



**JULIO CESAR ESPIN FALCÓN**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: FERRAMENTA QUE GARANTE ATENÇÃO  
HUMANIZADA E DE EXCELÊNCIA NESTA ETAPA DA VIDA.**

**CODAJÁS-AMAZONAS**

**2017**



**JULIO CESAR ESPIN FALCÓN**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: FERRAMENTA QUE GARANTE ATENÇÃO  
HUMANIZADA E DE EXCELÊNCIA NESTA ETAPA DA VIDA.**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
apresentado à Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre -  
UFCSPA como requisito indispensável para  
a conclusão do curso.

Orientador: Ana Catarina

**CODAJÁS-AMAZONAS**

**2017**

## RESUMO

Meu nome é Julio Cesar Espín Falcón, sou cubano e me graduei com o título de Doutor em Medicina o dia 15 de agosto de 1995, em janeiro de 2016 comecei no “Programa Mais Médicos”, como médico no município Codajás; sua população é estimada em 27.303. Trabalho na Unidade Básica de Saúde “Ana Gerusa Braga”, cuja área de abrangência atende uma população estimada de 3413 habitantes, destes 330 são maiores de 60 anos. O Projeto de Intervenção com o título: Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS “Ana Gerusa Braga”, Codajás, Amazonas, esta direcionado para todos os idosos pertencentes à UBS com 60 anos e mais, com a proposta de desenvolver um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. A Equipe “Ana Gerusa Braga” tem como desafios desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, que permitam diminuir a incidência das doenças mais frequentes de nossa comunidade; garantindo o atendimento dos diferentes programas da Atenção Primária à Saúde, onde a visita domiciliar constitui uma ferramenta fundamental para prestar adequada assistência de saúde no próprio domicílio. O curso de “Especialização em Saúde da família” constituo para mim o garante de um processo de aprendizagem completo, dinâmico, muito bem estruturado e eficiente; oferecendo as possibilidades de aprender de maneira dinâmica e interativa, com acesso as informações atualizadas e aos recursos para o desenvolvimento das atividades; o que permitiu mudanças na minha prática profissional.

**Descritores: Assistência à saúde, Prevenção de doenças, Promoção da Saúde, Serviços preventivos de saúde.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>9</b>
<b>3. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>12</b>
<b>4. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>5. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>21</b>
<b>6. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>29</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Julio Cesar Espín Falcón, sou médico natural de Cuba e participante do “Programa Mais Médicos no Brasil”. Em Cuba me graduei com o título de Doutor em Medicina o dia 15 de agosto de 1995, pelo Instituto Superior de Ciências Médicas da Habana Cuba. Iniciei minha carreira profissional como médico em Medicina Geral no município de Calimete na Província de Matanzas por três anos, ao mesmo tempo em que realizava a residência em Medicina Geral Integral em Primer Grado, terminando o dia 20 de outubro de 1999.

Posteriormente e durante dois anos atuei como médico na República Popular de Mali em pronto atendimento e seis meses mais tarde e durante um período de sete anos trabalhei como médico na República Bolivariana de Venezuela, vinculando as atividades assistenciais com as de superação profissional e docente como professor no Programa de Formação de Medicina Integral Comunitária (PFMIC); onde realizei o mestrado em Educação Médica Superior (5 de outubro de 2007) e a especialização em Medicina Geral Integral em Segundo Grado (4 de abril de 2009), depois comecei como professor auxiliar no departamento do Pós-graduação na Faculdade de Ciências Médicas “General Calixto Garcia”, na Habana e até o momento atual. Em janeiro de 2016 comecei no “Programa Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), onde atuo como médico na Cidade Codajás.

Codajás é um município brasileiro localizado no interior do estado do Amazonas. Pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e da microrregião de Coari, sua população é estimada em 27.303 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Ana Jerusa Braga”, localizada na Rua João Pessoa, cuja área de abrangência atende ao “Bairro Laguiño”, mas parte da população reside em zona urbana e outra em zona rural, o que torna difícil o acesso aos serviços básicos de saúde e de nossa visita aos seus domicílios. O território adscrito à UBS corresponde a 12 micros áreas, a maioria delas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico e cultural, ausência de saneamento básico, número alto de residências com condições de higiene e infraestrutura inadequada; áreas de alagamento no período de chuvas, além do perigo potencial de lixeiros; e a maioria da população não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos. Na área

há quatro escolas públicas, dois quadras de esportes, nove igrejas, uma delas é católica, oito evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), além de vários mercadinhos.

A UBS é antiga, tem 12 anos de existência, com uma reforma estrutural de dois anos, inaugurada no mês de março de 2014, como projeto da prefeitura do município e tem condições estruturais para o atendimento da população, têm os serviços básicos de água, energia elétrica e os ambientes são climatizados; sua estrutura física é composta por uma sala de recepção para acolhimento onde também estão os prontuários organizados em uma estante, 1 consultório para avaliação médica, 1 consultório odontológico, 1 sala de vacinas, 1 sala para lavagem e esterilização de materiais, 1 consultório para enfermagem, 1 sala para triagem, curativos e compartilhada com a nebulização, uma cozinha e um banheiro para pacientes e outro para os profissionais.

A equipe de saúde atende a uma população estimada de **3413** habitantes. Os prontuários são organizados por família tendo cada um deles a ficha individual. Do total da população, **1757** são do sexo masculino e **1656** são do sexo feminino; destes, **330** são maiores de 60 anos. A distribuição atual da população residente na área por sexo e faixa etária tem como fonte o cadastro dos ACS; conforme **Tabela 1** (Anexo 2).

A UBS funciona hoje com uma equipe de saúde formada por uma enfermeira, um médico, um dentista, um técnico de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, uma vacinadora, doze Agente Comunitário de Saúde (ACS), dois recepcionistas e duas Auxiliares de Serviços Gerais (AGS).

A UBS atende a demanda de segunda a sexta feira das 8:00 às 12:00h e no turno da tarde das 14:00h às 17:00h por meio de distribuição de fichas e agendamentos. Os serviços que a Unidade de saúde oferece a população são consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, incluindo pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança (puericultura), puerpério, planejamento familiar, demanda espontânea, programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (Hiperdia), visitas domiciliares, triagem e realização de curativos, entre outras; conforme **Tabela 2** (Anexo 3). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: as dermatológicas (micoses cutâneas), as parasitoses, doenças respiratórias, doenças do trato urinário baixo e as doenças crônicas não transmissíveis como a Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial; sendo a

gravidez na adolescência um problema de saúde na área. Entre as principais causas de mortalidade destacam as doenças do aparelho circulatório (Doenças Coronarianas, Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral e as Sequelas de Acidente Vascular Cerebral); além das doenças neoplásicas e doenças respiratórias em menor frequência.

**O Projeto de Intervenção** com o título: Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS “Ana Geruza Braga”, Codajás, Amazonas, esta direcionado para todos os idosos pertencentes à UBS com 60 anos e mais, com a proposta de desenvolver um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica.

