



PORTFÓLIO FINAL

Adonisbel Victoria Hernández.

**Título: Melhoria na atenção aos usuários idosos cadastrados na UBS
Francisca Garcia, Boa Vista do Ramos, Amazonas.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS, como requisito para conclusão do Curso de Especialização em saúde da família sob orientação do Professor Dr. João Batista Cavalcante Filho, médico sanitário e médico de família e comunidade.

Boa vista do Ramos

Janeiro 2018

SUMARIO:

1 Introdução	3
2 Estudo de Caso Clínico	6
3 Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.....	14
4 Visita Domiciliar	16
5 Reflexão Conclusiva	22
6 Referências bibliográficas.....	24
7 Anexo 1 Projeto de intervenção.....	26
8 Outros anexos.....	44

Atividade 1. Introdução

Eu sou o Dr. Adonisbel Victoria Hernández, sou médico cubano da missão Mais Médicos para o Brasil e estou desenvolvendo meu trabalho no município de Boa Vista do Ramos, na Unidade Básica de Saúde Francisca Garcia de Curuçá. Sou especialista em MGI; trabalhei durante 3 anos na República Bolivariana de Venezuela também no estado Amazonas.

Boa Vista do Ramos é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região norte do país. Pertence à mesorregião do centro amazonense e microrregião de Parintins. Localiza-se ao leste de Manaus a capital do Estado, distando desta a 269 km em linha reta e 367 km pela via fluvial. Este município tem uma área geográfica de 2586,829 km com clima equatorial e com apenas uma via de acesso que é o Rio Paraná do Ramos. Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia y Estadísticas de 18,080 habitantes (IBGE 2016).

Quanto à economia, é baseada principalmente na agricultura, como fonte principal o cultivo de cereais, leguminosas e oleaginosas. Os principais cultivos são mandioca, arroz, milho, feijão, centeio, cevada, guaraná, café, banana, e algodão. Neste período de tempo o município tem 2604 pessoal ocupado na agricultura familiar. A Apicultura é também fonte importante no município e a pecuária tanto bovinos como bufalinos. Não temos empresa importante na cidade, solo pequenos negócios que trabalham no ramo do comercio e tem poucos funcionários na prestação de serviços como carpinteiros, mestres de obras, costureiras e construtores. O PIB per capita é de 5950,97, com uma Renda familiar per capita de 193.40 (IBGE 2016).

No município existem 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas delas na zona rural: a UBS Sagrado Coração de Lago Preto, que tem 2 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e a UBS Francisca Garcia na zona de Curuçá que tem 1 ESF; e uma UBS na zona urbana, o Centro de Saúde Boa Vista do Ramos, onde trabalham 3 ESF. Existe um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto só por um Nutricionista, um Farmacêutico, um Assistente Social, e um

Fisioterapeuta. Não contamos no município com médico obstetra nem com pediatra. Contamos com um cirurgião, ademais de um ortopedista que realiza consulta uma vez por mês. Para o atendimento do restante das especialidades os pacientes são encaminhados pelos profissionais das equipes, com prévia coordenação dos casos com a Secretaria de Saúde, para os municípios de Maués, Parintins ou para a capital do estado Manaus.

Na cidade existe um Hospital de pequeno porte para o atendimento das urgências e emergências, com médico de plantão as 24 horas; o mesmo apresenta uma infraestrutura para o internamento de crianças, grávidas e de adultos. Nele também encontramos um laboratório para a realização de exames complementares convencionais e um departamento onde são feitos exames radiográficos, além de ultrassonografia. Também possui uma sala de parto, uma sala de cirurgia, uma sala de maternidade e uma sala de observação na parte do plantão, além disso, contamos com um departamento onde radica a equipe de Vigilância em Saúde, onde são feitos exames específicos para a detecção do Paludismo.

Na UBS são disponibilizados os testes rápidos de Gravidez, Hepatite B e C, VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory) e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) tanto para as gestantes quanto para a população em geral. É importante assinalar que contamos com um conselho municipal de saúde que atua para todas as UBS do território.

A Unidade Básica de Saúde Francisca García é de tipo rural e está alocada na comunidade de Curuçá, no interior do município Boa Vista do Ramos, estado de Amazonas, esta UBS não está funcionando por problemas estruturais, falta de equipamento e não tem todas as vagas completas para o adequado atendimento dos usuários, por isto estamos trabalhando na UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos, lugar onde acodem os pacientes da minha área de abrangência para a resolutividade das suas demandas.

Nossa área de abrangência tem uma população de 2238 pessoas, 1084 do sexo masculino e 1154 do sexo feminino, distribuídas em 12 comunidades ribeirinhas, segundo o cadastro feito pelos Agentes Comunitários de Saúde. O atendimento aos usuários idosos na UBS é feito todos os dias em consultas

agendadas, segundo o estabelecido no protocolo do Ministério da Saúde, enquanto a saúde a população idosa do ano 2006. Também fazemos atendimentos por problemas de saúde agudos.

A população alvo de nossa intervenção são as 132 pessoas cadastradas e residentes na área de abrangência da UBS com 60 anos e mais, sendo acompanhadas na unidade, o que representa 100% de cobertura do programa. Em relação aos indicadores de qualidade 81 idosos (61.3%) têm a caderneta de saúde da pessoa idosa, têm realizada Avaliação Multifuncional Rápida e têm acompanhamento em dia 111 idosos (84%) têm sido avaliados em relação ao risco para morbimortalidade e aos indicadores de fragilidade na velhice. Temos 25 idosos (18.9%) com HAS, 12 (9.1%) com DM e 26 idosos (19.7%) têm feito avaliação de saúde bucal. Os usuários idosos não têm recebido orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre prática de atividade física regular. Existem problemas em relação a adesão dos idosos ao programa, os quais faltam com frequência às consultas agendadas, não realizam os exames solicitados nem fazem o tratamento continuado de suas doenças crônicas, sendo consequência muitas vezes por desinteresse destas pessoas ou de seus familiares no acompanhamento de sua saúde.

Nossa intervenção busca melhorar a qualidade no atendimento das pessoas idosas da população alvo, tomando em consideração as difíceis condições de vida, com isolamento e até abandono familiar em que moram nossos idosos, com dificuldades para o deslocamento até os serviços de saúde. Por isso, a implementação da ação programática, seguindo o protocolo de atendimento, a capacitação dos integrantes da equipe com temas relacionados sobre a senectude, e a disponibilidade das fichas espelho para melhorar a qualidade do registro dos idosos, são passos na execução das ações planejadas.

