



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

Gabriela Giardin

SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Porto Alegre – RS

2018

Gabriela Giardin

SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Porto Alegre – RS

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
2.1 RELATO DE CASO	7
2.2 DISCUSSÃO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	9
3.1 RELATO DE CASO	10
3.2 DISCUSSÃO.....	11
4. VISITA DOMICILIAR.....	12
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	14
6. REFERÊNCIAS	16
7. ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	17

1. INTRODUÇÃO

Graduada em Medicina pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel) em dezembro de 2016, atuo no Programa “Mais Médicos para o Brasil” desde fevereiro de 2017 como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rio Pardinho no município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. Concomitantemente, iniciei o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

O município de Santa Cruz do Sul, onde atuo, localiza-se na região do Vale do Rio Pardo, é um dos principais núcleos da colonização alemã do Rio Grande do Sul e onde as principais indústrias de tabaco do Brasil estão presentes.

A unidade onde trabalho foi inaugurada há cerca de dois anos, logo, trata-se de uma estrutura física nova, com aparelhos e equipamentos adquiridos recentemente. Além disso, a ESF localiza-se em uma rodovia, possui casas ao redor, na grande maioria, são feitas de alvenaria e relativamente bem cuidadas e estruturadas. No prédio ao lado à ESF existe uma Academia de Saúde, que foi inaugurada juntamente com a unidade. No local são desenvolvidas atividades com foco na prevenção e promoção da saúde, ações que estimulam, entre a população local, modos de vida saudáveis, prevenindo e reduzindo mortes prematuras por doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Dentre as atividades estão: palestras, oficinas, encontros de grupos e treinamento físico orientado.

Ademais, nas proximidades da unidade existe uma escola da rede pública e uma farmácia, o que torna a região bastante movimentada e conseqüentemente os arredores são beneficiados por investimentos da prefeitura para melhorias na região. Porém, nas ruas mais distanciadas da unidade é possível encontrar casas com padrão inferior, as ruas não são calçadas, possuem saneamento básico precário, muitas delas com esgoto a céu aberto.

Os usuários da unidade são em sua maioria trabalhadores rurais de origem humilde e baixo nível sociocultural, tendo no cultivo do tabaco sua principal fonte de renda. A grande maioria possui renda bastante restrita e passa por dificuldades financeiras, existindo alguns casos de pobreza extrema. Existe uma alta prevalência de tabagismo na população de Rio Pardinho, bem como alta incidência de patologias

respiratórias - que encontram no cigarro um fator de risco - como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e infecções de vias aéreas. Também existe alta prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e doenças cardiovasculares. É notável ainda a prevalência do uso indiscriminado de benzodiazepínicos de longa data.

O número de pessoas da área de abrangência da ESF é de 6.650 habitantes. Destes, 16% têm até 18 anos, 58% são adultos e 24% são idosos, isto é, tem mais de 60 anos. Ou seja, esta comunidade tem um número percentual de idosos bem superior à média do país, pois entre 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais na população do país passou de 9,8% para 14,3%.

O envelhecimento é um indicativo de longevidade. Contudo, o bem-estar e autocuidado dos idosos é que expressam melhor a sua qualidade de vida.

A fragilidade dos idosos está relacionada com o grau da vulnerabilidade social e risco a que estão expostos. Os riscos e vulnerabilidades são inúmeros e dependentes de diversos fatores, os quais podem comprometer a qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando que os idosos são um dos públicos que mais utilizam os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificar quais são esses fatores para o direcionamento de estratégias de intervenção focadas nas características peculiares de uma comunidade, além de preservar o bem-estar dos idosos, pode ser um modo de evitar dispêndio de trabalhos curativos e de reabilitação.

O Projeto de Intervenção, que pode ser consultado nos Anexos deste Portfólio trata a respeito das fragilidades dos idosos pertencentes à comunidade assistida pela ESF Rio Pardinho. Este projeto visa identificar tais fragilidades e desenvolver ações de características educativas, coletivas e preventivas, de proteção a riscos e vulnerabilidades advindas dessas. Para tanto será aplicado um questionário a todos os idosos e posteriormente serão elaborados folders com base nos dados coletados. Com isso, esperamos estimular mudanças de hábitos de vida e comportamentos com o fim de melhorar o seu estrato de risco e realizar ações educativas e de autocuidado de modo abrangente e específico para a situação da população idosa local.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo são hipertensas. No Brasil, a prevalência média é de 32,5%. Apesar da prevalência desta condição, a taxa de controle ainda é muito baixa (30%). A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta proporcionalmente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115x75 mmHg. A HAS justifica 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% por infarto (CECIL, 2014).

De forma geral, podemos dividir a HAS em primária e secundária. A HAS dita primária, essencial ou idiopática é aquela que ocorre em cerca de 90-95% dos casos. Esses casos tendem a ser familiares e se relacionam a uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais (CECIL, 2014).

