



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS VITÓRIA I,  
EM RIO BRANCO- AC**

**JEAN CARLO LIMA GONÇALVES**

**Rio Branco, 2016.**



**JEAN CARLO LIMA GONÇALVES**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS VITÓRIA I,  
EM RIO BRANCO- AC**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao programa de pós-graduação em saúde da família e comunidade da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Eder de Mattos Berg

**RIO BRANCO, 2016.**

## RESUMO

Para o desenvolvimento deste trabalho realizar um estudo exploratório, de campo com uma abordagem qualitativa e quantitativa. O objetivo deste estudo estará focalizado para Melhorar a qualidade da atenção primária à saúde das pessoas acima dos 60 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vitória I em Rio Branco/AC. As ações que pretendemos realizar permitirão em primeiro lugar ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso; melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, assim como a adesão ao Programa de Saúde do Idoso e mapear aqueles com risco da área de abrangência. Os resultados desta pesquisa vão ser descritos de forma qualitativa e qualitativa o que permitirá a análise de cada um deles com os seus rendimentos, fraquezas e fortalezas. Apresentaremos às autoridades competentes da área no município os resultados adquiridos, o estudo nos despontará se existirão avanços nas práticas de saúde direcionadas à população de sessenta anos e mais, uma vez que essas vem sendo realizadas de forma a contribuir para o processo de melhoria de qualidade de vida da população idosa, de inclusão na rotina de trabalho da unidade de saúde com enfoque principal na prevenção de doenças, controle de agravos, através do fortalecimento da mudança de comportamento da população idosa.

**Palavras-chave: Assistência Domiciliar, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Saúde da Família, Saúde do Idoso.**

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                              | 5  |
| 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....                   | 7  |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS..... | 10 |
| 4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO..... | 13 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....                      | 15 |
| REFERÊNCIAS.....                                 | 17 |
| ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....             | 18 |

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho na Atenção Básica abrange aquelas ações relacionadas entre si com as questões coletivas e individuais dos usuários, sendo que se projeta para resolver as situações que envolvem a saúde e que se apresentam mais frequentes e de maior proeminência para a população. No seu desenho ela constitui-se como a porta de acesso do indivíduo no Sistema Único de Saúde- SUS, cobrindo assim seu acesso baseados nos princípios de universalidade, de integralidade e de equidade da atenção.

O SUS hoje apresenta uma série de programas e projetos que trazem amplas vantagens e serviços à população e um dos mais representativos é o Mais Médicos; levando profissionais às áreas mais carentes e necessitadas para atuar na atenção básica. Sou médico formado pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana, na Faculdade de Ciências Médicas de Matanzas, em Cuba, no ano de 2005. Após minha formatura e retorno no Brasil, fiz a revalidação do meu diploma três anos depois de ter-me formado e dessa maneira exercendo a profissão que tinha escolhido para minha vida na própria terra onde eu nasci.

Como parte do Projeto Mais Médicos para o Brasil, estou atuando em Rio Branco, capital do estado de Acre, na região norte do país que tem uma população, segundo último censo de População 2010 pelo IBGE, em torno dos 733.559 habitantes, sendo a maior do estado. (IBGE, 2010) Nesse município encontra-se a Unidade Básica de Saúde “Vitória I”, localizada na parte urbana do município e formando parte de uma ampla rede de unidades e centros de saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vitória é uma unidade de construção nova, que possui três equipes de saúde da família (ESF), sendo a minha a ESF Vitória I, que atende uma população de 2 574 pessoas, distribuídas em 521 famílias. São 80 os lactentes cadastrados, 41 do sexo feminino e 39 do sexo masculino.

As crianças menores de 5 anos somam 149, 76 do sexo feminino e 73 do sexo masculino. A faixa etária que compreende os usuários entre 5 e 14 anos registra 292 cadastros, feminino 189 e masculino 103. A maior representatividade encontra-

se entre 15 e 59 anos de idade com 1 837 pacientes, 1 003 masculinos e 834 femininos. Por último aquele grupo de pessoas com 60 anos e mais das quais possuímos 124 masculinos e 92 femininos cadastrados, totalizando 216. Dentro da nossa área de abrangência cito da existência de uma creche, duas escolas de ensino fundamental da rede pública, três igrejas (uma adventista e duas evangélicas) assim como uma pequena rede de pequenos estabelecimentos de comércio.

A nossa ESF “Vitória I” faz parte da UBS como explicado anteriormente; dá cobertura de saúde e serviços básicos para uma população de média-baixa renda, oferecendo consultas de acompanhamento de doenças crônicas, de pré-natal, de puericultura, de demanda espontânea assim como atividades de promoção de saúde, vacinação e curativos entre outros. Identifica-se como as doenças mais atendidas as crônicas não transmissíveis sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus as mais frequentes. Dentre as doenças transmissíveis e com maior exponencial estão as diarreicas agudas com maior incidência as causadas por maus hábitos higiênicos e parasitárias assim como as virais respiratórias muito relacionadas com a época do ano.

