



Saúde adulto
Idoso
ca 2

Secretaria de Estado da Saúde

Programa de Assistência Integral

A SAÚDE DO IDOSO NO SUDS-SP

INDEXADO
BD/RIC
ID: 20883

Junho 1991

**PROGRAMA DE ASSISTENCIA INTEGRAL
A SAUDE DO IDOSO NO SUDS - SP**



Secretário de Estado da Saúde
Prof. Dr. Nader Wafae

**Diretor do Centro de Apoio e Desenvolvimento das
Ações Integradas de Saúde**
Dr. Raymundo Nanno Vieira

Coordenador da Área de Saúde do Adulto
Prof. Dr. Laercio Joel Franco

**Coordenador do Programa Especifico de
Saúde do Idoso**
Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

Junho 1991

PROGRAMA ESPECIFICO DE SAUDE DO IDOSO

Núcleo Operativo

Dr. Luiz Roberto Ramos
Cleusa Maria Gomes de Abreu
Dra. Maria Celia G. Medina
Dr. José Luiz Nishiura

Núcleo Ampliado

Ana Maria Cervato - CSE Geraldo Paula Souza
Dr. Carlos Rodrigues - SUDS-R 45 Marília
Dr. Charles Rodrigues - SUD-R 59 Sorocaba
Dr. João Semano Neto - SUDS-R 30 Ribeirão Preto
Dr. José Carlos Christovan - SUDS-R 24 Botucatu
Dr. Marcel Chagas Pereira - SUDS-R 25 Atibaia
Dra. Solange Caparoz Salas - SUDS-R 2 Butantã
Dra. Quêri Gchi - SUDS-R 1 Centro
Dr. João Toniolo Neto - Centro de Referência e Treinamento de Geriatria

Equipe de Treinamento do Programa

Dr. Luiz Roberto Ramos (Coordenador) *
Dra. Maria Celia G. Medina *
Cleusa Maria Gomes de Abreu *
Dra. Jaqueline T. Garcia **
Mônica Ferraccini **
Rosana Burquez Diaz **

* CADAIS-ATASA-PESI

** Centro de Referência e Treinamento de Geriatria
e Gerontologia - EPM/SUDS-R3

PROGRAMA DE ASSISTENCIA INTEGRAL A SAUDE DO IDOSO NO SVDS-SP

Justificativa

O Brasil, assim como a maioria dos países Latino-Americanos, está experimentando um processo de envelhecimento rápido e acentuado. De 6.3% da população total em 1980, as pessoas de 60 anos ou mais devem representar 8% no ano 2000 e 13.8% por volta de 2025, quando então teremos a sexta população de idosos do mundo em números absolutos. São Paulo, por suas características urbano-industriais, é uma das regiões brasileiras em que o processo de envelhecimento populacional está mais adiantado, levando-se em conta os coeficientes de fecundidade e mortalidade que o determinam. Estima-se que vivem, hoje, no Estado de São Paulo, mais de 2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, sendo que quase a metade vive na Grande São Paulo.

No entanto, sabe-se ainda muito pouco sobre as características sociais, econômicas, e principalmente de saúde, desta população de idosos. A experiência em países Europeus, por exemplo, mostra que a demanda por serviços de saúde e assistência social por parte da população de idosos supera a de qualquer outro grupo etário, gerando um gasto per capita com o idoso cerca de seis vezes maior do que com a população com menos de cinco anos, por exemplo. O correto equacionamento dos recursos públicos visando o bem estar dos idosos, nestes países, passa por um reconhecimento das necessidades básicas desta parcela da população, bem como da infra-estrutura familiar existente.

Em São Paulo foi realizado, em 1984, um primeiro inquérito visando traçar o perfil do idoso residente em zona urbana (RAMOS, 1987). Foram entrevistados 303 idosos em três sub-distritos da Capital com características socio-econômicas bastante diversas. O instrumento utilizado foi um questionário multidimensional visando conseguir dados sobre a situação econômica do idoso, sua estrutura familiar, condições de saúde física e mental, e seu grau de independência no dia-a-dia. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos em São Paulo vive em condições socio-econômicas bastante precárias, embora este fato pareça estar associado a um maior convívio e suporte familiar quando comparado as populações de idosos na Europa. Quanto as condições de saúde e autonomia foi observado uma elevada prevalência de doenças crônicas e distúrbios mentais nesta faixa etária com perda total de autonomia em 10% dos casos, a semelhança do que se observa em outros países. Estes dados indicam a existência de uma grande demanda potencial por serviços de saúde, a nível ambulatorial e hospitalar, visando cuidados crônicos, na sua maioria sofisticados e caros.

Em 1989, encerrou-se um novo inquérito com características semelhantes, só com uma amostra ampliada (1600 idosos entrevistados em nove sub-distritos da Capital), e com uma avaliação clínica acoplada ao inquérito epidemiológico domiciliar (RAMOS et al., 1989). O projeto faz parte de um estudo multicêntrico coordenado pela OPAS com o objetivo de traçar o perfil do idoso na América Latina usando uma metodologia que permitira comparações entre os diversos países envolvidos. A semelhança do estudo anterior, os dados obtidos tem subsidiado a política de assistência a saúde do idoso.

Esta política cuja elaboração foi considerada prioritária pela última Conferência Nacional de Saúde e que atualmente vem sendo agilizada pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de

Saúde do Idoso, ligado a Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas, para definição de diretrizes básicas. Face as grandes transformações por que vem passando o Sistema de Saúde no Brasil e com a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), era mister que se iniciasse um maior detalhamento técnico de um Programa de Assistência à Saúde do Idoso, adequado a realidade dos serviços no contexto do SUDS, e sintonizado com as necessidades específicas desta parcela da população.

