

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

RAMONN RAYMON BRITO DE BARROS

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA VOLTADOS À SAÚDE DO IDOSO**

PORTO ALEGRE
2017

RAMONN RAYMON BRITO DE BARROS

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA VOLTADOS À SAÚDE DO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família
da Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre

Orientadora: Vanessa Vilhena
Barbosa

PORTO ALEGRE
2017

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes que entraram em minha vida, contribuindo para meu aprendizado e melhoria, como pessoa e profissional. Aprendendo a olhar através dos rostos cansados e abatidos, enxergar muito mais que, “mais um paciente”, pelo carinho e respeito de todos para comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar saúde e força para superar as dificuldades.

Ao Ministério da Saúde, UFCSPA, corpo docente, direção e administração desta pós-graduação que me oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte mais humano.

A equipe da ESF Dr. José Augusto Barreto, da cidade de Aracaju – Se. Pela recepção, apoio, amizade e trabalho em equipe.

As professoras Caren Bavaresco e Vanessa Vilhena Barbosa, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A meu Pai Gilson Barros, minha esposa Clara, meu filho Bernardo Valenttin e Serena Varela e irmãos Rayanne e Rauan que desde o início desse grande sonho que é a Medicina ainda na minha infância, nunca deixaram de me incentivar, jamais me disseram que seria impossível, sendo o pilar forte de onde sempre recarrego forças para seguir lutando apesar da distância e a saudade; Família, muito obrigado pelo grande amor e apoio incondicional, os amos muito!

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para o auxílio aos familiares com os cuidados e tratamento dos pacientes idosos atendidos na PSF Dr. José Augusto Barreto. A sociedade atual é marcada pelo envelhecimento populacional observado em todos continentes. A população da área de abrangência do PSF Dr. José Augusto Barreto reflete tal mudança na estrutura social, uma vez que conta com uma população significativa de idosos. Tais pacientes estão particularmente susceptíveis ao surgimento de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Dessa forma, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam capacitados para proporcionar um atendimento de qualidade, visando contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O objetivo do presente projeto de intervenção é propor estratégias visando a melhoria da assistência à saúde do idoso na referida unidade de saúde, bem como conscientizar a população idosa, promover maior adesão aos tratamentos propostos e estimular hábitos saudáveis de vida, tais como, alimentação adequada e realização de atividade física.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Envelhecimento. Saúde do Idoso Medicina de família e comunidade. Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

This work aims to propose an intervention plan to help the family with the care and treatment of the elderly patients attending the PSF Dr. José Augusto Barreto. The current society is marked by the aging population observed in all continents. The population of the area covered by the PSF Dr. José Augusto Barreto reflects this change in the social structure, since it has a significant population of elderly people. Such patients are particularly susceptible to the emergence of chronic diseases and functional disabilities, resulting in greater and more prolonged use of health services. Thus, it is extremely important that health professionals are able to provide quality care, aiming to contribute to more people reach the advanced ages with the best health status possible. The objective of this intervention project is to propose strategies aimed at improving the health care of the elderly in the referred health unit, as well as raising awareness among the elderly population, promoting greater adherence to the proposed treatments and stimulating healthy habits of life, such as adequate food and physical activity.

Keywords: Primary health care. Aging. Health of the Elderly Family and community medicine. Family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agentes Comunitários de Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAB Política Nacional de Atenção à Saúde

NESCON Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

RAS Rede de Atenção à Saúde

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

SCIELO Scientific Electronic Library Online

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

TVP Trombose Venosa Profunda

AVC Acidente vascular Cerebral

MMII Membros inferiores

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO E RELATO DE CASO	9
2.1 Discussão.....	9
2.2 Conclusão do Estudo	10
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	10
3.1 Reflexão	11
4 VISITAS DOMICILIAR NA SAÚDE DO IDOSO.....	12
4.1 Desafios enfrentados e conclusão	12
4.2 Integralidades no Atendimento Domiciliar	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	13
REFERÊNCIAS.....	15
ANEXO 1.....	16

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Ramonn Raymon Brito de Barros, tenho 28 anos, natural de Goiânia-Goiás porém desde pequeno criado no Norte do Brasil entre Rio Branco Acre e Manaus-Amazonas, formado pela Universidade Privada Aberta Latino Americana-UPAL, localizada na cidade de Cochabamba na Bolívia, atualmente trabalho há um ano pelo Programa Mais Médicos na Cidade de Aracaju no estado de Sergipe, na zona Norte da cidade no bairro Japãozinho na UBS José Augusto Barreto.

