos  
 Renda Familiar:       Até 1 salário mínimo       Entre 3 e 5 salários mínimos  
                           Entre 1 e 2 salários mínimo       Mais que 5 salários mínimos  
 OBS: Renda Familiar composta do ganho de todos os membros da família.

**GRAU DE DEPENDÊNCIA:**

- 1- Locomoção:  Sozinho    Bengala    Andador    Cadeira de Rodas  
                           Com Auxílio de Acompanhante  
 2. Depende de cuidados especiais para:  
      locomoção    alimentar-se    higiene    outros? Qual \_\_\_\_\_  
 3. Acamado:  Sim    Não  
                   temporário    definitivo  
 4- Portador de deficiência: :  Sim    Não  
      Física    Visual    Auditiva    Mental  
 5- Manuseia Dinheiro  
      Normal    Com Dificuldade    Necessita de Ajuda    Não é Capaz

**HÁBITOS DE VIDA:**

- 1- Fuma    Sim       Não   Se sim, responda:  
 2- Quantos cigarros por dia?    1 `a 5    5 à 10    10 à 15    mais de 15  
 3- A quanto tempo?  
      De 1 a 6 meses    De 7 meses a 1 ano    De 1 a 2 anos    Mais que dois anos  
 4- Toma bebida alcoólica?    Sim       Não   Se sim, responda:  
 5- Tipo de Bebida:  
      Cerveja    Vinho    Cachaça    Outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 6- Quantos copos?    1 à 5    5 à 10    10 à 15       Mais de 15  
 7- Com que freqüência?  
      Todos os dias    Dois a três dias por semana    Quatro dias ou mais por semana    socialmente  
 8- Café    Sim       Não   Se sim, responda:  
      Um café por dia    Dois a Três cafés por dia    Mais de três cafés por dia  
 9- Qual sua comida preferida?  
      Arroz    Feijão    Salada    Macarrão    Batata    Pão    Carne    Ovos  
      Outros? \_\_\_\_\_ .  
 10- Com que freqüência come essa comida?  
      Todos os dias    De dois a três dias por semana    Quatro dias ou mais por semana  
      Outra \_\_\_\_\_  
 11- Cite os 5 alimentos que come com maior freqüência durante a semana:  
     \_\_\_\_\_  
 12- Atividade física regular    Sim    Não   Se sim, responda:  
 13- Tipo de Atividade:  
      Caminhada    Ginástica    Natação    Jogos Esportivos    Outros \_\_\_\_\_  
 14- Quantas vezes por semana pratica essa atividade? \_\_\_\_\_  
 15- Leitura    Sim    Não   Se a resposta for sim responda:  
      Diária    Uma a duas vezes por semana    Três a quatro vezes por semana  
      Mais de quatro vezes por semana.  
 16- O que costuma ler?  
      Jornais       Revistas       Livros. Quais \_\_\_\_\_



**ATIVIDADE SOCIAL:**

01- Atividades na hora de lazer: Marque as atividades colocando na frente o número de 1 a 7 de acordo com o número de dias na semana que costuma realiza-las.

- Assistir TV  Ouvir Música  Ler  Visitar Parentes e/ou Amigos  Viajar  
 Ir a Igreja  Bingo  Baile  Outros \_\_\_\_\_

02- Conhece algum centro ou grupo de 3ª idade?  Sim  Não

03- Freqüenta atividade para a 3ª idade?  Sim  Não

04- Qual?

- Dança  Pintura  Artesanato  Coral  Costura  
 Jogos  Reuniões  Outro \_\_\_\_\_

05- Desempenha atividade em casa?  Sim  Não

06- Se sim, qual (quais)?

- Cuida de alguma criança  Costura  Cozinha  Jardinagem  Serviço de banco  
 Mercado  Padaria  Limpeza  Outros \_\_\_\_\_

07- Tem alguma habilidade?  Sim  Não

08- Se sim, qual (quais)?

- Crochê  Desenho  Mecânica  Eletricidade  Carpintaria  Tricô  
 Pintura  Cozinha  Outros \_\_\_\_\_

**CONVÊNIO:**

01- Tem algum convênio?  Sim  Não

02- Se sim responda:

- Unimed  SUS  Fusex  Seseff  Plasma  Asserine  SAS  
 Outros \_\_\_\_\_

**PREOCUPAÇÕES:**

01- Qual sua maior preocupação?

- Nenhuma  Dinheiro  Filhos  Saúde  Segurança  
 Netos  Morte  Outros \_\_\_\_\_

**DISCRIMINAÇÃO:**

01- Sente discriminação em relação a idade?  Sim  Não

**MAUS-TRATOS:**

01- Já foi vítima de maus-tratos?  Sim  Não

02- Se sim, responda:

- Agressão física  Usam seu dinheiro sem autorização  
 Verbal  Não lhe deixam comprar aquilo que quer  
 Chantagem emocional  Outros \_\_\_\_\_

**VACINAÇÃO:**

03- Foi vacinado no último ano?  Sim  Não

04- Qual vacina?