Atividade 2. Estudo de caso clínico

UBS Boa Vista do Ramos Centro.

Anamnese**Identificação:**

Nome: LCSA.

Idade: 63 anos.

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensina Básica Terminada.

Estado civil: Viúva.

Profissão: Aposentada.

Naturalidade: Amazonense.

Residência Atual: Rua norte sul s/n Barrio Santa luzia. Boa Vista do Ramos. Amazonas.

Queixa principal:

Formigamento nas pernas.

História da doença atual:**1ª Consulta Médica (03/07/2017)**

Paciente com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Tipo 2, com tratamento continuado. Refere apresentar formigamento, dor e dormência nas pernas, cefaleia, além de fraqueza e tontura.

Interrogatório sintomatológico:

Sintomas Gerais: normocorada e eupneia, tem fraqueza e tontura.

Cabeça e Pescoço: Tem cefaleia e nega outras queixas.

Tórax: Nega sintoma.

Abdome: Nega sintoma.

Sistema Geniturinário: Nega sintoma.

Sistema endócrino: Nega sintoma.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: Dor nas pernas.

Sistema nervoso: Cefaleia, dormência, formigamento nas pernas.

Antecedente Pessoais:

4ta Filha de 7 irmãos.

Doenças da infância: Varíola.

Hipertensão Arterial há mais de 10 anos.

Diabetes Mellitus há mais de 10 anos.

Dengue há três anos.

Vacinas: Atualizadas.

Antecedente Cirúrgico: Não.

Telarca: 10 anos.

Menarca: 12 anos.

Sexarca: 14 anos.

Menopausia: 48 anos.

História Obstétrica: G3 P3 A0.

Nega alergias medicamentosa o de outro tipo, não transfusões.

Medicamentos em uso: Captopril (25mg) 1 comprimido 8/8 horas, Glibenclamida (5mg) 1 comprimido de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia, Metformina (850mg) 1 comprimido de 12/12 horas.

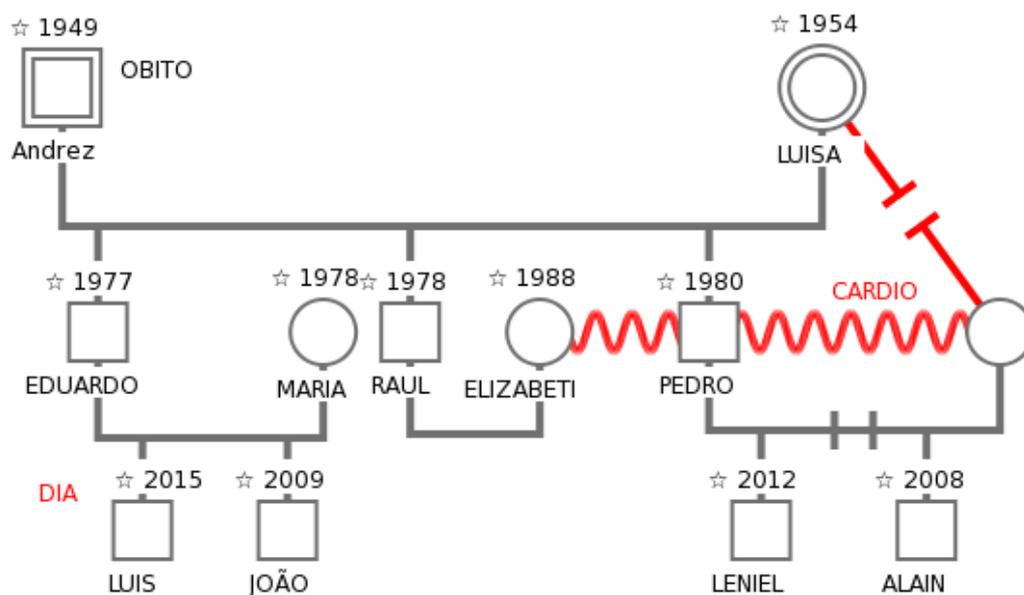
Antecedentes Familiares:

Pai: Falecido por AVC.

Mãe falecida: não conhece a causa.

7mo Irmão: Diabetes Mellitus.

Geonograma:



Condições de Vida:

Habitação: Vive numa casa de madeira com 3 cômodos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, consomem água do poço, queimam o lixo, mora com seus três filhos, as parceiras deles e 4 netos.

Alimentação: Predominantemente peixe, carboidratos, gorduras, pouca frutas e verduras.

História ocupacional: Trabalhou no Correio e agora está aposentada.

Atividades físicas: Sedentária.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo e drogas.

Condições socioeconômicas: a renda familiar é aceitável.

Vida conjugal e ajustamento familiar: não tem vida conjugal e o relacionamento com a família é bom.

Exame Físico**Somatoscopia:**

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço e pessoa, fâcies não característica de nenhuma patologia, fala e linguagem típica, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa normocorada, sem icterícia, sem cianose, hidratada, afebril ao toque.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,4°C.

PA: 130 x 90 mmHg.

FC: 72 bpm.

FR: 19 rpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 56kg, Altura: 152 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): (24.2 No peso ideal).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, tireoide não visível nem palpável, com ausência de adenomegalia, sem tumorações.

Aparelho Respiratório:

Orofaringe sem sinais inflamatórios.

Inspeção: tórax simétrico, respiração torácica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes ou tiragem.

Palpação: expansibilidade normal, frêmito tóraco-vocal sem alterações.

Percussão: sonoridade normal.

Ausculta respiratória: Murmúrio Vesicular audível, sem ruídos agregados.

Aparelho cardiovascular:

Inspeção: Não se observam deformidades nem movimentos pulsáteis, batimento da ponta não visível.

Palpação: ictus da ponta palpável em quinto espaço intercostal, não frêmito, não thrills.

Percussão: Área cardíaca percutível e dentro dos limites normais.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos normais, rítmicos e de bom tônus e intensidade. Não se ausculta ruídos assessórios, sopros nem roce.

Aparelho Arterial Periférico: Pulsos presentes, simétricos e normais em frequência e intensidade. Enchimento capilar normal.

Aparelho digestivo:

Boca com presença de adentia parcial e caries, língua normal, mucosas normais.

Abdome Inspeção: plano, presença de vergetures; não circulação colateral, cicatriz ou abombamentos.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais, não sopro abdominais.

Percussão: timpânico, não visceromegalia nem tumoração.

Palpação: Não dor a palpação superficial nem profunda, não massa tumoral, nem visceromegalia.

Aparelho geniturinário:

Mamas sem alterações, rins não palpáveis. Pontos Reno-ureterais não dolorosos a palpação.