Com base na experiência internacional de atenção à saúde do idoso sabe-se que, mais do que em qualquer faixa etária, o idoso enfrenta questões como a perda de autonomia no dia-a-dia, perda do vigor físico e mental, alimentação desbalanceada, distúrbios emocionais e afetivos, e crises familiares. Agora os problemas estritamente médicos decorrentes de uma maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos, temos as questões acima referidas que requerem o concurso de profissionais habilitados, por exemplo, em fisioterapia, psicologia, nutrição e assistência social. Isto para que não haja a institucionalização precoce ou desnecessária e o idoso possa efetivamente ser mantido na comunidade pelo maior tempo possível sem prejuízo de sua integridade física e mental sem se onerar demais aqueles que o cercam. Os dados levantados nos inquéritos domiciliares já realizados mostram exatamente isto, que a problemática do idoso é multidimensional em requerer um enfoque multiprofissional.

Em março de 1988, a Secretaria do Estado de Saúde (SES) cria um Grupo Especial de Desenvolvimento de Programa (GEPRO) visando elaborar um programa, a ser implementado na rede pública do SUDS-SP, para promover ações específicas de assistência à saúde do idoso que, até então, vinha sendo atendido dentro de um programa de assistência ao adulto em geral.

Ao final de 1988 é aprovada a proposta contida no Programa de Assistência Global à Saúde do Idoso (PAISI), elaborada por um grupo multiprofissional coordenado pelo GEPRO. A proposta contida no PAISI tem como ponto fundamental a estruturação de equipes multiprofissionais a nível das UBS visando a atenção global e específica para o idoso a nível primário, como única forma de aumentar a resolutividade das mesmas. Estas UBS com equipe multiprofissional passarão ser Unidades de Referência (UR) para as demais. Na prática, o idoso é atendido, na UBS, por uma equipe mínima constituída por médico, enfermeira e assistente social que em casos específicos encaminha o idoso para uma UR que dispõe de profissionais especializados - geriatria, fisioterapia, terapeuta ocupacional, nutricionista e psicóloga - além de enfermeira e assistente social especificamente treinadas para atender o idoso. Cabe às UR fazer a integração, quando necessário, das UBS com os Ambulatórios de Geriatria (AG) existentes e seus respectivos hospitais de Referência (HR), através de um sistema de referência e contra referência. O objetivo principal é o de dar uma resolutividade maior às UBS frente aos problemas desta parcela da população, incentivando os idosos a procurarem, em caso de necessidade, em primeiro lugar a UBS próxima de sua casa, ao invés de ir direto ao hospital. No caso em que a UBS não pudesse resolver o problema, o paciente seria encaminhado a uma instância competente com prioridade e relação a aqueles que lá chegaram sem a guia de encaminhamento da UBS.

Obviamente este esquema não poderia ser estendido a todos os SUDS regionais a um só tempo. Não só pela falta de pessoal especializado, mas também por não haver referencial alguma sobre o impacto de tal estratégia seria nos níveis de saúde da população de

idosos e qual a factibilidade da proposta. Neste sentido optou-se por iniciar a implantação do PAISI em alguns SUDS selecionados, onde seriam estruturadas VRs, tendo como fator positivo para a escolha a existência de faculdades na região que pudessem ser integradas no processo colaborando na formação e treinamento de pessoal bem como auxiliando na avaliação global do programa. Nos demais SUDS-R não selecionados foi programado o treinamento do profissionais atuantes nas UBS para que no futuro pudessem ser estruturadas VRs.

1. OBJETIVOS GERAIS:

- 1.1. Promover o bem estar físico e psíquico da população com mais de 60 anos, prolongando o mais possível a permanência do idoso na comunidade.
- 1.2. Estabelecer um atendimento especializado ao idoso dentro da estrutura de serviços do SUDS-SP, hierarquizado segundo níveis de complexidade, e condicionando a entrada no sistema ao atendimento realizado nas UBS por uma equipe mínima - Clínico Geral, Enfermeira, e Assistente Social.
- 1.3. Implementar Unidades de Referência dentro do SUDS com atendimento médico especializado (Geriatra) e com Equipe Multiprofissional composta por Enfermeira e Assistente Social (Equipe Mínima) mais Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Educadora em Saúde, Visitadora Sanitária.
- 1.4. Criar mecanismos de referência e contra-referência garantindo o acesso à retaguarda hospitalar através da unidade de referência.
- 1.5. Estimular a formação de grupos de convivência e atividades de lazer a nível das UBS visando a integração do idoso na comunidade bem como o reforço das ações de promoção e manutenção da saúde.
- 1.6. Criar Centros de Referência do Atendimento ao Idoso no Estado de São Paulo com características assistenciais, de pesquisa, avaliação, e treinamento, integrando a Universidade e a SES.
- 1.7. Uniformizar o atendimento para fins de avaliação e planejamento com definição de um protocolo especializado que será incorporado à ficha única de atendimento do SUDS e uniformização segundo os padrões do CIS para ser analisado a nível do SUDS-R.
- 1.8. Criar mecanismos de orientação, supervisão e assistência complementar a idosos institucionalizados.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1. Promover o agendamento em separado da população com 60 anos ou mais nas UBS, com pronto atendimento realizado pelo Clínico Geral, devendo, se necessário ser encaminhado para uma Unidade de Referência para atendimento especializado com um Geriatra.

2.2. Instituir a consulta de Enfermagem para idosos nas UBS que poderá ser individual ou em grupos, com pacientes saudáveis ou portadores de problemas semelhantes, por exemplo, hipertensos, diabéticos, etc..

2.3. Instituir a consulta com a assistente social para avaliação das situação sócio-econômica do idoso e eventual aconselhamento quanto a possíveis benefícios (pensões, isenções, etc), bem como para o encaminhamento para grupos de lazer e sociabilização.

2.4. Instituir ações de Reabilitação a nível da Rede Básica com o concurso de Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos nas Unidades de Referência.

2.5. Cadastrar e prestar atendimento a idosos residentes em instituições públicas ou beneficentes (abrigo, casas de repouso, casas asilares, etc), bem como orientar e supervisionar o atendimento segundo normatização do Código Sanitário da Secretaria de Estado da Saúde.

2.6. Integrar com outros Programas em andamento ou em fase de implementação que interessam particularmente ao idoso, como por exemplo os Programas de Controle de Doenças Crônicas (Hipertensão e Diabetes), Programa de Oculos de baixo custo, próteses dentárias, etc..

