

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Curso de Especialização em Saúde da Família

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção sobre avaliação de pessoas idosas no PSF de Vila  
Fatima, Piracicaba, São Paulo. 2015

Autor: Dr. Julio Cesar Del Rio Perez

Orientadora: Lic. Lenisse Patrocino Pires

Março / 2015

TITULO.

Projeto de intervenção sobre avaliação de pessoas idosas no PSF de Vila Fátima, Piracicaba, São Paulo.2015

## RESUMO

Dados da Rede de Informações para a Saúde aponta que nas próximas décadas o Brasil estará entre os países com o mais acentuado ritmo de envelhecimento. Estima-se que entre 70% e 80% da população de 60 anos ou mais viva com alguma condição crônica de saúde para o 2050. Os agravos a saúde podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma Independiente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. A PSF de Bairro Vila Fatima foi criada em 2005, de acordo com o cadastro feito em 2013 tem uma população residente total de 4987 habitantes.

Deles, 38% tem mais de 55 anos, a taxa de mortalidade específica por doenças aparelho circulatório (21,07) e Taxa de mortalidade específica por neoplasia (2,23), a utilização e atualização da caderneta de saúde das pessoas idosa em relação da mortalidade, morbidade e incidências de complicações ajuda fazer um projeto de intervenção que melhore a qualidade de vida, buscase fazer a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos a saúde. Objetivo geral é elaborar um projeto de intervenção para identificar os cuidados e necessidades que melhoram a saúde dos idosos de nossa comunidade.

## PERGUNTA CONDUTORA

Quais estratégias de saúde podem ser utilizadas para melhorar a avaliação de pessoas idosas no PSF de Vila Fatima, Piracicaba, São Paulo?

## REVISÃO LITERATURA.

O envelhecimento rápido da população brasileira traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde e um organismo internacional de saúde publicam com um século de experiência dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas, sempre com uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis, como a população idosa. A Organização exerce papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros. (MORAES, 2012) (1).

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicara a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. (MENDES, 2009) (2).

Para Yamamoto (2010)(), em 4 de janeiro de 1994 se tornou oficialmente público a Política Nacional do Idoso e regulamentada em 1996, e trouxe no cenário nacional os interesses da população idosa assegurando os direitos sociais e oferecendo de forma integral uma participação efetiva na sociedade, dentro dos princípios está relacionado de forma homogênea entre família, sociedade e estado assegurar direitos de cidadania ligado ao processo de envelhecimento no que diz respeito à sociedade em geral no mesmo em que todos devem estar informados sobre o assunto e o idoso de forma alguma deve sofrer qualquer tipo de discriminação e além do mais em sua diretriz enfoca o apoio ao estudo e pesquisa sobre as questões relacionadas ao envelhecimento.(REVISTA FAFIBE ON-LINE,2012) (3).

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. (BRASIL, 2010). (4).

Antes de qualquer coisa, é importante salientar a distinção entre o “modelo de cuidar” e o “modelo assistencial”, pois são termos essenciais para o pleno entendimento e maior compreensão da temática “humanização”. O “modelo de cuidar” é uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática do atendimento é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano. (REVISTA USP, 2010) (5).

Entre idosos paranaenses, em 2012, as principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas doenças do aparelho

respiratório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. As causas externas foram a quinta causa mais frequente de internações. Quanto aos óbitos, as causas mais frequentes em 2012 foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas. (OFICINAS DO APSUS, 2014). (6)

As condições crônicas, especialmente, as doenças crônicas, vêm acompanhadas de sintomas. Em geral, não podem ser percebidos por outras pessoas e são difíceis de serem descritos, em sua singularidade, mesmo pelos profissionais de saúde. Os principais sintomas são fadiga, estresse, dificuldade de respiração, dor, raiva, depressão e problemas de sono que interagem entre si e se retroalimentam. (MENDES, 2012). (7).

A saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas. (MORAES, 2011). (8)

Conhecer-se não é fácil, pois isso geralmente nos coloca diante de questões que não queremos ou com as quais não gostamos de nos confrontar. Tememos ser rejeitado, julgado, cobrado, pego em situações desfavoráveis, correr riscos ou falhar e ter de admitir as falhas. Tememos, sobretudo, tomar consciência de nosso verdadeiro “eu” e descobrir que é preciso mudar nosso comportamento e nossa vida. Somente com esse conhecimento pessoal podemos compreender o outro e, então, tentar estabelecer uma relação de ajuda. É fundamental entender que ajudar é “dar de si”, já que envolve doação (de tempo, competência, saber, interesse), capacidade de escuta e compreensão. (SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2009). (9).