Nos 5-10% restantes, uma causa específica pode ser identificada, quando a hipertensão passa a ser chamada de secundária. Nesses casos, as causas mais comuns são: hiperaldosteronismo primário, estenose de artéria renal, doença renal crônica e apneia obstrutiva do sono. Causas menos comuns são: feocromocitoma, síndrome de Cushing, coarctação aórtica, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo e acromegalia. Por possuir uma baixa prevalência, é desafiador encontrar a parcela de hipertensos secundários entre os hipertensos essenciais (CECIL, 2014)

Ao contrário do que muitos pensam, a hipertensão arterial é uma doença geralmente assintomática. E por não ter sintomas, o diagnóstico acaba sendo feito numa consulta por queixa não relacionada. Por ser uma doença “silenciosa”, os pacientes muitas vezes não dão a devida importância e não seguem as orientações médicas corretamente.

Dentre os problemas de saúde mais prevalentes em Rio Pardinho, identificados no contato diário com a população, o potencialmente mais impactante em saúde pública é o desconhecimento geral acerca das complicações que altos níveis pressóricos acarretam. Uma considerável parcela de pacientes hipertensos interrompe o uso da medicação por conta própria pelo fato de não terem sintomas. Portanto a ênfase e diálogo extensivo sobre o tema nas consultas deve ser a regra a se seguir.

2.1 RELATO DE CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, branca, casada, 84kg, 172cm, índice de massa corporal (IMC) = 28,39kg/m², previamente hígida, em uso apenas de contraceptivo oral (Artemidis 35). Procurou o serviço de saúde devido episódios de cefaleia tensional sem sinais de alarme.

Ao exame físico não havia particularidades à inspeção, ausculta cardíaca ou respiratória. Exame neurológico sem alterações. PA = 180x90 mmHg, FC = 88 bpm. A palpação do abdômen não mostrava particularidades. Pulsos arteriais simétricos nos quatro membros.

Relata história familiar de doença cardiovascular (mãe) e HAS (pai). Refere ciclo menstrual regular, nega hirsutismo ou acne. Refere também ultrassonografia transvaginal sem alterações há alguns anos SIC. Nega sudorese ou palpitações. Nega ronco e sonolência diurna. Nega fraqueza muscular, letargia, depressão. Nega perda de peso, tremores ou intolerância ao calor.

Como conduta foi instituída na primeira consulta a orientação dietética, estimulada a prática de exercícios físicos (mínimo de 30 minutos ao dia por no mínimo três vezes por semana) e solicitação de controle pressórico e exames laboratoriais para investigação de HAS secundária.

No segundo encontro realizou-se o diagnóstico de HAS tendo em vista a média da pressão arterial no AMPA (auto medida da pressão arterial) ter registrado 194x108 mmHg, sendo então iniciado o anti-hipertensivo enalapril (20mg/dia). Suspenso o anticoncepcional, pois o uso de estrogênio pode ser uma causa de hipertensão secundária.

Exames laboratoriais evidenciavam: glicemia de jejum 76, colesterol total de 177, HDL-colesterol de 60, LDL-colesterol de 96, triglicérides de 107, creatinina de 0,75, prolactina 18,6, 17-alfa-hidroxiprogesterona 83,2, FSH 0,9, LH 1,52, T3 de 185,7, T4 livre de 0,97, TSH de 1,3, cortisol de 39,3, K 4,2 Cálcio 9, EQU sp, UCA negativa, PTH 48, Renina 40,7, Aldosterona 48. Eletrocardiograma (01/11/17): sem particularidades, dentro dos limites normais. Metanefrinas urinárias 24h (14/11/17): 419,0. Paciente ainda aguardando ecografia com doppler de artérias renais.

Encaminhada para endocrinologista para melhor avaliação dos valores elevados de aldosterona com possível teste de supressão salina.

Após um mês de acompanhamento, realizado novo controle pressórico= 190x100, 160x90, 200x110, 260x120,160x120. Associo uso de hidroclorotiazida (25mg/dia), mantenho sem anticoncepção hormonal e encaminhado para colocação de DIU como forma de anticoncepção.

2.2 DISCUSSÃO

Este caso ilustra de maneira factível o fato de que nem sempre devemos dar o diagnóstico prontamente simplesmente pelo fato de ser mais comum. Embora a paciente tenha um fator de risco para hipertensão primária que é a obesidade, devemos elucidar essas questões descritas no caso clínico para descartar totalmente a possibilidade de HAS secundária. A paciente possui dois sinais sugestivos de hipertensão secundária: início precoce (<30 anos) e HAS grave/refratária (PA> 180/110 mmHg) e por isso, faz-se necessária a investigação completa.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A abordagem ecossistêmica da saúde humana pressupõe um processo contínuo e evolvente de construção e avaliação das estratégias de integração comunitária e fortalecimento da intervenção civil, como forma de melhorar a gestão das variáveis socioambientais que interferem na saúde e qualidade de vida (CEZAR VAZ et al, 2006).