Aparelho neurológico:

Facie, atitude e marcha normal, consciência normal, orientada em tempo, espaço e pessoa, linguagem claro e coerente sem sinais de irritação meníngea.

Hiperestesia plantar, reflexo aquiliano diminuído.

Soma: tono e força muscular normal, ausência de dor, crepitação ou deformidades a palpação.

Hipótese diagnóstica:

Hipertensão Arterial Estagio 1.

Diabetes Mellitus Tipo 2.

Neuropatia diabética.

Conduta:

Tratamento não medicamentoso: Mudança no estilo de vida, incorporar-se ao projeto Mais Saúde da UBS para fazer caminhadas duas vezes na semana.

Fazer dieta de base vegetariana: rica em frutas, como limão, laranja, legumes verdes e hortaliças, alho e cebola para temperar as comidas.

Não permanecer sentada por longos períodos de tempo, levantar-se com frequência. Não cruzar as pernas, fazer movimentos circulares com os pés.

Tratamento medicamentoso:

Captopril (25mg) 1 comprimido 8/8 horas, Glibenclamida (5mg) 1 comprimido de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia, Metformina (850mg) 1 comprimido de 12/12 horas como tratamento continuado, Vitforte 1 comprimido duas vezes ao dia.

Solicito exames clínicos para rastreamento da doença conforme o protocolizado no Caderno de Atenção Básica glicose, ureia, creatinina, colesterol, triglicerídeos e urina. Avaliar pela nutricionista do NASF.

Evolução:**2ª Consulta (Dia 11/07/2017)**

Dados da triagem: P:56 Kg A:152 cm PA: 130/80 mmHg FC: 76´
FR:18´

Paciente com bom estado geral, nega queixa alguma, refere que se incorporou ao projeto Mais saúde, mudou sua forma de alimentação depois da avaliação pela nutricionista. Está tomando o medicamento regularmente. Apresenta exames laboratoriais com os resultados:

Glicose: 134 mg/dl.

Ácido Úrico: 3 mmol/l.

Creatinina: 0,9 mg/dl.

Colesterol total: 168 mg/dl.

HDL: 41.

Triglicerídeos: 180 mg/dl.

Score de Framingham: Risco moderado (15 %).

Conduta:

Manter o tratamento indicado. Avaliar pelo Neurologista.
Acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família.

3ª Consulta (Dia 22/08/2017)

Dados da triagem: P:56 Kg A:152 cm PA: 130/80 mmhg FC: 78´
FR:20´

Retorna a consulta e refere ainda não tem sido avaliado pelo Neurologista, além de ter dificuldade para dormir.

Hipótese diagnóstica:

Insônia

Conduta:

Indico Amitriptilina (25 mg) 1 comprimido uma vez a noite durante duas semanas. Manter o tratamento indicado. Acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família. Retorno para reavaliar em duas semanas.

Plano:

Visita a cada dois dias pelo Agente Comunitário de Saúde.

Visita Domiciliar pela ESF para identificar alguma situação na dinâmica da família relacionado com a insônia. Avaliar pelo Neurologista e realizar atividades de promoção de saúde para evitar o pé diabético.

Atividade 3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.

A Atenção Básica à Saúde, tal como o Sistema Único de Saúde, é norteadada por princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado. Ao propor um cuidado independente da presença ou ausência da doença, incorporando a prevenção de doenças e promoção de saúde e, principalmente, sem que haja distinção entre condições físicas e mentais, observa-se a importância da efetiva abordagem das condições psicossociais nesse nível de atenção (Constituição Federal Brasileira 1990).

Partindo de minha vivência na Unidade Básica de Saúde Boa Vista do Ramos Centro, no Estado de Amazonas, e sensibilizado com as necessidades dos pacientes com doenças mentais; especificamente idosos com depressão, demência senil e epiléticos, percebi que a abordagem destes pacientes não era adequada, pois ficavam muito tempo sem acompanhamento de suas doenças e sem fazer tratamento, sendo preocupante o fato de só procurar o posto quando ficavam doentes, momento que era aproveitado para fazer troca de receitas; muitos sem apoio ou abandono familiar, com barreiras para o acesso à Unidade de Saúde pela distância, ou não ter dinheiro para o passagem, foram os principais motivos explicados pelos usuários quando perguntei por que não tiveram acompanhamento pela Estratégia Saúde da Família. Me preocupei pelo problema e solicitei realizar reunião com a equipe de trabalho para fazer a proposta de incorporá-los num grupo (CAB 34).

A proposta foi aceita e a população afetada de doenças mentais se incorporou no grupo "Mais Saúde para você". Foi realizada atualização do cadastro dos mesmos e receberam caderneta para controle das consultas e pegar os medicamentos na unidade de saúde. Solicitamos o comprometimento dos Agentes Comunitários de Saúde para acompanhamento mais perto deles. O grupo tem encontro duas vezes na semana, recebem orientações sobre suas doenças, fazem exercícios físicos, e tem acompanhamento pela Estratégia de Saúde Familiar e pelos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde Familiar (NASF). Além disso, temos em projeto a realização de terapia ocupacional nos usuários com doenças

mentais e outros com disponibilidade de participarem no grupo a partir do mês de Janeiro, onde eles vão aprender fazer trabalhos com tecidos, trabalhos com fitas, pintura, reciclagem e outros artesanatos, o que facilitará a recuperação dos usuários. O matriciamento constitui uma ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e de suas relações com as pessoas e comunidades, isto permite melhoria no atendimento à população, para responder de forma mais adequada e cumprir as metas propostas, identificar a população com risco e vulnerabilidade, organizar os fluxos entre os pontos das redes de atenção à saúde, desenvolver planos terapêuticos voltados no indivíduo e a família (Vide em outros Anexos).

Tivemos a satisfação que atingimos a meta proposta, logrando incorporar aos usuários as consultas e que participarem no grupo para interagir entre eles, participar nas atividades de lazer e conhecer suas doenças, além da participação da família no cuidado deles. Nós aproveitamos os encontros para conhecer seus problemas e as suas consequências na saúde, realizar abordagem integral, orientar condutas corretas, lograr adesão aos tratamento e controle das doenças (CAB 19).

Atualmente a equipe continua desenvolvendo as atividades com o grupo e o resto da população, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, acompanhamento ao pré-natal, usuários com hipertensão, diabetes mellitus e outras doenças crônicas. Realizamos ações de promoção e prevenção de saúde nas atividades de visita domiciliar, nas consultas de enfermeira e do médico para a identificação oportuna e o monitoramento dos riscos em saúde. A compressão da morbidade para idades mais avançadas e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de assistência à saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção (Vide em outros Anexos).