Morrer na própria casa é um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final da vida, e isto se repete não só no Brasil, mas em vários outros países. No entanto, a grande maioria dos familiares e cuidadores, e também alguns pacientes, temem o evento no domicílio por diversos motivos: medo do paciente ficar desassistido com sintomas mal controlados e com sofrimento insuportável, medo da separação e que a proximidade com o paciente em falecimento reforça a dor da perda, medo de que as lembranças tristes fiquem impregnadas no domicílio, dificuldades com a obtenção da declaração de óbito e possíveis demoras com a remoção do corpo, entre outros. Esses temores minimizam à medida em que a família adquire confiança na equipe e passa a vislumbrar a morte no domicílio como algo possível de acontecer com significado de valor. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). (10),(11),(12).

## JUSTIFICATIVA.

Acontecem em nossas vidas milhares de experiências diferentes, uma de elas e o trabalho desenvolvido durante 7 meses como parte do programa mais médico para Brasil. Em ele tenho a oportunidade de trabalhar como médico da atenção primária de saúde em no PSF de Vila Fatima, Piracicaba, São Paulo.

Um trabalho maravilhoso e grato acompanhado pela equipe de saúde pertencente a esta área de abrangência, durante este período detectamos que a maioria dos atendimentos oferecidos em consultas demanda espontâneas e agendada, se correspondiam com assistências de pessoas idosas com doenças crônicas no transmissível.

Os dados estatísticos assistenciais de um total de 3896(100%) consultas prestadas, 2454(63%), forem feitos por adultos maiores de 60 anos a maioria com doenças crônicas e sequelas das complicações da enfermidade.

A situação mostra se mais interessante durante a revisão dos prontuários dos usuários. Eles acham incompletos ou desatualizados, além disso, não existe aplicação da Caderneta do idoso em esta população, avaliam que foi um material que recentemente lego a nossa municipalidade.

A equipe da saúde em conjunto fez uma série de reuniões onde avaliaram as possíveis causas e consequências deste indicador de saúde e como pode ser melhorada, então a proposta geral foi analisar e estudar a possibilidade de um projeto de intervenção que abarque o melhoramento em atendimento dos idosos. Busca se fazer a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos a saúde.

## OBJETIVO GERAL.

Elaborar um Projeto de Intervenção para a identificar os cuidados e necessidades que melhorem a saúde dos idosos no PSF de Vila Fatima, Piracicaba, São Paulo.2015



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Verificar a utilização e a realização da caderneta do idoso pela equipe de saúde no PSF
- 2 . Realizar avaliação multidimensional dos 100% dos idosos pela equipe de saúde, em conjunto com outras especialidades médicas;
3. Desenvolver o plano de cuidados individual dos 100% dos idosos do PSF.

## METODOLOGIA.

Baseado em nosso diagnóstico situacional da área de abrangência, no PSF de Vila Fatima, Piracicaba, São Paulo, feito a finais do ano passado, elaboramos um projeto de intervenção onde a equipe de saúde determino um grupo de ações a realizar sobre a problemática identificada como prioritária, foi à necessidade de melhorar o atendimento e seguimento dos usuários idosos da comunidade abrangente que recebe atendimento em nosso PSF.

O desenvolvimento das ações planejadas terem seu começo por meio da verificação do cadastro o 100% dos usuários de 60 anos, e malhões além disso, a realização da Caderneta do Idoso a atualização da mesma com apoio das intervenções realizadas em visitas domiciliares e atendimentos planejados em consultas. Outro espaço e oportunidade com o usuário pode ser as entrevistas individuais em os diferentes cenários

Concluído esta etapa a equipe de saúde em conjunto e apoio das outras especialidades e perfis, realizaram avaliação multidimensional dos 100% dos idosos aparentemente saudáveis o com doenças crônicas não transmissíveis.

Para concluir o projeto de intervenção nesta última etapa, desenvolveremos o plano de cuidados gerais e específicos para o 100% dos usuários avaliados em os dois primeiros passos do projeto.com apoio das reuniões de trabalho semanais, y discussões em grupo faz um escore de prioridade dos usuários.

A equipe de saúde costuma trabalhar com grupos populacionais específicos, por isso constituiu um grupo de idosos e outro do HIPERDIA. Apesar de possuir uma agenda frequente, os profissionais estão tendo dificuldade de aumentar a adesão dos pacientes ao cumprimento do tratamento médico, controle glicêmico e à prática regular de atividade física.

Inserido em nossa comunidade tem espaços que aproveitamos para a realização de diferentes atividades por suas características e condições.

A descrição da mesma pode ajudar a entender as atividades feitas pela equipe de saúde.