Constitui-se um problema de saúde hoje em dia, a situação das pessoas com 60 anos e mais, a ocorrência de moléstias e agravos; o acompanhamento de doenças crônicas e medicações consumidas, a sistematicidade no acompanhamento médico, a avaliação da fragilidade e hábitos alimentares assim como a saúde bucal. Aparece no dia a dia da rotina de trabalho na UBS que não se realizam os procedimentos adequados para avaliar, identificar e manejar as situações acima descritos, que junto às várias posições de descaso pelos familiares, a impossibilidade de se deslocar até os serviços de saúde ou ficar alguns deles acamados, colocam peso em detrimento da falta de atenção integral à saúde do idoso.

Os problemas identificados no dia-a-dia do trabalho da equipe na unidade de saúde Vitória I em relação ao atendimento de saúde para as pessoas idosas podem ser potencialmente revertidos, atuando na direção de minimizar os indicadores presentes que levam à manutenção desse problema. Ao fazer um engajamento da situação de saúde da população idosa às famílias e enxergando como um todo essa problemática seremos capazes de em primeiro lugar melhorar a qualidade de vi-

da desses usuários, lhes oferecer serviços de qualidade traduzidos em mais sistematicidade de atendimento, ofertas de tratamento para doenças sofridas, quebrando barreiras e nos trasladando a equipe até as suas casas lhes proporcionando atendimento domiciliar caso necessário; incluir a avaliação da saúde bucal assim como a solução de problemas odontológicos na medida da capacidade instalada.

## **2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

Dentre as famílias que são acompanhadas na micro área 6, responsabilidade da ACS Selma Maria, encontra-se a família do Gentil Pinheiro de Lucas de 58 anos que sofre de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, no ano passado sofreu um ataque do coração, razão pela qual ficou internado na UTI do Hospital de Base por quase três semanas. É casado com Lúcia Lima da Silva de 29 anos de idade, sem histórico de doença crônica e juntos têm a Ana Clara Lima Pinheiro, menina de 10 anos de idade; na casa também mora a mãe do Gentil, dona Sofia, idosa de 85 anos de idade, diabética, cadeirante com amputação de membros inferiores por complicações vasculares da sua doença.

Voltando ao Seu Gentil, ele saiu do hospital com muitas recomendações, tanto para ele como para a equipe de saúde desta UBS em relação dos cuidados de saúde a levar em consideração pois já seu coração havia sofrido um ataque, sendo necessário mudar de estilo de vida de vez, para poder se cuidar mais. Ressalto que seu Gentil pesa 105 kg, com uma estatura de 1,60 m o que dá um IMC de 41,02 kg/m<sup>2</sup> (Obesidade-grau III “mórbida”) (ABESO, 2009), altíssimo risco que somado ao Diabetes Mellitus (controlado com Insulina NPH) deixam ele numa posição de extremos cuidados para não sofrer de outros eventos cardiovasculares que possam ocasionar graves sequelas ou até mesmo a morte.

Há três semanas fomos procurados pela esposa dele, a Lúcia, que muito preocupada tinha falado para a ACS da necessidade de que o Médico fosse lá na sua casa para ter uma conversa com o Gentil para tentar ele entender que sua situa-