Na UBS o programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar, pois a cobertura de saúde da pessoa idosa é baixa, o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia em que é feito a consulta dos pacientes hipertensos e diabéticos, o que limita a cobertura de atenção, não é feita investigação de fragilidade de forma periódica, ou seja, não existe um trabalho organizado e planejado com a saúde da população idosa.

São poucas as pessoas idosas que têm a **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. <sup>(3)</sup>

Na unidade não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, importante para verificar idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco e procedimentos em atraso, além de possibilitar o planejamento e organização das ações de saúde e o controle das doenças crônicas não transmissíveis. Constitui-se, assim, o problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: Como melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”, no Município Codajás, como uma prática interdisciplinar e sistemática, que lhes proporcione um envelhecimento saudável? Melhorar a qualidade do atendimento dispensado à pessoa idosa é a principal meta da intervenção proposta, viabilizando qualificar a equipe de forma mais focada, ampliar o acesso da população e corrigir possíveis falhas no modelo

assistencial, modificando inclusive alguns processos de trabalho, possibilitando assim acesso irrestrito para essa parcela da população a fim de qualificar a atenção à saúde. Reconhecer que a população de modo geral está envelhecendo é o que nos move inicialmente a pensar de modo mais focado e objetivo nas ações de saúde voltadas para a população idosa pertencente à Unidade de Saúde “Ana Geruza Braga”.

É necessário pensar em estratégias de implementação do cuidado ao idoso, desenvolver ações preventivas, educativas e com redução de riscos e danos, que garantem condições para a melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas; tendo em conta que as equipes de saúde na Atenção Básica dispõem de importantes ferramentas para a garantia de uma atenção humanizada nesta etapa da vida.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Primeira consulta: 20/3/2017

C.M.R, paciente masculino de 62 anos de idade, aposentado, trabalhou a vida toda como agricultor; fumante há 42 anos, diz que um maço dura 2 dias, mas às vezes, quando está estressado chega a fumar um maço por dia; com antecedentes de sofrer tosse abundante, falta de ar e catarro frequentemente, explica que durante os primeiros sintomas nunca procurou um médico, pois achou que fora pela consequência somente do cigarro; posteriormente apresentou doenças respiratórias como DPOC exacerbada e DPOC infectada de repetição, motivos de internação hospitalar em mais de uma ocasião, pela dispneia e o cansaço geral que sofreu.

Durante a anamnese afirma ter falta de ar, especialmente quando realiza atividades físicas, queixa um chiado e aperto no peito, diz que tem que limpar a garganta logo no início da manhã, devido ao excesso de expectoração de cor amarela ou esverdeada que produz a tosse, predominantemente pela manhã após o despertar, além da falta de energia pra fazer suas atividades diárias, precisando de mais tempo que para sua esposa de 65 anos, e começar o seu dia, relata que trocar sua calça ou andar depressa, como antes pela sua casa, vira um desafio diário para ele, o que lhe provoca humor deprimido, tristeza e perturbação do sono.

### **Ao Exame físico, Triagem:**

- PA: 130/80 mmHg
- Peso: 62 kg.
- Altura: 1.78 m
- IMC: 19.56 (Normal).
- Inspeção Geral: fácies e aspectos sugestivos de DPOC.
- A/Respiratório:
- Inspeção: tórax em tonel, sugestivo de DPOC.
- Percussão: hipersonoridade.

Auscultação: murmúrio respiratório ligeiramente diminuído, com presença de estertores roncós e sibilos disseminados em ambos os campos pulmonares, principalmente à expiração forçada. FR: 24 rpm. A/Cardiovascular: sem alterações. FC: 84 bpm. A/Digestivo: abdômen plano, suave, depressível, não doloroso à palpação superficial; não tem visceromegalia; ruídos hidroaéreos presentes e normais. TCS: Não presença de edemas.

SNC: Paciente orientado em tempo, espaço e pessoa; não se evidenciam alterações neurológicas. Solicito **exames complementares** para avaliação inicial: Radiografia de tórax (AP); Cultura de escarro; Hemograma Completo; Eletrocardiograma; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Glicemia de Jejum; Sumário de Urina.

## **Conduta**

**Tratamento Farmacológico:** Brometo de Ipratrópio: Solução para inalação (0.25mg/ml); administrar 20 gotas diluídas em 3 ou 5 ml de Solução Salina (NaCl 0,9%), inalada até esgotar a solução, com aplicações a cada 6 horas. Beclometazona: (Spray), Inalação oral, 100 mcg, a cada 8 horas, (dois Puff). Aminofilina (Comp. 100 mg), tomar 1 comp. a cada 8 horas, com preferência depois das refeições. Acebrofilina: (Xarope, 50 mg/5ml), 10 ml a cada 12 horas.

**Tratamento Não Farmacológico:** Oriento ao paciente e familiar sobre o diagnóstico de suspeita de “Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, tendo em conta o histórico de fumante, os sintomas referidos por ele e os achados clínicos ao exame físico. Explico cuidadosamente o uso de inaladores. Oriento para a cessação do tabagismo; explicar que o passo mais importante em qualquer plano de tratamento para a DPOC é parar de fumar. Encaminho para avaliação e apoio psicossocial pelo psicólogo, além de aconselhamento e intervenções farmacológicas; para a cessação do tabagismo. Aconselho redução da exposição à poluição ambiental, doméstica e ao fumo passivo. Oriento vacinar para a influenza e atualizar esquema de vacinação.

Oriento realizar exercícios físicos regulares concomitantes com o tratamento farmacológico; instruir o paciente para caminhar, pelo menos três vezes por semana, preferencialmente em superfície plana. Ele deve caminhar 40 minutos por dia começando mais lentamente, e deve progressivamente aumentar a sua velocidade,

respeitando suas limitações e condição clínica. Oriento recomendações nutricionais a fim de aproximar do peso ideal. Encaminhado para avaliação pela nutricionista.

**Segunda consulta: 3/04/2017:** O paciente C.M.R retorna a consulta de acompanhamento; refere melhoras com o tratamento médico e os cuidados feitos por ele e pelo apoio da família; explica que durante a primeira semana de tratamento diminuiu o consumo de cigarro, de um maço para 2 dias, para 3 cigarros por dia, e expressa sua vontade para deixar de fumar; a falta de ar, o chiado no peito e a tosse teve melhoras, ainda apresenta expectoração de cor esverdeada predominantemente pela manhã, mas pode liberar facilmente, do que diferencia da semana passada.

Trouxe os exames complementares solicitados na consulta anterior, permitindo realizar a avaliação inicial e a possibilidade de afastar diagnósticos diferenciais e outras comorbidades:

- Radiografia de tórax (AP): hiperinsuflação pulmonar.
- Cultura de escarro: amostra I e II negativas.
- Eletrocardiograma: Parâmetros de normalidade; FC = 84 bpm.
- Dosagem de colesterol total: 210 mg/dl
- Dosagem de colesterol HDL: 32 mg/dl
- Dosagem de triglicerídeos: 360 mg/dl
- Glicemia de Jejum: 92 mg/dl
- Sumário de Urina: sem alterações.