Não há dúvida, portanto, da necessidade de desenvolver estratégias para o efetivo suporte ao sofrimento psíquico e às doenças psiquiátricas pela equipe de saúde familiar.

Atividade 4. Visita domiciliar

A ESF prevê a cobertura populacional através de áreas geográficas, a qual deve considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, assim, o território de atuação. Dentre das atividades realizadas pela equipe de saúde da família, a Visita Domiciliar destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação, mais especificamente no domicílio do usuário. (Coelho, F.L.G; Savassi.L.C.M, 2004).

A Visita Domiciliar na ESF é um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Ainda, visa atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. Sendo assim, a visita domiciliar é uma das principais atividades que permite aos enfermeiros, aos ACS e a equipe toda conhecerem o contexto social e identificarem as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença. (Cruz, M.M; Bourget, M.M.M, 2010).

Para a ESF, a Visita Domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim deve-se considerar como critérios gerais:

- Pacientes acamados e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Pacientes com doenças crônico-degenerativas.

- Pacientes sem adesão ao tratamento.
- Pacientes sem cuidador.
- Crianças com retardo no crescimento ou no desenvolvimento.
- Ausências no atendimento programado e/ou vacinações.
- Gravidas de alto risco.
- Grávidas com ausências na consulta de pré-natal agendada.
- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde ou que alterem a dinâmica do funcionamento familiar.
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência ou doença aguda.
- Barreiras geográficas.
- Pacientes com problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Ausências no atendimento programado.
- Portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Para o grupo de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioritárias.

Em minha equipe de saúde as visitas domiciliares são realizadas conforme a demanda dos ACS, das famílias, ou vizinho quando se tratarem de um paciente que more sozinho, ou quando é constatado em consulta a necessidade da visita domiciliar para seu acompanhamento. Apresentamos dificuldades para realizar este tipo de atendimento pois a UBS fica distante da cidade, a mesma tem problemas estruturais e está em fase de reparação há muito tempo, pelo qual as visitas são programadas uma vez no mês, quando as condições logísticas o permitem.

Visita Domiciliar

No dia 28/11/2017 às 08:20 min nossa equipe de saúde realizou visita domiciliar previamente agendada e informada pela Agente de Saúde a paciente LCSA, idosa que tem histórico de doenças crônicas.

Residência Atual: Rua norte sul s/n. Barrio Santa Luzia. Boa Vista do Ramos. Amazonas.

Objetivo da Visita Domiciliar: Verificar as condições de saúde da paciente Luíza e avaliar o estado da lesão no pé.

Paciente objeto da visita: LCSA, 63 anos, feminina, viúva, com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Tipo 2, e Pé diabético, com adesão ao tratamento. Tem 3 filhos adultos já que moram na casa dela, sendo homens os três. LCSA tem uma vida sedentária, nunca realizou exercício físico.

Fomos recepcionados pelo filho Pedro quem depois de cumprimentar-nos abriu a porta e nos levou até a presença da sua mãe. Ao entrar na casa observei as condições higiênicas da casa e o entorno. Uma amiga dela estava visitando-la. Informamos a família o objetivo da visita.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde; expectativas: LCSA tem consciência de seu estado atual, conhece os riscos da sua doença e tem vontade de fazer o tratamento para sua recuperação e o controle da sua doença. É uma pessoa pouco comunicativa e conta com o apoio da família.

Queixas do momento: Refere apresentar formigamento, câimbra, dores e dormência nas pernas, além de cefaleia.

Exame físico: Paciente em bom estado geral, lúcida e orientada, corada, hidratada, afebril ao toque. Murmúrio vesicular normal, bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos, sem sopro, TA 130/90 mmhg. Em membro inferior esquerdo, a nível do maléolo apresenta cambio de cor, eritematoso, com lesão ulcerosa de bordas regulares de 2 cm, sem secreção nem dor.

Tratamento atual: Em uso Captopril (25mg) 1 comprimido 8/8 horas, Glibenclamida (5mg) 1 comprimido de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia, Metformina (850mg) 1 comprimido de 12/12 horas de forma continuada.

Estrutura familiar: No domicílio residem 11 pessoas, considerando-se uma família extensa; composta pela paciente, três filhos e as suas parceiras e

quatro netos. ECA trabalha na escola de professor e tem dos filhos. Ele é quem mais aporta à economia da casa.

Identificação e características dos membros:

LCSA, 63 anos, feminina, viúva, Ensina Básica terminada. Aposentada.

ECA, 40 anos, masculino, casado, Ensina Superior Completo, professor.

MMA, 39 anos, feminina, casada, Ensina Média incompleta, doméstica.

LMC, 2 anos, masculino.

JMC, 8 anos, masculino, Ensina Fundamental.

RCA, 39 anos, masculino, casado, Ensina Média incompleto, agricultor.

EBS, 29 anos, feminina, casada, Ensina Média completa.

PCA, 37 anos, masculino, casado, Ensina Superior incompleta, agricultor.

YADC, 32 anos, feminina, casada, Ensina Média incompleta, doméstica.

LAC, 5 anos, masculino.

AAC, 9 anos, masculino, Ensina Fundamental.

Domicílio: Mora numa casa de madeira com 4 cômodos, tem 1 sala, 1 cozinha e 1 banheiro, consomem água do poço sem tratar, o lixo acumulado é recolhido todos os dias por um caminhão da prefeitura. A casa tem boa higiene e não tem animais domésticos.

Alimentação: Predominantemente peixe, carboidratos, gorduras, pouca fruta e verduras. Os filhos são responsáveis pela alimentação da família. As noras preparam as refeições e tem 3 refeições no dia.

História ocupacional: Trabalhou no Correio e agora está aposentada.

Atividades físicas: Sedentária; nunca fez nenhum tipo de exercício físico.

Hábitos tóxicos: Nega tabagismo, consumo excessivo de álcool ou drogas.

Condições socioeconômicas: A renda familiar é aceitável, pois os três filhos trabalham e uma nora também.

Vida conjugal e ajustamento familiar: Vida conjugal não tem, o esposo faleceu há muito tempo. O relacionamento da família é bom.

Situação de saúde e de vida: É uma família com bom poder aquisitivo. Onde observamos a existência de 02 motos. Tem efeitos eletrodomésticos. LCSA falou que quando tem precisado assistir a consulta seu filho leva-la na moto. LCSA é responsável pela administração de seus medicamentos, todos no horário indicado pelo médico e toma as suas refeições normalmente.