Japãozinho é um bairro da zona norte de Aracaju. Limita-se ao norte com o município de Nossa Senhora do Socorro, ao sul com a Cidade Nova e o Santo Antônio a leste com o Porto Dantas e a oeste também com a Cidade Nova e o Lamarão, ocupa parte da face norte do Morro do Urubu e áreas de manguezais na margem direita do rio do Sal. Semelhante ao que acontece com os demais bairros do extremo norte de Aracaju é uma comunidade de baixa renda com diversos problemas socioeconômicos. O acesso ao bairro se dá pela Avenida General Euclides Figueiredo.

Em geral a comunidade que é atendida por nossa UBS consiste em pessoas de baixa renda e sem escolaridade, essa alta taxa de população não alfabetizada é um forte pilar para o crescimento da desigualdade social, gerando assim, os muitos problemas sociais que a cidade já está acometida. Em contrapartida, é importante destacar que um índice considerável está relacionado às pessoas já alfabetizadas, com ensino médio completo e superior incompleto.

No próprio bairro contamos com algumas creches, escolas municipais e estaduais que cobrem o ensino fundamental ao médio, além de outras 3 UBS que contribuem para atendimento da população do bairro, outro ponto forte é a UPA da Zona Norte, Hospital Universitário e uma Maternidade que ficam bem próximo do bairro facilitando assim o envio dos pacientes que necessitam atendimento em unidades com maior suporte. Nossa unidade atende com maior demanda, idosos, dentre estes muitos pacientes com Hipertensão e Diabetes, Gestantes e crianças com problemas respiratórios.

Particularmente em relação à saúde do idoso, verifica-se que a comunidade, assim como a Unidade de Saúde da Família- USF não estão

preparadas para acolher e tratar adequadamente esta parcela da população. Existe um grande número de idosos diabéticos e/ou hipertensos sem assistência adequada, bem como uma dificuldade por parte dos idosos de se locomoverem até a USF, dificultando assim o seguimento de tratamentos propostos ou mesmo a identificação de doenças e condições de fragilidade.

Diante disso, optou-se por realizar o projeto de intervenção voltado à pessoa idosa que tem por objetivo principal melhorar a assistência à saúde da pessoa idosa na área de abrangência na Unidade de Saúde da Família - USF José Augusto Barreto, na cidade de Aracaju SE. Assim a implementação deste projeto de intervenção justifica-se pela necessidade de melhor assistir o paciente idoso da área adscrita a USF que têm dificuldade de se locomover para participar das ações em saúde na Unidade e os idosos e os idosos acamados/incapacitados.

O processo de envelhecimento das pessoas gera modificações biopsicossociais, que estão associadas à fragilidade, acarretando na vulnerabilidade para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que estão presentes entre essas doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública no país e no mundo isto pela alta prevalência, principalmente entre os idosos (WHO,2008).

Em 2014, o DM 2 causou 4,9 milhões de mortes no mundo e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos (FEDERATION, 2014). No Brasil, essa patologia foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos (MALTA et al., 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consiste em uma das doenças de alta prevalência entre a população é considerada como um dos principais problemas de saúde, esta doença Crônica é considerada a principal causa para doenças cardiovasculares. A HAS é uma doença de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e por sua vez acarreta em grande impacto nas morbidades brasileiras e do mundo (BRASIL, 2017).

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO E RELATO DE CASO

Sra. Maria, de 70 anos compareceu à USF relatando que há alguns anos havia sido diagnosticada com HAS, e medicada na época com captopril 25mg de 8/8hrs e como semanas depois a pressão havia ficado 120/80mmhg ela se considerou curada, abandonando assim o tratamento. Nas últimas semanas apresentava cefaleia, nalgia, vertigem e náuseas, aferido a pressão da Sra. Maria no momento se encontrava 180/120mmhg.

Seu esposo, apresenta queixas similares, paciente idoso (75 anos), orientado e lúcido, também relata já ter sido diagnosticado com HAS, o paciente relata que tomava anti-hipertensivos e diuréticos (mostra receitas antigas), mas os remédios faziam com ele se sentisse mal, urinasse várias vezes a noite, atrapalhando o sono, dentre outros efeitos indesejáveis. Desta forma, há aproximadamente 05 anos ele abandonou o tratamento e desde então não tem feito controle médico. Ao aferir a pressão, verificou-se que o Sr. Augusto possuía uma PA de 200/100mmhg.

