TATIANA BARRETO GONCALVES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POSTO DE SAÚDE CENTRAL, MUNICÍPIO DE PÂNTANO GRANDE, RS

Pântano Grande/RS

Janeiro de 2018

TATIANA BARRETO GONCALVES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POSTO DE SAÚDE CENTRAL, MUNICÍPIO DE PÂNTANO GRANDE, RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.
Orientador(a): Luiz Farias de Lima Neto.

Pântano Grande/RS

Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 03

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 05

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 11

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 16

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 20

6 REFERÊNCIAS 21

7 ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO 23

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio será apresentado em 5 etapas, sendo a introdução, o estudo de caso clínico, a promoção da saúde com educação em saúde e níveis de prevenção, a visita domiciliar e por fim, a reflexão conclusiva.

Sou Tatiana Barreto Goncalves, fiz faculdade de medicina na Escola Latino Americana de Medicina em Havana, Cuba. Cuba é um país totalmente diferente do Brasil, seus costumes, sua cultura, as pessoas que lá residem são bem acolhedoras, comunicam com os aprendizes de medicina e aceitam os procedimentos que lhes são atendidos no Hospital, durante os estágios.

Um dos pontos positivos de morar em Cuba é poder transitar livre pelas ruas sem o medo de sofrer um assalto ou violência, coisa que no Brasil é constante, mesmo morando em cidade do interior, não estamos livres da violência no dia-a-dia. O ensinamento da medicina na faculdade foi excelente, pude aprender muito com os professores e com meus colegas também.

Uma das dificuldades foi aprender o idioma de lá e me adaptar ao sistema do Governo que é socialista, onde o governo controla os setores econômicos, dessa forma tudo era muito controlado, muito básico, os alimentos, os produtos, só dava para ter o básico.

Me formei em fevereiro de 2016 e vim para o Brasil ainda em 2016, quando participei do Programa Mais Médicos, onde comecei a atuar na Unidade Básica de Saúde da Família Posto de Saúde Central, que encontra-se localizada no município de Pantano Grande, Rio Grande do Sul, a 123 km da capital Porto Alegre.

Na UBS, oferecemos assistência médica para uma população de aproximadamente 5000 pessoas. A unidade não foi construída para uma unidade de estratégia de saúde da família, ainda se está construindo estrutura típica de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém se conta com um médico de atenção básica para fazer atendimento diferenciado.

No atendimento aos idosos na Unidade, percebi a importância de prevenir a ocorrência de quedas, a qual foi tratada no meu projeto de intervenção (que está em anexo), pois são consideradas um problema que envolve não somente a saúde do idoso, mas também, de toda a sua família e consequentemente a sociedade em que está inserido, tendo em vista que são pessoas que apresentam alterações funcionais de seu organismo desfavoráveis devido ao envelhecimento em relação ao um

organismo mais jovem. Essa informação é relatada no caderno de atenção básica de envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A população alvo da intervenção será constituída por 685 pacientes maiores de 60 anos que moram na área de abrangência da Unidade de Saúde, conhecida como Posto de Saúde Central.

A intervenção contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos idosos, planejamentos de ações da ESF focando nas características da população idosa, assim reduzindo aparecimentos de complicações como as quedas e melhor vínculo entre equipe de ESF e usuário. É necessário estabelecer estratégias de promoção e prevenção à saúde do idoso nas ESF, para que ele possa manter a independência e autonomia. Foi visto que grande parte da população adstrita é idosa, por isso a necessidade de organizar o serviço voltado nesse tema.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O presente caso clínico foi realizado mediante rastreamento de hipertensos no Posto de Saúde Central, em Pantano Grande, os quais não seguem o tratamento medicamentoso correto, por serem influenciados pela cultura local, utilizando de medicamentos naturais, ao invés de seguir a conduta médica estipulada.

Para Almeida, Paz e Silva (2011), a assistência aos hipertensos tem desafiado os profissionais de saúde no que se refere à consecução do controle dos níveis tensionais. Assim, mesmo que haja o rastreamento adequado da hipertensão arterial, se o tratamento não for seguindo, há o risco de haver diversas complicações que resultam em doenças cardíacas até mesmo um Acidente Vascular Cerebral, por não ter uma adesão adequada ao tratamento.

-DESCRIÇÃO DO CASO

Mariano (nome fictício), tem 56 anos, masculino, casado, com 02 filhos, obeso grau I, Pedreiro, branco, frequentou apenas o ensino fundamental, residente na cidade de a cidade de Pantano Grande, RS.

Seus dois filhos, uma menina e um menino, estão em idade escolar, são ativos na vida dos pais, porém tem seus afazeres. A esposa frequenta uma igreja no Bairro, a qual faz parte da comunidade. Seu Mariano apenas trabalha, e não comparece com frequência na Unidade Básica de Saúde

Sua esposa, de 41 anos relatou que seu marido é um homem trabalhador, mas que deixa a saúde de lado, mesmo apresentando sintomas mais evidentes, e relata ainda que ele diz não poder faltar ao trabalho para comparecer as consultas. Afirma ainda que seu marido não segue o tratamento medicamentoso devidamente, pois esquece de tomar a medicação, chegando a tomar dia sim, dia não.

Quando foi diagnosticado com a doença, há 1 ano e meio, o senhor Mariano apresentou pressão arterial: 160x90 mmHg, em rastreio por aproximadamente uma semana.

História de doença anterior (HDA): o paciente foi rastreado como suspeito de ser hipertenso durante a visita do agente comunitário de saúde, pois relatou na conversa, sentir dor na “nuca” e dor no peito, embora fosse completamente assintomático, foi agendado para uma consulta.

Antecedentes pessoais: é fumante há e 20 cigarros por dia (está tentando abandonar o vício). Faz uso moderado de bebida alcoólica. No momento é sedentário, mas até dois meses atrás fazia caminhadas 2 vezes na semana. Não sabe se é diabético mas informa que já teve colesterol alto.

Antecedentes familiares: possui mãe com antecedentes de obesidade e o pai foi hipertenso (vítima de AVC), falecido há 10 anos. Tem um irmão de 33 anos com doença arterial coronariana.

Exame físico: ao realizar o exame físico no paciente, foi constatado bom estado geral, altura de 1,70 m, peso de 109 kg. A pressão arterial em repouso estava em 160/80 mmHg e a freqüência cardíaca era de 73 batimentos por minuto. A pressão arterial na posição ortostática era de 180/90 mmHg, sem variação da freqüência cardíaca. Ausculta cardiopulmonar normal. Ausência de sopros carotídeos. Abdômen flácido e globoso, indolor a palpação, com fígado e baço não-palpáveis. Extremidades sem alterações; pulsos presentes e simétricos, ausência de edemas.

