

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**RENATHA DE SENA ROSA LAGO**

**NÚCLEO DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA X UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM  
PLANO DE AÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE VILA JANAÍNA, EM SÃO LUÍS,  
MARANHÃO**

São Luís  
2015

**RENATHA DE SENA ROSA LAGO**

**NÚCLEO DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA X UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM  
PLANO DE AÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE VILA JANAÍNA, EM SÃO LUÍS,  
MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNA-  
SUS, para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Mayara Cristina Abas  
Frazão

São Luís  
2015

Lago, Renatha de Sena Rosa

Núcleo de apoio à atenção básica X unidade básica de saúde: um plano de ação no Centro de Saúde Vila Janaína, em São Luís, Maranhão. /Renatha de Sena Rosa Lago. - São Luís, 2016.

16f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDU 614.2

**RENATHA DE SENA ROSA LAGO**

**NÚCLEO DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA X UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM  
PLANO DE AÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE VILA JANAÍNA, EM SÃO LUÍS,  
MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNA-  
SUS, para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mayara Cristina Abas Frazão** (Orientadora)  
Mestre em Odontologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Membro da banca**

Maior titulação

Nome da Instituição

---

**Membro da banca**

Maior titulação

Nome da Instituição

## RESUMO

**Objetivos:** demonstrar a importância de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Centro de Saúde Vila Janaína, identificar todos os pacientes acamados/pessoas com mobilidade reduzida da comunidade assistida; conscientizar cuidador familiar e equipe sobre a gravidade das doenças que levam a essa situação e necessidade de tratamento adequado, com equipe especializada, prevenindo de suas complicações.

**Métodos:** busca ativa realizada por toda Equipe de Saúde da Família (ESF) através da avaliação de prontuários e visita domiciliar; educação em saúde e acompanhamento pela equipe. **Conclusão:** este plano de ação trará grande benefício à comunidade visto que o aumento da atenção integral à saúde do paciente acamado/pessoas com mobilidade reduzida deve resultar na prevenção de complicações e diminuição de prejuízos sociais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Política Pública de Saúde. Prevenção de doenças.

## ABSTRACT

**Objectives:** To demonstrate the importance of the Health Support Center Family Health Center Vila Janaina, identify all bedridden patients / people with reduced mobility the assistance community; educate caregivers and staff about the severity of the diseases that lead to this situation and appropriate treatment, with specialized staff, preventing its complications. **Methods:** active search conducted throughout the Family Health Team (FHT) by evaluating medical records and home visits; health education and monitoring by staff. **Conclusion:** This action plan will bring great benefit to the community as the increase in comprehensive health care of bedridden patients / people with reduced mobility should result in preventing complications and reducing social harm.

**Key words:** Primary Health Care. Health Public Policy. Disease prevention

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 TÍTULO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 EQUIPE EXECUTORA.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS.....</b>	<b>7</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Geral.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 Específicos.....</b>	<b>12</b>
<b>5 METAS.....</b>	<b>13</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>14</b>
<b>8 IMPACTOS ESPERADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## 1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

### 1.1 TÍTULO:

Núcleo de Apoio à Atenção Básica X Unidade Básica de Saúde: Um Plano de Ação no Centro de Saúde Vila Janaína, em São Luís, Maranhão.

### 1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Renatha de Sena Rosa Lago
- Mayara Cristina Abas Frazão
- Equipe Multiprofissional 066

### 1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Secretaria Municipal de São Luís
- Centro de Saúde Vila Janaína

## 2 INTRODUÇÃO

O cuidado com o paciente requer sempre atenção, na maioria das vezes de um profissional da área da saúde, de forma que há a necessidade de internação hospitalar, já que no hospital haverá todo um suporte material e humano para tratar o doente. No entanto, existem pacientes que necessitam de cuidados contínuos que podem ser supridos em um nível de atenção mais básica. Para estes pacientes surgem, como alternativa, o regime de internação domiciliar, onde o paciente ficará internado em casa, sob os cuidados especiais de familiares e monitorização contínua de uma equipe multiprofissional de saúde (FERRO, et al, 2014).

