



**JAVIER HERRERA RUIZ**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O GRUPO DE IDOSOS NA USF  
BAIRRO FLORESTA, NO MUNICÍPIO DE CERRO LARGO, RIO  
GRANDE DO SUL**

**CERRO LARGO -RS  
2018**



**JAVIER HERRERA RUIZ**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O GRUPO DE IDOSOS NA USF  
BAIRRO FLORESTA, NO MUNICÍPIO DE CERRO LARGO, RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de  
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Bruno Pereira Stelet.

**CERRO LARGO -RS**

**2018**

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO .....	10
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO .....	14
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	16
6	REFERÊNCIAS .....	18
	ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	19

## 1 INTRODUÇÃO

Doutor Javier Herrera Ruiz especialista de primeir grado em medicina geral integral com 26 anos de trabalho. Atuo como médico de atenção primaria no município Cerro Largo Rio Grande do Sul em a USF Bairro Floresta faz um ano.

Em 1991 termine meus estudos como médico geral, depois tive que cumprir com meu serviço social que porem foi enviado a trabalhar em uma zona rural o seja de difícil acesso. Essa zona e chamada em meu país zona rural, trabalhe por um período de 3 anos, mais comece meus estudos de especialização em meu segundo ano de serviço social, terminando minha especialidade no ano 2006, graduando-me de especialista em medicina geral integral.

Durante minha trajetória trabalhe sempre como médico de atenção básica, fazendo consultas de pediatria ginecologia, medicina geral e de outras especialidades já que fomos formados com esse perfil. Nosso trabalho como médico de comunidade nos permiti-o em este estar muito mais cerca de a população, pois em muitas vezes morávamos dentro da comunidade o que permitia conhecer mais a profundidade os problemas que estavam afeitando a nossos pacientes e atuar acorde a etos e fazer a essência de nosso trabalho que e a prevenção e a promoção de saúde.

Dentro do programa de post grado tenho alguns diplomados em dermatologia e Radiologia e tive a possibilidade de trabalhar em isso em algum momento de mim trajetória de trabalho.

Agora me desempenho aqui em brasil uma experiência nova para mim como médico de comunidade fora das fronteiras de Cuba.

Além disso, paralelo a nosso trabalho fizemos cursos de post grado que nos permitia em determinado momento prestar serviços de outra especialidade. O trabalho de médico de comunidade permitiu-o me ganhar em humanidade, fiz que crescesse como ser humano, também conheceu de perto quais eram os principais problemas de saúde de a comunidade onde eu trabalhava e a forma mais correta de afronta-los, logrando a participação social e o apoio de os diferentes fatores sociais.

Eu tive a possibilidade de experimentar a medicina de comunidade em o país de Venezuela onde fizemos um trabalho muito parecido ao nosso adaptado as condições do país.

“Cerro Largo é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, localiza-se a uma latitude 28°08'49” sul e a uma longitude 54°44'17” oeste, estando a uma altitude de 211 metros. Sua população em 2010 era de 15.174 habitantes.

O Município possui várias lojas e comércios, escolas de ensino fundamental, escolas de ensino médio, universidades, supermercados, creches, igrejas, várias lancheiras e restaurantes e um lar de idosos. As fontes de emprego principal são a agricultura e o comércio. O nível de educação da comunidade é um nível médio. O município possui 4 Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo foco do estudo a UBS localizada no centro do município, na zona urbana, essa com duas Equipes de Saúde da Família (ESF).

No trabalho diário na ESF são atendidas muitas doenças delas a mais frequente são as doenças crônicas não transmissíveis, em elas estão a Hipertensão, Diabetes Mellitus, Doenças hiperlipidêmicas e doenças Psíquicas fundamentalmente Depressão.

A trajetória de saúde do município teve momentos importantes marcaram o processo de atendimento das pessoas idoso, mais ainda ficam por superar alguns barreiras em quanto a este aspecto. Por isso nós queremos avaliar este processo e identificar, os principais fatores que influem em o processo saúde enfermidade das pessoas idosas e avaliar a qualidade de sua atenção.

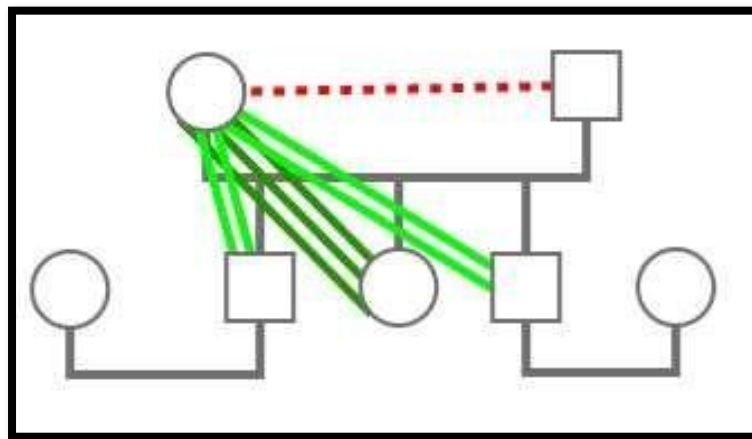
O trabalho atual tem a finalidade de avaliar o atendimento da pessoa idosa e eu escolhi este tema porque no território temos um elevado número de pessoas idosas, além disso, na prática diária e visitas domiciliares constataram muitos deles morando sozinhos com doenças crônicas sem um acompanhamento adequado. Associado a isso temos que dizer que sua atenção odontológica, reabilitadora e outras têm dificuldade o que faz que a atenção as pessoas idosas não seja o melhor.