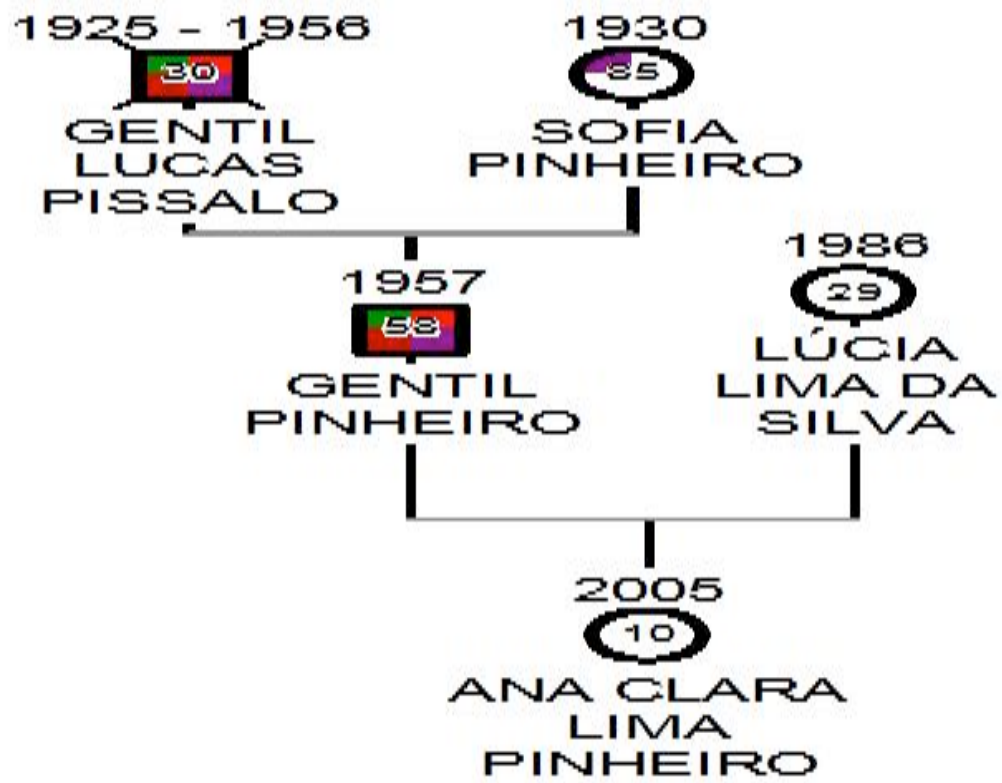
ção é de manter cuidados com a sua saúde já que como dono de um negócio de salgadinhos não tem o mínimo de cuidado com a sua enfermidade, abusa de comer o produto que ele elabora alegando que é para testar a qualidade e ainda não é rigoroso com o horário para tomar os remédios. Lúcia expressa preocupação pela saúde do seu marido que além é o sustento da casa e vê com muita preocupação sua situação.

A nossa equipe foi até a residência da família e no dia da visita encontramos ao Gentil trabalhando na sua fábrica de salgadinhos mas fomos atendidos por ele, como médico dei para eles as orientações a seguir relacionadas com a sua saúde e na hora do exame descobrimos que estava com glicemia de 410 mg/dl e PA de 150/100 mm/Hg, sendo necessário medicar e controlar esses valores. Pedimos para ele comparecer no posto de saúde para fazer acompanhamento regular além da necessidade de que devia fazer exames de sangue, de urina, eletrocardiograma, exame oftalmológico e outros a mais. Felizmente Gentil entendeu que se ele não se controlava ia-se colocar em risco de morte deixando sem amparo a família que dele dependia. Para conseguir resultados com ele, foi preciso acionar o NASF, dando entrada o psicologista e o nutricionista, principalmente para ajudar na confecção de um plano de ação para resolver a situação dele.

Hoje o Seu Gentil entendeu que a sua saúde é a coluna principal da estabilidade na sua família, conseguiu ser disciplinado em não violar os horários das medicações e contratou outra pessoa que cuidasse do negócio. Na última consulta me disse que graças à gente ele entendeu a necessidade de se cuidar pois quer envelhecer vendo crescer sua filha. Para direcionar esta situação em particular foi importante acionamento do NASF. (BRASIL, 2014) Caderno da atenção básica do MS Nº 16 Diabetes Mellitus. (BRASIL, 2006)



## 2.1 GENOGRAMA



### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**

Desde a faculdade sempre ouvimos falar os nossos professores de pediatria e também participamos com eles, de atividades de promoção de saúde, direcionados à prevenção de doenças parasitárias. Sempre fazendo ênfase que na prevenção existe a maior arma no combate dessas doenças que mesmo desde a antiguidade até a atualidade seguem sendo um grande problema de saúde. Atuar no mais médicos em áreas periféricas dá a possibilidade de interagir com comunidades carentes em muitos casos de água tratada e rede de esgoto que sendo juntadas aos problemas sociais se apresentam como verdadeiros problemas de saúde e que se bem é certo que afeta toda a população, são as crianças as mais prejudicadas pela vulnerabilidade que apresentam. Aproveitarei essa atividade e aproximarei a situação apresentada na nossa UBS que teve que ser resolvida pela ESF há quatro meses atrás relacionada com um surto de parasitose intestinal em um grupo de crianças da creche comunitária.

Todo ocorreu quando no dia da demanda espontânea fiquei alarmado pela quantidade de crianças entre três e cinco anos que tinham comparecido para consulta trazida pelos pais com episódios muito parecidos de dores abdominais que vinham evoluindo durante quatro semanas e diarreias agudas em vários deles. Na hora tive a suspeita que um surto estava se apresentando, pela similaridade entre os sintomas e pelo exame físico. Além de solicitar exames complementares e indicar tratamento sintomático e empírico pela minha experiência na área, decidi ir atrás da origem dessa situação e pedi para sair com a enfermeira da equipe assim como com outros dois integrantes desta, o Fábio e o Arialdo, ACS.