A Estratégia Saúde da Família tem por base o processo de vigiar a saúde, e, portanto, atua predominantemente sobre os problemas das coletividades, em áreas como a da educação em saúde, o saneamento, o controle de doenças contagiosas e de vetores, as intervenções sobre o meio ambiente, a prevenção de fatores de risco e mais recentemente, a promoção à saúde (CAMPOS 2003). Isto significa que em grande medida a normatização do programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações em relação com a saúde socioambiental.

A Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado pelos profissionais na unidade básica de saúde ou no domicílio. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Estima-se que, funcionando adequadamente, as unidades básicas da estratégia saúde da família são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e promovendo a saúde por meio da melhora da qualidade de vida da população (SCHRAIBER, 1995).

Conforme mencionado na introdução deste portfólio, a população da área de abrangência da ESF Rio Pardinho, possui um número percentual de idosos superior à média do país. Como resultado, os idosos são os usuários majoritários do nosso serviço de saúde, incluindo consultas, visitas ambulatoriais, cuidados hospitalares e assistência domiciliar.

O estado de saúde no envelhecimento é resultado de muitos fatores, inclusive doenças crônicas e muitas outras condições “geriátricas” predominantes que não podem ser definidas como doenças clássicas, já que não resultam de uma única causa patológica. As quedas, que ocorrem em um terço dos idosos, resultam em lesões,

fraturas e alto risco para incapacidade e mortalidade. O comprometimento cognitivo grave e a incontinência urinária têm impacto adverso intenso sobre idosos, como também o isolamento sensorial resultante de comprometimento auditivo e visual; todas essas condições são frequentes no curso do envelhecimento.

Um desfecho comum e grave das doenças crônicas do envelhecimento é a incapacidade física, definida como dificuldade ou dependência de outras pessoas para o gerenciamento de atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Idosos apresentando dificuldades com AIVD e AVD tem alto risco de tornarem-se dependentes.

Outro aspecto importante se dá em relação à violência familiar e maus tratos contra a pessoa idosa. Entre os tipos de violência, podemos ter: física, sexual, psicológica, financeira, institucional (por ação ou omissão dos serviços públicos), abandono/negligência e autonegligência.

O presente relato de caso tem o intuito de articular os dados objetivos, subjetivos e fatos clínicos, assim como o contexto social do indivíduo, visando a compreensão dos fatores relacionados ao processo de envelhecimento.

3.1 RELATO DE CASO

Paciente de 69 anos, sexo feminino, branca, viúva, IMC = 20kg/m², portadora das seguintes morbidades: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes e dislipidemia. Em uso regular de enalapril, atenolol, ginkgo biloba, metformina, glibenclamida, digoxina, espironolactona, furosemida e clonazepam. Consulta na ESF acompanhada por sua filha, com a qual reside. Refere que vem apresentando esquecimento progressivo, perda de peso não quantificada, inapetência e fadiga. Se expressa de forma coerente e lógica, porém demonstra intensa labilidade emocional, chorando durante a consulta. Ao exame, normotensa, eupneica, afebril. Foram realizados exames complementares, sem alterações.

3.2 DISCUSSÃO

É preciso entender que os problemas enfrentados pela paciente não são necessariamente próprios do envelhecimento, podem ser doenças (demência, Parkinson) e devem ser bem avaliadas. Além dos tradicionais problemas médicos, devemos procurar quantificar distúrbios psicossociais, nutricionais e funcionais do paciente.

A atenção integral à saúde do idoso, na atenção primária, tem como atores sociais os idosos, as famílias e/ou cuidadores, a comunidade e a equipe de saúde. Acredito que com o conhecimento ampliado acerca dos cuidados à pessoa idosa poderemos direcionar as condutas e orientar as ações na assistência, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população idosa.

A relação do envelhecer com dependência, associação de incapacidade de adaptação a situações do cotidiano com necessidade de auxílio na execução de tarefas é um processo dinâmico e passível de adaptações e/ou reversões. Haveria aí a necessidade de programas de promoção de saúde e redes de apoio a cuidados de longa duração. Poucos são os locais que dispõem deste tipo de atendimento e o observado normalmente é o desenvolvimento de cuidados informais no ambiente não hospitalar. Isto implica em sobrecarga financeira a familiares e idosos e/ou a atenção de um idoso menos dependente.

Pensando ainda na colaboração para a melhoria da atenção básica a saúde do idoso, pode-se comentar a necessidade de continuar formando profissionais de saúde, na perspectiva da compreensão do fenômeno envelhecimento, principalmente através de cursos sequenciais e de Especialização em Saúde da Família.

3.3 CONCLUSÃO

O objetivo na abordagem geriátrica é tentar manter a máxima qualidade de vida possível, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa.