Realmente nosso interesse é avaliar o maior número de pessoas idosas, mas realmente enfocaremos nosso interesse em aquelas que tenham algum fator de risco de morbimortalidade independentemente de sua condição física. Que são as que constituíram nossa mostra para o estudo. Trataremos de aumentar o conhecimento em estas pessoas de os diferentes fatores de riscos e de as enfermidades associadas a forma de prevenção, fazendo uma intervenção educativa.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO (ATIVIDADE 2)

Dona Lurdes (nome fictício), 71 anos, orientada em tempo e espaço, solteira, possui 03 filhos, sendo dois homens (casados) e uma filha solteira, mora com a filha, com aposentada. Há cerca de 10 anos apresenta diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Medicações em uso: Captopril 25mg 8/8hs, Gliben 5mg 1 vez ao dia, e metformina 850mg 1 cp no almoço.

### Genograma



Fonte: próprio autor

Mora com a filha, sendo bem assistida pela UBS e pelo programa Hiperdia. Os outros filhos a visitam com frequência e estabelecem vínculos positivos e sempre que necessário acompanham a mãe em consultas com especialistas.

<b>Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa</b>
<b>Nutrição:</b> A idosa relata que perdeu mais de 4 kg no último ano, pois apresenta dificuldade em controlar a Diabetes, afirma que sabe o que deve comer, mas que tem dias que não dá para seguir a dieta.
<b>Peso atual:</b> 62 kg Altura: 1,67 cm IMC =21,9 (normal);
<b>Acuidade Visual:</b> Não tem dificuldade para ver TV/ou problemas visuais.

<b>Acuidade Auditiva:</b> Responde à pergunta feita;
<b>Incontinência:</b> Sem dificuldades urinárias;
<b>Atividade Sexual:</b> Idosa afirma que já não possui mais vida sexual ativa pois é divorciada.
<b>Humor/ depressão:</b> Sente-se feliz com a vida: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA; resultado 5 (Normal);
<b>Cognição e memória:</b> não há alterações;
<b>Função dos MMSS:</b> preservada;
<b>Função dos MMII:</b> preservada;
<b>Atividades diárias:</b> não há limitações, pois idosa consegue realizar suas atividades sem auxílio.

#### **-PROBLEMAS IDENTIFICADOS:**

- Dieta inadequada para o controle do DM e da HAS;
- DM descontrolado, sofrendo alterações entre hipo e hiperglicemia;
- Risco de Queda devido inadequação do domicílio.

#### **-PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - METAS:**

Idosa necessita dos seguintes cuidados:

- Nutricionista para adequação necessária a dieta;
- Endocrinologista: para exames e acompanhamento mais específico do DM;
- Exames para avaliação cardíaca, exames laboratoriais de rotina;
- Orientações em visitas domiciliares e em consulta sobre a adequação do ambiente do domicílio, retirar tapetes e colocar pequeno corrimão nos degraus, com a finalidade de evitar quedas.
- Continuidade no acompanhamento da UBS pelos ACSs, enfermeiro e médico.

## **- DIVISÃO DAS RESPONSABILIDADES**

- Médico: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Enfermeiro: Acompanhamento do caso, orientações e visitas domiciliares;
- Nutricionista: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Endocrinologista: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Acs: Visitas domiciliares, registro de informações, acolhimento.

## **-AVALIAÇÃO PERIÓDICA**

A equipe irá avaliar o caso em discussão em reuniões periódicas, de duas em duas semanas, para avaliar o acompanhamento e os resultados do tratamento com o paciente.

## **-CONDUTA**

- Solicito: hemograma, lidogramama, Glicemia em jejum, glicose pós-prandial, Hemoglobina glicada, ureia/ creatinina, microalbuminúria, eletrocardiograma, Raio X de torax AP e L;
- Requisição para cardiologista;
- Incluir idosa no programa Hiperdia.

## **-Planos terapêuticos**

- Dieta hipossódica e hipoglicêmica;
- Exercícios físico 3 vezes por semana por 30 min;
- Losartana 2 vezes ao dia;



- Hidroclorotiazida 1 vez ao dia;
- Metformina (850mg) 1 vez ao dia;
- Propanolol (10mg) 1 vez ao dia.