Chegamos na creche e não precisamos muito procurar pois o cheiro de esgoto era forte e precisamente nesse dia tinham decidido fechá-la para manutenção. Um cano de esgoto tinha estourado e contaminado o poço artesiano que subministrava água que era utilizada para limpeza do local só que houve dois dias e que a entrega de água mineral falhou e foi necessário utilizar a água

do poço para a preparação das refeições “sem ter em consideração que precisava de ser tratada para estar apta para essas atividades”.

Voltando ao caso, as crianças estavam com diarreia aquosa, às vezes com mau cheiro, que pelo relato dos pais se alternavam com fezes moles e gordurosas; fadiga ou mal-estar; cólicas abdominais e inchaço; arroto com um gosto ruim; náusea e perda de peso. Foi decidido realizar coleta de fezes para exames de laboratório assim como amostras de água para estudo e indicamos Al-bendazol para tratar a possível infecção por Giárdia, sabendo que giardiase é muito mais comum em crianças do que em adultos, as crianças são mais propensas a entrar em contato com fezes, especialmente se usam fraldas, estão aprendendo a usar o banheiro ou frequentam creches e escolas infantis. As pessoas que trabalham com crianças pequenas também estão em maior risco de desenvolver a infecção por giárdia assim também nas situações em que se carece de acesso à água potável: a giardiase é mais incidente onde o saneamento é inadequado ou a água não é segura para beber. (BRASIL, 2013a).

Semanas posteriores ao acontecido as crianças melhoraram muito e foi recebida a confirmação de que haviam detectado a presença de Giárdia Lamblia na água analisada. A situação foi notificada com o órgão correspondente para adotar as medidas administrativas pertinentes. Na procura de orientar à população para evitar outros surtos posteriores assim como de prevenir outras doenças infectocontagiosas que poderiam trazer grandes danos nos indivíduos da comunidade realizamos palestras instruindo e informando à comunidade; cientes de que estima-se que infecções intestinais causadas por helmintos e protozoários afetem cerca de 3,5 bilhões de pessoas, causando enfermidades em aproximadamente 450 milhões ao redor do mundo, a maior parte destas em crianças. (ALVES, JR. MACEDO, 2003).

Desnutrição, anemia, diminuição no crescimento, retardo cognitivo, irritabilidade, aumento de suscetibilidade a outras infecções e complicações agudas são algumas das morbidades decorrentes. A prevalência de infecções por parasitos intestinais é um dos melhores indicadores do status socioeconômico de uma população e pode estar associada a diversos determinantes, como instala-

ções sanitárias inadequadas, poluição fecal da água e de alimentos consumidos, fatores socioculturais, contato com animais, ausência de saneamento básico, além da idade do hospedeiro e do tipo de parasito infectante. (ALVES, JR. MACEDO, 2003).

Ainda que, nas últimas décadas, o Brasil tenha passado por modificações que melhoraram a qualidade de vida de sua população, as parasitoses intestinais ainda são endêmicas em diversas áreas do país, constituindo um problema relevante de Saúde Pública. (ZABLUTI, F. TEIXEIRA, 2008) medidas como:

1. O tratamento adequado das fezes.
2. O tratamento adequado da água.
3. O tratamento adequado dos alimentos.
4. Os hábitos de higiene.
5. A eliminação de vetores.
6. A prevenção da oxiurose

Foram colocadas no conhecimento da população e percebemos que foram apropriados esses conhecimentos já que conseguimos em primeira instancia erradicar o surto na creche e posteriormente importar as famílias sobre a problemática e a sua fácil prevenção.

#### **4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.**

Sem dúvida alguma uma das atividades que confere o diferencial à saúde na atenção básica o constitui a Atenção Domiciliar (AD). Segundo se descreve no Manual para monitoramento e avaliação do programa Melhor em casa do Ministério da Saúde 2014 a AD é uma modalidade que vem sendo experimentada no Brasil, com diversos arranjos, desde a década de 1960, cobrando destaque as experiências municipais iniciadas nas décadas de 1990 e 2000, que avançaram na concepção da AD como uma modalidade que deve estar articulada em rede e organizada através de serviços compostos por equipes multiprofissionais de referência. (BRASIL, 2014).

Destinado principalmente para os usuários que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. AD pretende oferecer ao usuário um cuidado e acompanhamento mais perto da rotina da família, sem a necessidade de realizar internações hospitalares o expondo de contrair outras doenças e que produzem desconforto para ele e para sua família. Conforme a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. (BRASIL, 2013b).

A nossa equipe de saúde da família (ESF) desenvolve várias ações que são realizadas no domicílio, como o cadastramento de usuários, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. Com frequência semanal são visitados aqueles usuários previamente apresentados pelos ACS nas reuniões de equipe de modo que a gente

vá sempre sabendo qual a situação existente e quais seriam as soluções e/ou alternativas para lhe oferecer no momento da ação de saúde. Ao realizar esses atendimentos se redimensiona o conceito de saúde da família pois a AD potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade universalidade equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde doença.

