

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YADIRA SUTIL CHACÓN

**CUIDADOS NOS PACIENTES DA TERCEIRA IDADE
PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS**

PIRATINI/RS

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

YADIRA SUTIL CHACÓN

**CUIDADOS NOS PACIENTES DA TERCEIRA IDADE
PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS**

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

Tutora: Ariadna Janice Drumond Moraes

PIRATINI / RS
2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	RELATO DE CASO.....	8
2.1	Caso clínico.....	8
2.1.1	Projeto terapêutico singular.....	10
2.1.2	Definição de metas.....	11
2.1.3	Divisão de responsabilidade.....	12
2.1.4	Reavaliação.....	12
2.1.5	Conclusão.....	12
3	PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	14
3.1	Relato de caso.....	15
3.1.1	Discussão.....	16
4	VISITA DOMICILIAR AO IDOSO.....	18
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

LISTA DE FIGURA E LEGENDA

Figura 1:GENOGRAMA.....	10
Legenda.....	10

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é YADIRA SUTIL CHACON, tenho 29 anos e sou médica clínica-geral, formada na UNIVERSIDADE DE HOLGUIN, CUBA. Vim para o BRASIL no mês de novembro de 2016, neste momento estou atuando na ESF “VILA NOVA”, localizada no município de PIRATINI/RS.

A cidade de PIRATINI que também é conhecida como a “PRIMEIRA CAPITAL FARROUPILHA”, nome este recebido devido a uma batalha entre o governo imperial do Brasil e revolucionários da região Sul que reivindicavam a separação do restante do país. Esta batalha foi chamada de Revolução Farroupilha ou Guerra dos Farrapos e mesmo sem êxito nos propósitos é motivo de orgulho para o povo gaúcho e a data é comemorada até hoje a cada vinte de setembro.

Este município tem 21.174 habitantes até o censo do ano 2009. O Conselho Municipal de Saúde de Piratini (CMS) foi instituído em 2007 e tem como presidente Diego Espíndola. O CMS tem atualmente 12 membros titulares, sendo 25% usuários, dois representantes dos trabalhadores em saúde, três dos prestadores de serviço e um dos gestores.

Tem uma economia baseada principalmente na pecuária, plantio de soja e milho, além das madeiras (plantios de acácia, pinos e eucaliptos). A maior parte da população reside na zona rural.

Dentro da área da abrangência da ESF onde trabalho, podem se identificar territórios de risco para a comunidade com presença de lixos ou entulhos aos arredores do local das residências, casas em mau estado de higiene e conservação, principalmente na periferia da cidade, além do mau estado de conservação em algumas estradas periféricas. Temos população que corre risco elevado de apresentar infecções respiratórias, doenças sexuais, além de risco por consumo de álcool ou outras drogas por motivos variados, seja pela idade, condição econômica desfavorável e/ou por serem trabalhadoras do sexo.

A população da VILA NOVA é de aproximadamente 3.347 habitantes, ainda não está computado e cadastrado toda a população, encontrando-se nessa população um alto índice de analfabetos, além disso, um importante número de desempregados. A maioria das residências é construída com bons materiais, bem feitas, também existem algumas em que se evidencia má construção com utilização

de materiais e mão-de-obra inferior e de ruas não asfaltadas com ausência de cano coletor para as águas pluviais.

Há vários anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com três equipes entre a zona urbana e a zona rural cobrindo uma porcentagem elevada da população. Nossa equipe está integrada por um médico (eu), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários, uma recepcionista, uma nutricionista, uma dentista (20 horas) e uma auxiliar em serviço geral para manter a limpeza, todos os membros se empenham ao máximo e dão o melhor de si para realizar um bom trabalho dentro das condições disponíveis.

Há algum tempo era difícil fazer atendimento, pois a demanda era muita e de um jeito descontrolado, no entanto a partir do momento em que nos programamos e adotamos o procedimento de agendar e pré-agendar as consultas tudo se tornou mais fácil, inclusive para os próprios pacientes que procuram atendimento por emergência e urgência.

Nós devemos incentivar e formar espaços para que a comunidade participe com responsabilidade pelo desenvolvimento de prioridades, devemos envolver toda a comunidade para a avaliação de equipe em problemas de saúde, assim poderemos melhorar os indicadores de qualidade. Ainda que o município conte com sistemas privados (sistema de saúde suplementar) com pessoas vinculadas a planos assistenciais de saúde, que se pode dizer que o formato se aproxima ao chamado Modelo Liberal Privatista, e outro com pessoas ou famílias que tiram o dinheiro do bolso, sem intermediação de plano privado, e vão à farmácia, pagam consulta médica e atendimento, o modelo de atenção predominante que está se desenvolvendo no município agora é o SUS, concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde.