De acordo com Filha, Nogueira e Viana (2011), a atenção primária em saúde atende hipertensos e diabéticos com várias ações:

A equipe de Saúde da Família possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo a que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou anti-diabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011, p. 03).

Na ESF a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. No caso da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Pinheiro et al (2013), complementam que o Hiperdia surgiu para prevenir agravos e promover a qualidade de vida de pessoas portadoras de HAS e DM, estabelecido pelo Ministério da Saúde, como estratégia de tratamento e acompanhamento. Nesse contexto, o Hiperdia apresenta ações centradas na distribuição de medicamentos e ações conjuntas da equipe interdisciplinar, focadas na promoção da saúde e prevenção de agravos por meio da identificação e controle dos fatores de risco para eventos cardiovasculares.

Alves (2014), afirma que a identificação precoce dos casos hipertensão arterial e diabetes mellitus, com o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as

Unidades Básicas de Saúde, são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle destas patologias, com o objetivo principal de se trabalhar com a educação em saúde na Unidade.

Diante do exposto, é importante reconhecer o papel da saúde primária na prevenção das doenças crônicas principalmente aquelas associadas às doenças cardiovasculares. A partir de pequenas estratégias realizadas no nível da atenção primária, com palestras através de educação em saúde, podemos melhorar a qualidade de vida da comunidade e reduzir importantes morbidades.

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO (ATIVIDADE 3)

A promoção da saúde é uma estratégia utilizada em todo o contexto do Sistema Único de Saúde, com finalidade de evitar doenças, quando se trata de prevenção, mas também como objetivo de promover a saúde, de levar medidas importantes de atenção a saúde da população.

Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 19).

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17).

De acordo com Dias, (2018), a prevenção em saúde pode ocorrer através de 04 níveis, os quais são:

- **Prevenção primária:** nesse nível, encontram-se agrupadas as medidas ou ações especialmente destinadas ao período que antecede a ocorrência da doença. Dentre elas, destacam-se o saneamento básico, a vacinação e o controle de vetores, por exemplo. Significa evitar a ocorrência de uma doença, eliminando fatores de risco ou tratamento de lesões precursoras;
- **Prevenção secundária:** incorpora uma série de medidas que visam a impedir a evolução de doenças já existentes e, em consequência, suas complicações. Um exemplo seria um paciente hipertenso, previamente diagnosticado, que tem monitoramento de profissionais de saúde, exercício físico orientado, dieta adequada, é livrado das situações de estresse do cotidiano, terá uma evolução muito lenta da patologia, diminuindo incrivelmente as possíveis complicações da doença;
- **Prevenção terciária:** esse último nível engloba ações voltadas à reabilitação do indivíduo após a cura ou o controle da doença, a fim de reajustá-lo a uma

nova condição de vida. Fazem parte dessas medidas a fisioterapia, fisiatria, a terapia ocupacional e a colocação de próteses, por exemplo. Lida com a recuperação funcional de sequelas, que muitas vezes são irreversíveis;

- **Prevenção quaternária:** é o conjunto de ações que visam evitar danos associada às intervenções médicas e de outros profissionais da saúde como excesso de medicação ou cirurgias desnecessárias (iatrogenias).

Na USF Bairro Floresta, trabalhamos com a promoção em saúde como foi mencionado na introdução desse portfólio, através de grupos de atendimento como o grupo de idosos, hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes, saúde da mulher e do homem, educação nas escolas com a saúde do adolescente.

Referente a saúde da criança, na USF Bairro Floresta, tem o acompanhamento do puerpério e pré-natal, com orientações em consultas, grupo da gestante, palestras na comunidade que abordam diversos temas.

Na saúde mental, temos parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para onde encaminhamos pacientes tratados na USF, e realizamos parceria em trabalhos de terapia ocupacional com os pacientes e palestras.

Mas a grande preocupação de atendimento é referente aos hipertensos idosos da Unidade. Em nossa UBS, existe um alto índice de pacientes com hipertensão arterial, constatando-se mais de 50 % dos casos com agravo da doença pelos fatores de risco associados tais como: obesidade, tabagismo, inatividade física, alcoolismo e maus hábitos de alimentação, o que provocou um número exagerado de consultas a pacientes com esta doença ao final do ano 2017-2018.

A Hipertensão Arterial é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de 135 mmHg de pressão sistólica e 85 mmHg diastólica. A hipertensão eleva quatro vezes o risco de acidente vascular cerebral e seis vezes o risco de insuficiência cardíaca (BORGES et al., 2010).

É quase sempre assintomática, mas se deixada evoluir naturalmente, a doença desencadeia, alterações vasculares em órgãos vitais, sobre tudo coração (hipertrofia, insuficiência cardíaca, coronopatia), cérebro (acidente vascular cerebral), rins (disfunção progressiva) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para a classificação da pressão arterial podem ser usados os critérios do ano de 2016 da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia.