Refletir sobre o processo de acompanhamento de pacientes em visitas domiciliares penso seria muito extenso entrando em detalhes, pois as histórias e vivências da equipe tem sido inúmera e constitutiva de grandes desafios e conquistas. ANDS é mulher de 56 anos, que no começo de 2015 sofreu AVC isquêmico deixando nela graves sequelas motoras por hemiplegia direita e perda quase total da fala, antecedentes de HAS e DM que controlava com Losartana 50 mg/ 2 vezes dia, Anlodipino 5mg/ dia, Furosemida 40 mg/dia, AAS 100 mg/dia para manter cifras de PA sob controle e tomava 25 unidades de Insulina NPH de manhã e mais 10 pela noite.

Suma-se ao anterior a obesidade e o descaso próprio com a sua saúde, mora com seu único filho de 24 anos, guarda de segurança. Na festa da virada do ano abusou de mais fazendo descaso das suas doenças e foi aí que aconteceu o episódio que levou ela para UTI do Hospital internada durante 35 dias pois teve além uma Pneumonia. Foi comunicada pela ACS que trabalha nessa micro área do acontecido e ficamos apreensivos já que a ANDS é uma senhora muito querida na comunidade. Após alta hospitalar foi que caiu mesmo a ficha para ela ao se ver que estava dependente de uma cadeira de rodas e sem se valer por si só. ANDS caiu em depressão e como toda responsabilidade nos cuidados e atenções pela casa e as despesas caíram sobre o filho este “para se relaxar” começou beber.

Foi necessário acionar o NASF para nos apoiar na abordagem do caso, pois a situação parecia sair-se de controle já que tinham-se acrescentado à HAS e o DM a hemiplegia e suas sequelas assim como a depressão e o consumo de álcool pelo filho dela quem a devia cuidar. Nessa situação a abordagem principalmente no sentido de manter controlada as doenças crônicas, assim como a realização de fisioterapia domiciliar de conjunto ao apoio da psicó-

loga possibilitaram uma recuperação o suficiente para hoje ANDS pudesse falar alguma coisa e assim se comunicar com o básico e mexer o braço direito. Já em relação do seu filho o CAPS lhe ajudou orientar sua vida e não achar o álcool como a saída mais rápida.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Ser participante do PMMB tem sido uma oportunidade única, pois estou fazendo história mudando a maneira de ver a situação de saúde das pessoas e suas famílias na comunidade onde atuo e me transformando, por conseguinte, em uma pessoa distinta, que mudou a forma de conceber a medicina de família e comunidade, a partir da minha participação nesse programa.

Formei-me em Cuba e lá apreendi a importância de ver as pessoas como um ente biopsicossocial. Quando retornei ao Brasil, já com meu diploma revalidado, eu tinha o sonho de poder colocar em prática esses aprendizados e com o PMMB chegou à oportunidade esperada para fazer saúde nas pessoas da terra onde eu nasci, saldando assim a minha própria dívida com a humanidade, sendo formado como médico e ajudando ao próximo. O dia a dia na Atenção Básica é uma escola. Às vezes acreditamos saber de tudo, mas só enfrentando a realidade é que apreciamos a magnitude das coisas e é assim como começamos a apreender de novo, em contato direto com esse usuário que precisa de nós, que reclama a nossa ajuda e que a cada dia nos ensina como sermos pessoas melhores.

O trabalho em equipe, utilizando os protocolos de atuação do Ministério da Saúde, fez com que standardizássemos um serviço à população seguindo aquilo que é preconizado para cada área em específico, oferecendo: consultas de acompanhamento pré-natal, puericultura, acompanhamento de doenças crônicas, atenção à saúde da pessoa idosa, assim como a promoção de saúde, tudo isso sem deixar de falar dos outros serviços vitais que são realizadas na UBS.

O curso de especialização trouxe uma oportunidade única de interação com profissionais dos mais diversos países que participam do PMMB, nos ajudando a fazer saúde e trocar experiências com todos os atuantes em diferentes partes do

Brasil, de diferentes realidades, promovendo o aperfeiçoamento profissional. Mediante esse curso me apoderei de conhecimentos atuais que mediante os casos complexos pelo curso oferecidos deram a possibilidade de interagir desde diferentes pontos de vista para abordagem integral da saúde dos usuários com situações que a diário acontecem no nosso cenário de trabalho e que desde a perspectiva do profissional médico, por si só não seriam completamente resolvidos. Uma mistura de emoções me envolve hoje ao término do curso de especialização, pois vejo o que foi conseguido se traduzindo em uma melhor preparação profissional para atender as demandas de uma população que precisa de qualidade de saúde.