Exames laboratoriais: Solicitou-se exames de urina (bioquímico, sedimento), sem alterações, creatinina – 0,7 mg/dl (0,3-1,3), postássio – 4,0 mEq/L (3,5 – 5,5), glicemia – 92mg/dl, colesterol – 157 mg/dl, HDL – 36 mg/dl, triglicerídeos – 145 mg/dl, hematológico e eletrocardiograma de repouso, normal.

Exames complementares: Eletrocardiograma e raios X de tórax normais. Ecocardiograma mostrando alterações do relaxamento ventricular esquerdo, sem aumento da massa ventricular. Função sistólica preservada.

Diagnóstico: Hipertensão arterial primária, associada a obesidade e ao fumo.

1ª Conduta: Primeiramente ocorreu a orientação quanto a dieta em relação à ingestão de sal, açúcar e gorduras. Logo após, a conduta tomada foi prescrever o uso de captopril 25mg e hidroclorotiazida 25mg e agendado o retorno no próximo mês.

PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO

- Lista de problemas:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Obesidade;
- Fumante.

- Metas para resolver os problemas:

-Hipertensão Arterial: Fazer mapeamento da Pressão Arterial. Em visita domiciliar o ACS deve agendar consulta. Na consulta deve-se levantar o histórico do paciente e monitorar a PA; Marcar retorno para 15 dias. Na consulta médica, realizar exame físico (aferição da PA) e solicitação de exames complementares. Primeiramente ocorreu a orientação quanto a dieta em relação à ingestão de sal, açúcar e gorduras. Logo após, a conduta tomada foi prescrever o uso de captopril 25mg e hidroclorotiazida 25mg e agendado o retorno no próximo mês.

- Obesidade: Na consulta realizar coleta de dados importantes sobre a qualidade de vida do paciente, se realiza exercícios físicos e quantas vezes por semana; Prescrever uma dieta livre de gorduras, sal e açúcar, encaminhar para uma nutricionista. Orientar família a incentivar a prática de exercícios físicos e a perda de peso.

- Fumante: consulta com clínico, orientar quanto a importância de interromper o vício devido a sua situação de saúde, por ser obeso e hipertenso, corre o risco de ter um AVC ou Infarto.

- Divisão de responsabilidades:

A divisão de responsabilidades acontece entre a equipe de saúde que atenderá o paciente:

- Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares;
- Enfermeira: acolhimento com visitas domiciliares; Marcação de consultas e encaminhamentos; Interação com reuniões e familiares.
- Médico: Atenderá através da consulta e fornecerá orientações quando necessário. Fará encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.

- Avaliação:

- Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas (duas vezes ao mês) para avaliação das metas planejadas. Se for necessário serão reavaliadas mediante o alcance dos resultados positivos no atendimento ao paciente.

RETORNO – CONSULTA

Após 30 dias, o senhor Mariano retornou ao Posto Central, acompanhado de sua esposa, a qual relatou que ele não havia seguido o tratamento medicamentoso de forma correta e nem a dieta prescrita.

Quando indagado sobre o acontecimento, afirmou que um amigo do trabalho lhe apresentou um remédio caseiro, uma mistura de ervas medicinais da região, o qual disse ter ação na redução da PA e por isso havia parado de tomar a medicação prescrita pelo médico.

Logo abaixo, temos a tabela com o acompanhamento dos valores da PA e os dias de tratamento dentro do período de um mês, para tomarmos por base:

Tabela 03 – Dias de tratamento, tipo de medicação e valores da PA.

Dias de tratamento	Medicação utilizada	Valores da PA
1ª Semana	Tratamento médico	150x90 mmHg
2ª Semana	Tratamento médico	140x80 mmHg
3ª Semana	Tratamento natural	160x90 mmHg
4ª Semana	Tratamento natural	160x80 mmHg

Fonte: Autor Próprio

Observando a tabela 03, fica evidente que a medicação natural não teve o efeito sob a redução dos valores da pressão arterial, enquanto a medicação prescrita pelo médico teve o efeito desejado, mas como o tratamento foi interrompido, necessitou de uma nova avaliação do caso.

Durante o curso, no eixo 1, foi possível aprender sobre saúde baseada em evidencias, o que nos ensinou a pesquisar de forma científica, mais sobre determinada doença e os possíveis manejos clínicos para cada doença e situação.

Assim, em um estudo sobre os efeitos da medicação natural, segundo Lopes et al (2013), atualmente encontramo-nos inseridos numa cultura cada vez mais ativista, preocupada com o bem-estar, tendo como principais objetivos preservar a sua saúde, tratar alguma patologia e melhorar alguns dos seus aspectos físicos e cognitivos (LOPES et al, 2012).

A crença da região influencia muito no estilo de vida dos moradores e usuários da UBS, onde estes fatores podem ir, segundo Gervásio (2013):

> ....desde a crença da inocuidade dos medicamentos naturais, em contraste aos medicamentos químicos, à desilusão para com os fármacos, passando pela percepção de risco dos medicamentos químicos devido ao facto de cada vez os pacientes terem mais acessibilidade a informação científica e pelas opções por tendência social. A referida desilusão, referente à eficácia dos produtos químicos, é bastante visível nos doentes crónicos. Estes são portadores de doenças tais como a Diabetes, a Hipertensão Arterial, Cancro, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, entre muitas mais, e são eles o tipo de doentes que mais recorre em maior escala ao consumo de medicamento de medicamentos naturais (GERVÁSIO, 2013, p. 16).

Mediante os apontamentos acima sobre os medicamentos naturais, foi realizada uma pesquisa sobre o uso do captopril na hipertensão arterial, onde:

> O Captopril é o primeiro de uma classe de agentes anti-hipertensivos, os inibidores competitivos específicos da enzima conversora de angiotensina I (ECA). A enzima conversora de angiotensina (ECA) é responsável pela conversão de angiotensina I em angiotensina II, potente vasoconstritor endógeno, que ao ligar-se ao receptor AT1 do endotélio provoca constrição, aumentando a resistência vascular periférica, a qual é diretamente proporcional à pressão arterial. O Captopril é eficiente também no controle da insuficiência cardíaca (IC, caracterizada por débito cardíaco inadequado para suprir as demandas metabólicas do organismo (TEIXEIRA et al, 2012).

Dessa forma, o captopril 25mg é a medicação preconizada inicialmente no tratamento da hipertensão arterial primária, em um paciente acompanhado pela UBS, promovendo a prescrição médica deste.