Gripe  Pneumonia  Tétano  Hepatite  Outras \_\_\_\_\_  Não lembra

**GERIATRIA:**

01- Doenças Existentes:

Câncer  Estômago  Derrame  Intestino  hipertensão  diabetes

Rim/ Bexiga

Próstata  Pulmão  Olhos  Coração  Parkinson  Alzheimer  osteoporose

Outras? \_\_\_\_\_

02- Tem problema de memória?  Sim  Não  As vezes

03- Já sofreu queda?  Sim  Não

04- Se sim, por quê?

Tropeçou  Tontura  Desmaio  Problema de visão

Escorregou  Outro \_\_\_\_\_

05- Quando esta com problema de saúde, como procura resolve-lo?

Indo a um Posto de Saúde  Indo à Farmácia  Tomando chás caseiros  Benzedeira

consultório médico particular  Tomando medicação sugerida por outras pessoas

06- Qual a sua freqüência atual ao médico?

1vez ao mês  2 a 3 vezes ao mês  4 a 6 vezes ao mês  Mais que 6 vezes ao mês

1 vez ao ano  2 a 3 vezes ao ano  4 a 6 vezes ao ano  Mais de 6 vezes ao ano

07- Qual (quais) os motivos dessas consultas?

Problemas respiratórios  Problemas circulatórios  Problemas cardíacos

Problemas digestivos  Problemas urinários  Problemas genitais

Outros \_\_\_\_\_

08- Faz uso de medicamentos:  Sim  Não  As vezes

Qual (is) o (s) medicamento (s) que esta tomando?

R: \_\_\_\_\_

09- Quando foi ao dentista pela última vez?

1 semana  1 mês  até 6 meses  até 1 ano  até 2 anos  Mais de 2 anos

Nunca foi.

10- Faz uso de prótese dentária?

dentadura  aparelho ortodôntico  Ponte Móvel

11-Tem feridas ou lesões na boca.

Sim  Não

12- Já esteve internado (após 60 anos)?  Sim  Não

13- Quantas vezes?

1  2  3  4 ou mais

14- Já fez cirurgia ao Longo da Vida?  Sim  Não

15- Qual cirurgia?

Cabeça e pescoço  Ortopédica  Coração  Varizes  Pulmão

Próstata  Vesícula  Catarata  Apêndice  Útero

Estômago  Hérnia  Outros \_\_\_\_\_

- 16- Realizou alguma cirurgia depois dos 60 anos?  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_
- 17- Tem alteração do apetite?  Sim  Não  
 aumento  perda
- 18- Tem alteração do peso?  Sim  Não  
 aumento  perda

#### CONDIÇÕES DE GLUTIÇÃO:

- 01- O período de alimentação é considerado prazeroso?  Sim  Não
- 02- Atualmente necessita de um tempo maior para completar as refeições?  Sim  Não
- 03- Sente dificuldade com algum tipo de alimento?  
 sólido  líquido  pastoso
- 04- Sente o gosto dos alimentos?  Sim  Não
- 05- Sente dor ao engolir?  Sim  Não
- 06- Sente cansaço ao comer?  Sim  Não
- 07- Apresenta tosse ou engasgo depois de comer?  Sim  Não  As vezes
- 08- Depois de engolir sobram restos de comida na boca?  Sim  Não  As vezes
- 09- A qualidade da voz muda depois de engolir? ( a voz parece molhada?)  Sim  Não
- 10- Tem apresentado quadros frequentes de pneumonia?  Sim  Não

#### CONDIÇÕES DE AUDIÇÃO:

- 01- Ouve bem ?  Sim  Não  Não sabe
- 02- Qual ouvido é melhor?  Direito  Esquerdo  Ambos  Não sabe  Nenhum
- 03- Tem dificuldade de compreender a fala?  Sim  Não  As vezes
- 04- Piora em ambiente ruidoso?  Sim  Não  Não sabe
- 05- Tem zumbido?  Sim  Não  Às vezes
- 06- Tem tontura?  Sim  Não  Às vezes
- 07- Tem desequilíbrio?  Sim  Não  Às vezes
- 08- Usa aparelho auditivo?  Sim  Não  
 Ouvido Direito  Ouvido Esquerdo  Ambos
- 09- Sente algum problema no ouvido?  Sim  Não
- 10- Se sim, qual?  
 Coceira  Dor  Ouvido tampado  Outros \_\_\_\_\_

**OBS: Espaço para o ACS registrar outros dados observados durante a entrevista.**

Dados a serem observados:

- Higiene pessoal  Sim  Não Hig . Moradia  Sim  Não
- Ambiente Interno  Degraus  Tapetes  Escada  Pisos  Iluminação
- Ambiente Externo  Presença de animais doméstico  Obstáculos que impedem locomoção