4. VISITA DOMICILIAR

Conforme exposto nos capítulos introdutórios deste estudo a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (BRASIL, 2011).

Dentro desse aspecto, é responsabilidade das equipes de atenção básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades muitas vezes se traduzem pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias ou pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar.

Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a assistência domiciliar (AD) constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

O envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Junto a ele as doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências (MENDES, 2011).

Visto que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos.

A atenção domiciliar possibilita a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam atenção à saúde prestada no domicílio.

A primeira condição para que ocorra a AD é o consentimento da família. No domicílio, a família tem papel essencial no cuidado, pois depende de sua participação a qualidade de vida do paciente em AD. A equipe de atenção domiciliar tem a missão

de criar vínculo com a família, visualizar o cenário do contexto do lar e convergir para uma clínica ampliada e integrada envolvendo não só o paciente, mas também os cuidadores e os familiares.

Na ESF Rio Pardinho, as visitas domiciliares (VD) idealmente acontecem semanalmente, nas quintas-feiras pela manhã. Porém, a quantidade de visitas sofre influência das condições oferecidas pela gestão municipal, como a falta de motorista e/ou transporte, entre outros. Algumas áreas são de difícil acesso e muitas vezes não podem ser visitadas devido mal tempo ou obstáculos nas estradas. Além disso, algumas pessoas deixam claro que não aceitam visitas.

As visitas são realizadas pelo médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde da microárea, visando um atendimento completo e especializado. Normalmente, são agendadas pelas agentes de saúde conforme necessidade, priorizando pacientes acamados ou que estejam enfrentando algum tipo de vulnerabilidade. Ademais, de acordo com a demanda, também são agendadas visitas domiciliares pela equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Desse modo, fica claro que a VD é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias assistidas ao possibilitar o conhecimento de seus modos de vida e padrões de comportamento. Permitindo assim, um atendimento integral e humanizado dos cidadãos.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

No decorrer das atividades desenvolvidas para a composição do presente estudo e durante as reuniões de equipe realizadas, ficou claro que o envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. E, conforme exposto nos capítulos introdutórios, a comunidade de Rio Pardinho tem um número percentual de idosos bem superior à média do país. Essa expressiva quantidade de pessoas idosas traz à tona a discussão de medidas para a promoção de uma melhor qualidade de vida. É sabido que determinadas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela adoção de um estilo de vida mais ativo.

A dependência é o maior empecilho dos idosos e evita-la ou posterga-la é função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. A independência e autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas a fim de proporcionar à pessoa idosa uma maior qualidade de vida. O cuidado deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, família e o próprio idoso.

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma avaliação objetiva dos níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmo. A fragilidade consiste em uma síndrome multidimensional que envolve uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e que resulta em um estado de maior vulnerabilidade, associado a um risco maior de ocorrência de desfechos clínicos adversos. Segundo alguns pesquisadores, a fragilidade é um fator preditor independente para quedas, dependência nas atividades de vida diária, hospitalização e morte.

A habilitação dos profissionais da saúde é prioritária, uma vez que é através dos mesmos que se construirá o caminho para prevenção e se propiciará o envolvimento cada vez maior dos cuidadores e/ou familiares. Desse modo, será possível identificar precocemente os sinais e sintomas que sugerem a instalação do processo de fragilização. Frente a eles, é possível a adoção de intervenções específicas que contribuam para eliminar ou postergar esse processo.

Na Estratégia Saúde da Família a função do agente comunitário de saúde no reconhecimento desses sinais é fundamental devido sua constante presença e contato frequente com a comunidade. É importante que incluam na sua rotina um olhar sobre esses diferentes aspectos do cotidiano do idoso.

A comunidade de Rio Pardinho possui um grande desafio em contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo.

O presente trabalho, bem como todas as atividades realizadas no decorrer deste curso de especialização contribuíram substancialmente para minha formação profissional. Os assuntos abordados procuraram auxiliar a entender o funcionamento na Atenção Primária à Saúde (APS), visando o aperfeiçoamento do atendimento e a melhoria da qualidade de vida da população.

O curso integrou a teoria com a realidade, levantando problemas e buscando soluções compatíveis com a nossa prática nas unidades de saúde da família. No decorrer das atividades desenvolvidas, tivemos a chance de lembrar e se atualizar em temas de extrema relevância para a prática na ESF, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-natal, entre outros.

O curso de educação à distância (EAD) possui uma ótima didática, com excelentes tutores que nos auxiliaram na realização das tarefas e esclarecimento de dúvidas. A experiência em realizar um trabalho como portfólio foi desafiadora e muito interessante.

Por fim, a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família foi de fundamental importância para aperfeiçoar o meu atendimento como médica atuante em Medicina de Família e Comunidade. Apesar de algumas dificuldades enfrentadas, sem dúvidas houve um excelente aproveitamento e uma importante qualificação profissional.