Um estudo realizado sobre o uso da hidrocloritiazida 25mg na hipertensão arterial, apontou que esta medicação tem efeito diurético, reduzindo a reabsorção do sódio pelo organismo:

> Tais fármacos constituem uma importante classe de agentes diuréticos que atuam no túbulo distal, diminuindo a reabsorção ativa dos íons sódio e cloreto. Entretanto, estes fármacos apresentam ação diurética moderada quando comparados aos diuréticos de alça. A hidroclorotiazida é efetiva por via oral e é excretada na urina em sua forma inalterada, a duração da ação é de 8-12 horas (RUY, 2015, p. 33).

Portanto, o captopril e a hidroclorotiazida são medicações indicadas no tratamento inicial da hipertensão arterial sistêmica e deve ser seguido para que o resultado seja alcançado dignissimamente, assim, uma nova conduta deve ser

tomada mediante o caso do senhor Mariano que não quer tomar a medicação indicada.

-Mudança de conduta: Realizar orientação em saúde com o paciente, explicando a importância de se tomar a medicação e apresentar os resultados da tabela para que ele veja que a medicação natural não obteve efeito no tratamento. Pedir para que sua esposa o acompanhe, fazendo lembrar de tomar a medicação e anotando toda vez que o fizer. Fazer um acompanhamento em visita domiciliar através da enfermeira, para acompanhar se está tomando a medicação prescrita. Agendar retorno em 30 dias.

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

Como apresentado na introdução deste portfólio, eu enquanto médica de saúde da família, atendo na UBS Posto de Saúde Central, onde oferecemos assistência médica para uma população de aproximadamente 5000 pessoas, através principalmente da promoção de saúde, prevenção de riscos de patologias e orientações em saúde através da educação popular com palestras e círculos de cultura.

Enquanto médicos da saúde da família, lidamos com grupos, atendimento através da promoção da saúde e da prevenção. Os níveis de prevenção consistem em prevenção primária, aquela que antecede a doença, podemos dizer que se trata da promoção da saúde; prevenção secundária, que são medidas que impedem a evolução das doenças existentes e suas complicações; a terciária, que envolve a reabilitação da condição de saúde do indivíduo; e a quaternária, que envolve evitar a iatrogenia médica (HESPANHO; COUTO; MARTINA, 2008).

De acordo com Pimenta, Leandro e Schall (2007), as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução.

Na área onde atuo, temos problemas com o aleitamento materno, mais que tudo com o aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade, na maioria dos casos as mães introduzem o leite artificial ou outros alimentos antes dos 6 meses, as principais causas de esta conduta são o retorno cedo ao trabalho, desconhecimento ou negativa quanto a coleta e manipulação de leite materno, falta de conscientização, algumas referem não amamentar porque o leite não sustenta o bebé o porquê o ato de amamentar faz que seus seios fiquem flácidos.

Quadro 1 – Problemas relacionados a amamentação - puerpério

Problema	Propostas
Receio por não saber amamentar	Avaliar a técnica de amamentação, por meio da observação da mamada;
	Orientar a mãe que o bebê deve estar virado pra ela, bem junto de seu corpo, bem apoiado e com os braços livres. Ensinar a posição correta;
Pouco Leite	Explicar que o leite do início da mamada tem mais água e mata a sede e por isso a mãe acha que é pouco;

	Para manter uma boa quantidade de leite, é importante que a mãe amamente com frequência;
Demora do bebê ao iniciar a amamentação	Realizar educação em saúde para explicar que cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar, deixe-o mamar até que fique satisfeito.
	Não há necessidade de usar mamadeiras e chupetas, pois podem atrapalhar a amamentação.
Rachaduras e dor ao amamentar	Orientar que as rachaduras podem ser sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito. Se o peito rachar, a mãe pode passar seu leite na rachadura;
	No início da mamada, o bebê suga com mais força porque está com mais fome e morde para acertar a mamada.
Um peito cheio e outro vazio	Orientar a mãe que comece cada mamada pelo peito em que o bebê mamou por último na mamada anterior.
	Espere que ele esvazie bem a mama e então ofereça a outra, se ele quiser;
Dormir durante a mamada	Explicar que é preciso estar atenta durante a mamada e tentar não dormir;
	Procurar amamentar na posição sentada, para evitar que durma durante a amamentação;
Dificuldade ao sugar o leite com a bombinha	Explicar o processo de ordenha do leite através da bombinha;
	Orientar a mãe a ter paciência e sempre manter o cuidado com as mamas;
Demora do bebê em terminar a mamada	Conversar com a mãe que o bebê nem sempre quer mamar, que ele precisa sentir a mama com os lábios, para se acostumar;
	Orientar que ela tenha paciência.

Estes problemas são sim comuns em nossa prática diária, pois envolve principalmente o receio de “mães de primeira viagem”, que não sabem ao certo o que fazer e como cuidar do bebê. Isso inclui em como amamentar direito.

Na ESF, trabalhamos para aumentar o índice de amamentação exclusiva, desde o pré- natal aconselhamos as mães, pais e família em geral, nos grupos de gestantes, consultas individuas, visitas domiciliar, para explicar a importância da amamentação, suas vantagens não só para o recém-nascido que terá uma boa saúde e bom desenvolvimento, como também prevenções de doenças comum na infância como: diarreia e infecções respiratória, mas também para a própria mãe que formará um vínculo muito importante com o seu filhos.

No Posto de Saúde Central, o atendimento em promoção e educação em saúde no puerpério, as crianças com as idades a partir dos 1 ano e 11 meses até os 10 anos passam em consulta anual com pediatra e são atendidas e orientadas pelo Enfermeiro quanto as vacinas. Demais consultas são realizadas em caráter de demanda da Unidade.

O planejamento das ações de atendimento a saúde da criança é preconizado pelo Ministério da Saúde e a UBS adequa conforme as necessidades da população atendida em seu território.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o atendimento a puericultura deve ser realizado a partir da primeira consulta de puericultura, preferencialmente deverá ser pediátrica, contudo, a impossibilidade desta não impede o Agendamento para outra atividade (grupo educativo, consulta enfermagem).

As gestantes acompanhadas no centro de saúde serão encaminhadas para consulta de enfermagem até 15 dias após o parto. As atividades de grupo educativo serão coordenadas por um integrante da equipe de atenção à criança.

Ao final da atividade, deverão ser tomadas as medidas antropométricas das crianças participantes. Somente serão encaminhados para consulta os casos que porventura mostrem necessidade.

Certa vez acompanhamos um caso de assistência a puericultura, onde tínhamos uma criança de aproximadamente 01 ano de idade, a qual a mãe não realizou o pré-natal com eficiência, faltando em algumas consultas. A criança fez uso de leite artificial desde o primeiro mês de vida e não fez seguimento de rotina na UBS, sendo levada apenas quando apresentava alguma intercorrência. O cartão de vacinas estava desatualizado.