Optei em tratar com duas medicações, solicitei Inter consulta com Nutricionista para mudança nos hábitos alimentares e terapeuta ocupacional para ajudar na adesão ao tratamento. Após 15 dias de tratamento retornei em visita domiciliar e encontrei os dois com valores pressóricos controlados e com boa adesão ao tratamento. É importante salientar que a participação da esposa e iniciativa da mesma em procurar tratamento, e explicação detalhada aos pacientes sobre os riscos da HAS foram determinantes para a adesão ao tratamento.

A Agente Comunitária de Saúde - ACS, que acompanha a família foi orientada a aferir a cada 10 dias a pressão arterial dos pacientes, marcando ainda uma consulta mensal para acompanhamento dos mesmos.

2.1 Discussão

A Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS caracteriza-se como uma manutenção dos níveis pressóricos elevados, e pode estar relacionada às alterações hormonais, questões metabólicas, ou fenômenos tróficos. Além de ser uma das patologias de maior incidência entre idosos, a HAS representa ainda um importante fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares, que atualmente são a primeira causa de óbitos não violentos em todo o mundo (ARAÚJO; SILVA, 2015).

De acordo com Santos et al. (2013) a HAS é a principal motivação de consultas na Atenção Primária à Saúde- APS, e suas complicações também representam as principais demandas nos outros níveis de atenção. O grande obstáculo para o controle da HAS é a necessidade de mudança de hábitos de vida. Como a patologia não possui cura, para um controle efetivo necessita-se de plena adesão ao tratamento por parte do paciente. O tratamento por sua vez pode ser feito a base de medicações anti-hipertensivas ou ainda, apenas com controle nutricional, e prática regular de atividade física.

No estudo realizado por Figueiredo e Asakura (2010) os autores verificaram que o desconhecimento da patologia, dificuldades nos hábitos de vida, principalmente na dieta hipossódica e dificuldades em administrar os efeitos colaterais das medicações foram os principais motivos para não adesão à terapia proposta. Os autores sugerem ações de Educação em Saúde com os membros da equipe assistencial e também com a população com o intuito de melhor informar e motivar os pacientes a mudarem seus hábitos deletérios.

2.2 Conclusão do Estudo

A APS permite uma maior longitudinalidade no cuidado aos pacientes, com uma abordagem mais humanizada. Quando se fala em idosos é fundamental que o cuidado seja prestado de forma acolhedora, com ações de educação em saúde em todas as intervenções, propiciando assim um entendimento adequado da doença e da terapia proposta.

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

Depois de estudar e analisar os casos clínicos que foram indicados para realizar essa atividade, foi possível constatar que na grande maioria deles eu vivencio diariamente na unidade na qual estou trabalhando o caso 20 é um dos que mais chama atenção pois trata do rastreamento do câncer de colo de útero e saúde mental.

No que diz respeito ao Atendimento às gestantes Pré-natal na ESF que atuo dispomos:

- Realização dos exames de Adesão ao o pré-natal e todos que sejam necessários durante toda gestação.
 - Encaminhamento de pré-natal para unidades de referências gestantes de alto risco.
 - Implantação de ações voltada para o cuidado à puérpera e recém-nascido;
- Atenção e cuidado a criança- puericultura:
- Ações que viabilizam a promoção do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida e da alimentação complementar saudável;
 - Acompanhamento da puérpera e da criança através de visitas domiciliares com o apoio do ACS desde a primeira semana após a realização do parto;
 - Busca ativa de puérperas de risco ou em situação de vulnerabilidade expostas a fatores de risco externos;
 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica objetivando o fortalecimento de vínculo da equipe com a criança e familiares;
 - Orientação e oferta de métodos contraceptivos para a puérpera.

Atenção à Saúde Mental:

Quanto a saúde mental a unidade conta com o apoio do NASF e CAPS, quando não há grande necessidade de intervenção farmacológica, na própria unidade encaminhamos para consulta com psicóloga e são realizadas conversas e terapias em grupo se houver necessidade, quando os casos são mais complexos encaminhamos para consulta com Psiquiatra que atende nossa região e por fim se for algo muito grave entro em contato com a apoiadora da região que nos indica qual CAPS deve ser enviado o paciente.