6. REFERÊNCIAS

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 24^a ed. Rio de Janeiro: Saunders-Elsevier, 2014;

KASPER, Dennis L. et al. **Harrison Medicina Interna**. 19^a ed. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2016;

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº . **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012;

CEZAR-VAZ, M. R. et al. **Concepções de enfermagem, saúde e ambiente**: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. 15p. 2006;

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. **A Incorporação da Participação Social na Estratégia de Saúde da Família**: O Papel dos Profissionais de Saúde. Curitiba, v.5, n.3, p.231-239, set./dez. 2003.

7. ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**FRAGILIDADES DOS IDOSOS DE UMA COMUNIDADE ATENDIDA PELA ESF
RIO PARDINHO – SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Gabriela Giardin

Santa Cruz do Sul, Dezembro de 2017.

RESUMO

Considerando que os idosos são um dos públicos que mais utilizam os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificar quais são esses fatores para o direcionamento de estratégias de intervenção focadas nas características peculiares de uma comunidade, além de preservar o bem-estar dos idosos, pode ser um modo de evitar dispêndio de trabalhos curativos e de reabilitação. Com crescimento acelerado da população idosa brasileira e em uma situação de despreparo do ponto de vista socioeconômico, torna-se evidente a fragilidade dos idosos. Dessa forma, devem ser desenvolvidas ações de características educativas, coletivas e preventivas, de proteção a riscos e vulnerabilidades advindas das fragilidades de uma comunidade de idosos na área de abrangência de uma Estratégia de saúde da família (ESF). Para coleta de dados será aplicado um questionário, esse instrumento é composto de questões fechadas e será aplicado a todos os idosos de uma área de abrangência atendida por uma ESF. A análise dos dados, serão contabilizadas as pontuações dos escores, considerando que a ausência de alterações fisiológicas (nota até 4), indica ausência de fragilidade e os graus de fragilidade leve a severa. Portanto devem se obter dados quantitativos e o perfil de idosos da comunidade da ESF Rio Pardinho. Identificar os riscos e vulnerabilidades a que estes idosos estão sujeitos e diminuir a exposição a esses riscos e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade. Conseqüentemente estimulando mudanças de hábitos de vida e comportamentos com o fim de melhorar o seu estrato de risco e realizar ações educativas e de autocuidado de modo abrangente e específico para a situação da população idosa local, utilizando os dados coletados.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, ESF, Fragilidade, SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. REVISÃO DE LITERATURA	24
4. METODOLOGIA.....	26
5. CRONOGRAMA.....	27
6. RECURSOS NECESSÁRIOS	28
6.1 RECURSOS HUMANOS	28
6.2 RECURSOS MATERIAIS	28
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	29
8. INTERVENÇÕES	29
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
11. ANEXOS	32

1. INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem crescendo em um ritmo acelerado e em uma situação de despreparo do ponto de vista socioeconômico. Estima-se que em 20 anos o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo. (NASCIMENTO, 2011)

O envelhecimento é um indicativo de longevidade. Contudo, o bem-estar e autocuidado dos idosos é que expressam melhor a sua qualidade de vida.

A fragilidade dos idosos está relacionada com o grau das vulnerabilidades social e risco a que estão expostos. Os riscos e vulnerabilidades são inúmeros e dependentes de diversos fatores, os quais podem comprometer a qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando que os idosos são um dos públicos que mais utilizam os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificar quais são esses fatores para o direcionamento de estratégias de intervenção focadas nas características peculiares de uma comunidade, além de preservar o bem-estar dos idosos, pode ser um modo de evitar dispêndio de trabalhos curativos e de reabilitação. Ademais, considerando as estimativas dessa população triplicar em 50 anos, as ações de saúde que englobam um público amplo devem ser mais aplicadas como ferramentas das ações em saúde.

O reconhecimento das fragilidades dos idosos por meio de pesquisas que trabalhem o perfil comunitário como estratégia de intervenção em saúde coletiva, pode favorecer a proteção desse idoso, bem como atingir um maior número dessa população, do que em ações individuais e pontuais que geralmente são mais restritas e seguites a acontecimentos do dano.

A comunidade em questão pertence a uma área de abrangência de uma ESF, localizada no interior de um município do Rio Grande do Sul.

O município de Santa Cruz do Sul é um dos principais núcleos da colonização alemã do Rio Grande do Sul e onde as principais indústrias de tabaco do Brasil estão presentes. Possui uma melhor qualidade de vida em comparação aos números do estado e apresenta altos índices em renda, educação e saúde. A rede de serviços de saúde conta com: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Laboratório de análises clínicas, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro Materno Infantil (CEMAI), Ambulatório do Idoso, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de

Pronto Atendimento (UPA) 24h, Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz (HSC), entre outros.