Ao analisarmos o caso, percebemos uma série de erros que aconteceram e que continuam acontecendo na abordagem integral dessa criança. Primeiramente, não podemos esquecer de falar sobre a assistência pré-natal que não foi feita de forma adequada, com poucas consultas e possivelmente não foi orientada quanto à importância do aleitamento materno e do acompanhamento regular da criança nas consultas de puericultura.

Nesse momento, a equipe de estratégia de saúde da família tem um papel muito importante de orientar quanto à importância do acompanhamento regular e já deixar uma próxima consulta agendada e no caso de não comparecimento, seria

possível a realização de busca ativa da criança buscando a responsabilização da família por sua saúde, uma vez que existem implicações legais quanto a isso.

Outro fator perceptível e que está em desacordo com o bom acompanhamento a saúde da criança é a falta de atualização do cartão de vacinas, o que também não deixa de ter uma certa responsabilização da equipe, uma vez que o agente de saúde deve visitar mensamente as famílias e verificar os cartões de vacina, assim como pesar as crianças a fim de detectar baixo peso, fato detectado nesse caso e que está sendo negligenciado.

A alimentação da criança está inadequada, pois praticamente não come verduras, inclusive por maus hábitos familiares e come poucas frutas e quando as come não tem variedade. Além disso, não estava realizando a suplementação de vitaminas obrigatórias nessa faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde: vitamina A e Ferro.

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador de saúde que aponta progresso em seu desenvolvimento e lhe fornece melhor qualidade de vida, onde monitorar o crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial (FROTA et al, 2007).

Observa-se que a nutrição adequada de uma criança influencia diretamente no seu desenvolvimento, cujo o objetivo é fornecer os nutrientes necessários para atuar em seu crescimento.

A UNICEF (2006) aponta que a carência alimentar e desnutrição infantil é um problema relevante em todo o mundo e também no Brasil, que muitas vezes se associa com a desigualdade social e a pobreza, podendo levar à morte, contribuindo para aumentar as taxas de mortalidade.

O Ministério da Saúde (2015) acrescenta que a introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, aproximando progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes.

É possível perceber que os alimentos essenciais para uma nutrição adequada da criança são introduzidos após os 6 meses de idade, para complementar sua alimentação. Esses alimentos pertencem a grupos divididos onde cada um tem suas características alimentares, conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016):

- **Pães, arroz, cereais, massas**: carboidratos complexos (vitaminas do complexo B e fibras);
- **Hortaliças e vegetais** (vitamina A, vitamina C, folato, ferro, fibras);
- **Frutas** (vitamina A, vitamina C, potássio, folato, ferro, fibras);
- **Leite, iogurtes e queijos** (cálcio, proteína, vitamina A, vitamina D);
- **Carnes, aves, peixes, ovos, feijão, nozes** (ferro, zinco, vitaminas do complexo B, proteínas);
- **Gorduras, óleos e açúcares** (vitamina E, ácidos graxos essenciais, carboidratos, porém são ricos em calorias e devem ser utilizados esporadicamente).

Quando uma criança é atendida na UBS, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar sua deficiência nutricional e os fatores que a determinaram, como má alimentação, falta de recursos para a compra de alimentos por parte dos pais, falta de informação sobre qual alimento é importante, enfim, uma série de fatores que quando descobertos proporcionam um tratamento rápido e adequado (FROTA, et al, 2007).

Além de todos esses problemas clínicos detectados, observamos a presença de problemas sociais, primeiro porque não há uma responsabilização da família com relação à criança, que está negligenciada do ponto de vista cultural e social, pois os pais não se importam, não se divertem com a criança, não cuidam adequadamente, enfim, não se responsabilizam.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

As visitas domiciliares são reconhecidas como uma prática de inquestionável importância não só no descobrimento como na abordagem de problemas, diagnóstico, busca ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde.

Segundo Cadernas et al (2013), quando a consulta médica é complementada com as visitas domiciliares, o paciente torna-se mais consciente, mais motivado, e se ativa sua predisposição para se recuperar significativamente. Além disso, a visita domiciliar tem laços de estratégia interativa, que ao ser trabalhada intencionadamente, impacta o perfil humanista-social dos profissionais da equipe de saúde.

Embora se configure como potente ferramenta para a compreensão contextualizada dos processos de saúde e doença, bem como para o delineamento de intervenções de prevenção e promoção da saúde, a utilização da visita domiciliar suscita participação constante da família do paciente (ROCHA et al, 2017).

Em minha unidade de saúde, terça feira é o dia da planificação da visita domiciliar e foi solicitada uma visita à paciente R.S.S, de 89 anos de idade, aposentada, mora com sua filha que é casada e com 3 filhos. A filha solicita a visita porque a senhora desde há mais de duas semanas, apresenta pouco apetite e há uma semana vem apresentando queixa de cansaço e sonolência com dificuldade até para caminhar e sua mãe não tem mais a disposição de antes, só quer estar deitada porque tem muito cansaço, franqueza e até cefaleia frequente.

Ao exame físico constate o seguinte:

- Temperatura: 36,5 graus;
- Mucosas e pele: Ligeiramente coradas e hidratadas, palma das mãos e leito ungueais pálidos;
- Aparelho Respiratório: Eupneica, murmúrio vesicular normal, não apresenta sibilos. FR: 20 rpm;
- Aparelho Cardiovascular: Ruídos cardíacos de disritmicos, não apresenta sopros. Pulsos periféricos são palpáveis e simétricos. FC: 108 bpm. PA: 110/80 mmHg;
- Abdômen: Sem alterações, não apresenta massas palpáveis, não visceromegalia, e ruídos hidroaéreos presentes;
- TCS: Não há edema em extremidades;

- Sistema Nervoso: Paciente consciente, orientado em tempo, espaço e pessoa e que deambula com alguma dificuldade porque tem muita debilidade;
- Hemograma: Eritrócitos 5,74/µL; Hb 8,8 g/dL, Ht 28, 1 %, VCM e HCM e RDW diminuídos e Leucócitos 11.000/mm3 com diferencial normal. Plaquetas aumentadas.

A senhora Raimunda foi diagnosticada com uma anemia moderada.