3.1 Reflexão

A unidade em que atuo vem desenvolvendo ações preventivas com a prática de educação em saúde que vem melhorando a qualidade de vida dos pacientes, fazendo com que os mesmos possam ter consciência dos problemas que podem ter em não cumprir todas as orientações dadas pelos profissionais da saúde. A busca ativa, as visitas domiciliares as reuniões em equipes vêm

contribuindo bastante para constantes melhoras no atendimento da nossa unidade.

4 VISITAS DOMICILIAR NA SAÚDE DO IDOSO

A unidade de Saúde José Augusto Barreto onde trabalho se encontra no bairro Japãozinho, zona bem periférica da capital de Aracaju, com cobertura de aproximadamente 9 mil usuários divididos entre 3 equipes. A visita domiciliar é agendada uma vez na semana durante nossas reuniões de equipe, os ACS fazem um levantamento através de mapas da população ou toda área atendida pela unidade, onde priorizamos os acamados ou com sequelas, bem como familiares que solicitam as visitas. As doenças crônicas mais encontradas em minha área são: Diabetes, Hipertensão Arterial, Tuberculose, Hanseníase, Obesidade e Sequelas de AVC.

As doenças agudas mais encontradas são: Diarreias, Dengue, também idosos debilitados por falta de uma boa nutrição.

Realizo visita uma vez na semana com no máximo 5 pacientes agendados, junto com um ACS e um Técnico de Enfermagem (quando se faz necessário).

4.1 Desafios enfrentados e conclusão

O maior obstáculo que enfrento é a realização de procedimentos simples bem como um Hemograma como exames mais complexos. Quando se faz necessário uma avaliação de outro especialista ou até mesmo encaminhamento para internamento em unidade com maior suporte, as coisas ficam um pouco pior por conta da dificuldade que a população tem no acesso a marcação e realização de consultas e procedimentos. No caso de necessidade de Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista e Terapeuta ocupacional nossa unidade conta com o apoio do NASF onde conversamos internamente e realizamos visita posterior se preciso.

Muitas vezes as visitas se tornam frustrantes e nos entristecem quando percebemos que usuários e cuidadores não seguem a orientação correta seja por negligência ou falta de conhecimento, as vezes nos responsabilizando até mesmo por seus atos e nos sobrecarregando, sempre deixo claro e oriento sobre

todos os cuidados com os usuários e nossas limitações. Quando solicito exames laboratoriais, a família entra em contato com um profissional do laboratório para que eles venham até o usuário fazer a coleta, mas as vezes não obtemos êxito e precisam se deslocar até o laboratório. E na próxima visita realizo a leitura do resultado.

Tudo é registrado em prontuários com conduta imediata. Um dos pontos positivos que posso destacar é notar uma boa adesão da grande parte dos meus pacientes e da boa relação que desenvolvo com os mesmos, creio que essa é a chave de tudo, deixar claro que além de um Médico sou um amigo que podem contar quando se fizer necessário.

4.2 Integralidades no Atendimento Domiciliar

Um momento marcante durante esse tempo que faço parte do programa foi uma paciente de 60 anos V.B, com obesidade Mórbida, relata ter sequelas de 2 AVC Isquêmico, ser portadora de TVP, com lesão extensa em MMIE que sangra em grande quantidade durante os curativos e que a mesma apresenta intensa algia em todo membro, refere já haver passado por consulta com Angiologista onde foi solicitado Biopsia da Lesão há aproximadamente 11 meses e que não foi realizado por não terem condições para levar e pagar para o exame, nessa visita me prontifiquei conseguir tal exame solicitando ajuda a nossa Apoiadora da Secretaria Municipal de Saúde, após 10 dias conseguimos marcar e realizar o exame e no momento aguardo resultado e já marquei retorno para aproximadamente 30 dias.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Especialização em Saúde da família foi de grande importância para todos nós, fez com que pudéssemos conhecer os princípios, modelos e práticas implicadas no processo de avaliação e conduta com o paciente.

Grande fato importante foi a criatividade e variedade com que nos foi apresentado os temas durante as atividades e casos clínicos, nos fizeram refletir sobre a importância de realizar constantes cursos para aprimoramento.