O número de pessoas da área de abrangência desta ESF é de 6.650 habitantes. Destes, 444 ou 16% têm até 18 anos, 58% ou 1554 são adultos e 24% ou 652 são idosos, ou seja, tem mais de 60 anos (dados atuais a partir do levantamento de agentes comunitárias de saúde – ACS - em janeiro de 2017). Ou seja, esta comunidade tem um número percentual de idosos bem superior à média do país, pois entre 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais na população do país passou de 9,8% para 14,3%. Os dados são do estudo “Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016”. (IBGE, 2016)

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações de características educativas, coletivas e preventivas, de proteção a riscos e vulnerabilidades advindas das fragilidades de uma comunidade de idosos na área de abrangência de uma ESF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as fragilidades de uma comunidade;
- Reconhecer as principais fragilidades a que a população de idosos do local está exposta;
- Classificar o grau das fragilidades diagnosticadas nos idosos;
- Apresentar os resultados dos dados nos grupos da ESF que têm prevalência de idosos;
- Permitir propensões de perfis futuros desta população em relação às suas fragilidades;
- Analisar os dados junto à equipe de saúde e trabalhar as peculiaridades dos achados de cada microárea;
- Propôr aos ACS que elaborem um folder de orientações para os pacientes de suas microáreas, cada qual fundamentado em sua característica local.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A capacidade funcional representa tudo aquilo que faz com que o ser humano desempenhe suas atividades sem obstáculos ou dificuldades (JETTE; BRANCH, 1985). Este é um conceito antigo e bastante amplo e, por esse motivo, frequentemente, a capacidade funcional é abordada como o resultado entre ser capaz/incapaz de desempenhar atividades com um enfoque principal em comorbidades, deficiências ou problemas de saúde em geral.

No entanto, alguns autores abrangem este conceito incluindo o impacto, também, de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais contendo, ainda, comportamentos relacionados ao estilo de vida como tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse e isolamento de relacionamentos interpessoais (MOR et al., 1999).

O termo fragilidade é usado tanto pelos profissionais da gerontologia quanto da geriatria destinando-se à indicação da classe de pessoas idosas que oferecem alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. Contudo, este termo apresenta uma grande variedade de definições, não havendo consenso na literatura (TEIXEIRA, 2008).

A avaliação multidimensional do idoso é um importante instrumento, realizado por meio de uma ponderação acerca das atividades de vida diária básicas e instrumentais, mobilidade, cognição e humor e comunicação. É preconizado o uso de instrumentos de avaliação de cada uma destas funções.

A independência e a autonomia nas atividades de vida diária estão fortemente ligadas ao funcionamento integrado e harmonioso de diversas funções, tais como: cognição, humor, mobilidade e comunicação. O comprometimento dessas atividades pode ser o reflexo de uma doença grave ou um conjunto de doenças que podem afetar de forma direta ou indireta essas funções. Assim sendo, a perda de uma função na pessoa idosa, que era antes independente, não deve ser atribuída à velhice. Deve-se, antes de tudo, atentar-se que pode estar iniciando uma doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizada pela ausência de sinais e sintomas típicos (MORAES, 2010).

Assim, a avaliação do idoso, para considera-lo de risco habitual ou risco elevado (ou idoso frágil), precisa priorizar os critérios que indiquem fragilidade:

mobilidade, incontinência, humor, cognição, situação social, dependência (MORAES, 2009).

As atividades de vida diária são classificadas em: atividades básicas de vida diária (AVD Básicas) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As AVDB dizem respeito à capacidade do autocuidado: alimentar-se, tomar banho, caminhar, vestir-se, controle de esfíncteres. As AVDI são as rotinas do dia-a-dia, a integração do indivíduo na comunidade: fazer compras, telefonar, pagar contas, preparar refeições, arrumar a casa, lavar e passar roupas, controlar remédios e dinheiro, sair sozinho (MORAES, 2010).

Outro ponto importante a ser levado em consideração é a situação social do idoso. Aquele que mora sozinho e não possui apoio de familiares ou amigos demanda uma atenção diferenciada.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, cabe ao profissional de saúde, atenção com relação à mudança do perfil populacional de sua área de abrangência. Ao idoso deve-se atenção especial e participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, empregando medidas de proteção específicas, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes, bem como medidas preventivas de reabilitação que impeçam o seu afastamento da família e sociedade (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Sendo assim, a ESF tende a abordar as alterações físicas consideradas normais e a identificação precoce das alterações patológicas. Alerta a comunidade sobre os fatores de risco a que os idosos estão expostos, dentro e fora do domicílio, bem como identificação de medidas de intervenção para minimizar ou eliminar tais fatores, sempre em parceria com as famílias e os próprios idosos (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

4. METODOLOGIA

Para coleta de dados será aplicado um questionário elaborado por Barros (2013). Esse instrumento é composto de questões fechadas e será aplicado a todos os idosos de uma área de abrangência atendida por uma ESF, por ACS, após sua instrução para aplicação. Também serão consultados prontuários, na dúvida de alguns itens questionados.