Alimentação: A responsável pela preparação do alimento são as noras, quem fazem controle da dieta de LCSA, toma café de manhã as 8 horas, o almoço as 12 e às 18 horas janta, para poder tomar os medicamentos às 09 horas e 21 horas diariamente.

Ferramentas sociais envolvidas: Recebe ajuda de aposentadoria.

Fontes de prazer do paciente: Ela não tem fonte de prazer.

Metas: Lograr a cura da Ulcera do pé.

Avaliar pelo Neurologista.

Avaliar pelo Angiologia.

Problemas crônicos: Diabetes Mellitus Tipo 2

Hipertensão Arterial Estagio 1.

Problemas agudos: Pé diabético.

Plano de ações:

Curativo diário do pé. Movimentar o pé.

Mudanças do estilo de vida.

Realizar tratamento continuado das doenças de base.

No analisado por enquanto, reforça a importância da Visita Domiciliar no controle das doenças crônicas, o monitoramento dos pacientes no cumprimento do tratamento, a detecção precoce de agravos e tratamento oportuno a fim de evitar complicações das mesmas. O estabelecimento de um vínculo estreito com a família permite conhecer suas necessidades de saúde, as crises da família, os processos envolvidos na sua dinâmica, essenciais para o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, e o acompanhamento dos profissionais do NASF como apoio de matriciamento.

Atividade 5. Reflexão conclusiva

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (Brasil 2001).

As equipes atuam com ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (Brasil 2001).

A Estratégia de Saúde Familiar da Unidade Básica de Saúde Francisca Garcia da Região de Curuçá, no Município de Boa Vista do Ramos, tem uma população de 2238 habitantes, oferecendo atendimento em doze comunidades ribeirinhas (Vide em outros Anexos).

Quando comecei meu trabalho os níveis de organização da ESF não estavam funcionando muito bem, pois somente eram realizadas consultas de demanda espontânea, e praticamente os pacientes com doenças crônicas ficavam sem acompanhamento, procurando a UBS só para troca de receitas ou comorbidades. Foram feitas propostas para a organização do trabalho da Equipe de saúde, com o objetivo de aumentar o indicador de visitas domiciliares, realizar consultas agendada para pacientes de grupos de programas e com outras doenças crônicas, além de programar na agenda profissional atendimento no dia a pacientes com doenças agudas, realizar intervenções educativas para mudar hábitos e estilos de vida da população, através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e lograr melhor qualidade de vida, utilizando a estratificação de risco e vulnerabilidade na população adstrita.

Na reunião da equipe são analisadas as dificuldades no trabalho da semana anterior, o comportamento dos indicadores, discutimos os casos de risco da área, os pacientes faltosos a consultas, fazemos educação

permanente em saúde e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular dos ACS.

Os Agentes Comunitários de Saúde são os quem melhor conhecem as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, as necessidades reais da sua população pelo qual são parte importante na identificação de problemas de saúde, na avaliação dos riscos e planejar as intervenções sanitárias necessárias para sua solução. Desde meu modo de olhar a implementação dos ACS é uma vitória do SUS.

Minha UBS está sendo reformada pelo qual estou inserido na UBS da cidade, isso dificulta o deslocamento dos pacientes até a unidade de saúde para seu atendimento, mesmo assim para o acompanhamento dos casos, e a continuidade do tratamento, outras dificuldades observadas e a demora dos pacientes para realização de exames laboratoriais e de tecnologias avançadas, e o fluxo de informações entre os diferentes níveis de atenção, além das dificuldades com o atendimento odontológico pois a demanda é muita e só temos uma Equipe de Saúde bucal no município(Vide em Outros Anexos).

O Curso de Especialização mudou minha prática como profissional, pois com os conhecimentos adquiridos nos estudos dos casos clínicos tem tido melhoria na atenção à saúde dos pacientes, realizando atendimento com base em evidências científicas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, avaliando integralmente as famílias e realizando projetos terapêuticos para resolver seus problemas, e dar um trato mais humanizado a minha população.

Referência bibliográfica

- 1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Julho de 2016. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.
- 2. Confederação Nacional de Municípios. 2011. Disponível em: <http://www.cnm.org.br>. Acesso em: dez. 2011.
- 3. Município de Boa Vista do Ramos, Amazonas. Cidade-brasil.com. br./município-boa-vista-do-ramos. html.
- 4. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nro 19, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa, Brasília 2013.
- 5. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 15, Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília-DF 2006, p.25-35.
- 6. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 16, Diabetes Mellitus, Brasília-DF 2006, p. 43-43.
- 7. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nro 19, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa, Brasília 2013, p. 11-16, 71-92.
- 8. Cadernos de Atenção Básica, nº 35, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Brasília-DF 2014 p. 64-78.
- 9. Condições sensíveis à atenção primária portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.
- 10. Diretrizes operacionais. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão, V 1 fev. 2006.
- 11. OPA- OMS Representação no Brasil e Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes; Brasília – DF 2010, P. 39-49.
- 12. Constituição Federal Brasileira 1990), Lei 8080, artigo 198 de 19 de Setembro de 1990.
- 13. Brasil. Ministério de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica n 19, Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa, p. 30-37, 71-92, 101-108 Brasília- F-DF 2013.
- 14. Brasil. Ministério de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica n 34, Saúde Mental, Brasília-DF, 2013.

- 15.Coelho, F.L.G.: Savassi.L.C.M; Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Ver. Bras. Med. Família Comum 2004; (2):19-26.
- 16.Cruz, M.M; Bourget, M.M.M; A visita Domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde e Sociedade, v.19, n 3,2010 p.605-613.
- 17.Azeredo, C.M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto Programa de Saúde da Família. Ciência e saúde Coletiva, 12(3): 743-753,2007.
- 18.Borges, R; D`oliveira, A.F.P.L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. Interface comunicação Saúde educação, v.15, n.37, p. 461-72, abr/jun, 2011.
- 19.Gaiva. M.A.M; Siqueira.V.C.A. A prática da visita domiciliar pelo profissional da estratégia saúde da família Ciência, Cuidado e Saúde, 10(4): 697-2011.
- 20.CUNHA, M.S; SÁ, M.C. A visita Domiciliária na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface Comunicação, saúde e Educação, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar 2013.
- 21.Brasil. Ministério da saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família, Brasil, 2001.
- 22.Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Programa: Saúde da Família, Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família, Brasília, 2000.
- 23.Brasil. Ministério da Saúde Agente Comunitário da Saúde, Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde bucal em atuação, Brasília, 2003.