Plano terapêutico:

- Preferir: Vísceras, fígado, língua de vaca, carne bovina, aves, peixes e ovos; feijão preto, ervilha, lentilha, grão de bico, soja; Quiabo, jiló, beterraba, espinafre; aveia; açaí; alimentos ricos em ferro junto a alimentos ricos em vitamina C como limão, laranja, caju, acerola, abacaxi, tangerina, morango, em forma de suco, ás principais refeições ou regue os alimentos ricos em ferro com gotas de limão;
- Sugiro fazer em casa suco com um pequeno punhado de espinafre, duas beterrabas, suco de duas laranjas e oferecer uma o duas vezes ao dia;
- Evitar: alimentos ricos em ferro junto a alimentos ricos em cálcio (Leite e derivados não mais que três porções ao dia); chá preto, chá mate, café, refrigerante do tipo cola nas refeições; alimentos industrializados que contenham EDTA, pois reduzem 50% de ferro não heme;
- Prescrevo sulfato ferroso 300 mg (60 mg de ferro elementar) de 8/8 horas. Tem uma melhor absorção se ingerido em jejum ou 1 a 2 horas antes das refeições e com sucos cítricos, como o de laranja, para maior absorção;
- Alerto a filha que as fezes podem ficar escurecidas.

Plano de seguimento:

Foi agendado consulta de visita domiciliar semanal até a melhora dos sintomas alternado medico, enfermeira e ACS.

Observa-se diante do caso estudado, que a família vem se mantendo, ao longo da história da humanidade, como instituição social permanente, o que pode ser explicado por sua capacidade de mudança, adaptação, resistência e por receber valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram.

Constitui-se de um sistema interpessoal, formado por pessoas que se interagem por diversos motivos, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturadas na cultura da família, na classe social a qual pertence, em outras influências e determinações do “ambiente” em que vivem, incluindo valores e normas de outras culturas (RIBEIRO, 2004).

As ferramentas de trabalho com famílias são tecnologias relacionais, oriundas da sociologia e da psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

Dentre as ferramentas de abordagem familiar em atenção primária à saúde, as mais utilizadas são: genograma, ciclo de vida familiar, FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*), PRACTICE (*Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology*) e a Conferência Familiar (MOYSÉS et al, 1999).

Posso dizer que essas ferramentas são essenciais quando utilizadas no Projeto Terapêutico Singular para obter mais características e informações possíveis, como o genograma, que mostra através de uma figura como funciona a relação entre os membros da família, como foi realizado no estudo de caso da atividade 2 desse portfólio.

O ciclo de vida familiar irá mostrar os estágios do desenvolvimento dos membros e a função destes em cada estágio. O FIRO mostra como funciona as relações interpessoais entre os membros da família. O PRATICE, apresenta informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico e a conferencia familiar é um tipo de intervenção que reúne a família para orientações sobre o cuidado com o paciente.

A equipe de saúde da Unidade onde atuo, aborda a família de forma preconizada através das consultas ou das visitas domiciliares, onde o primeiro contato é com o Agente de Saúde, mas toda a equipe, como Médico e Enfermeiro visitam os pacientes e passam a conhecer melhor sua família. As ferramentas que mais utilizo para abordar as famílias são o Genograma, para localizar a posição de cada membro

na família e o ecomapa para saber a situação de saúde de cada um e as possíveis ligações.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao término do curso de especialização de saúde da família, pude compreender o verdadeiro significado de teoria e prática e que ambas caminham juntas para o sucesso do atendimento em atenção primária em saúde.

Os estudos dos Eixos I e II, dos campos de saúde coletiva e casos complexos trouxe uma notória margem de conteúdos específicos que ajudaram a compor minhas práticas em atuação como médico de Saúde da Família. A elaboração desse portfólio contribuiu para desenvolver a pesquisa bibliográfica sobre os temas aqui abordados como visita domiciliar, educação e promoção de saúde, entre outros, bem como influenciar na prática clínica voltada para a comunidade.

Ao realizar o portfólio do TCC, pude aprender cada vez mais sobre as condutas terapêuticas do caso clínico, da promoção em saúde e educação em saúde com a comunidade e da visita domiciliar, com abordagem familiar e por mais que muitos médicos pensem que não, é de suma importância para desvendar e resolver alguns problemas de determinados pacientes.

O trabalho na atenção primária de saúde consiste em entender o indivíduo como todo e isso compreende em conhecer sua gênese familiar. Os conflitos familiares são motivos frequentes de consulta e o profissional que não os leva em conta acaba se perdendo na hora de encontrar respostas aos problemas relatados pelo paciente. Por tanto, se conclui que a abordagem familiar é de vital importância para realização de um bom trabalho na área de saúde comunitária.

No atendimento a comunidade, realiza-se as visitas domiciliares semanais, através das quais ocorre o desenvolvimento das ações e as atividades educativas em saúde. Assim, realizamos o planejamento e colocamos em prática com a equipe e comunidade, apesar de algumas dificuldades como falta de materiais e insumos na Unidade.

Mas ao final, apesar de todas as dificuldades encontradas, temos o reconhecimento da comunidade e a realização da equipe ao ver como nossas intervenções, por mais simples que sejam, contribuir para a cidadania local e a ajudar no processo de saúde e bem estar de todos.

6 REFERENCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARDENAS, Leonor Angélica Galindo, et al. Impacto da visita domiciliar familiar na aprendizagem dos alunos de graduação em Medicina e na área de Pediatria Social. **Interface (Botucatu) [online].** 2013.

FROTA, M. A. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enferm.** V. 16, n. 2, p. 246-53, 2007.

GERVÁSIO, V. C. Medicamentos naturais: um novo desafio para o farmacêutico. Tese de Doutorado – **EGAS MONIZ.** 2013.

HESPANHOL A, COUTO L, MARTINA C. A medicina preventiva. **Revista Portuguesa de Clínica Geral** 2008; 24:49-64, 2008.

MOYSÉS, S. T. et al. Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. ***Revista Médica do Paraná*,** Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

PIMENTA DN, LEANDRO A, SCHALL VT. A estética dogrotesco e a produção audiovisual para educação emsaúde: segregação ou empatia? O caso da leishmanioseno Brasil. **Cad Saúde Publ**; 23(5):15-22, 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 4, p. 658-664, Aug. 2004.

ROCHA, Kátia Bones et al . A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças,** Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017.

RUY, M. R. Desenvolvimento de sistemas biomiméticos para detecção de bumetanida e hidroclorotiazida em amostras de interesse farmacêutico e biológico. **Tese de Doutorado** – UNESP. Araraquara, 2015.

SILVEIRA FILHO, A. D. et al. Programa saúde da família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. *Curitiba:* ***a saúde de braços abertos****.* Rio de Janeiro: CEBES, p. 239-51, 2007.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Pirâmide Alimentar Infantil.** 2016. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/pdfs/14297e1-cartaz_Piramide.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2016.

TEIXEIRA, C. M. et al. Análise qualitativa de captopril em amostras de medicamentos disponibilizados em postos públicos utilizando espectroscopia Ft-Ir. **X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, 2012.