No início tive um pouco de dificuldade em entender o que era para ser feito, porém a ideia de poder nos comunicar com um tutor, a realização dos chats

online com nossa tutora sempre pronta para tirar nossas dúvidas, fizeram que com o decorrer do tempo não existissem mais problemas e seguir adiantes sem dúvidas.

O curso no geral foi de suma importância para todos, nos fizeram refletir sobre a forma que atendemos, a relação Médico Paciente e o mais importante melhorar como ser humano. Mesmo já possuindo conhecimento adquirido no decorrer da faculdade, pude colocar em pratica no consultório, conceitos que anteriormente só havia visto na teoria.

Finalizo agradecendo a oportunidade que tive, por todo conhecimento adquirido durante este ano que passou e ao comprometimento da universidade e de todos envolvidos, termino este curso com a sensação de que sai melhor do que era, mais humano, mais atencioso e disposto a resolver de qualquer forma o problema dos meus pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1-ARAÚJO, Ludmilla Costa Lindolfo de; SILVA, Emília Vitória da. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** v.08, n.02, 2015.
- 2- BRASIL. Portal Saúde B. M. da. **Hipertensão Arterial atingi 24,3% da população adulta** . 2013. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertenso_atingi_populacao_adulta>. Acesso em: 09 janeiro. 2018.
- 3-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e em Envelhecimento. **Série Pactos pela Saúde**, v. 12. Brasília, 2010.
- 4-BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica, nº. 19**. Brasília, 2006.
- 5-FEDERATION. ID. DF Diabetes Atlas [Internet]. 6th ed Brussels **International Diabetes Federation**. 2014
- 6-FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento antihipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010 .
- 7-MALTA DC, MOURA Ld, PRADO RRd, ESCALANTE JC, SCHIMIDT MI, DUCAN BB. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, de 2000 a 2011**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2014.
- 8- NUNES, E.M. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**.1 ed. Brasília, 2012.
- 9-SANTOS, Marcos Vinícius Ribeiro dos et al. Adesão ao tratamento antihipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.** v.11, n.1, p.55-61, 2013.
- 10- WHO. World Health Organization. **Diabetes 2008** (Fact Sheet, 312).disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>> acesso em 12/01/2018

**ANEXO 1:
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

RAMONN RAYMON BRITO DE BARROS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A MELHORA DA ASSISTÊNCIA
AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA**

PORTO ALEGRE
2017

RAMONN RAYMON BRITO DE BARROS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A MELHORA DA ASSISTÊNCIA
AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica ofertado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Caren Bavaresco

PORTO ALEGRE
2017

RESUMO

A sociedade atual é marcada pelo envelhecimento populacional observado em todos continentes. A população da área de abrangência do PSF José Augusto Barreto reflete tal mudança na estrutura social, uma vez que conta com uma população significativa de idosos. Tais pacientes estão particularmente susceptíveis ao surgimento de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Dessa forma, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam capacitados para proporcionar um atendimento de qualidade, visando contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O objetivo do presente projeto de intervenção é propor estratégias visando a melhoria da assistência à saúde do idoso na referida unidade de saúde, bem como conscientizar a população idosa, promover maior adesão aos tratamentos propostos e estimular hábitos saudáveis de vida, tais como, alimentação adequada e realização de atividade física.

Palavras-Chave: Saúde do Idoso. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde.

1- INTRODUÇÃO

O PSF Dr. José Augusto Barreto está localizado na Rua Euclides Figueiredo, bairro Japãozinho e possui fácil acesso. Abriga três Equipes de Saúde da Família: Verde, Rosa e Azul. O horário de funcionamento de 7:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira. O PSF no total possui 5 Médicos, que trabalham 32 horas semanais na unidade e 8 horas semanais em programa de especialização pelo Programa de Valorização da Atenção Básica; Três enfermeiros, que trabalham 40 horas semanais, 16 agentes comunitários de saúde, que cumprem 40 horas semanais, 5 técnicas de enfermagem, que trabalham 40 horas semanais. Além disso, essa unidade conta com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), que realizam atendimentos uma vez por semana no local.

Os a população adscrita é de 3700 habitantes aproximadamente. A Equipe Rosa foi a responsável pelo desenvolvimento do projeto de intervenção Melhora da Assistência ao Idoso Na Atenção Básica.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral: Melhorar a assistência à saúde da pessoa idosa na área de abrangência na Unidade de Saúde da Família - USF José Augusto Barreto, na cidade de Aracaju SE.