**Quadro 1-** Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica em adultos

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120 -139	80 -89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1	140 - 159	90 -99
Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, (2016).

Diariamente na unidade temos uma grande demanda de pacientes hipertensos que buscam atendimento tanto para consulta como para troca de receitas. Tal situação é uma preocupação constante da equipe que poderia estar fazendo outras ações e gasta um tempo enorme com esse tipo de atendimento.

Para melhorar o atendimento e a qualidade da assistência foi que priorizamos a elaboração de uma proposta de intervenção para buscar alternativas para melhorar o atendimento e a qualidade de vida da população hipertensa residente no território da nossa unidade.

Dessa forma, as estratégias da equipe de saúde da família para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são fundamentais para a prevenção de doenças cardiovasculares, as quais englobam a detecção e o controle precoce dos fatores de risco na prevenção primária da doença cardiovascular. Sabendo-se que quanto mais precocemente forem detectados e tratados os fatores de risco, maior será o benefício para o paciente.

**Figura 1 - Educação em Saúde com hipertensos e diabéticos realizada na USF Bairro Floresta, Cerro Largo, RS.**



Fonte: Próprio autor

Enfim, as medidas preventivas à nossa disposição são inúmeras, e muitas delas devem ser incorporadas ao nosso estilo ou hábito de vida porque certamente contribuem para a manutenção de nossa qualidade de vida.

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

A assistência domiciliar na UBS Bairro Floresta é realizada sem dificuldades, temos transporte para a assistência. Na minha equipe a assistência domiciliar é realizada só as sextas feiras, quando é feito por mim enquanto médico da unidade, onde se faz visitas aos seguintes grupos de riscos: pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com e sem complicações, pacientes idosos (idosos que não procuram consulta medica para nada, e ao ver nos prontuários alguns que há anos não frequentam o posto, então a opção foi mudar a estratégia, realizar buscativas dos pacientes maiores de 60 independente de ter alguma doença crônica ou não para ter um controle maior deles) alternando cada semana.

Assim, como dito na introdução desse portfólio e em meu projeto de intervenção que aborda o tema de doenças crônicas em idosos, a visita domiciliar é uma excelente estratégia para acompanhar esses pacientes, principalmente aqueles que tem dificuldades de comparecer ao posto devido a idade avançada e dificuldades no caminhar.

Também existem as visitas médicas em casos mais críticos a cada três dias e dependendo da necessidade, só que até agora não se apresentou uma situação dessas. Além disso, são realizados os curativos para aqueles pacientes acamados e realizações de curativos de acordo com as necessidades de cada paciente, são feitas orientações ao cuidador que geralmente é algum familiar, sobre os cuidados dos pacientes, e os pacientes com pé diabéticos e pós-cirúrgico, geralmente as visitas são realizadas pelo o pessoal de enfermagem junto aos ACS, técnico de enfermagem.

Segundo De-Carli (2015), a atenção domiciliar é um pilar importantíssimo nos cuidados e acompanhamento dos pacientes na atenção básica. É uma ferramenta que, ao meu ver, nos aproxima do indivíduo e de sua família, nos proporcionando um entendimento melhor do seu contexto, uma visão integral, o que pode auxiliar em diagnósticos, tratamentos e acompanhamento do paciente.

Tínhamos pacientes dependentes do atendimento domiciliar em diferentes níveis de complexidade, desde acompanhamento de DM/HAS em pacientes que por algum motivo tinham dificuldade de locomoção, até os mais graves, acamados, com limitações graves, como neoplasia em estágio terminal ou criança com paralisia cerebral incapacitante. Acredito que um atendimento multidisciplinar e

acompanhamento longitudinal são fatores importantes, dentre muitos outros, que influenciam o bom andamento do cuidado domiciliar.

Segundo Couto, Castro e Caldas (2016, p. 76), a visita domiciliar é importante para atender idosos que perdem a capacidade física e não conseguem ir até a Unidade:

A presença de declínio funcional relaciona-se com a perda de autonomia e independência, limitando a capacidade de autocuidado, comprometendo a qualidade de vida e gerando relações de dependência que interferem nos processos de interação social do idoso. O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve diversos fatores de risco sociais, ambientais, relativos ao estilo de vida, dentre outros (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016, p. 76).

Tenho um caso muito interessante, que realmente marcou minha experiência como médico. Eu realizava o acompanhamento do paciente J.S. 61 anos, portador de Doença Parkinson e Hipertenso. O paciente habitava com sua mulher também idosa e diabética, em uma casa de alvenaria, onde viviam da renda da aposentadoria, tinham rede de apoio limitada, visto que o restante da família encontrava-se fora do Estado do Rio Grande do Sul.