Os relatos de assistência ao doente em domicílio se misturam com o surgimento da assistência hospitalar no fim do século XVIII. Trata-se, no entanto, de uma tendência que surgiu na época em que iniciou o atendimento economicamente desfavorecidos. A prestação de serviços de saúde evoluiu e virou um negócio: o serviço de *Home Care*, onde o paciente/cliente paga para ter seus serviços de saúde em tempo integral em casa. No Brasil, a assistência

domiciliar tem seus primeiros relatos no final da década de 50 (ARAÚJO, et al, 2011, 6).

Em um breve histórico bibliográfico, podemos notar que, o processo de modernização da saúde no Brasil, culminou para a melhoria da atenção domiciliar:

- 1988: criação do SUS. A saúde é um direito de todos e um dever do estado;
- 1991: criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- 1994: criação do Programa de Saúde da Família, com visitas domiciliares, com o objetivo de busca ativa e participação da comunidade no processo de melhoria da saúde;
- 2008: criação dos NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, visando funcionar como equipe de referência à UBS;
- 2011: criação do Programa Melhor em Casa. (Caderno de Atenção Domiciliar vol.2, 2013, 14).

Segundo dados do DataSUS, em julho de 2015, foram realizadas 70.154 visitas domiciliares pela ESF. Isso mostra a grande atuação das equipes e sua importância na promoção e prevenção de saúde. No entanto, o número de hospitalizações também é assustador, mostrando que condições básicas, quando não bem assistidas, podem complicar, levando a hospitalização, e consequente oneração do serviço. (DATASUS, 2015)

Os conceitos de promoção e prevenção em saúde veem se tornando cada vez mais importantes, uma vez que as implantações de políticas que visem esses objetivos veem sendo avaliadas como positivas na melhoria da qualidade de vida da população e na redução de gastos com a saúde. Os níveis de prevenção, objetos de ação da atenção básica são (MEIRELES, 2006).

- Primordial: visa evitar o estabelecimento de padrões de vida que aumentem o risco de desenvolver doenças. Deve atingir toda a população;
- Primária: visa evitar fatores de risco determinantes de doenças prevalentes. Deve atingir um público alvo de risco;
- Secundária: visa a detecção e tratamento precoce das morbidades. Atinge populações específicas com o método de rastreio;
- Terciária: visa evitar a progressão de doenças e/ou o surgimento de suas complicações;
- Quaternária: visa gerenciar o cuidado ao doente, objetivando reduzir gastos e iatrogenias da conhecida *overmedicalization*.

Em busca de alcançar esse objetivo, o Ministério da Saúde criou os programas acima citados, porém, nota-se que seu cumprimento não tem se dado em sua totalidade. Por isso ressalta-se a importância do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como equipe de referência para a UBS (Unidade Básica de Saúde). Muitos estados veem como benéfica a implantação do programa, uma vez que possibilita a atenção integral ao paciente e sua família, ao contar com equipe multidisciplinar, em constante auto-avaliação (ARAÚJO, 2011).

Uma equipe de ESF conta com um médico, um enfermeiro, um téc. enfermagem, 4-6 ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e pode ser acrescida de uma equipe de saúde bucal. Se associada a um NASF, o qual funciona como referência, e não porta de entrada, a população adscrita pode ser assistida ainda por (UNA-SUS UNESP, 2011):

- Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-

educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Assim, levando em consideração a história e a missão do SUS em prol da promoção e prevenção de saúde, este trabalho tem como objetivo atualizar a equipe de saúde do Centro de Saúde da Vila Janaína, em São Luís, Maranhão, quanto ao cuidado ao doente acamado ou com mobilidade reduzida, além de poder sensibilizar a Secretaria de Saúde, do município de São Luís no estado do Maranhão, quanto a necessidade de um NASF na Unidade Básica de Saúde, Vila Janaína.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Estudos clínicos demonstram que os principais agravos que levam um paciente a se tornar acamado, dependente dos cuidados de terceiros, são preveníveis, dando principal importância aos eventos cardiovasculares, outras demências e fraturas. (ARAÚJO, et al, 2011). Outros evidenciam que a atenção domiciliar é capaz de reduzir os gastos com o paciente, melhorar a relação da família com o doente da equipe de saúde com a família (COSTA NETO; SILVESTRE, 2010).