Anexos 1- Projeto de Intervenção

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

Adonisbel Victoria Hernández

Projeto de Intervenção: Melhoria na atenção aos usuários idosos cadastrados na UBS Francisca Garcia, Boa Vista do Ramos, Amazonas.

PORTO ALEGRE

ABRIL 2016

Introdução

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa - COSAPI/DAET/SAS é responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que tem como principais diretrizes: envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, além do fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas dentre outras (Andrews, G. A. 2000).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE 2016, hoje a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes (Andrews, G. A.2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo, em número de idosos. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais, cresceu de 7,3 milhões para 14,5 milhões e, ao mesmo tempo, a expectativa média de vida aumentou no país. O aumento do número de idosos e expectativa de vida necessita ser acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida, pois a desinformação sobre a saúde do idoso ainda é grande e seus desafios também.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (Andrews, G. A; 2000).

No cenário internacional a discussão sobre envelhecimento da população mundial teve como marco a aprovação do Plano Internacional para Envelhecimento, conduzido pela ONU, em Madri, no ano de 2000, que

estabeleceu como objetivo garantir o envelhecimento seguro e digno para todas as populações do mundo com participação e lugar nas sociedades como cidadão plenos de direitos (Andrews, G. A; 2000).

O Brasil respondeu a esta convocação com a publicação do Estatuto do Idoso em 2003. O Estatuto é uma iniciativa inovadora na garantia de direitos, fruto de forte mobilização da Sociedade e abrange as dimensões: direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária. Em 2013, comemoraram-se os 10 anos do Estatuto, com o reconhecimento de avanços significativos no campo dos direitos, mas também reconhece que ainda existam lacunas de atenção por parte das políticas públicas. Para comemorar os 10 anos, a Presidenta Dilma lançou o Decreto Presidencial Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo, coordenado pela Secretaria dos Direitos Humanos e com a participação de doze ministérios (Andrews, G. A; 2000).

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam, menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (Alves, R. V.; Mota 2004).

O grande desafio é implementar a política do envelhecimento ativo, que é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

As políticas de saúde em relação ao idoso, têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste momento, se inicia a expansão à saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrado no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro lado, a forma como o Brasil se desenvolveu para promover à saúde à população idosa (Alves, M. I.2004).

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de

atenção. Para o idoso, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde (Alves, M. I. 2004).

Justificativa

A importância da ação programática da atenção às pessoas idosas no contexto da atenção primária tem seu fundamento no aumento da população nessa faixa etária a nível mundial, com o aumento da expectativa de vida em muitos países da Europa e Estados Unidos. No caso do Brasil a população também tem as mesmas tendências, esperando-se um envelhecimento populacional a cada vez com o decorrer dos anos. É por essa razão que os serviços de saúde da atenção básica devem estar preparados para oferecer um atendimento de qualidade aos usuários idosos que permita alcançar uma velhice saudável, com o máximo das capacidades funcionais e melhorando sua qualidade de vida (Brasil, 2006).

A Unidade Básica de Saúde Francisca García é de tipo rural e está alocada na comunidade de Curuçá, no interior do município Boa Vista do Ramos, estado de Amazonas, esta UBS não está funcionando por problemas estruturais, falta de equipamento e não tem todas as vagas completas para o adequado funcionamento, por isto estamos trabalhando na UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos.

Nossa área de abrangência tem uma população de 2238 pessoas, 1084 do sexo masculino e 1154 do sexo feminino, distribuídas em 12 comunidades ribeirinhas, segundo o cadastro feito pelos Agentes Comunitários de Saúde. O atendimento aos usuários idosos na UBS é feito todos os dias em consultas agendadas, segundo o estabelecido no protocolo do Ministério da Saúde, enquanto a saúde a população idosa do ano 2006. Também fazemos atendimentos por problemas de saúde agudos.

A população alvo de nossa intervenção são as 132 pessoas cadastradas e residentes na área de abrangência da UBS com 60 anos e mais, sendo acompanhadas na unidade, o que representa 100% de cobertura do programa. Em relação aos indicadores de qualidade 81 idosos (61.3%) têm a caderneta de saúde da pessoa idosa, têm realizada Avaliação Multifuncional Rápida e têm acompanhamento em dia 111 idosos (84%) têm sido avaliados em relação ao risco para morbimortalidade e aos indicadores de fragilidade na velhice. Temos 25 idosos (18.9%) com HAS, 12 (9.1%) com DM e 26 idosos (19.7%) têm feito avaliação de saúde bucal. Os usuários idosos não têm recebido orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre prática de

atividade física regular. Existem problemas em relação a adesão dos idosos ao programa, os quais faltam com frequência às consultas agendadas, não realizam os exames solicitados nem fazem o tratamento continuado de suas doenças crônicas, sendo consequência muitas vezes do desinteresse destas pessoas ou de seus familiares pelo acompanhamento de sua saúde.

Nossa intervenção busca melhorar a qualidade do atendimento das pessoas idosas da população alvo, tomando em consideração as difíceis condições de vida, com isolamento e até abandono familiar em que moram nossos idosos, com dificuldades para o deslocamento até os serviços de saúde. Por isso, a implementação da ação programática, seguindo o protocolo de atendimento, a capacitação dos integrantes da equipe com temas relacionados com a senectude, a disponibilidade das fichas espelho para melhorar a qualidade do registro dos idosos, são passos na execução das metas planejadas.

Objetivos

Objetivo geral:

Melhorar a atenção aos usuários idosos, adscritos à UBS Francisca Garcia, Boa Vista do Ramos, Amazonas.

Objetivos específicos:

- Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.
- Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.
- Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.
- Promover a saúde das pessoas idosas.

Revisão da literatura

"Envelhecimento no Século XXI: O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. Mas, a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global...Pode e deve ser planejado para transformar os desafios em oportunidades."

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial, comprovado em estudos epidemiológicos e demográficos. No Brasil, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (1985), entre 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. As últimas projeções para 2025 colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Paschoal; Franco; Salles, 2007).

Essa conjuntura acarreta um grande desafio para a sociedade e principalmente, para o setor saúde que sofreu um grande impacto, porque esse envelhecimento vem acontecendo muito rápido e sem que tenha ocorrido previamente, uma sustentável melhoria das condições de vida da população (VERAS, 2003). Contudo, envelhecer não necessariamente tem que estar associado a doenças e incapacidades, mas infelizmente doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas nessa faixa etária (Alves, 2005).