Quando realizamos a primeira visita domiciliar, em equipe, detectamos diversos problemas, como a relação problemática do paciente e da mulher, com agressividade de ambos os lados, o paciente se sentindo muito limitado, pois devido à doença e seus tremores severos não conseguia escovar os dentes, se alimentar sozinho ou beber um copo de água sem auxílio. A mulher se vitimizava, esgotada com a situação. Levamos o caso ao NASF para definirmos um plano conjunto de cuidados. Realizamos, então, uma visita domiciliar com o NASF composta por: terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, além de médico, enfermeiro e ACS.

Acredito que foi bastante proveitoso, conseguimos modificar pequenas coisas dentro da casa do paciente, desde mobília (posicionamento dos móveis, facilitando deambulação), até pequenas adaptações, como colocar esponja e barbante na escova de dentes e talheres, auxiliando no manuseio.

Acionamos a rede de apoio da família, pois a rotina é realmente pesada para a mulher idosa cuidar sozinha de seu marido com Parkinson. Após essa visita, continuamos realizando o acompanhamento da família, sempre com desafios novos. Conseguimos elaborar um plano de cuidados multidisciplinar e colocá-lo em prática, com cuidado integral e longitudinal do indivíduo.



## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA (ATIVIDADE 5)

Durante o curso de especialização em saúde da família, pude aprender as disciplinas do Eixo I de Saúde Coletiva, que me acrescentaram positivamente conhecimentos extraordinários, assim como no Eixo II, dos casos complexos, que me ajudou a desenvolver a prática diária dos atendimentos na UBS com manejo clínico de diversas patologias nos estudos de caso.

No decorrer do curso pude ampliar meu aprendizado com saúde baseada em evidências, o método clínico centrado na pessoa, processos de trabalho, modalidades de condutas terapêuticas e diversas outras disciplinas que o curso oferece.

O que me chamou a atenção foi o desenvolvimento do Portfólio do TCC, através da elaboração de um estudo de caso clínico, das ações de promoção em saúde e educativas, pois podem ser pontuais como as campanhas de conscientização e a divulgação de informações através da mídia. Ações educativas contínuas têm como objetivo manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção de diversas patologias, como as mais identificadas como hipertensão, diabetes, câncer de colo do útero e de próstata, entre outras.

Como médico, faço parte dos grupos de atendimento na Unidade, juntamente com a nutricionista, psicólogo, enfermeira e técnica em farmácia, que são pessoas ativas e essenciais como profissionais da mesma, que atendem grupos de gestante no pré-natal, grupo de idosos na prevenção das doenças crônico-degenerativas, grupo de adolescentes, de crianças, saúde da mulher e do homem, etc.

Elaborar o Portfólio contribuiu para aumentar os conhecimentos sobre a prevenção na saúde mental, com a capacitação da equipe para acolhimento e compreensão de alguns transtornos psicossociais e mentais, sendo essencial, ajudando a melhorar o atendimento e acolhimento desses pacientes, subsidiando as práticas do clínico e do enfermeiro e colaborando para que estes também participem das atividades educativas. Assim, como também me permitiu aprender sobre a promoção da saúde atendendo a idosos hipertensos que procuram a unidade e até mesmo aqueles que tem dificuldade de ir até a Unidade.

Portanto, compreender os problemas que afetam a saúde dos sujeitos inseridos no contexto de atuação da equipe é fundamental, sobretudo para que posteriormente

sejam construídas estratégias capazes de impulsionar o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, as quais deverão contemplar a singularidade dos sujeitos, conhecendo e valorizando a realidade da qual fazem parte.

## 6. REFERÊNCIAS

ALVES, E. Acompanhamento de enfermagem aos idosos hipertensos: relato de experiência. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.3-15, maio/ago. 2014.

BORGES, C. *et al.* Hipertensão arterial o desafio da adesão ao tratamento, **Rev Bras Hipertens**. v. 13, n. 1, p. 8-9, 2010. Disponível em: [http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista\\_SBH\\_2013.pdf](http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013.pdf). Acesso em: 22 out. 2017.

COUTO, A; CASTRO, E; CALDAS, C. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene**. jan-fev; 17(1):76-85, 2016.

DE-CARLI, Alessandro Diogo *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, n. 105 pp. 441-450. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002012>>. ISSN 2358-2898. Acesso em 04 de Abril de 2018.

DIAS, Pablo Flores. **Níveis de prevenção**. 2018. Disponível em: <<http://www.sogab.com.br/apniveisdeprevencao.htm>>. Acesso em 01 de março de 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário do Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHA, F; NOGUEIRA, L; VIANA, L. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):930-6, 2011.

LEAVELL, S; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

PINHEIRO, R. *et al.* Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa Hiperdia. **Cogitare Enferm**. 2013 Jan/Mar; 18(1):78-83, 2013.

SIMÃO, E; ALBUQUERQUE, GL; ERDMANN, A. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev Rene**. 2007; 8(2):50-9. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, v. 107, suplemento 3, 2016.

**ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância**

**Intervenção na Qualidade da Saúde do Idoso  
no ESF Bairro Floresta**

**Javier Herrera Ruiz**

**CERRO LARGO/ RS.**

**2017**

## Resumo

---

---

Atualmente a população mundial encontra-se em um processo de envelhecimento e o Brasil é considerado um país envelhecido, estima-se que 10% da população brasileira têm mais de 60 anos, destes 12% corresponde a pessoas muito idosas (acima de 80 anos) constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos. Para o ano 2025, Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, estima-se que seja cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Cerro Largo é um município do estado do Rio Grande do Sul com uma população aproximadamente de 15.174 habitantes, meu ESF Bairro Floresta tem uma população de 3457. . O município tem o sistema organizado por níveis de atenção os quais constituem a rede de atenção de saúde da população. Este projeto de intervenção tem como objetivo melhorar da qualidade de vida dos idosos, assim como o planejamento de ações para reduzir complicações, conseguir maior cultura alimentaria e dar maior acompanhamento do paciente idoso.

**Palavras-chave:** idosos, Estratégia Saúde da Família

# Sumário

---

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>07</b>
<b>2.1</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>07</b>
<b>2.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>07</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>08</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b> .....	<b>13</b>
<b>6.1</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b> .....	<b>13</b>
<b>6.2</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS</b> .....	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>14</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>15</b>

# 1. INTRODUÇÃO

---

---

Atualmente a população mundial encontra-se em um processo de envelhecimento e o Brasil é considerado um país envelhecido, estima-se que 10% da população brasileira têm mais de 60 anos, destes 12% corresponde a pessoas muito idosas (acima de 80 anos) constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos. Para o ano 2025, Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, estima-se que seja cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O aumento do número de idosos impõe mudanças no modo e estilo de vida, esta faixa etária é mais vulnerável e pode apresentar diferentes doenças que ocasionam perdas de funções importantes como: da visão, da capacidade de deambulação, tudo isto determina a diminuição da autonomia e os tornam pessoas totalmente dependentes dos familiares.

No Brasil para garantir os direitos dessa população temos a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estado de Idoso; nesta lei aparece como elemento fundamental a saúde do idoso, tendo forte impacto sobre a qualidade de vida dos mesmos. Isto se consegue através da ampliação do acesso aos serviços de saúde e a humanização dos atendimentos.

Para que o atendimento ocorra de maneira mais adequada, longitudinal, interdisciplinar, com mais resolutividade, acolhedor e que não sejam apenas no consultório, mas também visitas domiciliares, para estreitamento de vínculos e estabelecer suporte adequado conforme as necessidades dos idosos e seus familiares.

No ano 2006 foi publicada a Portaria/GM nº 399, onde se apresentam as Diretrizes do Pacto pela Saúde, no mesmo aparece a Saúde do Idoso como uma das prioridades, isto tem uma grande importância porque pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil a saúde da população idosa é direito de todos.

Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento á esta população é focado intensamente na preservação da

funcionalidade, proporcionar uma melhor qualidade de vida, prevenção de doenças crônicas, assim como controle de descompensação das doenças crônicas existentes, o tratamento de acidentes domésticos, a atenção de saúde bucal, assim como as doenças mentais. O paciente idoso tem que ter uma atenção diferente por isto é preciso de um bom vínculo da família com a equipe de saúde que atende ao paciente. Eu escolhi o tema da saúde nas pessoas idosas porque considero importante, já que as ações programáticas é que permitem a equipe da saúde fazer uma série de atividades com o grupo selecionado as pessoas idosas e familiares, sem não for organizado e planejado, seria muito difícil ter um controle e poder trabalhar com cada idoso de forma grupal e individual, a gente tem em conta que cada paciente tem um problema que pode coincidir ó parecer ao problema de outro paciente mais sempre tem uma característica que ó faz diferente, então por isso tem muita importância coordenar as atividade e ações que se vai fazer com a população.

A população alvo a UBS 2 é uma população que está constituída mais por pessoas idosas, é a área mais pobre da cidade. A UBS tem uma cobertura de 3457 pessoas, a adesão aumenta do jeito gradual, de eles, 562 são usuários com 60 anos ó mais cadastrados na área, 198 tem HAS e 89 tem Diabetes mellitus, deles 109 são cadeirantes ó acamados, são desenvolvidas ações de saúde como, as visitas domiciliares, criação de diferentes grupos, como idosos, HAS, Diabetes mellitus, na maior parte todos os grupos tão compostos por usuários com mais de 60 anos. A qualidade da atenção pela população atendida pelas pesquisas feitas na população é boa, mais nossa maior ambição é ter uma cobertura dos idosos de um 100%.