A forma de organização do sistema de saúde deste município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população ainda não bem definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis. Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária estão no município que tem um pequeno Hospital com serviço de laboratório clínico, internação, algumas especializações, sala de cirurgia que neste momento encontra-se fechada por problemas protocolares. Além disso, quando precisamos de alguma outra

especialidade os pacientes são encaminhados pela secretaria de saúde para outras cidades como: RIO GRANDE, PELOTAS ou PORTO ALEGRE.

O grupo de HAS e DM juntos com os idosos constituem o grupo com maior demanda no posto de saúde, conseqüente a descompensação das doenças e a procura de atendimento e recursos.

Pensando em como diminuir esta realidade objetiva e de melhorar a qualidade de vida desta faixa etária trago minha proposta de consultas programadas de forma integral, além de trabalho em parceria com os integrantes da equipe.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

A hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus* representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. (Caderno de Atenção Básica 7, 2001, p.5)

Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido.

2.1 Caso Clínico

O referido caso trata-se de Pedro Q. L, paciente de 62 anos, com histórico de HAS com tratamento de forma irregular de ENALAPRIL 5mg e de HIDROCLOROTIAZIDA 25mg, além de demonstrar certo grau de intranquilidade noturna, sendo medicado com DIAZEPAM e DM sem tratamento regular.

Pedro mora com seu filho, Thiago L. L, frequentador da oficina do CAPS com uso de medicação controlada de forma regular, precisando de um cuidador que é disponibilizado pela secretaria para tomar conta dos mesmos, visto que possuem uma situação econômica e de moradia desfavorável recebendo assim, uma ajuda social.

Na reunião de equipe, a agente de saúde encarregada da área do paciente expôs que na visita realizada identificou que ele estava acamado, pois apresentava uma lesão na perna direita que se encontrava fétida e o filho estaria colocando um creme sem ter notado melhora do quadro, ele por sua vez se queixava que seu pai não permitia que ninguém dormisse.

Então a equipe chegou à conclusão que deveriam fazer uma visita para ver o caso de perto. Quando chegamos à casa do paciente nos deparamos com ele muito agressivo, pouco cooperativo e se queixando de muita dor na perna direita, a médica da ESF realizou o exame físico no paciente achando que a perna dele estava muita inflamada, com mudanças de cor e sinais de gangrena, sem pulsos distais, decidindo que precisava ser transladado para o pronto socorro.

O paciente ao receber a notícia negou-se a ser transladado e o filho como tem retardo mental não conseguia entender a gravidade do quadro clínico do pai, a equipe tentou entrar em contato com o cuidador ou tutor, mas foi impossível.

Observando que o tempo transcorria sem sucesso, ligamos para a gestora que sugeriu entrar em contato com a chefe da assistência social para manejar o caso e dar uma solução imediata. Decorridas duas horas aguardando um retorno, esperando alguém nos dar uma resposta positiva junto ao pessoal do SAMU decidimos fazer o traslado e a internação de forma compulsória, já que a gravidade do caso requeria uma ação definitiva.

O senhor Pedro ao chegar ao Pronto Atendimento foi coordenado e transladado para o Hospital de Referência de Pelotas para conduta definitiva de amputação do membro inferior direito. Com o transcorrer dos dias, fizemos a visita ao paciente que havia regressado para a comunidade, então a equipe percebeu uma mudança positiva no paciente, o encontramos tranquilo, cooperando e muito agradecido por nossos esforços em solucionar seu problema, porém seguiu insistindo que não iria tomar nenhuma medicação já que não adiantava mais, pois havia perdido sua perna.

Após esse período continuamos realizando visitas de acompanhamento, curativos, aferição da pressão (150/90mmHG) e HGT (305mmol/L), a partir desse momento, a equipe decidiu traçar um plano em conjunto para reverter os problemas encontrados no momento.

Agora vamos fazer a descrição das medidas que foram tomadas após ter feito a amputação da perna (descrita no PTS).

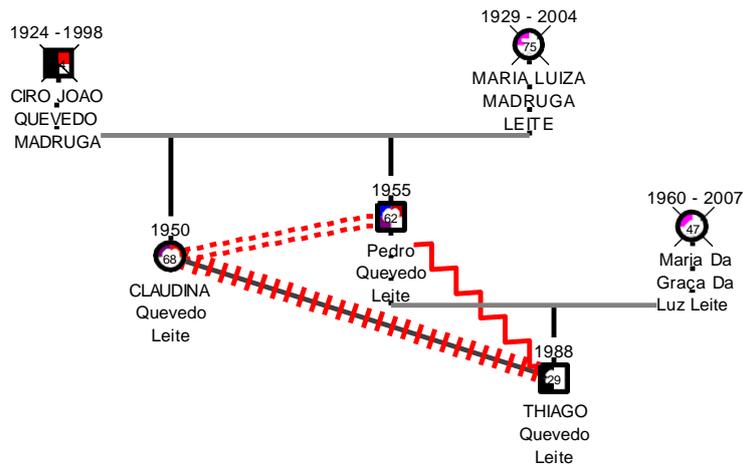


Figura 1: GENOGRAMA



Legenda

2.1.1 Projeto Terapêutico Singular

Paciente: Pedro Gilberto Quevedo Leite

Idade: 62 anos

APP: HAS, DM.