2.2- Objetivos Específicos:

- Incentivar Hábitos saudáveis de vida, tais como: alimentação adequada e pratica frequente de atividades física;
- Implementar o controle adequado da pressão arterial, e Diabetes Mellitus tipo 2 na população idosa;
- Cadastrar todos Idosos Insulinodependentes da área de abrangência, oferecendo aos mesmos glicômetros para monitoramento da glicemia;
- Instituir a avaliação multidimensional do idoso como rotina nas consultas médicas, e referenciar os casos quando indicado.
- Conscientizar os familiares a acompanhar idosos em consulta e tratamento.

3 JUSTIFICATIVA

Verifica-se na comunidade adstrita a USF José Augusto Barreto, na cidade de Aracaju SE um grande número de idosos sem a assistência adequada. Cerca de 60% destes idosos possui Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM ou ambas as patologias. O controle de tais doenças tem sido bem difícil na comunidade pela baixa adesão ao tratamento proposto, presença de hábitos deletérios e desconhecimento da população sobre riscos e formas de controle.

Assim, o presente projeto de intervenção se justifica pela possibilidade de melhor intervir na população idosa, garantindo melhor condição de saúde e qualidade de vida na referida população.

4- METODOLOGIA

4.1- Locais de Intervenção e Público-Alvo:

As ações propostas serão implantadas na USF José Augusto Barreto, na cidade de Aracaju SE, tendo como público alvo homens e mulheres com idade superior aos 60 anos.

4.2-Ações Propostas:

Busca ativa por idosos insulino dependentes: Durante as visitas mensais os Agentes Comunitários de Saúde - ACS buscarão idosos diabéticos e/ou insulino dependentes, visando um cadastro dos mesmos para posterior disponibilização e treinamento do monitoramento da glicemia através da entrega de glicômetros (Tais aparelhos já se encontram disponíveis na USF, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS).

Palestras de conscientização: As palestras ocorrerão a cada dois meses, buscando abordar aspectos da saúde do idoso e também estimular cuidadores e familiares a acompanhar os pacientes nas consultas e também no cotidiano, potencializando assim as chances de um seguimento correto da terapia recomendada.

Consultas individuais mensais: Os idosos terão consultas mensais, visando um maior controle da condição de saúde dos mesmos e adesão aos tratamentos propostos. Importante salientar que quando necessário os idosos

também serão referenciados para outros serviços como serviços de maior complexidade, auxílio psicoterapêutico ou nutricional.

Otimizar o monitoramento da pressão arterial e da glicemia: Os Agentes Comunitários de Saúde irão em domicílio no mínimo a cada 10 dias para monitorar a pressão arterial e a glicemia dos pacientes idosos que não comparecerem à USF neste intervalo.

4.3- Avaliação e Monitoramento: A avaliação e monitoramento das ações serão feita durante as consultas na USF, visitas ao domicílio, ou mesmo através de uma nova busca ativa após 06 meses e após 12 meses do início das ações.

5- CRONOGRAMA

Após definido o problema, foram elaboradas formas de solucionar a situação e contornar os principais “nós críticos”:

- No PSF Dr. José Augusto Barreto foi possível definir um número de pacientes a serem atendidos de forma que a qualidade da consulta não seja prejudicada em função do reduzido tempo disponível. Poderemos, dessa forma dar uma maior atenção à saúde do idoso.

- Realizar em consulta médica a avaliação multidimensional rápida do idoso e utilizar a Inter consulta com outras áreas da saúde quando necessário. - Incentivar hábitos saudáveis, tais como a alimentação adequada e prática regular de atividade física. Isso será realizado através do diálogo empático, levando sempre em consideração os aspectos biopsicossociais do paciente e o seu contexto de vida.

-Para concretizar o plano de ação proposto, é necessário que estejam disponíveis e de fácil acesso os seguintes recursos:

- Recursos humanos: equipe de saúde unida e bem disposta a participar do projeto; os profissionais de diversas áreas da saúde, tais como: nutrição, psicologia, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, oftalmologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, neurologia, urologia, ginecologia, terapia ocupacional, assistência social.
- Recursos Materiais: o Manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e em Envelhecimento, do Ministério da Saúde; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde;

e Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais, de Edgar Nunes de Moraes, dentre outros citados nas referências bibliográficas abaixo. Para um melhor acompanhamento longitudinal do idoso é necessário que esteja disponível na UBS a caderneta do idoso, que possibilita o registro do estado de saúde, alergias, medicamentos em uso, vacinas, pressão arterial, peso, glicemia, datas de consultas, etc.