2.7. Integrar as Unidades de Referência ao Sistema de Informação do CIS para que se possa trabalhar os dados colhidos nos atendimentos visando a avaliação continuada da demanda e principalmente do fluxo de referência e contra-referência.

2.8. Criar Centros de Referência para o Programa através de Convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e os Serviços Universitários com capacidade de promover pesquisa, avaliação e treinamento como por exemplo o Serviço de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina e o Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da USP.

OBJETIVOS

3.1. O principal objetivo desta proposta teve-se como metas a curto prazo (1989-1991):

3.1.1. Promover atendimento médico aos idosos nas UBS ligadas às Unidades de Referência, seguidas de atendimento de enfermagem e de assistência social para cerca de 10% da população com mais de 60 anos de todos os SUDES-R treinados.

3.1.2. Preparar a população atendida na UBS para atendimento com geriatra e demais componentes da equipe Multiprofissional, Enfermeira, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo nas Unidades de Referência nos SUDES-R selecionados.

4. ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO

Tendo como meta a implantação do programa em todo o Estado no triênio 89-91, optou-se por iniciá-lo em três SUDES-R da Capital e cinco do interior, sendo que nos SUDES-R da capital, por já contarem com retaguarda hospitalar organizada e Ambulatorios Especializados ligados aos Hospitais, foram definidas várias Unidades de Referência enquanto que nos SUDES-R do Interior optou-se por iniciar o Programa com apenas uma Unidade de Referência. As áreas inicialmente para a implantação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso foram as seguintes:

SUDES-R 1 (Centro);
SUDES-R 2 (Butantã);
SUDES-R 3 (St. Paulante);
SUDES-R 27 (Campinas);
SUDES-R 50 (Ribeirão Preto);
SUDES-R 4 (Marília);
SUDES-R 24 (Botucatu);
SUDES-R 59 (Sorocaba);

Os SUDES-R 2 e 3 teriam ainda a função de Centros de Referência, através dos serviços de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas em SP e da Escola Paulista de Medicina respectivamente. No SUDES-R3, ao final de 1989, foi oficializado o Centro de Referência e Treinamento para o PAISI (Resolução SS 233), ligado ao Setor de Geriatria e Gerontologia da EPM, com funções de treinamento, avaliação e planejamento coordenadas pelo Programa Específico do Idoso.

5. SITUAÇÃO ATUAL

Entre 1989 e 1990, participaram de treinamento específico para o PASI, os 15 SUDS-R da Grande São Paulo e 28 do interior do Estado. Tais atividades resultaram na implantação do programa em diversas unidades básicas e criação de 10 Unidades de referência (Anexo I).

No entanto, a avaliação quer da cobertura, ou das ações programáticas em execução nestes serviços não foram até o momento quantificadas face às restrições existentes presentemente decorrentes da implantação do boletim SIA-SUDS.

6. O TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As questões que se seguem representam um esboço inicial das atividades e da organização do trabalho dirigido aos idosos a nível da atenção primária.

Optou-se por caracterizar como idoso - a título de se estabelecer um critério operacional para inscrição no Programa - todos os pacientes que se matricularem nas UBS com idade igual ou superior a 60 anos. Dentro deste critério a matrícula a partir desta idade equivale a inscrição no Programa em todas as unidades onde este estiver implantado.

A equipe de trabalho com que se espera poder contar na maioria das unidades deve minimamente ser composta por: um assistente social, um enfermeiro, um médico ou mais, dependendo do porte e demanda da unidade, e pelo pessoal da enfermagem (atendentes e visitantes).

Espera-se que na fase inicial de implantação do Programa, a busca espontânea do serviço de saúde seja orientada principalmente pela demanda por atendimento médico. Neste sentido deve-se garantir o pronto atendimento. No ato da matrícula no Programa deve se proceder ao preenchimento de um cadastro que permita, além da identificação de cada paciente para uso interno do serviço, a construção de um perfil geral do conjunto dos pacientes inscritos no Programa.

Neste cadastro constariam os seguintes dados: nome, endereço com características que permitam sua fácil localização, telefone, naturalidade, estado conjugal atual, sexo, profissão, ocupação atual, e anterior, principal fonte de renda, nome e ocupação do cônjuge, composição do núcleo domiciliar (grau de parentesco e idade), a presença ou não de limitações físicas, psíquicas ou sociais que dificultem seu acesso à unidade de saúde (especificar) e o principal motivo de procura daquele serviço.

Além da consulta médica, e de preferência antecedendo-se a esta, deve ser feita uma consulta com assistente social com o objetivo de elaborar um "diagnóstico social" de cada paciente. Esta abordagem inicial de fatores de ordem social e afetiva, reconhecidamente envolvidos nas condições de saúde da população idosa, orientará, ao lado da consulta médica, as questões que prioritariamente deverão ser "tratadas", ou melhor dizendo, trabalhadas no seguimento. Espera-se com este procedimento poder resgatar questões da vida do paciente - como o tipo e grau de satisfação que tem em suas atividades diárias, mudanças em seu papel no núcleo familiar com a velhice, a aposentadoria e situação previdenciária de uma forma geral, etc. - que qualificam suas condições de saúde e o tratamento que devem receber. De forma

articulada ao trabalho médico deve-se prever ainda as atividades da enfermagem e da enfermeira.

O pessoal de nível médio - atendentes e visitantes - desenvolverão atividades de pré e pós-consulta e visitas domiciliares. Têm como atribuição a aferição de rotina de parâmetro como peso e pressão arterial, a orientação das condutas estabelecidas no atendimento médico, como dietas, medicamentos e exames, além de outras medidas simplificadas como por exemplo a execução caseira de exercícios para prevenção de incapacidade. São responsáveis também pela operacionalização dos encaminhamentos necessários, agendamento de exames e retornos.

Este trabalho pressupõe evidentemente um treinamento específico e a supervisão de rotina, ambos sob responsabilidade da enfermeira. Além disso a enfermeira será também responsável pela realização do atendimento no primeiro retorno do paciente após a consulta médica inicial (uma consulta de enfermagem). A periodicidade e a forma como intercalarão a consulta médica e a de enfermagem deverão ser posteriormente definidas de acordo com as necessidades específicas de cada sub-grupo de pacientes.