O paciente trata-se de uma pessoa idosa, com antecedentes de doenças crônicas com uso de medicação irregular, mora com um filho portador de doença mental, pelo qual recebem ajuda de um cuidador. O paciente tinha isquemia em uma das pernas que acabou sendo amputada e, posteriormente, no entanto, negou-se a cumprir as indicações das medicações. Ainda relata ter muita ansiedade noturna.

✓ Exame físico:

Paciente de aspecto ansioso

PA: 150/90 mmHg

HGT: 305 mmol/L

✓ Diagnósticos:

HAS não controlada e DM não compensada.

Crise ansioso-depressiva.

Amputação do membro inferior direito.

2.1.2 Definição de metas:

✓ Curto prazo:

Controle medicamentoso da PA;

Controle medicamentoso da DM;

Controle dietético (restrição de sódio, gorduras e carboidratos);

Aférese de PA semanal e HGT;

Avaliação psicológica pela equipe do NASF;

Integração no grupo de HAS e DM da equipe;

Curativos no ferimento cirúrgico.

✓ Médio prazo:

Diminuição em 30% a PA e do HGT;

Controle médico em três meses;

Acompanhamento psicológico mensal.

2.1.3 Divisão de responsabilidade

PARÂMETROS	RESPONSÁVEIS
Controle medicamentoso da PA	DOUTORA
Controle medicamentoso da DM	DOUTORA
Controle dietético (restrição de sódio, gorduras e carboidratos)	NUTRICIONISTA
Aférese de PA semanal e HGT	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
Avaliação psicológica na oficina do NASF	PSICÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL.
Integração no grupo de HAS e DM da equipe	ENFERMEIRA, ACS

2.1.4 Reavaliação

✓ O paciente terá as seguintes consultas:

Na primeira semana para conferir o controle da PA e HGT, adesão ao tratamento medicamentoso, além do estado psicológico do paciente e do ferimento (MÉDICO).

Mensalmente será acompanhado nos grupos de HAS e DM (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, ACS).

As consultas e acompanhamentos pela nutricionista e equipe do NASF dependem da disponibilidade do serviço.

Acompanhamento trimestral de doenças crônicas. (MÉDICO)

2.1.5 Conclusão

A estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atendimento à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atendimento à saúde mais justa, equânime, democrática, participativa e solidária.

Após implantar o Projeto Terapêutico Singular no caso do senhor Pedro, e realizar avaliação dos resultados, notamos mudanças positivas neste paciente. Conseguimos sua adesão ao tratamento medicamentoso indicado, com controle dos

parâmetros nos níveis permissíveis (PA e HGT), integração do paciente no NASF, com subsequente avaliação periódica, melhorando a qualidade do sono e da vida, além da avaliação médica programada por meio de consultas ou visitas domiciliares para controle das doenças crônicas.

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação. (Caderno de Atenção Básica 3, 2000, p.9)

Há estudos que demonstram que a demanda por prevenção primária e secundária domina as preocupações das pessoas em busca de atenção. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, feito na Austrália, mostrou resultados semelhantes. (Eugênio Vilaça Mendes, 2012, p.240).

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

Como se menciona na introdução do Portfólio, dentro dos principais problemas de saúde estão às doenças crônicas em idosos, e quando se associam a outras como o alcoolismo, podem ter um desenvolvimento letal para a saúde desta faixa etária. O idoso tem a sensação de perda. A maioria vive na ociosidade, aposentado, eles, em sua maioria, já perderam algum ente querido ou amigos, têm patologia de base ou já tiveram internação hospitalar, tem insônia, muitos são abandonados pela família, e não têm motivação alguma. Bebem para aliviar a tensão do dia a dia e esquecer as mágoas. (Dr Armando Miguel Jr. 2006)

O abuso de álcool pode trazer prejuízos aos tratamentos das doenças crônicas. Além dos efeitos da bebida em si, usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldade para uso regular das medicações, fato estimulado pela crença de que após o consumo de álcool não se deve fazer uso delas. Na elaboração de planos de cuidados desses usuários, o uso adequado das medicações deve ser enfatizado, esclarecendo as dúvidas e os reais riscos à saúde do uso e do não uso das medicações. É importante ressaltar que episódios de consumo excessivo de álcool podem levar a decompensações agudas das doenças crônicas, sendo fundamental avaliar nesses casos a pressão arterial e a glicemia desses usuários, pois podem ocorrer alterações significativas que necessitam de intervenções clínicas. (Vieira de Novaes A.R, 2014)

O consumo de bebidas alcoólicas está associado às consequências negativas no núcleo familiar, os problemas do álcool envolvendo a família podem vir de diversas formas, seja pela saúde física e mental de seus membros, seja pela saúde financeira do lar.