**Conduta:** Tendo em conta o histórico de fumante do paciente, aliado às alterações referidas por ele, os achados identificados no exame físico e os resultados dos exames complementários; oriento ao paciente e familiar sobre o diagnóstico confirmado de:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- Hipertrigliceridemia.

**Tratamento Farmacológico:** Manter o tratamento farmacológico e orientações gerais indicado na primeira consulta.

**Tratamento Não Farmacológico:** Recomendo uma dieta balanceada rica em frutas, verduras, legumes, vegetais, com baixo teor de gordura, sal e elevado consumo de água. Encaminho para avaliação com o especialista (Pneumologista), além da importância de solicitar a Espirometria, exame que é o padrão-ouro para diagnosticar e avaliar a gravidade da DPOC. Explico para o paciente e familiar à importância da espirometria, exame necessário em todas as pessoas com 40 anos ou mais, com história de tabagismo (atual ou pregresso) que se queixam de falta de ar aos esforços, tosse persistente e produção de catarro ou infecções respiratórias frequentes. Explico os critérios para hospitalização em exacerbação aguda da DPOC; de ser necessário.

### **3. VISITA DOMICILIAR**

A equipe de UBS realiza uma visita domiciliar na casa de o paciente C.M.R, no dia 11/04/2017. C.M.R, de 62 anos e portador de DPOC é casado com Maria de 65 anos de idade, aposentada, obesa, com antecedentes de Hipertensão Arterial há 26 anos, ambos tem dois filhos; Patrícia professora de 46 anos, obesa e Hipertensa e Juan de 42 anos de idade, com antecedente de Asma e alcoolista, que as 20 anos casou-se com Inês de 40 anos de idade, que sofre violência doméstica, pela consequência do uso abusivo de álcool de Juan, sem importar o mau exemplo que representa para Maria, sua filha de 18 anos. Patrícia conta que tem problema de relacionamento com seu irmão Juan, pela vergonha que representa para a família e o Bairro “Laguinho”, onde moram.

**Condições da vivenda:** A vivenda apresenta adequada limpeza e higiene, sua estrutura esta composta por dois quartos, com duas janelas cada um, uma sala de jantar, um banheiro; uma cozinha e um quintal de 16 m<sup>2</sup> aproximadamente, as condições de iluminação e ventilação são insuficientes; com presença de vectores e roedores no quintal. Observamos na cozinha o uso de fogão com forno elétrico, mas só para o uso casual, pelo custo do gás e a falta de dinheiro para comprá-lo, utilizando principalmente fogão doméstico, que provoca fumaça originada da combustão da lenha; a entrada a casa e a saída para o quintal é por meio duma escada de 1 metro aproximadamente, sem corrimão. A rua não e pavimentada e

apresenta buracos cheios de água da chuva e no período de seca a poeira é insuportável, incomodando aos moradores.

Conduta durante a visita domiciliar: Orienta-se mudar o uso das escadas com corrimão, se explica que subir e descer escadas são as tarefas mais difíceis e dispendiosas que existem dentro de casa para o paciente com DPOC. A principal dica é instalar corrimão na escada, isso fará com que o paciente tenha mais segurança, firmeza e equilíbrio. Acessar a escada sem pressa, passo a passo e devagar. Conselho redução da exposição à fumaça originada da combustão da lenha, poluição ambiental, doméstica e ao fumo passivo.

Retorno de C.M.R à consulta na UBS para mostrar avaliação pelo Pneumologista. Orienta-se aos demais integrantes da família para agendar consulta de Hiperdia. Orienta-se a família para avaliação integral e ajuda pela psicóloga. Comunicar a situação familiar à equipe de Assistência Social, para que visite a família, envolvendo a Rede de Apoio na identificação de vulnerabilidade social, Concelho Tutelar.

**Terceira consulta: 26/04/2017:** O paciente C.M.R retorna a consulta de acompanhamento; refere melhoras com o tratamento médico, não queixa falta de ar, só discreta tosse com expectoração de cor branca pela manhã, explica que felizmente desde uma semana atrás parou o consumo de cigarro; também ele trouxe a avaliação do Pneumologista e o laudo da Espirometria que mostra uma relação do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) com a capacidade vital forçada (CVF) (VEF1/CVF) menor que 0,70; com limitação moderada ao fluxo aéreo.

**Conduta:** Tendo em conta o histórico de fumante do paciente, os sintomas referidos por ele, os achados clínicos ao exame físico, os resultados dos exames complementares e a avaliação do especialista com laudo da Espirometria, oriento ao paciente e familiar sobre o diagnóstico confirmado de:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Moderada.
- Hipertrigliceridemia.

Oriento manter com disciplina o cumprimento do tratamento farmacológico e as orientações gerais indicado nas consultas anteriores. Encaminho ao paciente para o serviço de Fisioterapia no “Centro Integral para os Idosos” (CII) no próprio município; para avaliar as possibilidades de tratamento com técnicas fisioterápicas

de reabilitação respiratória, além de exercícios especializados para os membros superiores e inferiores, orientação de terapia ocupacional e fisioterapia, as que aumentam a resistência aos esforços e melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Se agenda retorno a consulta na UBS acordo o programa de controle para as doenças crônicas e repetir exames complementares para avaliação do estado de saúde de C.M.R.

#### **4. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

A Equipe Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”, no município Codajás, tem como desafios desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, que permitam diminuir a incidência das doenças mais frequentes de nossa comunidade; garantindo o atendimento dos diferentes programas da Atenção Primária à Saúde, intervir sobre os fatores de risco aos que a comunidade está exposta, oferecer às pessoas atenção integral de saúde, permanente e de qualidade, além de elevar ou melhorar os indicadores de saúde da nossa população.

A Atenção à Saúde das crianças, das grávidas e à Saúde Mental representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa área de atenção à saúde se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, é importante desenvolver um conjunto de ações de promoção da saúde, educação, prevenção e proteção neste segmento populacional, aproveitando espaços vitais como a Consulta de Puericultura, o Controle Pré-natal, a consulta de Hipertensão, entre outros, e considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e ecológicos, além dos psicológicos, na própria área de abrangência, onde a Equipe Básica de Saúde tem o rol principal.