A seleção deste instrumento de pesquisa é devido ao cuidado que o pesquisador teve ao elaborar o mesmo, no sentido de abrigar o estudo de referenciais teóricos abrangentes, de ser num formato adequado a aplicação de ACS, e de mensurar o risco de gravidade das fragilidades dos idosos, pois estabelece um escore específico para tal.

O questionário aborda os principais fatores que, segundo a seleção teórica estudada pelo autor do mesmo, caracteriza o grau de fragilidade dos idosos, quais sejam: seu estado de mobilidade, incontinência, humor, cognição, situação social e dependência (Moraes, 2009).

Os sujeitos da pesquisa são pessoas acima de 60 anos de idade, distribuídos em seis microáreas (MA), a grande maioria (microáreas 1, 3, 5 e 6) com prevalência da etnia alemã e área rural, com extensão de terras para cultivo. As microáreas 2 e 4 são mais centrais, com parte das casas sem terreno para subsistência e de etnia variável.

Análise dos dados

Os dados serão apresentados em forma de tabela por microárea versus as variações dos fatores estratificados no questionário, tais como: gênero, idade, incontinência urinária e anal, internações hospitalares, atividades de vida diária, imobilidade, memória, situação social, e outros.

A cada leitura da ficha de coleta de dados se marcará um risco e no final estes serão somados. Posteriormente, os percentuais serão calculados.

Para análise dos dados, serão contabilizadas as pontuações dos escores, considerando que a ausência de alterações fisiológicas (nota até 4) indica ausência de fragilidade e os graus de fragilidade leve a severa, considera-se da seguinte forma:

- escore 0 a 4 = não frágil
- escore 5 a 15 = frágil grau leve

- escore 16 a 30 = frágil grau médio

- escore 45 a 75 = frágil grau grave

Os formulários estão em anexos. (Anexo 1 e Anexo 2)

Posteriormente, a análise dos dados permitirá observar qual a variação dos itens em estudo e a microárea de maior prevalência.

Para o terceiro momento se propõe apresentar esses resultados aos ACS para que estes indiquem - através do seu conhecimento da microárea - algumas das possíveis causas da prevalência dessas fragilidades, além da discussão dos indicadores por meio do apoio do referencial bibliográfico.

Em um último momento, a proposta é de que os ACS construam em forma de folders, cuidados para a condição de prevalência de sua microárea, com o propósito de que estes agravos ou riscos diminuam.

Da precisão dos dados

Trata-se de uma pesquisa em que a coleta de dados não é realizada pelo próprio pesquisador, por esse motivo fica à mercê da compreensão dos colaboradores (ACS), embora devidamente treinados.

O questionário auto referido não é da autoria do pesquisador deste estudo, estando os resultados sujeitos classificação de graus de fragilidade e suas características sob a visão limitada deste instrumento.

Para a elaboração do folder serão realizadas oficinas na ESF com a participação das agentes comunitárias de saúde e equipe de enfermagem. Na oficina as ACS mostrarão possibilidades de criação levando em consideração a peculiaridade de cada microárea.

5. CRONOGRAMA

Ações	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X						
Organizar material	X						

Realizar o levantamento de pacientes pelas ACS	X						
Aplicação de questionário		X	X	X			
Registro de resultados		X	X	X			
Avaliar processo em reunião de equipe		X	X	X	X		
Compilação de dados				X			
Análise de dados				X			
Avaliar processo com pacientes e cuidadores						X	X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

5 agentes comunitárias de saúde, 1 enfermeira, 1 médico.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Prontuários dos pacientes
- Cópias xerox dos formulários
- Computador
- Impressora
- Canetas
- Folhas A4
- Sala para compilação dos dados

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Conhecer o quantitativo e o perfil de idosos da comunidade da ESF Rio Pardinho;
- Identificar os riscos e vulnerabilidades a que estes idosos estão sujeitos;
- Diminuir a exposição a esses riscos e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade;
- Acompanhar mais de perto estes idosos motivando mudanças de hábitos de vida e comportamentos com o fim de melhorar o seu estrato de risco;
- Realizar ações educativas e de autocuidado de modo abrangente e específico para a situação da população idosa local, utilizando os dados coletados.

8. INTERVENÇÕES

A análise geral dos dados demonstrou características diferentes nas microáreas em estudo, sendo que em duas, especificamente, os problemas relacionados com a fragilidade dos idosos são mais expressivos e provavelmente num futuro próximo surgirão mais trabalhos a se fazer de modo inter setorial nestas áreas. A partir destas informações, reuniram-se médico, enfermeiro e ACS na sala de atividades coletivas da ESF para construção de um material de trabalho a ser abordado nas casas em formato de folders.