UNICEF. **Desnutrição ameaça à saúde.** Situação da infância Brasileira. 2016. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_040_051_Desnutricao.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2016.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Projeto de Intervenção

Intervenção na Qualidade da Saúde do Idoso na prevenção de quedas, na UBS Posto de Saúde Central

Tatiana Barreto Gonçalves

PANTANO GRANDE – RS

2017

RESUMO

A importância do estudo dá-se, pois as quedas em idosos são consideradas um problema que envolve não somente a saúde do idoso, mas também, de toda a sua família e consequentemente a sociedade em que está inserido, tendo em vista que são pessoas que apresentam alterações funcionais de seu organismo desfavoráveis devido ao envelhecimento em relação ao um organismo mais jovem. O objetivo desse projeto de intervenção é trabalhar com a promoção em saúde do idoso na prevenção de quedas e na melhoria da qualidade no atendimento da Unidade de Saúde Posto de Saúde Central de Pantano Grande/ Rio Grande do Sul. A metodologia consiste num projeto de intervenção realizado através da promoção em saúde, com a educação em saúde, por meio de orientações sobre a importância da qualidade no atendimento ao idoso e a prevenção de quedas. A população alvo da intervenção será constituída por 685 pacientes maiores de 60 anos que moram na área de abrangência da Unidade de Saúde, conhecida como Posto de Saúde Central. Através da realização deste projeto de intervenção, espera-se capacitar os profissionais da saúde que atendem na ESF para o acolhimento e atendimento dos idosos no Programa de Saúde do Idoso. Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na qualidade do atendimento e na prevenção de quedas, com um estilo de vida saudável, de modo a influenciar no envelhecimento saudável. Espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção de quedas, contribuindo para melhorar a rede de atendimento à saúde do idoso e usufruir do envelhecimento saudável.

Descritores: Saúde do idoso. Quedas. Educação em Saúde. Prevenção.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**03**
2	**OBJETIVOS**	**06**
2.1	OBJETIVO GERAL	**06**
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**06**
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	**07**
4	**MÉTODOS**	**11**
5	**CRONOGRAMA**	**13**
6	**RECURSOS NECESSÁRIOS**	**14**
6.1	RECURSOS HUMANOS	**14**
6.2	RECURSOS MATERIAIS	**14**
7	**RESULTADOS ESPERADOS**	**15**
	REFERÊNCIAS	**16**

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está acontecendo de forma acelerada em todos as sociedades, no entanto os países desenvolvidos são os que vem atualmente passando pelo processo de crescimento de uma maneira mais acentuada. Estimativas futuras apontam que no ano de 2050 existirá aproximadamente 2 bilhões de pessoas na faixa etária acima dos 70 anos em todo o mundo (CARVALHO; COUTINHO, 2002; BRASIL, 2006).

Nos países em desenvolvimento a perspectiva de vida é menor, pois ainda vivem a transição demográfica e epidemiológica. Para ser considerado como idoso o indivíduo deve ter 60 anos ou mais de idade. Uma nação envelhecida apresenta uma percentagem de pessoas com 60 anos que atinge 7% com tendência a crescer. Neste contexto o Brasil é considerado uma nação populacionalmente envelhecida, porque 8,5% do total da população é formada por indivíduos com mais de 60 anos (GUERRA, 2006).

O envelhecimento é um conjunto de alterações estruturais e funcionais desfavoráveis do organismo que se acumulam de forma progressiva, onde dentre essas alterações estão as habilidades motoras que com o passar dos anos torna-se mais lenta. A queda é o resultado da deficiência do desempenho das habilidades motoras particularmente no organismo envelhecido, definida de forma progressiva e irreversível que prejudica o deslocamento do corpo durante seu movimento (CANDELORO, 2007).

A queda é um evento preocupante que ocorre frequentemente e é considerado marcador de fragilidade e mortalidade. O idoso que sofre queda pode não conseguir realizar as atividades cotidianas para o seu convívio na sociedade, culminando assim no declínio da sua qualidade de vida. A queda é considerada um dos grandes problemas de Saúde Pública, pois com o avanço da idade a possibilidade da ocorrência de queda aumenta significativamente (PERRACINI, 2009).

Os lares da terceira idade apresentam uma maior frequência de quedas sendo de 50% mais que na comunidade em geral, dessa forma os idosos que sofrem queda tem maiores possibilidades de serem hospitalizados. As pessoas com 70 anos ou mais são vítimas de mortes acidentais causadas por quedas (70%), nos idosos com idade acima de 65 anos a queda é considerada a sexta causa de óbito (PERRACINI, 2009).

Para intervir com eficácia nas quedas é preciso identificar com antecedência os idosos que apresentam maior risco de cair e ter lesões graves em decorrência da queda. As quedas possuem diversos fatores de risco e muitas causas e cabe aos profissionais da saúde identificá-los e tratá-los para que dessa forma venha a diminuir o número de ocorrências deste agravo na terceira idade (PEREIRA, 2001; PERRACINI, 2009).

Para que o atendimento ocorra de maneira mais adequada, longitudinal, interdisciplinar, com mais resolutividade, acolhedor e que não sejam apenas no consultório, mas também visitas domiciliares, para estreitamento de vínculos e estabelecer suporte adequado conforme as necessidades dos idosos e seus familiais. No ano 2006 foi publicada a Portaria/GM nº 399, onde se apresentam as Diretrizes do Pacto pela Saúde, no mesmo aparece a Saúde do Idoso como uma das prioridades, isto tem uma grande importância porque pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil a saúde da população idosa é direito de todos (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde da Família Posto de Saúde Central, encontra-se localizada no município de Pantano Grande, Rio Grande do Sul, a 123km da capital Porto Alegre. No serviço oferecemos assistência médica para uma população de aproximadamente 5000 pessoas. A unidade não foi construída para uma unidade de estratégia de saúde da família, ainda se está construindo estrutura típica de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém se conta com um médico de atenção básica para fazer atendimento diferenciado.

A importância do estudo dá-se, pois as quedas em idosos são consideradas um problema que envolve não somente a saúde do idoso, mas também, de toda a sua família e consequentemente a sociedade em que está inserido, tendo em vista que são pessoas que apresentam alterações funcionais de seu organismo desfavoráveis devido ao envelhecimento em relação ao um organismo mais jovem.

A população alvo da intervenção será constituída por 685 pacientes maiores de 60 anos que moram na área de abrangência da Unidade de Saúde, conhecida como Posto de Saúde Central.