As relações familiares são afetadas, a maioria das vezes levando até ao maltrato entre os membros da família, por conseguinte com distanciamentos e relações conflituosas na família.

Temos que valorizar que o dano causado pelo consumo diário de álcool, não é só para o doente, mas sim para toda a família, sociedade e economia.

O uso de medicação contínua junto ao álcool pode desencadear complicações ao nível de órgãos como: o fígado, o coração, os rins entre outros levando a uma diminuição da qualidade de vida destas pessoas.

Para o diagnóstico do alcoolismo contamos com vários questionários que auxiliam para classificar o nível de uso de álcool na população, o CAGE e o AUDIT, além de termos que ter presente o estipulado sobre as doses padrões. Segundo o Ministério da Justiça, 2016, “se denomina dose padrão o equivalente a aproximadamente 14 gramas, ou seja, 17,5 ml de álcool puro. A equivalência de quantidades de álcool ingeridas em diferentes bebidas, medidas em termos de dose padrão, são as seguintes: Bebida destilada = Cerveja = Taça de vinho 1 dose de 40 ml de destilados (cachaça, conhaque, uísque, vodca) 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de chope 1 copo de 140 ml de vinho.”

Pela alta incidência e danos causados à saúde, além de ser considerado um problema que envolve a família de forma geral, se relata o seguinte caso.

3.1 Relato de Caso

Paciente M.D de 68 anos de idade portadora de DM tipo II com tratamento regular que assiste às reuniões com muita frequência por apresentar quadros de depressão, ela mora com seu esposo de 70 anos H.H portador de HAS há 20 anos com tratamento de forma irregular com Hidroclorotiazida e Atenolol além de ser etilista por mais de 30 anos; eles moram com sua única filha de 36 anos, solteira, trabalhadora do sexo e seus dois netos, frutos dos relacionamentos distintos dela com seus clientes.

No prontuário da senhora constam várias consultas por labilidade afetiva, nervosismo e depressão, assim como variações e mudanças nas medicações prescritas pelo médico atuante do CAPS. Desta vez M.D relata estar cansada de seu marido, ela não o tolera mais com suas borracheiras e sua má forma de tratamento com seus netos e sua filha. Quando a interroguei um pouco mais sobre o comportamento do marido, ela conta que ele é uma boa pessoa, porém, quando fica bêbado fala coisas feias para toda a família, nunca chega a agressão física, mas ela fica muito triste vendo como os netos estão aflitos com as coisas que ele diz nesse momento.

Assistindo detalhadamente aos fatos expostos por M.D decidi citar seu marido deixando marcada uma consulta para facilitar seu encontro.

No dia da consulta H.H se apresenta muito intrigado e ansioso, querendo saber o que tinha de errado com ele para ser citado.

Faço ênfase que o motivo da visita dele é para o acompanhamento de rotina correspondente ao acompanhamento da esposa, já que seu último comparecimento às consultas foi há um ano, por gastrite e nunca mais voltou.

✓ Alterações no Exame Físico:

Bom estado geral, no entanto percebe-se hálito etílico;

Mucosas: descoradas e úmidas;

Aparelho cardiovascular: bulhas cardíacas rítmicas sem alterações;

PA: 170/110 mmHg.

SNC: pequenos movimentos involuntários tipo tremura nas mãos.

Questionado H.H pelo hálito etílico e descontrole da PA ele responde:

- Doutor, sempre bebi nos fins de semana para relaxar, mas desde que a guria fez aquela loucura de trabalhar como uma mulher da vida realmente isso acabou com minha existência, a família acabou, ela colocou a família na boca de todo mundo, doutor. Para piorar, os guris são filhos de homens diferentes, é muito doutor, tenho que beber para não sentir tanta vergonha da minha desgraça.

3.1.1 Discussão

Neste caso nota-se como o funcionamento familiar é afetado por situações relacionadas ao consumo e dependência de substâncias, usados como método de escape de outros problemas ou no âmbito familiar. Na pessoa idosa o alcoolismo tem um maior impacto na saúde, já que por questões fisiológicas e biológicas a eliminação deste no organismo acontece mais lentamente e há maior risco de dependência e o dano causado, porém é maior. Além de que na terceira idade geralmente, aparecem outras doenças crônicas, que ao precisar de tratamento contínuo e associar-se ao alcoolismo podem desencadear agravantes aos problemas de saúde, risco de abandono das medicações, com a subsequente descontrole das mesmas.