Folder em anexo. (Anexo 3)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou uma projeção singela dos possíveis estágios em que se encontram esta população idosa, permitindo correlacionar estes dados a apontamentos a partir de experiências locais. Outro fator importante observado no estudo foi o entendimento de que as maiores dificuldades ainda estão por vir, pois estes idosos ainda não estão em situação de prevalência de maior idade e nem de maior grau de fragilidade.

Acreditamos assim, que as exigências das ações em saúde nesta população ainda deverão ser maiores com o passar dos anos e que o comprometimento, responsabilidade, vínculo e respeito familiar poderão ser o caminho para amenizar esta demanda.

Levando estes fatores em consideração, os temas trabalhados com a comunidade não se limitaram aos idosos, mas aos filhos e parentes próximos destes, tais como: deveres da família para com os idosos, direito dos idosos, queda, memória, a própria apresentação dos resultados e a projeção do futuro cenário.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Henrique de Martins. **Proposta de formulário para avaliação da fragilidade do idoso**. Belo Horizonte: 2013;

SALMAZO-SILVA, Henrique et al. **Vulnerabilidade na velhice**: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais", pp.97-116. São Paulo: 2012;

NASCIMENTO, Marcela Simões. **Idosos, seu processo de envelhecimento e suas fragilidades**: um desafio para toda equipe. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga: 2011;

MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2009;

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 2003;

MORAES, Edgar Nunes de. **Avaliação Multidimensional do Idoso**: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. 3.ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

11. ANEXOS

Anexo 1 - Questionário

NOME DO USUÁRIO: _____ IDADE: _____ anos
 ENDEREÇO: _____ EQUIPE: _____

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO					NOTA
	5	6	7	8	9	
80 anos ou mais	80-82	83-84	85-86	87-88	89 ou mais	
Entre 60 e 80 anos	60-65	66-70	70-73	74-77	78-79	
Get up and go	0	5				
	Menos de 3"	Mais de 3"				
Queda	5	4	3	2	1	
	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18 -24 meses	Mais de 2 anos	
Medicamentos	1	2	3	4	5	
	1 tipo	2 tipos	3 tipos	4 tipos	5 ou mais tipos	
Patologias diagnosticadas	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5 ou mais	
Controla urina	0	3		5		
	Sim	Com dificuldade		Não		
Controla fezes	0	3		5		
	Sim	Com dificuldade		Não		
Internação em hospital	5	3	1	0		
	0-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	Mais de 18 meses		
Atividades de vida Diária – Básicas (1 ponto para cada atividade que não realiza sozinho)	Ingerir líquidos	Vestir-se	Alimentar-se	Banhar-se	Locomover-se	
Atividades de vida Diária – Instrumentais (1 ponto para cada atividade que não realiza sozinho)	Preparar alimentos	Pagar contas	Arrumar casa	Sair de casa	Tomar remédios	
Vive restrito ao leito	0			5		
	Não			Sim		
Esquece nomes ou informações recentes	0		3		5	
	Não		Não mas não tem a "memória boa"		Sim com piora importante nos último 6 meses	
Mora sozinho ou com outro idoso	0		2		5	
	Não e família ou acompanhantes são prestativos		Não mas não há compromisso de familiares ou acompanhantes		Não mas há indícios de violência	
					Sim	
Vive em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos)	0		5			
	Não		Sim			
TOTAL						
Doenças diagnosticadas						
Medicamentos em uso						
História de doenças na Família						
Cirurgias pregressas						

Figura 3 – Novo instrumento de coleta de dados do paciente idoso

Anexo 2 - Score

Tabela 1– Instrumento de avaliação da pessoa idosa e respectiva estratificação do escore obtido.

ESCORE	FRAGILIDADE
0-4	Não frágil
5-15	Frágil grau leve
16-30	Frágil grau médio
31-45	Frágil grau alto
46-75	Frágil grau grave

Anexo 3 – Folder

Os idosos desidratam com facilidade.

Por isso, devem tomar 4 garrafinhas de água por dia (2L). A falta de água causa tontura, zumbido, irritação, confusão mental, ou alteração no comportamento.

Se desmaios com perda da consciência ou queda com risco de fratura, risco de AVC ou infarto _chame a SAMU 192 para a entrada no serviço de urgência ser rápido e facilitado.

Art. 3º: é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade ao respeito à convivência familiar e comunitária.

Penalidades para quem infringir o Estatuto do Idoso

_ Deixar de prestar assistência o idoso sem justa causa: detenção de 6 meses a um ano

_ Abandoná-lo em hospitais, casas de saúde e ou abrigos: detenção de 6 meses a um ano e multa

_ Coagir idosos a doar, contratar, deixar testamento ou outorgar procuração: reclusão de 2 a 5 anos

_ Reter cartão magnético de conta bancária de idosos com o objetivo de receber pensão, aposentadoria ou qualquer outro benefício:

detenção de 6 meses a 2 anos e multa

_ Exibir, em qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas do idoso: detenção de 1 a 3anos e multa