Para o seguimento deverão estar previstas ainda outras atividades, a serem desenvolvidas preferencialmente em grupo, que visam dar cobertura às questões de saúde no envelhecimento de uma maneira ampliada. Para isso está se prevendo o desenvolvimento de dois tipos de trabalho.

O primeiro é a organização de grupos temáticos, com objetivos pré-definidos e que girem em torno de um tema central num número também previsto de sessões. Tenciona-se assim elaborar um trabalho de orientação e suporte à vivência de problemas comuns à esta faixa etária, sem pretender esgotar a complexidade de cada grupo de questões e organizando as atividades de modo a oferecer uma cobertura adequada ao conjunto de matriculados no Programa. Sugere-se a abordagem de temas onde as questões de saúde e envelhecimento se inter-relacionem e que sejam comuns a grande maioria. Assim pode-se pensar em temas como: doenças crônicas e limitações na vida cotidiana, sexualidade e envelhecimento, direitos sociais e previdenciários, atividades produtivas e lazer no envelhecimento, etc.. Será necessário estabelecer uma priorização e ordenação dos temas a serem abordados, garantindo de preferência um núcleo comum de questões que sejam trabalhadas de forma semelhante no conjunto das unidades envolvidas. A coordenação direta de cada grupo será definida pela equipe.

Um segundo tipo de trabalho organizado em grupo pode ser desenvolvido nas unidades ou mais diretamente junto à comunidade, os chamados "grupos de convivência". Este trabalho possui um direcionamento mais aberto às necessidades emergentes no próprio grupo, e a definição dos rumos a serem dados contam com uma participação mais direta dos envolvidos. O pessoal técnico envolvido é o mesmo dos grupos temáticos respeitando-se a exigência de uma divisão interna de trabalho e resguardando-se os momentos coletivos de avaliação e supervisão.

A unidade básica cabe ainda a atenção aos idosos institucionalizados. Para tal propõe-se um cadastramento destas instituições, desde que públicas ou beneficentes não lucrativas. Os seus residentes, da mesma forma que o idoso que vive na comunidade tem direito a participar das atividades do programa. Com o apoio das unidades de referência deverá accessorar, orientar e supervisionar funcionários e responsáveis por tais serviços, de acordo com o FAISI e as normas de funcionamento de casas asilares (Ministério da Saúde).

7. FUNÇÕES DOS DIVERSOS PROFISSIONAIS NAS UNIDADES DE REFERENCIA

7.1. Médico Geriatra

7.1.1. Atendimento de pacientes encaminhados dos C.S. que necessitem de avaliação e orientação geriátrica com retorno após orientação do especialista.

7.1.2. Atendimento de pacientes encaminhados dos C.S. que necessitem de acompanhamento geriátrico.

7.1.3. Estabelecer contato permanente com os hospitais de referência para os necessários encaminhamentos a nível ambulatorial ou de internação.

7.1.4. Desenvolver junto à equipe programas de educação em saúde que permitam ao idoso conhecer o ciclo bio-psico-social do envelhecimento com vistas à prevenção da doença.

7.1.5. Accessorar, promover discussões técnicas e realizar treinamentos dos clínicos que atendem idosos nas UBS.

7.1.6. Manter contato permanente com equipe multi-disciplinar para acompanhamento conjunto das diversas necessidades da população idosa.

7.2. Assistente Social

7.2.1. Elaboração do diagnóstico de todos os idosos inscritos no Programa.

7.2.2. Dar orientação ao paciente através da atuação direta ou encaminhamento para os locais de referência, assim como aos recursos da Comunidade em geral.

7.2.3. Levantamento e organização de recursos da comunidade (específicos para a população idosa).

7.2.4. Atender aos idosos, e/ou família, que estejam com dificuldades de adaptação à situação de aposentadoria (auxiliar na descoberta e reorientação de interesses).

7.2.5. Promover a redução do stress familiar e do próprio idoso, para que ele possa permanecer na comunidade de forma independente ou semi-independente por período prolongado, evitando institucionalizações precoces.

7.2.6. Orientação familiar para condutas fisioterápicas passíveis de aplicação domiciliar.

7.2.7. Participar juntamente com a equipe da programação de atividades grupais voltadas para a manutenção e recuperação da atividade física.

7.3. Nutricionista

7.3.1. Realizar acompanhamento individual em caso de dietas especiais, obesidade, diabetes, e tantas outras condições frequentes nesta faixa etária.

7.3.2. Elaborar um perfil alimentar e nutricional do idoso residente na unidade a partir de entrevistas e/ou questionários.

7.3.3. Encaminhamento para consultas periódicas ao dentista, visando melhorar as condições de alimentação e prevenção precoce de neoplasias da mucosa.

7.3.4. Participar de "momentos grupais" fornecendo informações sobre alimentação, estimulando as refeições coletivas com ênfase na passagem de informações sobre as necessidades e adequação dos alimentos para a idade.

7.3.5. Instrumentalizar a equipe de saúde com conhecimentos sobre os cuidados na alimentação do idoso (dieta adequada para a idade, independência da existência ou não de patologia, deficiências nutricionais, hábito alimentar, cuidados no preparo, etc.).

7.3.6. Assessorar profissionais e funcionários responsáveis pela alimentação do idoso asilado.

7.3.7. Atuar junto com a equipe na elaboração, desenvolvimento e avaliação das ações.

7.4. Terapeuta Ocupacional

7.4.1. Realizar entrevista de avaliação de pacientes encaminhados (apurar relação entre os motivos de encaminhamento e o desempenho ou não das atividades próprias desta faixa etária).

7.4.2. Atender a idosos cujos distúrbios agudos ou crônicos estejam interferindo ou impedindo o desempenho satisfatório das atividades de vida diária.

7.4.3. Orientar e supervisionar visitantes de saúde e/ou voluntários quanto ao cuidado de idosos inválidos (uso de utensílios e/ou adaptações para maior independência do cliente nas atividades diárias).

7.4.4. Realizar visita domiciliar quando necessário

7.4.5. Assessorar serviços que atendam idosos, vinculados ou não ao SUDS, no planejamento e execução de grupos de convivência, etc.