O grau da implementação das ações programáticas tá sendo devagar, acho que a população tem se que familiarizar com um novo ritmo do trabalho, que tem como objetivo aumentar as ações programáticas pelo equipe, que tá envolvido no projeto e com muito desejo de trabalhar, as principais dificuldade é a resistência de algum os pacientes mesmos, a intervenção com certeza, vai diminuir a incidência das doenças psíquicas, as de compensações das doenças crônicas, os acidentes, a maior parte da população até agora muitos pacientes ficam satisfeitos com as ações feitas pelo equipe.

Este projeto vai nos permitir melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos na área de cobertura, além de melhorar sua qualidade de vida, assim como prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas de complicações fatais. A equipe hoje encontra-se mais preparada e organizada, os agentes comunitários de



saúde, as técnicas e a enfermeira identificam bem os fatores de risco e fazem uma avaliação do paciente que precisa uma atenção diferenciada, são feitas visitas domiciliares com objetivo de identificar fatores de riscos e manter o vínculo com os familiares, assim como são avaliados os cuidadores e o ambiente familiar onde mora o paciente idoso.

Este trabalho teve que começar desde a base, trabalhando intensamente na promoção e prevenção de saúde do paciente idoso. Sabemos que o processo de envelhecimento é irreversível, mas que essas pessoas tenha uma melhor qualidade de vida, assim como um ótimo atendimento e nosso objetivo. O cumprimento dos protocolos de saúde e o desempenho da equipe contribuirão a elevar a qualidade de vida da população de Bairro Floresta, reduzindo as complicações e mantendo o bom cuidado dos pacientes idosos.

## 2. Objetivos

---

---

### 2.1 Objetivo Geral:

Implementar ações de educação em saúde voltadas para melhorar a atenção à saúde do idoso na “Estratégia Saúde da Família Bairro Floresta Cerro Largo RS.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver rodas de conversa com os pacientes idosos da ESF Bairro Floresta sobre estratégias para melhorar a qualidade de vida dos idosos.
- Avaliar os riscos de morbimortalidade dos Idosos da área de abrangência.

### 3. Revisão de Literatura

---

---

Este processo de rápido envelhecimento populacional não é, naturalmente, uma característica única do Brasil, sendo compartilhado, de modo mais ou menos acentuado, por diversos outros países em desenvolvimento. Desta maneira, o envelhecimento populacional, que caracteriza, hoje, as populações dos países industrializados, passará, em futuro breve, a ser uma característica também nossa (CHAIMOWICZ, 2009).

Na verdade, já hoje, a maioria das pessoas idosas vive em países não desenvolvidos e dentro de poucos anos, na passagem do século, mais de três quartos daqueles, com mais de 60 anos, serão habitantes do Terceiro Mundo. O envelhecimento da população brasileira é um fato irreversível, e que deverá se acentuar, no futuro próximo imediato. O envelhecimento populacional, no entanto, ao contrário da esperança de vida ao nascer, não depende das taxas de mortalidade mas resulta do declínio da fecundidade<sup>17</sup>, que vem ocorrendo de forma rápida em regiões pobres do País (CHAIMOWICZ, 2009).

A transição demográfica apresenta-se em conjunto com a transição epidemiológica resultando no principal fenômeno demográfico, o envelhecimento populacional que impõe organização do sistema de saúde, pois a população idosa exige cuidados que ainda são desafios aos profissionais de saúde devido aos problemas específicos desta faixa etária. A baixa prioridade atribuída à Terceira Idade nas políticas públicas assistenciais, previdenciárias, não favorece os desafios a serem enfrentados assegurando serviços de qualidade, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce no Brasil (ARAÚJO, BARBOSA 2010).

Com o propósito de reorientar o modelo de atenção, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ESF devem superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de

práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Com o objetivo de reforçar as ações de saúde na atenção básica, foi estabelecida pelo MS, em 2005, a definição da agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em defesa do SUS, o Pacto em defesa da vida e o Pacto de gestão. Dentro do pacto em defesa da vida, o idoso tem uma atenção especial dos profissionais de saúde na atenção básica (ARAÚJO, BARBOSA 2010).

A saúde dos idosos no século XXI envelhecimento ou alterações relacionadas com a passagem do tempo, processo normal começa com o nascimento e continua ao longo da vida. A velhice é a fase final da vida. Gerontologia é uma ciência multidisciplinar que estuda o processo de envelhecimento e a fase da velhice, com diferentes campos de aplicação, envolvendo vários profissionais de ramos e especialistas que têm como objetivo comum para tentar melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O indivíduo esteve presente em todas as etapas do desenvolvimento social, no entanto na sociedade moderna, nos primeiros anos do novo século (XXI), assistimos a uma situação única, mais e mais pessoas ultrapassar as barreiras cronológicas que homem se fixou como uma fase da velhice, e que torna o envelhecimento da população em talvez um dos mais importantes desafios para as sociedades modernas (DOMÍNGUEZ, JUSTE, 2003).