A OMS expõe alguns princípios básicos para implantação de políticas do álcool para realizar intervenções eficazes:

- ✓ Proteger populações de alto risco e expostas aos efeitos nocivos do consumo de álcool deve ser parte integrante das políticas do álcool;
- ✓ Indivíduos e familiares afetados pelo uso nocivo do álcool devem ter acesso à prevenção e serviços de saúde eficazes e com preços acessíveis.

Porém na abordagem destes casos devemos fazer uma intervenção integral, pois devemos avaliar o indivíduo e seu entorno familiar. De modo geral e de origem com múltiplas causas os danos além de serem pessoais existem extensões a terceiros. Geralmente aquela pessoa por consumo excessivo de álcool, não reconhece que está frente a uma doença e que pode trazer consequências negativas para sua saúde, assim como para sua família. Eles usam o alcoolismo como método de resolução de problemas ou escape que envolve a família completa e assim evitam uma realidade que cada dia vai piorando.

O alcoolismo pode piorar as crises normativas e do ciclo da família, como aqueles presentes neste caso.

Colocando em função as diretrizes e princípios gerais da atenção básica, para encontrar a maneira mais adequada de dar resolutividade ao caso antes exposto. Citarei a integralidade, pois leva trabalho em conjunto entre a ESF e NASF, implicando a participação de outros atores como a família.

Segundo os princípios e diretrizes da Atenção Integral à Saúde do Homem se deve avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do paciente para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento.

Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento.

4. VISITA DOMICILIAR AO IDOSO

O envelhecimento é uma etapa do ciclo da vida que deve ser enfrentado com a maior qualidade de vida possível, e não pode ser considerado como um problema de saúde em si, mas a deterioração das capacidades tanto psíquicas como físicas, assim como a associação a fatores de riscos, podem influenciar no aparecimento de doenças crônicas diminuindo o processo de longevidade.

Em nível mundial o envelhecimento é cada dia maior e o Brasil não é a exceção, porém, dentro do SUS deve-se trabalhar para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Como se expõe na Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, é responsabilidade da Atenção Básica, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravamento, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Considera-se que a visita domiciliar, é um espaço único que devemos usar para organizar uma rede de apoio para a pessoa idosa, que demanda cuidados. Esta deve ser sempre planejada pela equipe de maneira que contemple as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde.

Segundo o Caderno da Atenção Básica, além dos critérios de inclusão, o usuário necessitado de visita domiciliar pode ser identificado por meio de:

- ✓ Solicitação do próprio usuário, família, vizinhos, etc.;
- ✓ Ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar;
- ✓ Por meio das visitas do agente comunitário de saúde.

A visita domiciliar ao idoso proporciona para todos os membros da equipe uma visão geral de âmbito familiar, social e econômico no qual convive essa pessoa; já que uns dos principais fatores que contribuem para ganhar um envelhecimento ativo é o equilíbrio ou harmonia destes fatores. A cooperação da família tem um papel fundamental na vida nesta faixa etária como apoio no processo. Essa interação da equipe com os membros que formam a família ou com a pessoa idosa

permite visualizar os possíveis problemas que de forma direta ou indireta afetam a saúde e o cuidado do idoso.

Várias situações poderiam ser encontradas: dificuldade para conseguir os serviços básicos (alimentação, higiene, compra de medicações indispensáveis), além de condições socioeconômicas deficientes, maus tratos, abandono, até violência física e outras. Geralmente são muitas as pessoas da terceira idade que se responsabilizam pelo cuidado de outras pessoas da família (netos, filhos doentes, outros membros idosos) e que abandonam sua saúde para tentar melhorar o estado dos que estão no seu cuidado, ostentando uma velhice saudável.

Os usuários, geralmente são identificados pelos ACS, que se encarregam de levar até o resto da equipe a necessidade de assistência no domicílio. A equipe planeja sua visita posterior, também aparece à solicitação de algum familiar ou cuidador, que informa no posto o motivo pelo qual precisam do pessoal da saúde em seu lar.

Durante a visita no domicílio, se faz um trabalho integral olhando a dinâmica familiar, seu entorno, impacto, não só trabalhamos com o paciente. É importante contar no momento da visita com seus integrantes ou ter conhecimento dos familiares para fazer um enfoque completo da mesma, identificando-se as principais crises, e assim planejar em conjunto um plano de resolução dos problemas mais significativos. É um espaço de orientação familiar ou individual, voltado aos cuidados gerais em casa, à importância de manter compensadas doenças crônicas, uso e abuso de medicações, evitar acidentes, orientação de modo e estilo de vida saudável; assim diminuindo o número de internações, prolongando os anos de vida e que os mesmos sejam satisfatórios.

Além da prevenção no contexto da visita se busca procedimentos e cuidados de enfermagem como: retirada de pontos, cura de úlceras por decúbito e feridas cirúrgicas, além de solicitação e avaliação de exames de controle, troca de receitas de uso contínuo, trabalho de promoção e prevenção em saúde para toda a família.