##### **Consulta de Puericultura**

Puericultura é a arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades, sua família e o entorno, analisando o conjunto biopsico-sociocultural. <sup>(4)</sup> A Puericultura é, então, a área da pediatria que acompanha o

crescimento, o desenvolvimento físico e motor, a linguagem, a afetividade e a aprendizagem cognitiva do recém-nascido, do lactente, da infância a puberdade, de forma integral prevenindo doenças físicas e psíquicas, mas também na integração de práticas para a promoção da saúde física e mental como um todo; prevenir que problemas de saúde evoluam através de acompanhamento, estabelecer diagnósticos de falha ou atraso do desenvolvimento em áreas específicas, e intervir positivamente diante das alterações que surgirem. <sup>(5)</sup>

Os atendimentos nestas consultas deverão incluir, conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, no mínimo, os seguintes componentes: <sup>(6)</sup>

- Avaliação do estado nutricional da criança, a história alimentar e da curva de crescimento.
- Estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde e outras disponíveis na atualidade.
- Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola.
- Avaliação do padrão de atividades físicas diárias.
- Exame da acuidade visual, avaliação do sono, da função auditiva, da saúde bucal.
- Avaliação das condições do meio ambiente.
- Avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança.
- Seguimento do puerpério, vigiando as possíveis complicações ou signos de alarme em consulta e também diante as visitas domiciliares; espaço para aproveitar na orientação ou planejamento familiar e saúde reprodutiva.

Outras ações preventivas que correspondem ao atendimento de puericultura são: <sup>(5)</sup>

- Higiene física (Supervisão da higiene corporal e bucal).
- Higiene anti-infecciosa (Acompanhar e aconselhar os pais durante o processo de vacinação, detectar precocemente e eliminar quadros infecciosos que possam prejudicar o organismo em desenvolvimento e crescimento).
- Higiene mental (Abordagem junto à família, da dinâmica domiciliar, e aconselhar aos pais sobre como lidar com os distúrbios emocionais próprios da infância, ou com as dificuldades escolares e de socialização).

- Higiene do crescimento (Aferição periódica de todos os indicadores de crescimento e ganho de peso adequado, prevenção do sobrepeso).
- Higiene alimentar (Aconselhamento aos pais quanto aos melhores nutrientes a serem ofertados em cada etapa da vida da criança e que possam servir de arcabouço para o crescimento e desenvolvimento saudáveis).

Uma vez realizada a busca na literatura, posso afirmar que nossa Equipe Básica de Saúde “Ana Geruza Braga” desenvolve todas as ações necessárias para o adequado progresso das consultas de Puericultura, nossa área de abrangência.

### **Reflexões que descrevem práticas desenvolvidas na minha Unidade Básica de Saúde, vinculadas com a consulta de Puericultura.**

Na UBS “Ana Geruza Braga” não se realizavam as consultas de Puericultura, até a chegada do Programa “Mais Médicos para o Brasil”; as crianças eram atendidas normalmente nas consultas de demanda livre, onde ações aparentemente simples, como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar a Caderneta de Saúde da Criança, nem sempre foram realizadas de forma correta e sistemática. Hoje nossa UBS dispõe de uma frequência semanal para o desenvolvimento da consulta de puericultura, as sextas no horário da manhã, programada pela equipe, conforme estabelecem os programas; resgatamos o trabalho com o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, pela importância da mesma, explicando para os pais como buscar as informações nela. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. <sup>(7)</sup>

Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, e o sucesso das consultas de Puericultura foi necessário realizar uma reunião de trabalho para explicar e capacitar aos agentes de saúde e técnicas de enfermagem na importância da consulta, os objetivos, os princípios e concepção da puericultura como um atendimento que vai além de pesar e medir, bem como a busca de traduzir isso para as mães, desde a gestação, vislumbrando já o cuidado da saúde das crianças que estão por vir. Posteriormente os Agentes de Saúde mediante seu

trabalho no dia a dia, na área da abrangência podem ajudar na sensibilização das famílias, as que não compreendiam a importância da consulta, só consideravam necessário trazer seus filhos quando ficavam doentes, não conheciam o verdadeiro significado e valor da Puericultura; ao principio de nosso trabalho muitas crianças ainda agendadas faltavam às consultas, felizmente hoje nosso esforço virou um sucesso e as consultas ficam dotadas de crianças, para seu acompanhamento no processo de crescimento e desenvolvimento, de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, identificando principalmente situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências e garantindo um atendimento de qualidade para cada criança e as orientações de seus familiares.

Nosso trabalho nas consultas de Puericultura, até hoje tem permitido diagnosticar situações envolvendo o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, também lactente com diagnóstico de parasitose, e ainda mais grave, lactantes com atraso no desenvolvimento, pela consequência da desnutrição proteica calórica. Não posso esquecer nossa experiência negativa com uma criança de 11 meses, diagnosticada com desnutrição proteica calórica, por falta de atenção familiar; histórias que nos obrigam a desenvolver ações para melhorar o estado de saúde da criança e até a situação econômica da família, ao comunicar a situação familiar à equipe de Assistência Social Municipal, para que visite a família, envolvendo também a Rede de Apoio na identificação de vulnerabilidade social e Conselho Tutelar Municipal, pelos abusos de abandono e inadequado acompanhamento da criança pelos pais.

A situação vivenciada pela equipe nesta família nos permitiu a aprendizagem diante a Vulnerabilidade Infantil; um preceito ético que os profissionais, especialmente da saúde, se comprometam com a proteção e defesa das crianças. Não basta que o direito à saúde esteja expresso em documentos, é necessário torná-lo garantido de fato. Diante de uma vulnerabilidade infantil, o profissional de saúde deve identificar alternativas de resolução, buscando, em suas competências profissionais, subsídios para exercer as funções assistenciais, educativas e gerenciais necessárias ao papel da advocacia em saúde.<sup>(8)</sup>

Por isso a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos combinadas às de assistência são objetivos que,

apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. <sup>(7)</sup>

### **Consulta de Pré-natal**

Nossa UBS dispõe de três frequências à semana para o desenvolvimento das consultas de Pré-natal, as segundas na tarde com atendimento pelo médico e nos dias de quarta e quinta nas manhas com atendimento pela enfermagem no horário da manha, consultas programadas pela equipe de saúde, conforme estabelece o programa nacional do Ministério da Saúde. Mediante o pré-natal que é a consulta de acompanhamento médico que toda gestante deve ter, a fim de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê, e um parto saudável, ofertamos entre tantas ações, orientações sobre o parto e amamentação, e solicitamos exames que são de direito da gestante durante o pré-natal, que ajudam a prevenir e diagnosticar doenças graves específicas da gravidez.

Entre as principais ações a desenvolver pelo nossa equipe de saúde, diante a gravidez destacam: <sup>(9)</sup>

- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença da enfermagem.
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário.
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico).
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B).
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme.
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário.
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade.

- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
- Realizar testes rápidos.
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Outras ações de educação para a saúde, de vital importância são:

- Garantir a saúde bucal, orientando sobre a possibilidade de atendimento durante a Gestação, além dos hábitos alimentares (ingestão de açúcares), e higiene bucal.
- Orienta-se evitar automedicar.
- Dieta alimentar, que esclarecerá a gestante sobre dieta balanceada, de modo a manter o peso ideal.
- Proibir o consumo de café, cigarros e álcool, explicando os motivos da proibição de cafeína, fumo e bebidas, que podem prejudicar o bebê.
- Orientar sobre os sinais de alerta em caso de emergência como crises de pressão alta, cólicas, perda de sangue, dores lombares ou trabalho de parto prematuro.