## 4. Metodologia

---

---

Trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem qualitativo-quantitativa realizado na ESF do Bairro Floresta, que pertence ao Município de Cerro Largo, Estado Rio Grande do Sul em um período de quatro meses, buscando compreender o contexto social, econômico e de saúde a que esta faixa etária está inserida, assim buscar soluções para seus problemas e desenvolver a população-alvo a saúde preventiva e curativa. Para a intervenção serão cadastrados todos os pacientes da área de abrangência com 60 anos ou mais, sendo constituída inicialmente por 562 pacientes, (fonte: senso dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014). A avaliação será feita nas consultas e também nas visitas domiciliares para os pacientes acamados ou com problemas de locomoção, também estabelecer-se-á contato com a Secretária de Saúde do município com o objetivo de garantir a avaliação multidisciplinar dos pacientes que precisarem. A capacidade funcional foi avaliada da escala de atividades da vida diária pessoal.

Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos:

**Primeiro momento:** Capacitação dos profissionais da saúde sobre o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da saúde que acontecerá no período de 3 semanas;

**Segundo momento:** Capacitação dos ACS para cadastramento dos idosos faltosos, no período de duas semanas;

**Terceiro momento:** Cadastramento de todos os idosos acamados da área adstrita no programa no período de duas semanas.

**Quarto momento:** Contacto com líderes comunitários para falar do apoio ao programa da saúde dos idosos no período de um mês

**Quinto momento:** Atendimento clínico dos idosos faltosos as consultas

**Sexto momento:** Pesquisa de HSA e DM na população idosa e assim como reuniões e palestras com os idosos na comunidade.

**Sétimo momento:** Monitoramento da intervenção

**Oitavo momento:** Criação de planilha para registro de dados

**Nono momento:** Fazer um levantamento de todos os dados obtidos, para registrar

nessa planilha

**Décimo momento:** Discutir com a equipe se houve melhoras, e solicitar opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando

**Décimo primeiro momento:** Fazer uma análise final e o levantamento dos dados

**Décimo segundo momento:** Elaboração do informe final

**Objetivo 1.** Desenvolver rodas de conversa com os pacientes idosos da ESF Bairro Floresta sobre estratégias para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

**Metas:**

- Realizar reuniões e palestras com os idosos na comunidade
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Objetivo 2.** Avaliar os riscos de morbimortalidade dos Idosos da área de abrangência

**Metas:**

Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

## 5. Cronograma

---

---

### **Atividades:**

1. Capacitação dos profissionais da saúde sobre o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da saúde. (Setembro 2017).
2. Capacitação dos ACS para cadastramento dos idosos faltosos. (Setembro 2017).
3. Cadastramento de todos os idosos acamados da área adstrita no programa. (Setembro-Outubro 2017)
4. Contacto com líderes comunitários para falar do apoio ao programa da saúde dos idosos. (Setembro 2017).
5. Atendimento clínico dos idosos faltosos as consultas. (Setembro 2017- Fevereiro 2018).
6. Pesquisa de HSA e DM na população idosa. (Setembro 2017-Fevereiro 2018).
7. Monitoramento da intervenção. (Setembro 2017- Fevereiro 2018).
8. Criação de planilha para registro de dados. (Setembro 2017)
9. Fazer um levantamento de todos os dados obtidos, para registrar nessa planilha. (Fevereiro 2018).
10. Discutir com a equipe se houve melhoras, e solicitar opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando. (Fevereiro 2018).
11. Fazer uma análise final e o levantamento dos dados. (Fevereiro 2018).
12. Elaboração do informe final. (Fevereiro 2018)

## 6. Recursos Necessários

---

---

### 6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por, agentes comunitários de Saúde, 2 auxiliares de Enfermagem; 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiros, 1 médicos, 1 dentista, 1 psicólogo.

### 6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Modelos de requisição de exames;
- Folha A4;
- Impressora;
- Impressos: panfletos;
- Vídeos animados;
- Equipe para transporte
- Balança com capacidade até 150 Kg com estadiômetro acoplado
- Pacientes incluídos em o estudo



## 7. Resultados Esperados

---

---

- Melhorar o estado de saúde da população idosa da área de saúde.
- Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde
- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.
- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Cadastrar todos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Realizar visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Rastrear das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- Melhorar o estado de saúde da população hipertensa de minha área de saúde.
- Fazer acompanhamento do maior número de pacientes idosos da área de atenção.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.

## Referências

---

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CHAIMOWICZ, Flávio, et al. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, **Coopmed**, 2009.172p.: il., 22x27 cm.

MS 2006, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Cadernos de Atenção Básica no 19 (2)

Liliana Sousa, Helena Galante e Daniela Figueiredo Secção Autónoma de Ciências da saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal

Araújo MAS, Barbosa MA Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso 2010.

Pereira Domínguez, M<sup>a</sup> C. y Pino Juste, M.R. (2003): <<Intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en educación social>>. En *Revista Portuguesa de Pedagogía*. Año 37, (3), pp. 231-251. ISSN: 0870-418.