Corroborando a visita domiciliar é uma oportunidade de identificação de riscos, valorização dos problemas encontrados e organização de medidas para resolver situações que prejudiquem a saúde. Como se evidencia no relato de caso (parte 2 do portfólio), esse espaço foi usado para resolver a situação daquele

paciente que tinha seu estado de saúde agravado no momento por falta de cuidados próprios.

Pelo gradual envelhecimento enfrentado, é primordial programar medidas com o objetivo de cada dia buscar melhores condições nesta etapa da vida, como se expõe nas Diretrizes dos Pactos pela vida do Ministério da Saúde 2006; deve-se lograr uma atenção integral, com programação de ações intersectoriais, provendo os recursos necessários para assegurar qualidade na atenção promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Já transcorreu um ano do começo da especialização; neste tempo eu vi e compreendi o funcionamento da ESF, assim como as políticas de saúde implementadas pelo governo com o objetivo de melhorar a saúde dos cidadãos.

Antigamente era atendimento de livre demanda, sem agendamento, sem ter planejamento das atividades a fazer durante a semana, sobrecarregando o serviço com pouco ou nenhum resultado nos indicadores de saúde. Uma demanda totalmente insatisfeita da comunidade, os programas para grupos específicos eram cumpridos de forma parcial. Estas dificuldades sinalizadas no início foram superadas com o amadurecimento dos temas abordados pela universidade, ficando pra trás desconhecimentos e dúvidas sobre atenção primária, promoção e prevenção assim como a atenção aos grupos específicos. Problemas estruturais, falta de materiais e insumos ficaram como problemas objetivos sem solução, porém não determinaram no desenvolvimento de boas práticas.

Durante as reuniões de equipe colocamos em discussão e prática os temas abordados na semana pela universidade, fatos estes que foram de muita ajuda para todos os seus integrantes. Houve certa resistência no início, mas foi tudo superado no transcorrer das semanas. Os resultados alcançados tais como: aproveitamento do tempo, melhoria nos atendimentos e alto grau de satisfação pelos atendidos fizeram com que a equipe ficasse mais engajada, e a comunidade tomasse maior controle e participação com a equipe.

Foi este modelo de educação contínua a distância que trouxe bons resultados, tanto no pessoal como no coletivo, ganhamos parcerias com os líderes comunitários e com a escola. Conseguimos maior identificação dos integrantes da equipe com a comunidade, também tivemos oportunidade de mostrar e proporcionar conhecimento dos serviços ofertados pela equipe.

Durante o ano de trabalho na comunidade e a realização do curso de especialização, adquirimos ferramentas de utilidade para o desenvolvimento de práticas de saúde responsável; assim como maior conhecimento na hora de programar ações encaminhadas ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas.

Como exposto na introdução do trabalho de conclusão de curso, os idosos compõem o grupo de maior demanda de atenção nos postos de saúde. Durante a realização do trabalho, tivemos uma visão geral da realidade enfrentada diariamente por esta faixa etária, as deficiências da equipe muitas vezes por desconhecimento ou por falta de recursos e até de pessoal, porém baseado nas políticas nacionais de saúde e as normas e diretrizes do SUS. O trabalho foi organizado com um maior enfoque dirigido para este grupo específico da população, tendo como premissa a melhora na atenção, integração e participação com a equipe, assim como o autocuidado da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, E M. **Alcoolismo na terceira idade - revisão de literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso. Brumadinho: Universidade Federal Minas Gerais; 2012.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA: Detecção de uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.** Brasília; 2016.p 30. Disponível em: https://www.supera.senad.gov.br/wpcontent/uploads/2016/03/SUP7_Mod3.pdf. Acesso 25 mar 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implementação da Unidade da Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica nº1 Programa Saúde da Família. Brasília; 2000, p. 9-10.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção n.7. Brasília; 2001.p. 5.

BRASIL, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.** Brasília; 2011; 26. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-n.%20-2611-Plano-de-Ac%CC%A7o%CC%83es-Estrate%CC%81gicas-para-o-Enfrentamento-das-Doenc%CC%A7as-Cro%CC%82nicas-Na%CC%83o-Transmissi%CC%81veis-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 5 abril 2018.

Portaria n 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 5 de abril 2018.

VILAÇA MENDES, E. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária de Saúde:** O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília; 2012.p.204.

VILAÇA MENDES, E. **Á construção da Atenção Primária á Saúde.** Brasília; 2015.

VIEIRA DE NOBAES, A.R. et. al. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Brasília; 2014.