### **Saúde Mental**

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais do que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco

são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. <sup>(10)</sup> O consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública. Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários. <sup>(10)</sup>

Nossa área de abrangência tem múltiplos pacientes com doenças mentais, em sua maioria cadastrados e com prontuários na UBS, mas representam, ainda, um problema de saúde na comunidade e um desafio para intervir conforme os programas orientados pelo Ministério de Saúde, tendo como principais dificuldades para sua solução, que não contamos com equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de várias formações, necessários para que a assistência em saúde mental seja eficiente, não existe uma rede articulada e não contamos com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que permitam ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica.

Na área de abrangência realizamos diariamente atitudes de suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento, como parte de nosso processo de trabalho cada dia, nas consultas e visitas domiciliares; os pacientes cadastrados são encaminhados para o CAPS, no próprio município, para ser avaliada pela psiquiatra, que faz atendimento mensal, garantindo a avaliação, reavaliação dos pacientes e atualização dos tratamentos em caso de ser necessário.

É necessário desenvolver, ainda mais, um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação em apoio à saúde mental. Poderemos também elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequencia temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. O esforço em realizar esse exercício com os usuários e os familiares pode se chamar de Projeto Terapêutico Singular. <sup>(11)</sup>

Ou seja, um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. <sup>(11)</sup>

## 5. VISITA DOMICILIAR

Nos primórdios da visita domiciliar no mundo a preocupação estava mais centrada em evitar doenças e minimizar a dor dos doentes do que propriamente em promover a saúde, a valorização de seu contexto social e sua qualidade de vida. Mais recentemente, no Brasil, usando da pesquisa ação como método e o cuidado domiciliar como técnica de coleta de dados, a visita domiciliar passa a ser uma importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço do conhecimento. <sup>(12)</sup>

Com a reorientação do modelo de atenção à saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. É também um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo. <sup>(12)</sup>

O Programa Saúde da Família (ESF) pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. <sup>(13)</sup>

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo atendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem. <sup>(13)</sup>

Uma vez realizada a busca na literatura, posso afirmar que hoje nossa Equipe Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”, realiza as ações necessárias para o adequado desenvolvimento das visitas domiciliares, nossa área de abrangência, as que não se realizavam com a qualidade e frequência requerida conforme as

exigências dos programas de saúde, até a chegada do Programa “Mais Médicos para o Brasil”; com a presença permanente do médico na UBS; o que favoreceu as mudanças necessárias no desenvolvimento das visitas domiciliares; as que a partir desse momento foram programadas desde a semana anterior, especificamente nas reuniões de trabalho da equipe, que se realizam os dias sexta, na sessão da tarde.

Nossa reunião semanal com todos os profissionais, incluindo a dentista e assistente, é o espaço para definir os objetivos das visitas, também se agendam as mesmas para pacientes com internação domiciliar, grupo de idosos, de crianças e também de gestantes, considerados prioritários conforme a situação específica que possam apresentar, por exemplo, os pacientes idosos acamados com dificuldade de deambulação, com isolamento social, sinais de depressão, com doenças crônico-degenerativas, sem adesão ao tratamento, ou sem cuidador, tendo em conta que em nossa área não existe o hábito de cuidadores; em crianças, especificamente são prioridades os recém-nascidos com grau de distrofia, crianças com atraso no desenvolvimento, situações de risco de acidentes domésticos e também os faltosos as consultas de puericultura e atraso nas vacinas; em gestante, são prioridades as de alto risco, desnutridas e aquelas faltosas a consulta de pré-natal. É necessário destacar que nossa panificação de visitas domiciliares abrange também as grávidas, sem risco obstétrico nos diferentes trimestre da gestação, e as crianças, mas sempre respeitando o critério de prioridade.

Precisamos considerar outros critérios para realizar as visitas domiciliares priorizadas, sem esquecer as situações de urgência, os adultos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, dos hipertensos, diabéticos e dos pacientes portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento, ainda mais quando nossa área de abrangência e área de risco para estas doenças crônicas transmissíveis. Considerar também a incapacidade dos pacientes que impedem o deslocamento até a UBS por problemas de acesso à unidade por alagamento, ruas ou pontes com problema na sua estrutura, muito frequentes nossa comunidade por abranger áreas ribeirinhas.

Nesse contexto nossa equipe dispõe de uma frequência semanal para o desenvolvimento das visitas planejada e sistematizada, nas terças no horário da manhã, acompanhamento realizado pela equipe toda, a enfermeira, a dentista e a técnica de saúde bucal, a técnica de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Em ocasiões e conforme as situações familiares para avaliar precisaram da

presença de outros profissionais ou equipes de trabalho, como por exemplo, a equipe de trabalho de Assistência Social, a Rede de Apoio na identificação de vulnerabilidade social ou Concelho Tutelar, psicóloga e também os fisioterapeutas; de esta maneira se configura a visita domiciliar como parte do arsenal de intervenções que dispõem nossa área de abrangência.

E necessário estruturar e organizar a visita, e uma vez a equipe no domicílio, começar pela abordagem clínica ou avaliação individual do paciente prioritário e posteriormente é realizada a abordagem familiar e fornecidas as orientações pertinentes, aproveitando a atuação de cada profissional durante a visita para atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, de acordo com a especificidade do paciente e de sua família.

A visita domiciliar constitui uma ferramenta de vital importância para nosso trabalho nas comunidades e exige dos profissionais da saúde organização e disciplina que garante o sucesso da atividade, além de permitir a identificação dos riscos individuais e familiares, prestar adequada assistência de saúde no próprio domicílio, favorece a participação ativa da família no processo saúde-doença e principalmente promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida, concorde a situação de saúde apresentada na família visitada; sem esquecer que mediante a entrevista e observação da estrutura e a dinâmica familiar, podemos desenhar o genograma familiar, ferramenta de importância para o trabalho da equipe de saúde nossa área de abrangência. Múltiplos são os exemplos de visita domiciliar desenvolvidas por nossa equipe, possibilitando a integração da equipe de saúde com cada família, e realizando atividades com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, nossa área de abrangência.