5.1- Identificações dos recursos críticos

O principal recurso crítico para a execução do plano de ação é a dificuldade em se obter fácil acesso, quando necessário, às outras áreas da saúde supracitadas. Esse fato se deve à pouca disponibilidade de vagas e à alta demanda de pacientes. Outro recurso crítico é a demanda de muito tempo para que seja realizada a avaliação multidimensional do idoso.

5.2- Análises da viabilidade

Os atores que controlam o recurso crítico em questão, no caso da dificuldade de encaminhamento às outras áreas da saúde, são os membros da secretaria de saúde, governo municipal, estadual e federal.

Acredita-se que a motivação em relação aos objetivos pretendidos com o plano de ação sejam boas, no entanto a falta de disponibilidade de verbas dificulta a concretização do projeto.

Em relação ao tempo necessário à avaliação multidimensional do idoso, em nossa unidade de saúde, a qual possui autonomia para tomar suas próprias decisões, o ator que controla o recurso crítico é a própria equipe de saúde. Há muita motivação por parte dos membros da equipe para que o projeto se concretize. Nesse caso os atores da operação serão as agentes comunitárias de saúde, técnica em enfermagem, enfermeiro e médico. A caderneta da Saúde do Idoso ainda não se encontra disponível em nossa UBS. Dessa forma, conclui-se que o plano é viável de execução a médio prazo.

6- RESULTADOS ESPERADOS

Através da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Para tais pacientes também foi realizada a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e por meio dela foram identificados problemas de saúde condicionantes de declínio funcional. Foi indicada, quando necessário, a utilização de condutas mais complexas ou referenciamento às outras especialidades da saúde.

- Hábitos Saudáveis de Vida

Também foram estimulados hábitos saudáveis de vida, tais como, alimentação adequada e prática regular de atividade física. Tais medidas eram realizadas tanto por mim em consulta, quanto pelos outros membros da equipe (agentes comunitárias, técnica em enfermagem e enfermeiro), seja quando da presença dos idosos na UBS ou em visita domiciliar. Tal intervenção foi de fundamental importância na promoção de melhores condições de saúde e redução na incidência de quedas.

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Durante o período estabelecido para desenvolvimento do projeto de intervenção não foram entregues cadernetas de saúde ao idoso, pois fomos informados que nosso estado não faz uso regular da mesma. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. Ela possibilita aos profissionais de saúde planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se com o desenvolvimento do projeto de intervenção uma maior adesão dos idosos aos tratamentos propostos e orientações fornecidas pela equipe de saúde. Foi obtido também elevado grau de satisfação e receptividade por parte dos pacientes. Espera-se que o projeto tenha continuidade com os todos os membros da equipe, pois, dessa forma, será possível intervir positivamente na promoção à saúde dos idosos e prevenção de agravos e contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, os pacientes idosos possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

REFERÊNCIAS

1. MAZO, G.Z.; LIPOSCKI DB; ANANDA C; PREVÊ D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, vol.11, nº6, p. 437-442, 2007.
2. ROSA, T.E.C; BENÍCIO, M.H.A; LATORRE, M.R.D.O; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol. 37, nº1, p. 40-8, 2003.
3. TRAMONTINO, V.S; NUÑES, J.M.C; TAKAHASHI, J.M.F.K; SANTOSDARUZ, C.B; RIZZATTI-BARBOSA, C.M. Nutrição para Idosos. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, vol. 21, nº3, p. 58-67, 2009.
4. CAMPOS, M.A.G; PEDROSO, ERP; LAMOUNIER, J.A; COLOSIMO, E.A; ABRANTES, M.M. Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. Revista da Associação Médica Brasileira, Belo Horizonte, vol. 52, nº4, p. 214-21, 2006.
5. SILVESTRE, J.A; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 19, nº3, p. 839-847, 2003.
6. CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2 ed. Belo Horizonte, 2013.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso. Série E. Legislação de Saúde, 1ed. Brasília, 2003