O número de pacientes em regime de internação domiciliar vem sofrendo um aumento significativo ao longo dos anos. Não existem dados sobre o número de pacientes nesse regime de atenção à saúde, no entanto este aumento é justificado pelo crescente número de idosos na população em geral, os quais representam a maior parcela dos acamados, e pelo aumento da incidência das principais doenças responsáveis pela imobilização prolongada. O envelhecimento populacional é realidade mundial. No Brasil, representa processo em ascensão. A população idosa no Brasil evoluiu de 2,1 para 4,9, 14,6 e com estimativa de atingir 32 milhões de habitantes em 1960, 1980, 2000 e 2025, respectivamente. O Brasil tornar-se-á o sexto país com maior população idosa do mundo. As taxas de fertilidade diminuíram nitidamente durante os anos 80. Observa-se progressiva redução na população em ambos os sexos no censo

de 1991 em relação a 1980 e de 1996 em relação a 1991, principalmente na faixa etária de 10-14 anos (IBGE, 2015).

Além disso, estudo afirma que nos últimos anos houve um aumento na incidência das doenças que levam a imobilização, destacando-se: osteoartrose, seqüela de fraturas, neoplasias, ICC, AVC, Parkinson, demências, depressão, seqüelas de trombose venosa e DPOC. Segundo estudo, em 2002 a mortalidade nas pacientes vítimas da Síndrome da Imobilização é em torno de 40%, sendo causada por pneumonia, embolia pulmonar e septicemia, causas estas que são potencialmente evitáveis através de medidas profiláticas (Caderno de Atenção Domiciliar, 2013; ALMEIDA, 2005).

Outro fator que pesa como vantagem na assistência domiciliar são os custos da internação hospitalar. Uma diária hospitalar tem seu custo estabelecido, por vários autores, como sendo algo em torno de R\$ 250,00 a R\$ 400,00 reais, e em caso de diária de UTI os valores podem chegar até quatro mil reais por dia de internação; em contrapartida, a internação no domicílio pode reduzir em 30% a 70% esses valores. Em reportagem recente sobre o sistema de internação domiciliar (SID) de Londrina, encontra-se uma afirmação que atribui os seguintes valores do custo hospitalar de um paciente/dia: R\$ 265,00 reais, já a internação domiciliar consegue reduzir em 90% esse valor. Isso perfaz um custo médio de R\$ 27,00/dia para ao paciente desse sistema (ARAÚJO, et al, 2011).

O cuidado em domicílio gera diversas vantagens também para o doente, aumenta sua qualidade de vida e sua sobrevivência, na medida em que o cuidado em um ambiente familiar traz mais alegria ao doente, melhorando o seu processo de cura ou de reabilitação. O cuidado em casa previne também que este paciente adquira infecções hospitalares, frequentes causas de morte (DIRETRIZES DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2008).

Diante disso, observa-se que são diversos os benefícios da assistência domiciliar. Em relação ao sistema de saúde, a realização do cuidado no domicílio diminui os custos gerados pela longa permanência hospitalar, diminui a demanda para os serviços de emergências. Para o paciente, observa-se a melhora clínica e de qualidade de vida. Aos profissionais propicia uma formação

acadêmica qualificada a fim de atender as demandas de cuidado no contexto domiciliar.

Entretanto, esse regime de assistência muitas vezes é deficiente. Os profissionais da Equipe de Saúde da Família e os familiares não tem conhecimento e nem treinamento suficiente sobre os cuidados especiais no manejo deste paciente e, como consequência, há o aparecimento das complicações decorrentes desta demasiada imobilização. Essas complicações trazem repercussões negativas não só na qualidade física do paciente, como também na sua psique, além do que muitas vezes ele necessita ser internado, onerando o sistema de saúde. Assim, surge à necessidade do NASF como equipe de referência. Composta, no caso, por Geriatra, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, a fim de atender às necessidades destes pacientes.

No caso da UBS Vila Janaína, contamos com três equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes, apesar de interessados no benefício do paciente, carecem de melhor aprimoramento para o cuidado e educação em saúde em atenção domiciliar. Motivo pelo qual propôs-se a execução deste trabalho.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral:**

Demonstrar a necessidade de um NASF no Centro de Saúde Vila Janaína no município de São Luís-MA.