Lembrando, como apresentamos na atividade 2 do Portfólio, com a visita domiciliar realizada a C.M.R e sua família o dia 11/04/2017, ele de 62 anos e portador de DPOC casado com Maria de 65 anos de idade, aposentada, obesa, com antecedentes de Hipertensão Arterial há 26 anos, os filhos; Patrícia professora de 46 anos, obesa e Hipertensa e Juan de 42 anos de idade, com antecedente de Asma e alcoolista, que há 20 anos casou-se com Inês de 40 anos de idade, quem sofre violência doméstica, pela consequência do uso abusivo de álcool de Juan, sem importar o mau exemplo que representa para Maria, sua filha de 18 anos. No domicílio da família apresentada foi o espaço social, ideal para caracterizar a mesma, seus riscos e problemas de saúdes e desenhar o Genograma Familiar

(Anexo 4); aspectos necessários para orientar, educar, reabilitar e fornecer orientações para que a família tenha condições de se tornar independente e corresponsável no cuidado à saúde. Na ESF a visita domiciliar é tida como um dos meios de viabilização de ações integradas de vigilância, reabilitação, prevenção e promoção de saúde, constituindo-se importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao permitir o acompanhamento da situação de saúde de cada um de seus membros, esperando-se a produção de resultados positivos através da antecipação de diagnósticos personalizados, do atendimento e maior orientação ao indivíduo e sua família.<sup>(14)</sup>

É preciso lembrar também que ações no domicílio implicam em desafios para os profissionais ao aproximar suas ações da dinâmica de vida das famílias atendidas, englobando seus aspectos culturais, sociais, religiosos e afetivos na maneira de lidar com questões relativas à saúde de seus membros.<sup>(14)</sup>

## **6. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

O curso de Pós-Graduação em “Especialização em Saúde da família”, oferecido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que estou cursando me permitiu como médico da Atenção Básica da Saúde, conhecer as Políticas Públicas de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, sua história, situação de saúde, os modelos de atenção, além de relembrar e colocar na prática na comunidade onde trabalho, os conceitos e ferramentas necessárias para a organização da Atenção Primária de Saúde (APS), vigilância, sistema de informação, avaliação da APS, territorialização; temas de vital importância para nosso desempenho, com sucesso, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Outros temas essenciais do curso foram os relacionados com a Gestão do Cuidado em a APS, os que se tornaram uma ótima maneira de adquirir conhecimentos específicos, como Ética na APS, Registro Clínico, construção da Agenda Profissional, entre outros; ainda mais no Eixo 2, que pela minha opinião foram mais didáticos, tendo em conta que desenvolve seus conteúdos por meio de casos complexos ambientados em cidades fictícias, que geram um ambiente real com eventos individuais e familiares, reflexo de nosso trabalho diário, nas áreas de

abrangência. Considero de suma importância às avaliações da aprendizagem em cada um dos casos complexos apresentados, a través das questões relacionadas à Assistência Integral da Saúde dos diferentes grupos de população.

O curso de “Especialização em Saúde da família” a través da educação à distância (EAD) constitui para mim, como médico do “Programa Mais Médicos para o Brasil” o garante de um processo de aprendizagem completo, dinâmico, muito bem estruturado e eficiente por intermédio de os recursos tecnológicos, mediante o ambiente virtual (plataforma virtual), espaço no qual o curso se desenvolveu; oferecendo em todo o momento, as possibilidades de aprender de maneira dinâmica e interativa, com acesso as informações atualizadas e aos recursos para o desenvolvimento das atividades; o que permitiu mudanças na minha prática profissional na melhora dos atendimentos nos diferentes grupos populacionais, nas consultas e visitas domiciliares.

O uso da ferramenta do portfólio constitui para mim a estrutura ideal para organizar o pensamento lógico, é o resumo das atividades realizadas e avaliadas durante o desenvolvimento do curso, e a possibilidade de autoavaliação, de expressar, refletir, criticar e analisar sobre a base da minha aprendizagem e experiência até hoje como médico da APS. Eu quero ressaltar o papel essencial dos tutores no acompanhamento de todo o processo docente educativo, a través de suas orientações, reflexões; posso dizer que o curso “Especialização em Saúde da família” funcionou satisfatoriamente pela integração virtual entre nós como alunos e os tutores, ainda separados por tempo e espaço, mas conseguindo nos relacionar entre si de maneira respeitosa e eficiente.

Preciso destacar como vantagem do curso a flexibilidade do mesmo, tendo em conta que não existe um horário fixo para realizar as atividades, podendo adaptar o processo de aprendizagem de acordo com minha rotina de trabalho e descanso. Essa flexibilidade permite que até aquelas pessoas mais atarefadas, realizem suas atividades sem dificuldade e sem sair de casa, quando as condições de fácil acesso à Internet banda larga para tal o permitam, logicamente! Como aspectos negativos só posso mencionar que o acesso à internet é muito ruim, no meu caso particular e também de muitos outros colegas que moramos nos municípios do interior do Estado Amazonas, ainda procurando estratégias como: ficar nas escolas, nas praças abertas com sinal de WIFI, alugar sinal de WIFI por horas, entre outras opções, que ao final ajudam por curto período de tempo, mas

com muita dificuldade para assistir os vídeos, revisar a literatura, participar nos fóruns como desejamos certamente; o que conspira com a tranquilidade e boa vontade de participar no curso para cumprir os objetivos do mesmo, em verdade é um desafio. Não obstante predomina o esforço e a vontade de participar no desenvolvimento de curso, ainda quando esta situação nos penaliza com as avaliações.

Enfim, espero ter podido explicar um pouco mais minha trajetória, experiência e critérios sobre o curso “Especialização em Saúde”, na modalidade de educação à distância, bem como sua importância para o meu futuro desempenho como médico estrangeiro que trabalha no Município Codajás, no interior do Estado Amazonas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Codajás>. Acesso em 14 de junho de 2017.
2. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016 (PDF). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 12 de setembro de 2016. Consultado em 20 de abril de 2017. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2016/estimativa\\_dou\\_2016\\_20160913.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf). Acesso em 14 de junho de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
4. Puericultura: a atenção integral à saúde das crianças. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/03/puericultura-atencao-integral-saude-das-criancas>. Acesso em 14 de junho de 2017.
5. A Puericultura cuidando da saúde do seu filho. Disponível em: <https://www.jpnews.com.br/grupo-rcn/revista-se7e/a-puericultura-cuidando-da-saude-do-seu-filho/96443>. Acesso em 14 de junho de 2017.
6. Carneiro C. Puericultura, o que é isso?. Disponível em: <http://www.draclaudiacarneiro.com.br/puericultura>. Acesso em 18 de junho de 2017.
7. Dully R, Silva JJ, Coelho J, Lossi MA, Falleiros D. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i4.21037>. Acesso em 18 de junho de 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

11. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar: manual técnico/Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
13. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Rev Cienc Cuid Saude 2008 Abr/Jun; 7(2):241-247. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5012/3247>. Acesso em 21 de junho de 2017.
14. Brasil De Albuquerque AB, Magalhães Bosi ML. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-1112. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000500017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000500017&lng=en). Acesso em 21 de junho de 2017.
15. Cruz MM, Bourget Marthe MM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010 609. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29674/31546>. Acesso em 21 de junho de 2017.
16. GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 197 - 204 out. 2013. ISSN 2179 à 7692. Acesso em: 03 jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6704>.
17. José R. Jardim, Bruno Pinheiro, Julio A. Oliveira. Como diagnosticar e tratar Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Revista Brasileira de Medicina, Dez 09, V. 66. n. 12, p. 68-76. Acesso em: 08 jun. 2017. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4195](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4195)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 40).