Nesse contexto, o envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças e mais incapacidades. Por essa razão, caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar. E, sendo a atenção básica, teoricamente, a porta de entrada para o sistema público de saúde, possivelmente essa seja a primeira instância onde o idoso receberá atendimento. O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, manifestando-se de diferentes formas tanto nos países ricos quanto os pobres. Envelhecer está sendo uma realidade próxima e não um privilégio de poucos (Paschoal; Franco; Salles, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países

desenvolvidos e 60anos ou mais, nos países em desenvolvimento, já que, nessas regiões, a expectativa de vida ainda é baixa quando comparado aos países desenvolvidos. Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. De acordo com os dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. (IBGE, 2010)

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), aprovada em dezembro de 1999, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas (Brasil, 1999).

Outro problema enfrentado pela população idosa é a infecção hospitalar que estes pacientes estão sujeitos devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos. A infecção hospitalar apresenta incidência elevada, colabora com o aumento no tempo de internação e com os índices de mortalidade nestes pacientes (Werner e Kuntsche, 2000; Villas Boas e Ruiz, 2004).

Devido à saúde mais fragilizada e maior necessidade de procedimentos médicos, o idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes, o tempo de ocupação do leito é maior e a recuperação é mais lenta e complicada, quando comparado a outras faixas etárias (VERAS et al., 1997; Coelho Filho, 2000; Mendes Júnior, 2000; Veras, 2003).

Estudo populacional demonstrou que as internações de idosos representaram aproximadamente um terço do total das internações nos hospitais e que envolvem um prolongado tempo de permanência hospitalar. O idoso, proporcionalmente, tende a apresentar mais episódios de doenças, levando ao aumento nos gastos em saúde (Amaral et al., 2004).

Outros autores relatam que aproximadamente 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e 10% apresentam pelo menos

cinco dessas enfermidades (CEI-RS, 1997; Ramos, 1993). No entanto, a presença de uma ou mais enfermidade crônica, não significa perda de autonomia para o idoso. É sabido que 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade rotineira, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos et al., 1993).

Deve-se ressaltar que o objetivo principal do sistema de saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível e gozando ao máximo sua independência. A manutenção da capacidade funcional é, em essência, uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biomédicos, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade (Ramos, 2003).

A hospitalização dos idosos representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia (Silvestre e Costa Neto, 2003). Quando internado, ele tende a ficar isolado e sujeito a relações superficiais e transitórias, nem sempre recebendo tratamento diferenciado e orientado. Outras alterações, como declínio da qualidade de vida e complicações não relacionadas aos problemas que causaram a admissão, como a aceleração de perda óssea devido à imobilização a que são submetidos também pode ocorrer (CREDITOR, 1993; Sandoval et al., 1998; Kawasaki e Diogo, 2005). Além do mais, estudo demonstrou que a maioria dos idosos, após hospitalização, volta para a comunidade com necessidade de alguma forma de assistência para os cuidados pessoais, mobilidade e locomoção (Siqueira et al. 2004).

Problemas comportamentais, como ansiedade, depressão, irritabilidade, agitação, desassossego, com deambulação sem rumo, vagar noturno, incontinência (urinária e fecal), delírios e alucinações, comportamento agressivo, problemas com o sono e, conseqüentemente, um alto grau de dependência também são observados em uma significativa proporção dos pacientes idosos

durante o período de internação (Cassidy et al., 2001; Schreiner, 2001; O'hara et al., 2002; Niizato et al., 2003; Canineu, 2004).

Outro problema enfrentado pela população idosa é a infecção hospitalar que estes pacientes estão sujeitos devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos. A infecção hospitalar apresenta incidência elevada, colabora com o aumento no tempo de internação e com os índices de mortalidade nestes pacientes (Werner e Kuntsche, 2000; Villas Boas e Ruiz, 2004).

Devido aos problemas enfrentados pelos idosos durante a hospitalização, a proposta da PNSI de focar no atendimento domiciliar, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. O apoio aos idosos com perda funcional, no âmbito domiciliar, exige orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, indubitavelmente, do apoio familiar. Este cuidado comunitário deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde (Leite, 1999; Silvestre e Costa Neto, 2003).

Metas:

Referentes ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Referentes ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

- 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).
- 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.
- 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.
- 2.7. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- 2.8. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Referentes ao objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso

- 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Referentes ao Objetivo 4. Promover a saúde das pessoas idosas

- 4.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- 4.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas.
- 4.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção onde incluiremos todas as pessoas idosas com vontade de participar no estudo pertencentes ao área e abrangência da UBS Francisca Garcia no Município Boa Vista do Ramos do Estado Amazonas. As ações a serem realizadas nessa pesquisa, serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

Pactuação das ações: O projeto será apresentado a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados e pessoas a participar no desenvolvimento do projeto. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde para apresentar o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos para realização, monitoramento e avaliação das ações e os responsáveis.

Organização e gestão do serviço: será realizada uma reunião com a equipe de saúde organizará os materiais, fará o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Neste momento, será solicitado à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio, assim como as fichas de acompanhamento, os prontuários da população idosa participante no estudo. Após de ter todos os materiais disponíveis, sugere-se que a equipe tenha um momento coletivo (reunião de equipe) para discussão dos instrumentos para implementação da atenção aos idosos, as dúvidas serão compartilhadas, a fim de que a execução da atividade possa ser facilitada. Os atendimentos realizados pela equipe de saúde aos idosos nos últimos três meses serão georreferenciados utilizando o software GPS Visualizer disponível na internet.

Execução das ações: Todos os ACS irão fazer o cadastro da população idosa da área de abrangência, farão Visita Domiciliar para agendar as consultas aos idosos, identificaram os pacientes idosos elegíveis para receber a consulta médica, no caso de usuários que possuam algum grau de dependência para as atividades da vida diária, que não possam se deslocar até a unidade de saúde serão avaliados pela equipe no seu domicílio. Neste momento estão incluídos os processos de inclusão/exclusão, participando no estudo todas as pessoas idosas com voluntariedade, permanecer e morar na área, ter 60 anos e mais, faremos avaliação multifuncional rápida, avaliar em relação ao risco para morbimortalidade e aos indicadores de fragilidade na velhice pactuar com a

família sobre as condições dos idosos, o papel dos membros da equipe no acompanhamento deles, as diferentes atividades educativas a desenvolver, a referência casos se precisar avaliação pelos especialistas e a responsabilidade de coordenar as ações para cada paciente. Os idosos serão avaliados de segunda feira a quarta feira desde as 10 horas até as 11 horas e sexta feira no mesmo horário, dando prioridade aos idosos a sua chegada à UBS.

Recursos necessários

Recursos humanos:

Equipe de saúde da família composta por 8 agentes comunitários de Saúde, 1 Técnico de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico.