A intervenção contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos idosos, planejamentos de ações da ESF focando nas características da população idosa, assim reduzindo aparecimentos de complicações como as quedas e melhor vínculo entre equipe de ESF e usuário. É necessário estabelecer estratégias de promoção e prevenção à saúde do idoso nas ESF, para que ele possa manter a independência e

autonomia. Foi visto que grande parte da população adstrita é idosa, por isso a necessidade de organizar o serviço voltado nesse tema.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Trabalhar com a promoção em saúde do idoso na prevenção de quedas e na melhoria da qualidade no atendimento da Unidade de Saúde Posto de Saúde Central de Pantano Grande/ Rio Grande do Sul.

2.2. Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar o registro das informações;
- Reduzir o número de quedas;
- Promover a saúde dos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A população idosa no país vem aumentando de forma acelerada desde a década de 60 e este aumento é considerado significativo por vários estudos demográficos, esses estudos apontam também que os índices de mortalidade na terceira idade vem diminuindo com o passar dos anos (BIAZIN; RODRIGUES, 2009).

O aumento da população é decorrente do aumento da expectativa de vida, proporcionada pelas transições demográficas e epidemiológicas que transformaram o perfil de morbimortalidade no Brasil. Dessa forma o grupo denominado terceira idade aumentou a sua proporção em relação ao restante da população (LUZIO *et al,* 2003; SIQUEIRA, 2007).

Para Luzio *et al* (2003, p.22), o envelhecimento é um processo que se caracteriza pela degradação natural do organismo, registrando-se alterações a vários níveis a saber:

> - *"músculo-esquelético – diminuição da força muscular, sobretudo nos membros inferiores e, em especial, nas articulações tíbio-ársicas e pés, diminuição da "flexibilidade" muscular, aparecimento de artroses e alterações posturais (nomeadamente cifose dorsal que modifica a posição no espaço dos canais semicirculares e órgão otolítico);*
> - *cárdio-respiratório – diminuição da tolerância ao esforço; neurológico – aparecimento de neuropatias periféricas, reflexos mais lentos, estratégias posturais desorganizadas;*
> - *vestibular – perturbação dos receptores vestibulares, com diminuição do número de células ciliadas e neurónios vestibulares e alterações degenerativas das máculas otolíticas, o que origina diminuição do ganho do reflexo vestíbulo-ocular e risco de VPPB;*
> - *visual – diminuição da acuidade visual (particularmente durante o movimento cefálico), da capacidade de acomodação visual, da perseguição ocular de alvos que se desloquem a velocidades uniformes, da nitidez dos contrastes, da incapacidade de adaptação ao escuro e, em certos casos, de alterações da profundidade do campo visual;*
> - *proprioceptivo – alterações na sensibilidade vibratória, diminuição da sensibilidade da planta do pé, diminuição da capacidade de detectar a mobilização passiva do pé e aumento do tempo de resposta dos músculos efectores;*
> - *cognitivas, de coordenação motora (que obriga a movimentos mais lentos) e de concentração, que se traduzem na dificuldade em realizar simultaneamente duas ou mais tarefas (por exemplo conversar e caminhar)".*

O envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônico-degenerativas, requer um serviço de saúde mais preparado e adequado para atender as necessidades da terceira idade, exigindo a capacitação dos profissionais da saúde para lidar com esta demanda onde a prevenção é um fator importante para minimizar o problema das quedas (SIQUEIRA, 2007).

Queda é quando o corpo se desloca sem intenção para um nível abaixo de sua posição inicial com impossibilidade de impedir esta ação e é causada por fatores que comprometem a estabilidade e o equilíbrio. A perda total do equilíbrio postural resulta na queda considerada como uma síndrome geriátrica (PEREIRA *et al,* 2001 e FABRÍCIO *et al,* 2004).

A queda é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como conseqüência de algum ato que faça o indivíduo cair no chão involuntariamente. Os profissionais de saúde muitas vezes são incapazes de prestarem assistência adequada nos casos de quedas apesar de serem reconhecidas como um sinal importante para o surgimento do declínio das funções do organismo da pessoa idosa ou um sintoma que indique uma nova patologia (SANTOS, 2008).

A queda pode surpreender pessoas de qualquer idade, porém, em idosos tem um significado maior, pois colabora para levá-lo a incapacidade e até a morte, além de ter sua autonomia e dependência prejudicadas, levando-os a serem institucionalizados. Os fatores intrínsecos e extrínsecos são os grandes responsáveis pelas quedas principalmente na terceira idade devido ao envelhecimento trazer consigo alterações fisiológicas as quais são agravadas pelo ambiente em que o idoso se encontra (FABRÍCIO, 2004; RIBEIRO, 2008).

Os fatores intrínsecos as quedas podem indicar patologias artríticas, síndromes depressivos, hipotensão postural, alterações cognitivas, visuais, do equilíbrio, da marcha e da força muscular, tonturas/vertigens, síncopes e polimedicação, salientando que muitos fármacos atuam ao nível dos centros de integração sensorial e do controlo motor, exacerbando os déficits fisiológicos já existentes. Dos fatores de risco extrínsecos das quedas há um enfoque maior na fraca ou má iluminação da casa (especialmente no período noturno, entre o quarto e a casa de banho), superfícies irregulares ou escorregadias, tapetes soltos, escadas íngremes ou irregulares, objetos no caminho, vestuário e calçado inadequado, móveis inadequados, inexistência de corrimão, especialmente na banheira (LUZIO *et al*, 2003).

Segundo Melo e Azevedo (2007, p.03), as principais consequências das quedas são:

- *"Morte: os acidentes são a quinta causa de morte em pacientes idosos e as quedas constituem dois terços dessas mortes acidentais. A maior parte das mortes decorrentes de quedas ocorre naqueles com mais de 65 anos. Quase todas as mortes são conseqüentes de fratura do colo femural;*
- *Lesões: a maioria das lesões graves e fraturas nos pacientes idosos é decorrente de quedas, embora as fraturas ocorram em menos de 10% desses eventos. A incidência de fraturas do colo femural acima dos 65 anos é de aproximadamente 5 em 1.000 por ano, mas varia em diferentes regiões do mundo;*
- *Medo de quedas: parece ao menos ser tão prevalente quanto as quedas, variando de 30% a 73% em pessoas idosas. Há evidências de que as quedas produzem sintomas de ansiedade e depressão, e sintomas depressivos são comuns em pacientes com fratura de colo femural. As quedas que resultam em lesões físicas, perdas funcionais ou períodos prolongados em que a pessoa permanece ao chão são as que mais se correlacionam ao medo significativo de cair;*
- *Decúbito de longa duração: após a queda até 50% dos idosos, mesmo sem lesões, podem não conseguir levantar sem auxílio. Este grupo corre risco de desidratação, pneumonia, úlceras de pressão, rabdomiólise, maior risco de institucionalização, perda da independência e de morte;*
- *Redução nas atividades e na independência: as quedas levam as pessoas idosas a restringir suas atividades, por vezes devido a dores persistentes ou incapacidades* por lesões, outras por aconselhamento de profissionais de saúde".