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**JULIO CESAR ESPIN FALCÓN**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS  
“ANA GERUZA BRAGA”**

**CODAJÁS-AMAZONAS**

**2017**

## 1. INTRODUÇÃO

Codajás, município brasileiro localizado no interior do estado do Amazonas. Pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e da microrregião de Coari e sua população é estimada em 27.303 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. O município de Codajás está localizado à margem esquerda do rio Solimões, a 291 km de Manaus, e tem área territorial aproximada de 20.010 km<sup>2</sup>, faz limite com os municípios de Coari, Novo Airão, Caapiranga, Anamá e Anori.<sup>(1, 2)</sup>

No município os serviços de saúde estão compostos por cinco UBS, todas com atenção odontológica, um CAPS, um Hospital Municipal com atenção de urgência e internação, além de isso, conta com um centro para a atenção dos pacientes idosos, onde se oferecem múltiplos serviços, como são: fisioterapia, atenção odontológica, assistência social, consulta médica e demais atividades educativas e recreativas para melhorar a qualidade de vida deles.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Ana Geruza Braga”; cuja área de abrangência atende ao “Bairro Laguinho”, assiste com uma equipe de saúde completo uma população de 3413 habitantes, que moram em áreas urbanas e, maiormente de baixo nível cultural e com baixa renda; deles 1757 são do sexo masculino e 1656 são do sexo feminino; 330 habitantes são maiores de 60 anos. A UBS funciona hoje com uma equipe formada por uma enfermeira, um médico, um dentista, um técnico de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, uma vacinadora, doze Agente Comunitário de Saúde (ACS), dois recepcionistas e duas Auxiliares de Serviços Gerais (AGS).

Na UBS “Ana Geruza Braga” o Programa de Atenção à Saúde do Idoso é ainda uma meta por alcançar, pois a cobertura de saúde da pessoa idosa é baixa, de 330 pessoas maiores de 60 anos só 114 deles tem a consulta em dia para um 34.54%, o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia em que é feito a consulta dos hipertensos e diabéticos pelo médico e enfermagem da equipe o que limita a cobertura de atenção, não é feita investigação de fragilidade de forma periódica, ou seja, não existe um trabalho organizado e planejado com a saúde das pessoas idosas, são poucos os que têm a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Na unidade não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar idosos faltosos ao retorno programado,

identificar idosos de risco, procedimentos em atraso, além de controlar suas doenças crônicas. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas.

Está faltando muito trabalho, sobre tudo para uma correta avaliação de risco para morbimortalidade, pois encontramos muitos idosos com sequelas de doenças crônicas como HAS e Diabetes Mellitus, pois 81% dos idosos são hipertensos e o 42% tem diabetes mellitus. Constitui-se, assim, o **problema** deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: Como melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”, no Município Codajás, como uma prática interdisciplinar e sistemática, que lhes proporcione um envelhecimento saudável?

### **Justificativa**

Melhorar a qualidade do atendimento dispensado à pessoa idosa é a principal meta da intervenção proposta, viabilizando qualificar a equipe de forma mais focada, ampliar o acesso da população e corrigir possíveis falhas no modelo assistencial, modificando inclusive alguns processos de trabalho, possibilitando assim acesso irrestrito para essa parcela da população a fim de qualificar a atenção à saúde.

Reconhecer que a população de modo geral está envelhecendo é o que nos move inicialmente a pensar de modo mais focado e objetivo nas ações de saúde voltadas para a população idosa pertencente à Unidade de Saúde. É necessário pensar em estratégias de implementação do cuidado ao idoso, desenvolver ações preventivas, educativas e com redução de riscos e danos, que garantem condições para a melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas; tendo em conta que as equipes de saúde na Atenção Básica dispõem de importantes ferramentas para a garantia de uma atenção humanizada nesta etapa da vida.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”. Codajás. Amazonas.

### **2.2 Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de saúde.
3. Incrementar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
4. Melhorar o registro e a qualidade das informações em relação ao Programa de Saúde do Idoso.
5. Incrementar o mapeou dos idosos de risco da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos idosos da área de abrangência.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.<sup>(3)</sup>

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.<sup>(3)</sup>

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, em especial, nos países desenvolvidos. Esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade.<sup>(4)</sup> A estratégia internacional para enfrentar os desafios do aumento quantitativo das pessoas com mais de 60 anos de idade, se centraliza em viabilizar a inclusão social deste grupo de população. Desta forma, o Plano de Ação Internacional prevê a capacitação destas pessoas para que atuem plena e eficazmente na vida econômica, política e social, inclusive, mediante o trabalho remunerado ou voluntário.<sup>(5)</sup>

Com o crescimento numérico deste grupo social, ocorre o aumento das demandas socio sanitárias e o questionamento do atual modelo de equilíbrio da Previdência Social. O envelhecimento populacional conduz a necessidade de reavaliar critérios relativos aos gastos sociais que sobrevêm do novo perfil da pirâmide etária. Trata-se de encontrar novas alternativas, por exemplo, para a questão do índice de dependência (contribuintes-não contribuintes), argumento que muito se utiliza para justificar a inviabilidade da Previdência Social.<sup>(5)</sup>

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; a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos. Para alguns pesquisadores, a

questão da idade já ultrapassa a preocupação com os problemas ambientais e de sustentabilidade como principal desafio para a demografia global. <sup>(6)</sup>

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. E, segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto que a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. <sup>(7)</sup>

A atenção à saúde do idoso é uma questão prioritária na contemporaneidade, visto que o crescimento da população idosa nos últimos anos, no Brasil, vem aumentando de forma gradativa. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com a Portaria GM no 2.528, de 19 de Outubro de 2006, define que a atenção a esta população terá como porta de entrada a Atenção Básica de Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM no 648 de 28 de março de 2006, discorre sobre a promoção e a proteção à saúde da população idosa, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tendo como prioridade a divulgação e implementação da política nacional de promoção de saúde, alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e promoção de desenvolvimento sustentável deste grupo populacional. <sup>(7)</sup>

Considero que realmente a Atenção Básica de Saúde da Família é a porta de entrada para o atendimento e desenvolvimento das diferentes ações de saúde neste grupo populacional; incluindo também aos familiares, espaço ideal onde não devem faltar nunca à orientação adequada e o acompanhamento, além do apoio domiciliar, garante de um envelhecimento ativo e saudável. O envelhecimento torna necessário um maior planejamento e investimento para lidar com um número cada vez maior de idosos, a necessidade por mais alimentos, água e energia e a maior produção de lixo e poluição. O ambiente não deixou de ser prioridade, mas é preciso pensar a sustentabilidade de um mundo com menor proporção de pessoas em idade produtiva. <sup>(6)</sup> A população brasileira, antes considerada “jovem”, ou seja, com uma população predominantemente concentrada entre as idades mais novas, passou

agora a ser considerada “adulta”, o que significa que o número de pessoas nas faixas etárias menores está menor e o número de pessoas mais velhas, maior. Essa dinâmica revela o expressivo envelhecimento populacional brasileiro nas últimas décadas. <sup>(8)</sup>

O crescimento demográfico brasileiro está basicamente pautado no crescimento vegetativo (taxa de mortalidade menos a taxa de natalidade) e muito pouco no crescimento migratório, haja vista que o país, ao menos por enquanto, não é um vetor migratório para o qual uma grande massa de pessoas se muda em um curto intervalo de tempo. <sup>(8)</sup>

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa-que é identificada por meio de visitas domiciliares deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica-aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico. <sup>(3)</sup>

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. <sup>(3)</sup>

Considero que as equipes de saúde na Atenção Básica dispõem de importantes ferramentas para a garantia de uma atenção humanizada nesta etapa da vida, sendo necessário pensar em estratégias de implementação para o cuidado dos idosos, além de desenvolver ações preventivas, educativas e com redução de riscos e danos, que garantem condições para a melhoria na qualidade de vida deste grupo de população.