7.4.6. Encaminhar os clientes aos recursos da Comunidade que ofereçam atividades similares na forma de cursos, trabalho remunerado, etc.

7.4.7. Participar junto a equipe da elaboração e execução de atividades físicas individuais e/ou grupais visando a manutenção da independência.

7.5. Psicólogo

7.5.1. Atendimento individual ou grupal da clientela encaminhada pelas UBS: orientação e psicoterapia.

7.5.2. Atendimento à família: orientação e encaminhamento.

7.5.3. Auxiliar na elaboração de programas, desde a motivação, adequação de tarefas e definição de estratégias.

7.5.4. Atuação conjunta com a equipe de saúde mental na definição de programas específicos.

7.5.5. Avaliar e auxiliar grupos de profissionais em processo de stress.

7.5.6. Assessoramento e atendimento em momentos específicos de grupos das UBS.

7.6. Enfermeira

7.6.1. Administrar o Serviço de Enfermagem, visando atender às necessidades dos idosos.

7.6.2. Atendimento individual de enfermagem, preferencialmente após a CM e da AS e/ou intercalados às CM de rotina.

7.6.3. Participar das atividades de grupo de idosos, considerando a prevalência de necessidades da clientela em questão (Grupo de vivência, orientação de cuidadores, demenciados, hipertensos, diabéticos, etc.).

7.6.4. Participar das atividades de educação em saúde.

7.6.5. Realizar e orientar visitas domiciliares, utilizando-as como recurso diagnóstico e terapêutico.

7.6.6. Atuar junto a cuidadores e familiares de idosos, orientando quanto às modificações do processo de envelhecimento e/ou processos patológicos.

7.6.7. Treinamento e supervisão de pessoal de nível médio.

7.6.8. Atuar junto às instituições públicas que abrigam idosos na área, implementando a assistência de enfermagem, supervisão e treinamento.

7.7. Fisioterapeuta

7.7.1. Promoção de saúde através de medidas preventivas - modificando meio-ambiente para que se torne seguro e estimule a mobilidade de idosos saudáveis.

7.7.2. Detecção de grupos de risco (diabéticos, hipertensos, etc), visando a prevenção de incapacidades.

e terapêutica, devendo estas serem marcadas pela própria unidade, evitando-se as filas de espera e as várias idas do paciente à unidade de referência secundária;

9.7.3. Quando se tratar de consultas de caráter eventual (CE) e, mais pela própria condição de urgência da situação, seria aconselhável que a consulta pudesse ser marcada por telefone, inclusive para evitar-se deslocamentos desnecessários de pessoas idosas e dificuldade de deambulação;

9.7.4. Distribuição de medicamentos, no caso do idoso, muitas vezes trata-se de problema crítico, seja pelo receituário multivariado, seja pelo custo elevado dos medicamentos. É preciso portanto, que se garanta ao idoso matriculado no programa, até o próximo agendamento, a quantidade necessária de medicamentos;

9.7.5 A participação de enfermeira no programa é essencial, seja em atividades de coordenação e administração seja no atendimento à enfermagem direto ao paciente, no qual ela atua no sentido de reforçar e cobrar orientações médicas e terapêuticas. Mas, diante da escassa quantidade de profissionais na rede pública, faz-se necessário a utilização de pessoal de nível médio, como o auxiliar de enfermagem e o visitador sanitário, devidamente treinados em serviço;

9.7.6 A equipe deve manter um bom nível de contato e entendimento com os vários serviços e instituições que atuam no campo social comunitário, tais como LBA, SESC, Clubes da Terceira Idade e Associação de Aposentados, entre outros. Um perfeito conhecimento dos programas de atuação dessas entidades, das suas atividades e serviços oferecidos, permitirá, mais particularmente ao assistente social, quando da entrevista com o idoso matriculado no programa, encaminhamento daquele paciente que pode se beneficiar com um melhor convívio e contato social.

9.7.7 Na medida do possível se deverá prestar assistência domiciliar ao idoso inválido que não disponha de assistência familiar ou social, impossibilitado de comparecer ao serviço, evitando-se desta forma sua institucionalização.

9.7.8 Da mesma forma os idosos já institucionalizados em abrigos ou casas asilares sem fins lucrativos deverão ser assistidos pela equipe de saúde do SUDS. Esta equipe terá papel de treinamento e orientação dos funcionários destas casas.

10. RECURSOS NECESSARIOS - PAISI - 1988/ 1990

10.1. Recursos Humanos

Formação de equipe de pessoal interessado ou a ser contratado e/ou remanejado dependendo das necessidades. Profissionais envolvidos:

Equipe mínima (Unidade Básica de Saúde):

Médico (com treinamento em geriatria)
Equipe de enfermagem
Assistente Social

Equipe Completa (Unidade de Referência)

Geriatra
Enfermeira
Assistente Social
Fisioterapeuta
Nutricionista
Psicólogo
Terapeuta Ocupacional

10.2. Treinamento de Pessoal

Os profissionais acima relacionados nos 9 SUDS-R inicialmente envolvidos poderão contar com o Centro de Referência e Treinamento de Geriatria e Gerontologia da EPM/SUDS-RE para treinamento em serviço e teórico-prático. Os demais SUDS-R do Estado estão sendo sensibilizados e treinados por equipe multiprofissional ligada ao Centro de Referência e Treinamento, segundo programa em anexo (III).

10.3. Recursos Materiais

Equipamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para todas as Unidades de Referência a ser definido pelos profissionais locais de acordo com a técnica terapêutica empregada (Anexo IV).

ANEXO I

SITUAÇÃO ATUAL DO SUDS-SP EM RELAÇÃO AO PAÍSI

1. Relação dos SUDS-R treinados

MACRO 1: SUDS 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15.

MACRO 2: SUDS 20,23,44 45,46,48,61,63.

MACRO 3: SUDS 19,22,30,34,50,53,56.

MACRO 4: SUDS 25,26,27,28,37,43,51.

MACRO 5: SUDS 21,24,36,38,39,49,59.