Uma forma de trabalhar com a prevenção das quedas é executar educação em saúde no Programa de Saúde do Idoso. A prática de exercícios físicos minimiza o risco de cair, isso é uma realidade que sonda vigorosamente a terceira idade, tendo

em vista os inúmeros benefícios que trazem para todo o organismo do idoso como a diminuição das doenças crônico-degenerativas, melhora da saúde mental e física levando a uma maior autonomia e independência. A atividade física é uma forma de prevenção das quedas e proporciona ao idoso segurança para realizar suas atividades no dia-a-dia sem oferecer riscos para sua saúde (CUNHA, 2009).

Dentre as principais prevenções para evitar as quedas podem-se destacar a orientação pelo profissional de saúde aos idosos sobre os principais fatores de risco e as consequências; orientar que o idoso passe por uma avaliação geriátrica global e avaliação anual oftalmológica, de Audição, da cavidade oral e avaliação com nutricionista; reduzir a ingesta de bebidas alcoólicas (GOMES, 2009).

É importante destacar a importância de realizar atividades físicas que melhorem a marcha, o fortalecimento da musculatura dos membros inferiores, além dos alongamentos para melhorar a flexibilidade muscular e também exercícios físicos especiais para pessoas em cadeira de rodas, pois as atividades físicas irão diminuir as chances de cair (PEREIRA, 2001).

4 MÉTODOS

A metodologia consiste num projeto de intervenção realizado através da promoção em saúde, com a educação em saúde, por meio de orientações sobre a importância da qualidade no atendimento ao idoso e a prevenção de quedas.

A Unidade Básica de Saúde da Família Posto de Saúde Central, encontra-se localizada no município de Pantano Grande, Rio Grande do Sul, a 123km da capital Porto Alegre. No serviço oferecemos assistência médica para uma população de aproximadamente 5000 pessoas. A unidade não foi construída para uma unidade de estratégia de saúde da família, ainda se está construindo estrutura típica de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém se conta com um médico de atenção básica para fazer atendimento diferenciado.

A população alvo da intervenção será constituída por 685 pacientes maiores de 60 anos que moram na área de abrangência da Unidade de Saúde, conhecida como Posto de Saúde Central.

Este projeto de intervenção foi realizado mediante a ocorrência de alguns momentos, os quais podem ser observados logo abaixo.

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, através de um treinamento sobre a importância da qualidade no atendimento ao idoso e na prevenção de quedas, para que a mesma seja capaz de acolher esses idosos e orientá-los mediante os objetivos do projeto.

No segundo momento ocorre a organização dos agentes comunitários de saúde para estarem realizando as visitas domiciliares, com o objetivo de convidar os idosos para participarem do encontro de educação em saúde que acontecerá na Unidade. Serão convidados através de um convite elaborado conforme o tema abordado.

O terceiro momento é o momento onde a equipe de saúde organiza os materiais, faz o levantamento dos recursos necessários para a execução do projeto, consulta as possibilidades financeiras e recorre a Secretaria municipal de Saúde para conseguir os matérias e insumos necessários.

No quarto momento acontecerá o Planejamento da ação educativa, com base no cronograma elaborado e a organização do tempo empenhado. Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura.

O quinto momento trata da reunião propriamente dita com os idosos no

Programa de Saúde do Idoso, presentes através de um círculo de cultura, havendo a troca de conhecimentos entre profissionais e usuárias da ESF.

5 CRONOGRAMA

Ação		Período de realização			
		2017			
		Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do Projeto de Intervenção		X	X	X	
Procedimentos de Intervenção	1)Capacitação da Equipe		X		
	2) Visita domiciliar com agentes comunitários para convidar os responsáveis;		X		
	3) Planejamento da ação educativa através do círculo de cultura;			X	
	4) Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;				X
	5) Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.				X

6 RECURSOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 1 atendente/recepção, 2 auxiliares de limpeza, 5 agentes comunitários de Saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cartazes;
- Panfletos;
- Cadernos de Atenção Básica do Idoso;
- Prontuários

7 RESULTADOS

Através da realização deste projeto de intervenção, espera-se capacitar os profissionais da saúde que atendem na ESF para o acolhimento e atendimento dos idosos no Programa de Saúde do Idoso.

Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na qualidade do atendimento e na prevenção de quedas, com um estilo de vida saudável, de modo a influenciar no envelhecimento saudável.

Espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção de quedas, contribuindo para melhorar a rede de atendimento a saúde do idoso e usufruir do envelhecimento saudável.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.** Caderno de Atenção Básica nº19, Brasília –DF, 2006.

BIAZIN,D.T; RODRIGUES,R.A.P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. **Rev. Escola de Enfermagem da USP** v.43, nº 3. São Paulo, 2009.

CANDELORO, J.M. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. **Rev. Brasileira de Fisioterapia.** v 11. nº Brasileira de Fisioterapia. v 11. nº 4. São Carlos-SP, 2007.

CARVALHO, A.M; COUTINHO, E.S. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev. Saúde Pública** v.36. nº 4. São Paulo, 2002.

CUNHA, M.F. A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo. **Rev. Motriz** v.15, nº3. Rio Claro, 2009.

FABRÍCIO, S.C. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública** v.38 nº.1. São Paulo, 2004.

GOMES, A.O. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. **Rev. Brasileira de Fisioterapia** v.13. nº.5. São Carlos, 2009.

GUERRA, S.P. Estatísticas de quedas de idosos no Brasil. **Rev. Saúde Pública** v.7 nº3, PUC, Rio de Janeiro, 2006.

LUZIO, C.S. **Programa de Prevenção de Quedas no Idoso.** Qui – Clínica de vertigem e desequilíbrio Lda. Lisboa, Portugal, 2003.

MELO, E.G; AZEVEDO, E. Quedas no idoso. **Rev. Temas de Reumatologia Clínica** v.8 nº4. São Paulo, 2007.

PERRACINI, M.R. Prevenção e Manejo de quedas no idoso**. Rev. Saúde Coletiva** v. 37 nº3. São Paulo, 2009.

PEREIRA, S.M. **Quedas em idosos** – projetos e diretrizes. Associação médica brasileira e conselho federal de medicina, 2001.

RIBEIRO, P.A. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva** v. 13, nº .4. Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, R.J. **Quedas nos idosos.** Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima, 2008.

SIQUEIRA, F.V. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública** v.41. nº.5. São Paulo, 2007.