Recursos materiais:

- * Computador.
- * Fichas de Acompanhamento de Domiciliar.
- * Impressora.
- * Cadernos de Atenção Básica.
- * Canetas.
- * Folhas.
- * Balança.
- * Prontuários das pessoas idosas.
- * Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- * Estetoscópio.
- * Esfigmomanometro.

Cronograma de execução

Atividades	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018
Elaboração do projeto	X					
Cadastramento da população objeto de estudo	X	X				
Treinamento das ACS	X	X				
Consultas individuais.		X	X	X		
Revisão do referencial teórico	X	X	X	X	X	
Implementação do projeto			X	X	X	
Entrega do informe final						X
Apresentação e discussão						X

Resultados esperados

Nossa intervenção busca melhorar a qualidade do atendimento das pessoas idosas da população alvo partindo do cadastro destas pessoas, tomando em consideração as difíceis condições de vida, com isolamento e até abandono familiar em que moram nossos idosos, com dificuldades para o deslocamento até os serviços de saúde, a adesão aos tratamentos das doenças crônicas no mesmos, e o acompanhamento ao longo da sua vida, diminuir os indicadores de morbimortalidade neste período da vida e evitar o internamento hospitalar com as possíveis complicações em idosos frágeis.

Por isso, a implementação da ação programática, seguindo o protocolo de atendimento, a capacitação dos integrantes da equipe com temas deles resulta de importância vital para o desenvolvimento do trabalho e agir as metas.

Referências:

1. Andrews, G. A. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro Latinoamericano y Caribe - O sobre Las Personas de Edad. Anais. Celade, Santiago: 2000. p. 247- 256. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).
2. Alves, R. V.; Mota, J.; Costa, M. C.; Alves, J. G. B. Physical fitness and elderly health effects of hydrogymnastics. Rev Bras Med Esporte. v. 10, p. 38-43, 2004.
3. Alves, M. I. Evolução da Mortalidade da População Idosa no Município do Rio de Janeiro. 1997. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
4. Almeida, E. F.; Cruz, M. G.; Caballero, C. G. P. Pesquisaje clínico de trastornos mentales y del comportamiento en la población geriátrica del GBT-2 del Policlínico Milanes. Revista Médica Eletrônica. v. 25, n.2, mar./abr. 2003.
5. Amaral, A. C. S.; Coeli, C. M.; Costa, M. C. E.; Cardoso, V. S.; Toledo, A. L. A.; Fernandes, C. R. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Caderno de Saúde Pública, v. 20, p. 1617-1626, 2004.
6. Bipartisan bill introduced to expand mental health services for seniors. Mental Health Weekly, v.14, p.1-3, 2004.
7. Bonsall, M. B. Longevity and ageing: appraising the evolutionary consequences of growing old. Phil. Trans. R. Soc. B. v. 361, p. 119–135, 2006.
8. Bourrin, S.; Genty, C.; PAlle, S.; Gharib, C.; Alexandre, C. Adverse effects of strenuous exercise: a densitometric and histomorphometric study in the rat. J Appl Physiol. v. 76, p.1999-2005, 1994.
9. (a) Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.
- 10.(b) Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica. 192p.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Política de saúde do idoso. Portaria n. 1.395/GM.

12. Brasil, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

13. Caldas, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno de Saúde Pública. v. 19, p. 773-781, 2003.

14. Camus, V.; Lima, C. A. M.; Wertheimer, J. Atividade gerontopsiquiátrica no serviço de emergência de um hospital geral: importância da colaboração interdisciplinar. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 45, p. 541-544, 1996.

15. Canineu, P. R.; Silva, M. C.; Damasceno, B. P. Uma introdução ao estudo da demência em hospitais psiquiátricos. In: Neri, A. L.; Yassuda, M. S. (orgs.); Cachioni, M (colab.). Velhice bem-sucedida – aspectos afetivos e cognitivos. 1. ed. Campinas, SP: Papirus Editora, 2004. p. 163-184.

16. Cassidy, C.; Davies, H.; O'hara, R.; Mumenthaler, M.; Buffum, M.; TSUI, P.

17. Shakoori, R.; Danielsen, C.; Tinklenber, G. J.; Sheikh, J. Behavioral problems in older adults in acute care settings: challenges for staff. Clinical Gerontologist, v. 24, p.3-13, 2001.

18. CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso – Rio Grande do Sul). Considerações finais. In: Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa (CEI-RS, org.). p. 71, 1997.

19. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, e alternativas. Revista de Saúde Pública, v. 31, p. 184-200, 1997.

20. Cheik, N. C.; Reis, I. T.; Heredia, R. A. G.; Ventura, M. L.; Tufik, S.; Antunes, H. K. M.; Mello, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. 11, 45-52, 2003.

21. Coelho Filho, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 666-71, 2000.

Outros Anexos



Foto de confraternização dos idosos do projeto mais saúde e os profissionais do NASF.



Foto de idosos do projeto Mais Saúde.



Foto de idosos do programa fazendo exercícios.

Estratégia Saúde da Família - ESF 023 Região do Curuça					
Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Mental • Demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensos • Diabéticos • Planejamento Familiar • Demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> • Puericultura (criança) • Demanda espontânea 		<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola • Pré-Natal • Demanda espontânea
7:00	Dr. Adonisbel Hernandez	Dr. Adonisbel Hernandez	Dr. Adonisbel Hernandez		Dr. Adonisbel Hernandez
Às	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação de Risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Puericultura 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação de Risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola • Preventivo(Papanicolaus)
11:00	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos
Tarde	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade • Asma • Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) • Demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião equipe • Educação Permanente 	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde do trabalhador • Resultado de exames • Demanda espontânea 		<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola • Adolescentes/ Jovens • Demanda espontânea
13:00	Dr. Adonisbel Hernandez	Dr. Adonisbel Hernandez	Dr. Adonisbel Hernandez		Dr. Adonisbel Hernandez
Às	<ul style="list-style-type: none"> • Teste Rápido: HIV, Sífilis, Hepatites B e C • saúde do trabalhador • Saúde Mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião equipe • Educação Permanente 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola • Hipertensos • Diabéticos • Planejamento Familiar • adolescentes/ Jovens 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-Natal 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde
17:00	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos	Enfa. Ronath Santos

Obs: Visitas domiciliares realizadas na ultima sexta-feira de cada mês.

Foto da Agenda Profissional de nosso ESF.



Foto Sala de Situação da Curuçá, Massauary



Foto da UBS Centro de Saúde Boa Vista do Ramos.