2. Relação das Unidades de Referência em funcionamento por SUDS-R

SUDS 1:

1- PAN Centro
rua Conselheiro Crispiniano 20 - tel: 239-3918

2- CS I Santa Cecília
rua Vitorino Camilo, 599 tel:826-7970

SUDS 2:

1- CS I de Pinheiros
rua Ferreira de Araujo, 789 tel:211 8407

2- CSE Geraldo Paula Souza
av. Dr. Arnaldo, 70 tel: 280 3233

3- CS II Vila Anglo
rua Pe. Chico, 93 tel: 864 2440

4- CS III Vila Nipojuca
rua Chafalora, 32 tel: 2627492

SUDS 3:

1- CSE Escola Paulista de Medicina
rua Pedro de Toledo, 840 - Saúde tel: 5715000

2- CS Jabaquara
av. Ceci, 2235 - jabaquara tel: 2751999

3- Centro de Referência e Treinamento do Programa
Assistência à saúde integral do Idoso
rua dos Ottonis, 134 - Saúde tel: 5726033 r:293

de A

SUDS 7:

1- CSI Santo Amaro
rua Adolfo Pinheiro, 122 -Sto.Amaro tel:2461706

SUDS 50:

1- Ambulatorio Regional de Especialidades de
Ribeirão Preto
rua Minas, 895 -Ribeirão Preto

R

SUDS 59:

1- CS I de Sorocaba
rua Julio Hanser, 49

SUDS 24:

1- CSE Botucatu
rua Gaspar Ricardo Jr., 181 - tel: 0149-22522

ANEXO II

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

DATA:

DATA DE NASC:

RG:

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

NATURAL DE:

ESTADO

CIVIL:

SEXO:

PROFISSÃO:

ACOMPANHANTE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

ESCOLARIDADE:

§ OBS: Relatar se o paciente ou acompanhante informa

QUESTIONARIO

SOCIO - ECONOMICO:

1) O(a) sr(a) reside com:

a) Sozinho ()

b) Conjuge ()

c) familiares ()

d) Instituição ()

e) Outro ()



2) Na sua residência o(a) sr(a) possui:

- a) Água encanada ()
- b) Esgoto ()
- c) Eletricidade ()
- d) Banheiro dentro de casa ()
- e) Telefone ()
- f) Rádio ()
- g) Televisão ()
- h) Geladeira ()

3) Seus recursos financeiros são provenientes de:

- a) renda própria (salário) ()
- b) renda própria (aposentadoria) ()
- c) ajuda (familiares) ()
- d) aluguel (imóvel) ()

4) De que forma sua situação econômica satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, lazer, transporte, etc...)?

- a) muito bem ()
- b) Bem ()
- c) Mal ()
- d) Muito mal ()

5) No presente momento como o(a) sr(a) classificaria sua satisfação com sua condição de vida (afetiva, social econômica)?

- a) Muito Boa ()
- b) Boa ()
- c) Ruim ()
- d) Muito Ruim ()

AUTO-CUIDADOS / AUTONOMIA:

1) Independência física:

- O(a) sr(a) consegue sem ajuda ?
- a) ir ao banheiro ()
 - b) Banhar-se ()
 - c) Vestir-se ()
 - d) Cozinhar ()
 - e) Fazer limpeza ()

2) Mobilidade:

O(a) sr(a) consegue andar e passear fora de casa:

- a) Sozinho sem dificuldade ()
- b) Sozinho com dificuldade ()
- c) Com ajuda de pessoas ()
- d) Incapaz de sair ()

O(a) sr(a) tem como restrição que utilizar qual desses aparelhos?

- a) Bengalas ()
- b) Muletas ()
- c) Cadeiras de rodas ()
- d) Cama ()

3) Integração social:

O(a) sr(a) tem contatos com vizinhos, parentes, amigos?

- a) Frequentemente ()
- b) Esporadicamente ()
- c) Raramente ()
- d) Nunca ()

c) Ao dispor os dados de maneira sequenciada e lógica ao contrário da tradicional atitude espontaneísta e confusa, de simplesmente acumulá-los aleatoriamente, teremos a oportunidade de recuperá-los com mais facilidade em futuras avaliações, estudos e levantamentos;

d) O registro de dados também é um recurso para a avaliação do serviço e de ações na saúde do idoso, portanto também com finalidades estatísticas e epidemiológicas é fundamental o seu adequado preenchimento.

9.5. Exames de Rotina

Tal questão é ainda motivo de controvérsias, merecendo mesmo estudos que possam esclarecer sobre a importância ou não da realização de exames periódicos de rotina. Propõe-se abaixo exames de rotina, que, em breve, poderão ser reavaliados:

- a) Hemograma completo (anual);
- b) Urina tipo I (anual);
- c) Raios X de tórax (anual);
- d) ECG (anual);
- e) Ultra som abdominal (anual, depende de disponibilidade do exame);
- f) Glicemia de jejum (anual);
- g) Uréia, creatinina e ácido úrico (anual);
- h) Colesterol e triglicérides (anual);
- i) Sódio e potássio séricos (anual);
- j) Outros exames, em função das necessidades do paciente.

9.6. Avaliação

Para manter elevado o nível técnico do programa, permitir troca de impressões e informações entre os membros da equipe multiprofissional, reavaliar e traçar propostas de reformulação, assim como discutir temas de geriatria e gerontologia, propõem-se reuniões periódicas da equipe e da clientela.

Além disto, propõem-se avaliações periódicas através de projetos de investigação epidemiológica e análise de dados de prontuário e/ou boletins de avaliação. Finalmente, devemos lembrar o papel fundamental da contribuição que idoso, de forma individual ou coletiva, deve fazer na avaliação do programa.