Escola Primaria: Espaço comunitário social que se aproveita para fazer em conjunto com e Psiquiatra do município mais equipe de saúde, duas vezes por mês atividades educativas relacionadas com e tema droga, álcool e fármaco-dependência, além disso fazemos um atendimento individual com os casos identificados de pais e estudantes onde se incorporam outras atividades específicas supervisionadas por equipe acorde. Promoção da prática recreativa

saudável de participação dos pais e filhos incluindo esportes de participação coletiva.

CECAPED: A realização do encontro duas vezes por mês com grupo de usuários especiais com limitações motoras a consequência de acidentes vasculares encefálicos e acidentes para reforçar sua educação e reabilitação física mental por meio das palestras, seminários y atividades físicas que ajudem a um entendimento melhor de sua condição física encaminhada a uma qualidade de vida superior.

Casa das Juventudes:

Equipe de Saúde em conjunto com a Prefeitura e Secretaria de Educação promove a incorporação de jovens que ficam sem emprego o estudo a participar de cursos educativos de formação e aperfeiçoamento para promover e completar sua preparação para a vida laboral y social.

Quadra: Espaço que se aproveita para as palestras de promoção dos estilos de vida saudável ale disso fazemos festivais de competição esportivas dos grupos formados por idosos, adultos e adolescentes, atividade que promove a unidade e relacionamento dos usuários da comunidade. Estamos promovendo a prática diária de exercícios para os idosos, hipertensos e diabéticos em um espaço como este pertencente a sua comunidade em horário da manhã querendo melhorar seu estado de saúde.

Estarão envolvidos no projeto, todos os integrantes da equipe de saúde PSF, os usuários de 60 anos e maiores de 60 anos, e NASFE, e especialistas do município (UPAE) por as doenças crônicas transmissíveis que necessitem ser avaliadas. As atividades sejam feitas em consulta do PSF, domicilio e hospital do município.

Os recursos matérias a utilizar são, prontuários dos usuários, caderneta do idoso, ficha para a avaliação dos usuários, cartolinas, bexigas, canetas piloto, cartilhas educativas podem surgir mais necessidade de outro tipo de material para apoio das atividades da promoção educativas (data show, aparelho de TV, som etc.)

## CRONOGRAMA

Atividades	Março 2015	Abril 2015	Maió 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015	Setembro 2015
Elaboração do projeto	X	X					
Identificação da população		X	X				
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X	
Implantação do projeto				X	X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

## VIABILIDADE.

O trabalho será elaborado de forma simplificada de modo que o público envolvido no projeto possa entender qual metodologia será executada, desta forma usaremos material de projeção simplificado e de fácil acesso. Nessa perspectiva, as intervenções referentes à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde das populações que ocupam distintos territórios são pensadas na confluência desses dois eixos. Esse encontro pode ser representado por modelos de atenção compatíveis com a integração desses eixos (política nacional de saúde e análise da situação de saúde nas cidades) e disponíveis para a gestão da atenção básica, a exemplo das propostas de vigilância da saúde, saúde da família e cidades saudáveis.

O trabalho será discutido e apresentado em equipe de saúde do PSF, em lá Prefeitura e as Secretarias em relação com a Educação, Cultura Esporte, e Assistência Social.

## RESULTADOS PRETENDIDOS.

“Um sono feito realidade” considerasse há muito tempo o atendimento dos serviços médicos baseados em a humanização, acessibilidade e qualidade, as equipes de saúde pretenderam fazer mudanças em nossa comunidade de abrangência. Lograr a atualização e realização dos 100% da caderneta do Idoso e Prontuários será um ponto de começo para a melhora o controle das doenças crônicas no transmissível, suas sequelas e complicações.

Cumprimentar com 100% da avaliação multidimensional dos idosos cadastrados e desenvolver o plano de cuidados gerais e específicos para cada um deles, busca se fizer o melhoramento dos agravos a saúde dos idosos de nossa comunidade.

### Revisão Bibliográficas.

- 1). MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: aspectos Conceituais. 1ª ed. Brasília-DF: 2012. 1ª edição. 98 p.
- 2). MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
- 3). REVISTA FAFIBE ON-LINE. Pacto pela vida e implantação da saúde do idoso no município de Colinas. Ano V, n.5, nov. 2012.
- 4). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica saúde do idoso. Brasília, 2012.
- 5). REVISTAS USP. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. Saúde Sociedade. São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010 Disponível em: <
- 6). OFICINAS DO APSUS. Saúde do idoso na atenção básica.
- 7). MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, 2012.
- 8). MORAES, E. N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Folium, 2009.
- 9). SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Manual dos Formadores de cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: 2009. 1ª edição. 70 p.
- 10). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. 1ª edição. Brasília-DF. 2012. Cap. 06. 44 p.
- 11). FLECK MPA. Depressão. In: Duncan BB; Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina ambulatorial: conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.874-84.
- 12). FRANK MH; RODRIGUES NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS EV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.376-87.