VIEIRA LIMA, C R. **Políticas públicas para idosos:** A realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. Brasília 2011. p. 49.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNIASUS

YADIRA SUTIL CHACÓN

INTERVENÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES PERTENCENTES
À ESF VILA NOVA - 2017

PIRATINI
OUTUBRO DE 2017

RESUMO

Este projeto de intervenção será realizado com as gestantes cadastradas na ESF VILA NOVA, pertencente ao município de Piratini. O objetivo do mesmo é influenciar sobre aqueles fatores de risco mais significativos presentes neste grupo da população que, muitas vezes, são umas das principais causa de complicações durante o parto ou após o parto e que aumentam a incidência de nascimentos antes do término da gestação de crianças com baixo peso ou com doenças evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Fatores de risco. Parto. Nascimento.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	28
1.1	Problema.....	29
1.2	Justificativa.....	30
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	Objetivo Geral.....	31
2.2	Objetivos Específicos.....	31
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
5	CRONOGRAMA.....	35
5.1	Recursos Necessários.....	35
6	RECURSOS ESPERADOS.....	36
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional; ele implica responsabilidade para a equipe de atenção básica, a qual tem como dever garantir a integralidade do cuidado, favorecer o vínculo com as pacientes, neste período e avaliar as vulnerabilidades desde o contexto individual, familiar e até social, possibilitando o correto desenvolvimento da gravidez e da criança.

Escutar uma gestante falar sobre sua intimidade, seus medos, dúvidas....suscita solidariedade e apreensão e por isso que o profissional da saúde deve permitir que expressem suas preocupações e angústias, garantindo segurança e aumentando seu conhecimento sobre si mesma; contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis, além de fornecer uma atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência si fosse necessário.

Portanto, o profissional tem como objetivo classificar a gestação de acordo aos fatores de riscos identificados; diferenciando a atenção pré-natal de cada paciente em particular; pressupondo agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

Para favorecer nosso trabalho, contamos com uma série de parâmetros para a classificação:

- ✓ Fatores relacionados às características individuais e às condições sócias demográficas desfavoráveis: Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; situação conjugal insegura; baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); condições ambientais desfavoráveis; ocupação (esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresses);
- ✓ Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; macrossomia fetal; síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); cirurgia uterina anterior.

- ✓ Fatores relacionados à gravidez atual: ganho ponderal inadequado; infecção urinária e anemia.

Outros critérios que podem desencadear intercorrências nas gestantes ou óbitos; tanto fetais como maternos; e que classificam a gestação de alto risco, como são: cardiopatias; nefropatias graves; doenças hematológicas; doenças neurológicas (como epilepsia); ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexais e outras; portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (Condiloma); restrição do crescimento intrauterino; polidrâmnio ou oligodrâmnio; gemelaridade e malformações fetais ou arritmia fetal.

Demais fatores como hábito de fumar, álcool, alimentação, condutas higiênicas e sexuais, etc. podem ser modificados ao brindar conhecimentos para condutas adequadas, logrando assim diminuição de doenças evitáveis e questões não modificáveis como são: doenças crônicas e idade.

Pensando sobre a influência que tem esses fatores sobre a gestação, o presente estudo vai trazer conhecimentos que vão facilitar mudanças nas condutas. Durante o interrogatório na consulta pré-natal as pacientes comentam como realizam a higiene da sua genitália, ao descrever a técnica feita; identifica-se se é a adequada. A maioria também tem práticas sexuais inadequadas, é por isso que desenvolveremos ações de saúde para instruir as gestantes da ESF Vila Nova .

1.1 Problema

Como proporcionar conhecimentos oportunos às gestantes frente aos fatores de risco modificáveis que provocam a alta incidência de doenças durante a gestação?

1.2 Justificativa

As más condutas presentes nas gestantes atendidas na ESF Vila Nova podem ser minimizadas ou transformadas com as ações efetivas dos integrantes da equipe de saúde, ganhando em saúde as elas e as crianças.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Programar ações de saúde capazes de mudar as más condutas verificadas nas gestantes com fatores de risco modificáveis.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Acompanhar todas as gestantes nas consultas de atenção pré-natal de acordo aos riscos identificados.
- ✓ Programar ações que forneçam conhecimento para o cuidado da saúde.
- ✓ Reduzir a incidência de doenças evitáveis após a aquisição dos conhecimentos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A gravidez por ser uma etapa com características diferentes consideram que nesse período a mulher mostra-se receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em benefício do recém-nascido, corroborando para atitudes e escolhas que propiciam o desenvolvimento e nascimento saudável. A mulher torna-se fundamental nesse processo em relação à família, cuidando da saúde de seus entes como multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar e, conseqüentemente, à melhora da qualidade de vida. A aquisição de hábitos e escolhas saudáveis proporcionam a mudança de comportamento, promovendo à promoção e manutenção de saúde do indivíduo. (Gomes &Merhy, 2011)

As infecções do trato urinário são os problemas mais comuns durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal. (Gestação de Alto Risco, Série A. Normas e Manuais Técnicos 5ª edição, Brasília – DF 2012). A maioria das vezes estas se apresentam como consequência de mau hábitos higiênicos e desconhecimentos.