9.7. Outras Recomendações

9.7.1. quanto ao rendimento do médico, isto é, o número de consultas por jornada de trabalho, propõe-se, é claro, pela própria natureza do atendimento geriátrico, (complexo, demorado, envolvendo múltiplas patologias na maioria dos casos e, com certa frequência, pacientes muito idosos e debilitados) que sejam agendadas num total de 12 consultas diárias por médico por período de 4 horas;

9.7.2. não tem sentido montar um programa voltado para um controle e gerenciamento mais eficiente de saúde do idoso, e ao mesmo tempo, manter-se na mesma atitude de considerá-lo um paciente adulto como um outro qualquer, com a mesma disposição e capacidade física e mental de concorrer com grupos mais jovens por atendimentos e serviços que são muitas vezes escassos e quase inacessíveis. Deve, portanto, haver uma priorização do idoso, matriculado no programa, para a marcação de consultas com especialistas, encaminhamento a serviços de diagnóstico

9.2. Frequencia

A título de sugestão, o que certamente poderá sofrer modificações, em virtude de futuras avaliações, propõe-se o seguinte esquema de cronograma de atendimento:

ATIVIDADE	PERIODICIDADE	
	Pronto Atendimento	Retornos
Consulta Médico	1	6/6 meses ou à critério
A. enfermagem	1	6/6 meses ou à critério
A. social	1	anual ou à critério
Doutros	1	à critério

A 1ª consulta médica deverá ocorrer após a matrícula do paciente e a próxima de rotina após um ano ou à critério médico.

9.3. Atividades em Grupo

Através da formação de grupos de convivência ou momentos grupais, propiciar ao paciente idoso o convívio e o crescimento individual e coletivo, onde possa, ser desenvolvidas atividades distintas:

- troca de informações e educação em saúde, em temas gerais e específicos visando a formação da consciência sanitária e melhores cuidados à saúde.
- atividades de lazer e recreação, tais como passeios, visitas a museus, parques, ou outros logradouros públicos, visando a recreação, e o desenvolvimento de potencialidades e da sociabilidade.
- atividades esportivas, artísticas e artesanais, que possam estimular a atividade física corporal e propiciar a produção de bens coletivos materiais ou simbólicos em benefício do próprio grupo.
- estímulo à formação de grupo de voluntários de apoio ao idoso inválido ou acamado.

A formação e direcionamento do grupo depende do interesse da clientela e do estímulo e apoio dos profissionais da equipe, podendo acontecer dentro ou fora do espaço físico da U.S.

A escolha de atividades e a periodicidade das reuniões serão preferencialmente estabelecidas pelo próprio grupo.

9.4. Prontuário Clínico

Será adotado o modelo em anexo (II), visto que, entre outras finalidades, permitirá um gerenciamento mais adequado da saúde do paciente. São suas características as seguintes:

- a) Servir de roteiro, com sequência lógica na colheita de dados, permitindo uma observação clínica em etapas;
- b) Com toda a complexidade que tem uma observação clínica, o prontuário chama a atenção para aspectos primordiais e que podem influir na tomada de decisão sobre a saúde do paciente.

7.7.3. Detecção precoce de distúrbios motores, cognitivos e sensoriais, propondo intervenção e conduta fisioterápica visando restaurar e promover o status funcional.

7.7.4. Reabilitação, alcançando um grau de função adequado de acordo com suas limitações reais e manutenção dessas capacidades funcionais, preservando ou retardando seu escalonamento.

7.7.5. Promover a redução do stress familiar e do próprio idoso para que ele possa permanecer na comunidade de forma independente ou semi-independente por período prolongado, evitando institucionalizações precoces.

7.7.6. Orientação familiar para condutas fisioterápicas passíveis de aplicação domiciliar.

7.7.7. Participar juntamente com a equipe da programação de atividades grupais voltadas para a manutenção e recuperação da atividade física.

8. PROPOSTAS DE ATIVIDADES INTERDISCIPLINARES

8.1. Sensibilização, treinamento, reciclagem e supervisão de todos os funcionários que têm contato com a população idosa no sentido de garantir um atendimento adequado.

8.2. Orientação aos idosos na organização de grupos de convivência vinculados ou não, a Associação de Bairros, Sindicatos ou outras organizações Comunitárias.

8.3. Realização de ciclo de palestras sobre o processo de envelhecimento em seus múltiplos aspectos.

8.4. Formação e coordenação de grupos de idosos a partir de interesses e necessidades de saúde, ligados a essa faixa etária.

8.5. Treinamento, sensibilização, reciclagem e supervisão de todos os profissionais da unidade básica, principalmente pelos psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionistas (capacitação técnica).

8.6. Prestar assistência complementar, supervisionar e orientar instituições de caráter social que abrigam idosos na área.

9. PROPOSTA DE ROTINA DE ATENDIMENTO

9.1. Matrícula no programa

Far-se-á matrícula no programa, de acordo com os seguintes critérios:

- a) Idade mínima de 60 anos preferencialmente
- b) Ser encaminhado por médico e/ou serviço, com a finalidade de cumprir seguimento de rotina;
- c) Espontaneamente, a pedido do próprio Paciente, independente da idade.

O(a) sr(a) tem como hábito utilizar de quais desses passatempos durante o dia?

- a) Assistir TV
- b) Ouvir rádio
- c) Ler jornais, livros
- d) Falar no telefone
- e) Escrever

Com que frequência o(a) sr(a) tem alguma recreação (ir a festas, passeios, viagens)?

- a) Frequentemente
- b) Esporadicamente
- c) Raramente
- d) Nunca

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

R

OTEIRO DE ATENDIMENTO

Anamnese

A) Queixa principal / História progressiva:

B) Interrogatório geral:

- | 1) Alteração visual | (S) | (N) |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diminuição de acuidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso de óculos s/ melhora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Alteração auditiva	(S)	(N)
Diminuição de acuidade	()	
Compreensão da fala	()	
Uso de aparelho s/ melhora	()	
3) Alteração na boca	(S)	(N)
Dificuldade na mastigação	()	
Alteração do paladar	()	
Uso de prótese s/ adaptação	()	
4) Problema resp./Cardíaco	(S)	(N)
Dispneia a ativ. habituais	()	
Dispneia a outras ativ.	()	
Dor pré-cordial	()	
Palpitação	()	
Tosse c/ expectoração	()	
5) Problema digest./intest.	(S)	(N)
Intolerância alimentar	()	
Dores abdominais	()	
Alteração de hábito intest. (diarréia, obstipação, sangramento)	()	
Incontinência fecal	()	
6) Problema urinário	(S)	(N)
Disúria	()	
Polidúria	()	
Nictúria	()	
Dificuldade p/ urinar/reten.	()	
Incontinência Urinária	()	

7) Problema ginecológico (S) (N)

Sangramento ()

Corrimento ()

Prolapso uterino ()

8) Problema muscul./Articul. (S) (N)

Dor articular limitante ()

Dificuldade p/ deambulação
(quedas) ()

Diminuição de força muscul. ()

Limitação de movimento
(membros) ()

Dor ao deambular (claudicação) ()

9) Apresenta c/ frequência esses sintomas ?