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica de Saúde no município de Codajás. A metodologia caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica, vigentes na Política Nacional de Saúde no Brasil. Projeto estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações direcionadas à melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde “Ana Geruza Braga”, do município Codajás, Estado Amazonas. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participarão da intervenção todos os idosos pertencentes à Unidade Básica de Saúde com 60 anos ou mais.

##### **Detalhamento das ações.**

- Apresentar o projeto para a equipe de saúde e estabelecer o papel de cada profissional na ação programática.
- Capacitação da equipe de saúde para o acolhimento e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência; fazer o levantamento e organização dos recursos e materiais necessários para a execução do projeto.
- Implantação do modelo de protocolo de avaliação multidimensional e atendimento clínico seguindo o protocolo; cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa.
- Garantir a visita domiciliar e o registro dos usuários idosos acamados ou com problemas para a locomoção; realizar ações educativas de promoção à saúde com a participação comunitária e Intersetorial; cadastramento e avaliação dos idosos para o tratamento odontológico.
- Avaliar processo em reuniões com a equipe de saúde e monitoramentos da intervenção.







## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe de Atenção Básica da Saúde composta por:

- 1 médico.
- 1 enfermagem.
- 12 agentes comunitários de Saúde.
- 2 técnicos de enfermagem.
- 1 dentista.
- 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal.

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Computadores.
- Impressora.
- Caderneta de Saúde da pessoa idosa.
- Prontuário das pessoas idosas presentes no estúdio.
- Cadernos de Atenção Básica (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Saúde Mental, Rastreamento, entre outros).

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Com a intervenção da melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS “Ana Geruza Braga”, espera-se conhecer o quantitativo de pacientes que necessitem deste tipo de atendimento; além da melhoria dos indicadores de cobertura e de qualidade na atenção aos idosos e o alto nível de satisfação da população, objeto do estudo. A intervenção vai permitir que todos os membros da equipe, previa capacitação, desenvolvam ações, contribuindo para pequenas mudanças na lógica de cuidado do idoso e estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar, compartilhando vivências e conhecimentos.

Espera-se ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao sua própria saúde, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões, motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos, com a finalidade de melhorar o seu estrato de risco. Garantir o acolhimento, o cadastramento e o atendimento aos idosos de forma continuada e conforme previsto no programa, o exame clínico completo, com a solicitação de exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade básica de saúde, o rastreamento de idosos para hipertensão e/ou para Diabetes Mellitus e controle do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Codajás>. Acesso em 14 de junho de 2017.
2. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016 (PDF). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 12 de setembro de 2016. Consultado em 20 de abril de 2017. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2016/estimativa\\_dou\\_2016\\_20160913.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf). Acesso em 14 de junho de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
4. FRANCISCO, Wagner De Cerqueira E. “Envelhecimento populacional”;
5. Brasil Escola. Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/geografia/envelhecimento-populacional.htm>. Acesso em 30 de outubro de 2016.
6. ISOLDA, Belo da Fonte. Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Consequências no Conceito de Velhice. Fundação Joaquim Nabuco. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/com\\_env\\_po4\\_fonte\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/com_env_po4_fonte_texto.pdf). Acesso em 30 de outubro de 2016.
7. Envelhecimento da população mundial preocupa pesquisadores. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/10/envelhecimento-da-populacao-mundial-preocupa-pesquisadores.html>. Acesso em 30 de outubro de 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
9. Envelhecimento-população-brasileira. Disponível em: <http://alunosonline.uol.com.br/geografia/envelhecimento-populacao-brasileira.html>. Acesso em 30 de outubro de 2016.

## ANEXO

**Tabela 1: Distribuição da população conforme faixa etária e sexo.**

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menor de um ano	29	20	49
1 a 4 anos	147	138	285
5 a 6 anos	65	70	135
7 a 9 anos	116	105	221
10 a 14 anos	252	210	462
15 a 19 anos	204	206	410
20 a 39 anos	498	514	1012
40 a 49 anos	165	136	301
50 a 59 anos	102	106	208
60 a 69 anos	109	77	186
70 a 79 anos	51	42	93
80 a 89 anos	18	29	47
90 anos ou mais	1	3	4

<b>Total</b>	<b>1757</b>	<b>1656</b>	<b>3413</b>

### ANEXO 3

Tabela 2: Escala de atendimentos prestados pela UBS “Ana Geruza Braga”.

ATENDIMENTO MÉDICO					
TURNO	SEGUNDA FEIRA	TERÇA FEIRA	QUARTA FEIRA	QUINTA FEIRA	SEXTA FEIRA
Manha (8.00 AM-12.00 M)	Demanda Livre	Visita Domiciliar	Consulta Hiperdia	Superação Profissional Curso Saúde Familiar.	Puericultura Consulta Puerperal
Tarde 14.00 -1800 PM)	Pré-Natal	Demanda Livre	Demanda Livre	Superação Profissional Curso Saúde Familiar.	Demanda Livre 14.00-16.00 horas <hr/> Educação em saúde Reunião da Equipe 16.00-18.00 horas
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM					

Manha (8.00 AM-12.00 M)	Demanda Livre	Visita Domiciliar	Demanda Livre Teste do pezinho	Pré-Natal	Demanda Livre PCCU
Tarde 14.00 -18.00 PM)	Demanda Livre	Demanda Livre	Pré-Natal	Demanda Livre	Demanda Livre 14.00-16.00 horas
					Educação em saúde Reunião da Equipe 16.00-18.00 horas

**ATENDIMENTO DENTISTA**

Manha (8.00 AM-12.00 M)	Demanda Livre	Visita Domiciliar	Demanda Livre	Educação em saúde Escola.	Demanda Livre
Tarde 14.00 -18.00 PM)	Demanda Livre	Demanda Livre	Demanda Livre	Educação em saúde Escola.	Demanda Livre 14.00-16.00 horas
					Educação em saúde Reunião da Equipe 16.00-18.00 horas

# ANEXO 4

## GENOGRAMA FAMILIAR