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os micro-organismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80% a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, sendo que as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite). (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade para que ela mesma possa construir sua qualidade de

vida. No início do século passado, o termo promoção de saúde foi utilizado por Winslow e tinha relação com organização comunitária na busca por melhores condições de vida. A promoção de saúde efetiva-se no empowerment, ou seja, tem relação com ganho de poder, possibilidade de decidir e de optar.

A Carta de Ottawa apresenta cinco campos de ação para a promoção da saúde: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde. (Prado, 2011)

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Trabalhar-se-á com a consulta coletiva, pois esta alternativa de abordagem ajuda na interação das gestantes e as pessoas participantes do atendimento, proporcionando conhecimento a todas as pacientes por igual. É necessário demonstrar interesse e promover um clima de acolhida baseado em confiança e empatia, respeitando-se a experiência pessoal da gestante e evitando-se preconceitos. A mulher vive uma fase de transformação psíquica e, nesse momento, muitos sintomas físicos podem se manifestar secundariamente a conflitos e dificuldades sociais e/ou emocionais não resolvidas. (Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério, SP 2010)

Para classificar as gestantes usamos diferentes critérios expostos no Caderno de Atenção Básica “Atenção ao Pré-natal” (2012) e “Atenção à Saúde da gestante na APS 2011”.

4. MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção realizado com um grupo de gestantes, com idade gestacional de até 8 meses, da ESF Vila Nova pertencente ao município de Piratini, Rio Grande do Sul.

Participarão dos encontros do grupo de gestantes cerca de 18 mulheres, com idade variando entre 15 e 40 anos , em diferentes períodos da gravidez.

Todas as gestantes serão cadastradas no e- SUS (estratégia, implementada pelo Ministério da Saúde para ampliar a qualidade no atendimento da população). Trabalharemos com a informação proporcionada pelos prontuários eletrônicos além das cadernetas de cada grávida. Utilizando essa informação, serão classificadas em níveis de riscos.

A equipe que realizará a Consulta Coletiva será composta por: 1 médico, 2 enfermeiros, 2 Técnicas /auxiliares de Enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde(ACS), e 1 Nutricionista.

Planificou-se fazer um encontro mensal, com duração aproximada de 1 hora para não agoniar as pacientes assim como facilitar seu retorno a casa. Na primeira meia hora será utilizada para realização das atividades com as gestantes e na segunda meia hora para ouvir e aclarar dúvidas fazer planejamento o referente ao próximo encontro assim como repartir as tarefas a ser desenvolvida por cada um.

Serão utilizados materiais de apoio como o projetor (data show), aparelhos de som e notebook o que possibilitará maior interação entre as participantes.

5. CRONOGRAMA

Procedimentos	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Coleta da informação do SIS – PRENATAL e G-MUS	x					
Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe	x					
Organização e planejamento das atividades		x				
Convite das gestantes para participar do Projeto		x				
Primeira Consulta Coletiva			x	x	X	
Segunda Consulta Coletiva			x	x	X	
Terceira Consulta Coletiva			x	x	X	
Quarta Consulta Coletiva			x	x	X	
Avaliação dos conhecimentos das gestantes		x				x
Avaliação do Projeto pela equipe						x

5.1 Recursos necessários

- ✓ Sala para realização de grupos.
- ✓ Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- ✓ Listas das gestantes participantes.
- ✓ Prontuários e cadernetas das gestantes.
- ✓ Equipamento de multimídia.
- ✓ Canetas e folhas.
- ✓ Profissionais Médicos, Enfermeiro, Técnicas /Aux. Enfermagem, ACS.
- ✓ Materiais Informativos e didáticos.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Com nosso trabalho esperamos os seguintes resultados:

- ✓ Compartilhamento de vivências e conhecimentos, entre gestantes e equipe.
- ✓ Acordo de compromissos para melhorar a situação de saúde das gestantes.
- ✓ Incentivo à equipe do trabalho multidisciplinar.
- ✓ Acompanhamento de um maior número de gestantes, motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar sua saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIFE, Karina; LAGO, Tania; LAVRAS, Carmen. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré - natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

GOMES, L. B.; & MERHY, E. E. **Compreendendo a Educação Popular em Saúde**: um estudo na literatura brasileira. Caderno de Saúde Pública, 27(1) 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

Ministério da Saúde. **Grupo hospitalar Conceição Gerência de Saúde Comunitária**. Atenção à saúde da gestante em APS: – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>. Acesso em 20 nov. 2017.

Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco, Série A**. Normas e Manuais Técnicos, 5ª edição; Brasília, 2012:111-112.

Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal Baixo Risco Série A**. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Brasília 2012. p.190