Dor de cabeça (S) (N)

Tontura (S) (N)

Tremor (S) (N)

Perda de consciência (S) (N)

Alteração do sono (S) (N)

Irritabilidade (S) (N)

Diminuição de memória (S) (N)

Depressão (S) (N)

Alteração de comportamento (S) (N)

Antecedentes pessoais: (Diabétes Mellitus, Hipertensão Arterial, A.V.C.Pregresso, quedas, cirurgias, etilismo, tabagismo, internações, infecção de repetição-urinária/pulmonar).

Antecedentes familiares: (Diabétes Millitus, Hipertensão Arterial, Quadros Demenciais, Obesidade, Doença Cardiovascular).

Antecedentes Ocupacionais (Atividades de maior duração):

Recordatório alimentar:

Medicação atual:

Exame Físico:

Diagnósticos atuais:

Diagnósticos Progressos (Evolução):

Orientações (Médicas, nutricionais, sociais, domésticas):

Encaminhamentos:

ANEXO III

PROGRAMA DE TREINAMENTO E SENSIBILIZAÇÃO

a) Objetivos

- Capacitar a equipe multiprofissional dos Centros de Saúde para implantação do atendimento especializado ao idoso;
- Fornecer informação sobre os processos de envelhecimento;
- Trabalhar atitudes dos profissionais na sua relação com esse segmento da população em sua nova forma de atendimento.

b) Metodologia

O treinamento é realizado em quatro períodos, com aulas teóricas, dinâmica de grupo e avaliações por parte dos participantes. Este treinamento é destinado a todos os profissionais de saúde ligados a rede básica do SUDS-R envolvido.

c) Conteúdo Programático

1. O envelhecimento populacional

- 1.1- transição demográfica
- 1.2- transição epidemiológica
- 1.3- demandas por serviços de saúde

2. Aspectos Biológicos do Envelhecimento

- 2.1- Teorias do envelhecimento orgânico-funcional
- 2.2- Alterações dos diversos aparelhos
- 2.3- Estatura, peso, temperatura, pulso, nível pressórico
- 2.4- Aparelhos digestivo, respiratório, cardio-vascular, endócrino, genito-urinário, osteo-articular, revestimento e neurológico

3. Fatores de risco para a perda da independência

- 3.1- Conceituação de autonomia e independência
- 3.2- Instrumental para medida de incapacidades
- 3.3- Fatores de risco: hipertensão arterial e acidente cerebrovascular, diabetes, doenças do aparelho locomotor, e transtornos mentais
- 3.4- Condições ambientais

4. Aspectos psicológicos do envelhecimento

- 4.1- Percepção pessoal
- 4.2- Fatores psicológicos que influem na percepção de valores, atitudes, expectativas, estereótipos e preconceitos
- 4.3- Aspectos cognitivos: memória, inteligência, aprendizagem e motivação
- 4.4- Sexualidade
- 4.5- Identidade - perdas

4.6- Objetivo geral da Psicologia, campo de atuação e papel do psicólogo: idoso, família, pessoal e instituição.

5. Enfermagem

- 5.1- Consulta de enfermagem
- 5.2- Treinamento da equipe de enfermagem: pré e pós consulta
- 5.3- Orientação ao cuidador
- 5.4- Atividade de grupo de idosos
- 5.5- Visita domiciliar

6. Serviço Social

- 6.1- Considerações sobre a assistência integral à saúde do idoso
- 6.2- Aspectos históricos
- 6.3- Programação de saúde
- 6.4- Aspectos estratégicos para o desenvolvimento de atividades
- 6.5- Principais entidades com desenvolvimento de programa para idosos
- 6.6- Aposentadoria / lazer
- 6.7- Segregação
- 6.8- Proposta para atuação da Assistente Social

7. Atuação do Fisioterapeuta

- 7.1- Objetivos
- 7.2- Avaliação físico-funcional do idoso
- 7.3- Tratamento: características
- 7.4- Orientação ao paciente e familiares
- 7.5- Visita domiciliar, modificações do meio ambiente
- 7.6- Quedas - prevenção
- 7.7- Calçados, cuidado com os pés, mobilidade e locomoção

ANEXO IV

MATERIAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

(Mínimo para atendimento do idoso em Centros de Saúde)

A curto prazo

- 1 barra paralela (1,5m a 2m)
- 1 espelho (1,5 x 60)
- 1 aparelho de ondas curtas
- 2 a 3 divãs
- 1 colchonete 1,5 x 2 (de preferência com tablado por se tratar de atendimento ao velho)
- 2 relógios (time)
- 1 a 2 escadas com 2 degraus
- 1 andador
- halteres (0,5, 1 e 2 kg)
- bastões
- 2 pares de muletas auxiliares de alumínio
- 1 par de bengala canadense
- 3 bengalas de tamanhos diferentes (78-83-86)
- sacos de areia
- 1 a 2 cadeiras de roda
- lençóis
- travesseiros
- baldes
- toalhas de rosto e banho

A médio prazo

- 1 bicicleta fixa
- 1 aparelho de ultra som
- 1 aparelho de forno de bier
- 1 aparelho de infra vermelho
- 1 aparelho corrente galvânico - farádica

EQUIPAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

(Mínimo para atendimento do idoso em Centros de Saúde)

1 divã

1 andador

1 cadeira de rodas

lençóis

travesseiros

sala com pia

mesas, cadeiras

armário

colchonete

material para treinamento e adaptação para realização das Atividades da Vida Diária e Atividades da Vida Pessoal

material de consumo conforme atividades desenvolvidas como: tintas, fios, papéis, argila, couro, madeira, isopor, metal, jogos, discos, terra e sementes, tecidos, solventes, panelas, talheres e outros.