## REFERÊNCIAS

1. ABESO. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. 3<sup>a</sup>. ed. SÃO PAULO. p. 09-19, 2009.
2. ALVES, JR. MACEDO, H. Parasitoses intestinais em região semi-árida do Nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. Caderno Saude Pública. Vol. 2. Brasília. p. 667-670, 2003.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. DIABETES MELLITUS. N<sup>o</sup>16. Brasília. p. 25-43, 2006.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Volume II. 1<sup>a</sup>. ed. Brasília. p. 60-62, 2013.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa. CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. VOLUME 1. BRASÍLIA. P. 19-39, 2013
6. BRASIL, Ministério da Saúde. CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília. P. 87-100, 2014.
7. IBGE. Banco de Dados. ACRE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac>>. Acesso em: 12 jun. 2016.
8. ZABLUTI, F. TEIXEIRA, J. As Parasitoses Intestinais no Brasil. Disponível em: <<http://profjaborritmo.blogspot.com.br/2010/11/as-parasitoses-intestinais-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

## **ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**JEAN CARLO LIMA GONÇALVES**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS VITÓRIA I,  
EM RIO BRANCO- AC.**

**Rio Branco, 2016.**

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2007). No Brasil, identificam-se marcos legais nacionais que favoreceram o percurso de amadurecimento sobre a questão do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 por meio da Lei 8.842. (Brasil, 1994).

Na década de 1990, no âmbito do Governo Federal, instituíram-se programas de benefícios que foram ampliados significativamente pelo Programa Bolsa Família (2004), com uma cobertura social que atende, contempla, pelo menos, 8 de cada 10 pessoas idosas no Brasil (BRASIL, 2006). Se constitui num desafio, conseguir que pelo menos 85% da população acima dos 60 anos compareça regularmente às consultas, tenham acompanhamento adequado do seu processo de envelhecimento e das consequências que estes trazem, seja orgânica ou emocionalmente, cadastrá-los, acompanhar sua saúde bucal (RAMOS, p. 72-78, 2002).

Em Rio Branco, capital do estado de ACRE tem uma população segundo último censo de População 2010 pelo IBGE ao redor dos 357 000 habitantes. Encontra-se a UBS Vitória I, localizada numa região urbana e formando parte de uma ampla rede de unidades e centros de saúde atendidos pela Secretaria Municipal que se distribui nos seguintes tipos de serviços e estabelecimentos:

|  |                                       |                           |  |           |                             |                     |
|--|---------------------------------------|---------------------------|--|-----------|-----------------------------|---------------------|
| Unidade Básica de Saúde (Com Equipe de Saúde da Família) | Unidade Básica de Saúde (Tradicional) | Núcleo de Apoio à Família | Centro de Especialidades Odontológicas | Hospitais | Centro de Apoio Diagnóstico | Laboratório Central |
| 53   | 13                                    | 2                         | 1                                      | 4         | 1                           | 1                   |

A unidade na qual atuo como médico dá cobertura assistencial para uma população de 2574 pessoas, distribuídas em 521 famílias, mais detalhado no quadro a seguir:

| Faixa etária       | Feminino | Masculino | Total |
|--------------------|----------|-----------|-------|
| Menores de 1 ano   | 41       | 39        | 80    |
| Menores de 5 anos  | 76       | 73        | 149   |
| Entre 5 e 14 anos  | 189      | 103       | 292   |
| Entre 15 e 59 anos | 834      | 1003      | 1837  |
| Com 60 anos e mais | 92       | 124       | 216   |

Baseados nesses dados, com fatos do dia a dia e da realidade que estamos vivendo não só no Brasil como no mundo em geral que estamos pretendendo focalizar o nosso trabalho de intervenção à população idosa, abarcando aqueles com 60 anos e mais da nossa área (hoje um 8,3 % da população total) com a intenção de Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Vitória I, em Rio Branco/AC.

## PROBLEMA

Constitui-se um problema de saúde hoje em dia, a situação das pessoas com 60 anos e mais, a ocorrência de moléstias e agravos; o acompanhamento de doenças crônicas e medicações consumidas, a sistematicidade no acompanhamento médico, a avaliação da fragilidade e hábitos alimentares assim como a saúde bucal. Aparece no dia a dia da rotina de trabalho na UBS que não se realizam os procedimentos adequados para avaliar, identificar e manejar as situações acima descritos, que junto às várias posições de descaso pelos familiares, a impossibilidade de se deslocar até os serviços de saúde ou ficar alguns deles acamados, colocam peso em detrimento da falta de atenção integral à saúde do idoso.

## JUSTIFICATIVA

Os problemas identificados no dia-a-dia do trabalho da equipe na unidade de saúde Vitória I em relação ao atendimento de saúde para as pessoas idosas podem ser potencialmente revertidos, atuando na direção de minimizar os indicadores presentes que levam à manutenção desse problema. Ao fazer um engajamento da situação de saúde da população idosa às famílias e enxergando como um todo essa problemática seremos capazes de em primeiro lugar melhorar a qualidade de vida desses usuários, lhes oferecer serviços de qualidade traduzidos em mais sistematicidade de atendimento, ofertas de tratamento para doenças sofridas, quebrando barreiras e nos trasladando a equipe até as suas casas lhes proporcionando atendimento domiciliar caso necessário; incluir a avaliação da saúde bucal assim como a solução de problemas odontológicos na medida da capacidade instalada.

## RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

A relevância desta intervenção será em primeiro lugar melhor atendimento aos usuários idosos desde que melhoramos a qualificação do nosso atendimento, com aperfeiçoamento dos membros da equipe, isso em mediano prazo trará envelhecimento com saúde, sistematicidade no acompanhamento na atenção básica e resolutividade das situações mais comuns a se apresentar.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar a atenção à saúde do idoso na UBS Vitória I em Rio Branco/AC.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS E METAS

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso
- Melhorar a qualidade da atenção odontológica ao idoso na Unidade de Saúde
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência
- Promover a saúde dos idosos

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

O Estatuto do Idoso (LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003) define um idoso como pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em seu primeiro artigo:

Art. 1º - É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.



O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (Brasil,2007).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade.

Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (Brasil, 2007). Sabe-se que, à medida que o ser humano envelhece muitas tarefas do cotidiano, consideradas banais e, portanto, de fácil execução, vão cautelosamente e muitas vezes de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até que o indivíduo percebe que já depende de outra pessoa para tomar um banho, por exemplo (CEOLIM, 2007).

A avaliação da capacidade funcional é relevante como indicativo de qualidade de vida do idoso. O desempenho das atividades de vida diária (AVD) é considerado um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação, sendo utilizado pelos profissionais da área de saúde, e de extrema valia para o enfermeiro, para avaliar graus de dependência de seus clientes (CEOLIM, 2007).

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos (Ramos, 1993; Silvestre, 1998.). Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade (Alves, 1997; Veras, 2001)

#### **4. METODOLOGIA**

Este projeto compreende-se como um estudo exploratório, de campo com uma abordagem qualitativa e quantitativa e estará estruturado para ser desenvolvido no período de cinco meses na Unidade de Saúde da Família (USF) Vitória I, no Município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção 216 usuários compreendidos com 60 anos de idade e mais os que serão o nosso alvo, de um total de 2 574 pessoas da nossa área de abrangência. Do total de idosos, 92 são mulheres e 124 são homens. As ações a serem realizadas compreendem quatro etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações, monitoramento e avaliação que responderão aos objetivos propostos para a realização deste trabalho.

##### **PRIMEIRA ETAPA: PACTUAÇÃO DAS AÇÕES**

Este projeto que estamos propondo será apresentado aos membros da ESF da UBS Vitória I na primeira semana do mês de dezembro. Nesse momento serão detalhadas todas as atividades que serão realizadas assim como a distribuição de responsabilidades entre os integrantes da equipe, quines desenvolverão as ações propostas. Pretende-se também informar e envolver na realização desta pesquisa à gestão municipal de saúde, ao conselho municipal de saúde e às lideranças comunitárias, com a finalidade de dispor do seu apoio para a realização desta atividade.

##### **SEGUNDA ETAPA: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

No mês de dezembro pretendemos dar começo às atividades relacionadas com esta pesquisa, envolvendo na realização dela a todos os fatores já sejam da equipe como da gestão municipal e comunidade. A organização e gestão do serviço encontra-se em estreitos nexos com cada um dos objetivos propostos para a realização desta pesquisa e darão início no mês de dezembro estendendo-se por cinco meses. Cada uma das atividades terá periodicidade mensal e

como ferramentas para coletar informações e analisar dados utilizaremos uma planilha de coleta de dados da saúde da pessoa idosa que compreenda todos os objetivos desta pesquisa assim como as metas de cada um deles (Anexo I), uma ficha espelho da saúde da pessoa idosa (anexo II) assim como a ficha de saúde bucal (Anexo III). Em relação de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso se direcionará o trabalho dos ACS no cadastro dos 100 % do total dos idosos da área que ainda ficam fora do nosso alcance para possibilitar assim um melhor atendimento; assim como realizar o correto preenchimento dos dados e das informações estatísticas em relação ao grupo priorizado no qual estamos trabalhando.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde vamos colocar à disposição recursos necessários para realizar a Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) nos idosos, treinar pessoal específico para realizar esta tarefa (selecionaremos dois ACS e enfermeira), definir as atribuições de cada profissional da equipe na AMR dos idosos o que fosse possível ao estabelecer as responsabilidades de cada membro da ESF para desenvolver as ações citadas anteriormente.

Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos para o qual será necessário definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos assim como garantir busca aos idosos que não realizaram o exame clínico apropriado, para o qual vamos elaborar uma planificação das atividades dos membros da ESF que possibilite estabelecer as atribuições de cada um na realização dos exames clínicos nos idosos que tenham hipertensão ou diabetes mellitus assim como controlar a sua regularidade nos exames clínicos apropriados; organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares que será ao estabelecer a criação de uma agenda especial que preencha os dados dos idosos com HAS/DM que sejam provenientes das visitas domiciliares.

Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e realizar lhes visita domiciliar o que demandará organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção periodicamente e

apoiado no trabalho dos ACS a situação atual dos idosos cadastrados de fato seja possível planejar as visitas domiciliares para acompanhar sua situação e avalia-los. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assim como os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), sendo de vital importância para isso melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS, e lhes garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico assim como a primeira consulta em 100% dos, sendo necessário para isso organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, cadastrá-los, oferece-lhes atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Em relação do objetivo que atende melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso será preciso fazer a busca do 100% dos idosos faltosos às consultas programadas mediante a realização pelos ACS de visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizando a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Pretendendo melhorar a qualidade da atenção odontológica ao idoso na Unidade de Saúde torna-se importante manter registro específico de 100% das pessoas idosas e distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, atividades estas que serão da total responsabilidade do ACS sob controle e supervisão pelo médico e que exigirão manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados e por outra parte solicitar da gestão municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O quinto objetivo que discute mapear os idosos de risco da área de abrangência prevê rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e avaliar a rede social de 100% dos idosos; atividades estas

que exigirão a dedicação da equipe em total composição e supervisão pelo médico. Se faz necessário priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade de atendimento aos idosos com fragilização na velhice e facilitar-lhes o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Finalizando esta etapa trabalharemos a promoção de saúde dos idosos que terá foco em garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, para a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Torna-se imprescindível definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física. Necessário também organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

#### QUARTA ETAPA: EXECUÇÃO DAS AÇÕES

Serão com começo no mês de dezembro a realização destas ações propostas. Para a realização de todas as ações empregaremos aquelas informações coletadas pelos ACS e pelo restante da equipe queines sob a orientação do médico as obterão dos prontuários, da planilha e fichas propostas além dos mapas de atendimento individual. Como explicado anteriormente, serão escolhidos os integrantes da equipe que trabalharão no preenchimento das ferramentas de coleta, embora todos estarão envolvidos neste processo.

## 5. CRONOGRAMA

| ATIVIDADES   | DEZ | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Capacitação da Equipe  | X   |     |     |     |     |     |     |
| Estabelecer e definir prioridades de cada membro da ESF  | X   |     |     |     |     |     |     |
| Cadastramento de todos os idosos   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde do idoso | X   |     |     |     | X   |     |     |
| Atendimento clínico aos idosos   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Atendimento odontológico aos idosos  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Grupo de idosos  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Busca ativa dos idosos faltosos.   |     | X   |     | X   |     | X   |     |
| Treinamento adequado aos ACS   | X   |     |     |     | X   |     |     |
| Visita Domiciliar  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Monitoramento, avaliação e controle periódico das atividades relacionadas à intervenção  | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Relatório da Intervenção   |     |     |     |     |     |     | X   |

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

- a. Médico
- b. Enfermeira
- c. Dentista
- d. Auxiliar de dentista
- e. Agentes comunitários de saúde

### **6.2 RECURSOS HUMANOS**

- Computador com acessórios
- Papel sulfite tamanho A4
- Canetas esferográficas na cor preta e azul
- Datashow
- Caderno da Atenção Básica-n.º 19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.
- Caderneta de saúde da pessoa idosa.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Deseja-se que quando finalize a intervenção na UBS Vitória I hajamos conseguido qualificar a atenção à saúde do idoso, o que será possível após conseguir ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, trazendo à rotina esses usuários da nossa área, depois de melhorar a qualidade da atenção e da adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, o que estenderá o nosso serviço produzindo uma mudança na maneira em que estavam sendo acompanhados esses usuários, que repercutirá na qualidade de vida deles, na capacitação da equipe para abordar os assuntos das pessoas idosas e humanizar o serviço de modo geral.

Será possível possuir dados certos em relação dos idosos identificados com doenças crônicas, com dificuldades para locomoção ou acamados e outros aspectos relacionados com a qualidade de vida. Finalmente estabeleceremos uma rotina de atividades educativas direcionadas à promoção de saúde que complementarás as ações na área de saúde da pessoa idosa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, M. O. D. H; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Ver. Esc. Enferm USP, v. 41, n. 3, set. 2007.
2. ALVES, M. I., 1997. Evolução da Mortalidade da População Idosa no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
3. LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.
4. VERAS, R. P., 2001. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP, 51:72-85.
5. ZIEMERMAN, G. I. Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. In: .Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a. 228 p. Cap. 2, p.21-25.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The uses of Epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO, 1984. Technical Report Series 706