### **4.2 Específicos**

- Identificar todos os pacientes acamados/pessoas com mobilidade reduzida presentes na comunidade;
- Iniciar o acompanhamento e o tratamento dos pacientes;
- Conscientizar o cuidador e a equipe sobre a gravidade e cronicidade das doenças e necessidade de controle adequado e mudanças de hábitos de vida;

- Prevenir possíveis complicações;
- Sensibilizar da Secretaria de Saúde do Município quanto à necessidade de ampliação do escopo de profissionais na unidade, visando compor uma equipe multiprofissional comprometida com esse tipo de paciente (Geriatra, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista).

## **5 METAS**

- Conscientizar 100% a comunidade, em especial os familiares, quanto à gravidade das condições que levam à perda da mobilidade/restrição ao leito, levando-os a entender sua cronicidade e a necessidade do tratamento adequado e mudanças de hábitos de vida;
- Contribuir em 100% na redução das complicações do acamamento
- Reduzir em 70% os custos sociais.

## **6 METODOLOGIA**

Trata-se de um plano de ação com caráter de intervenção. A equipe profissional será composta por 8 pessoas, sendo uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco ACS.

Inicialmente, será realizada uma busca ativa de todos os pacientes acamados/pessoas com mobilidade reduzida da comunidade, através da avaliação de prontuários e visitas domiciliares realizadas por toda equipe executora.

Como estratégia de intervenção, serão realizadas palestras educativas na UBS, quinzenalmente, sobre:

- Importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a atenção integral à saúde do paciente acamado/mobilidade reduzida;
- Conscientização quanto aos fatores de risco e complicações deste estado, como quedas, úlceras de pressão, etc.

Serão realizadas visitas domiciliares, com o intuito de investigar:

- As causas e condições que levaram ao acamamento do paciente;
- Ajuste das medicações;
- Orientações quanto a mudanças de hábitos de vida e mudanças físicas na residência, que podem impedir ou retardar as consequências do acamamento.
- Incentivar o paciente a tornar-se novamente independente dos cuidados de terceiros, sempre aproveitando as oportunidades para orientação do paciente e sua família, quando presente, em relação às doenças.

Todos os profissionais da saúde participantes do presente plano de ação serão capacitados quanto à forma correta de acompanhar o doente e o cuidador.

Além disso, será aplicado um questionário de avaliação tanto ao cuidador profissional, quanto ao cuidador familiar, de modo que possa ser avaliado quanto ao seu nível de conhecimento antes e após os momentos de educação em saúde.

Ao final, será entregue relatório à secretaria de modo a demonstrar que a área 066 do Centro de Saúde Vila Janaína tem pacientes acamados vulneráveis a complicações, passíveis de melhor acompanhamento, a saber com equipe ampliada.

## 7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 12/2015	Mês 01/2016	Mês 2/2016
Busca ativa	X		
Revisão bibliográfica	X	X	X
Educação em saúde		X	X
Acompanhamento/ tratamento		X	X
Avaliação dos impactos			X

## **8 IMPACTOS ESPERADOS**

A situação de acamamento e/ou redução na mobilidade nos pacientes da UBS Vila Janaína, no município de São Luís, tem se tornado bastante comum. Com isso, espera-se que este plano de ação gere grande impacto a comunidade e aos pacientes participantes, principalmente quanto ao conhecimento das condições que levam a essa situação; da necessidade do diagnóstico precoce, da instituição do tratamento contínuo e de mudanças de hábitos de vida. Isto poderá resultar na prevenção de possíveis doenças e suas complicações, diminuição dos custos sociais e mais participação da comunidade no processo saúde-doença.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A criação de políticas públicas no Brasil tem o conceito de universalidade, de modo que todo cidadão tem direito à saúde. Assim, o fato de o paciente estar acamado ou com a mobilidade reduzida não deve impedi-lo de receber atenção integral à saúde, pelo contrário. Esta situação deve aumentar a atenção em saúde dispensada a ele e seus familiares.

Isso é possível graças a políticas de saúde já criadas pelo ministério da saúde, mas que carecem de melhores investimentos a fim de que possam ser colocadas em prática.

No caso da UBS Vila Janaina, mais precisamente da equipe 066, existe um empenho em melhorar a qualidade do atendimento, inclusive ao paciente acamado, em atenção domiciliar, treinando os cuidadores e ampliando a equipe com profissionais de um NASF, motivo pelo qual, propôs-se este trabalho. Isso beneficiará a saúde do indivíduo assistido e a saúde da gestão financeira do município, em uma visão menos imediatista.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.F; PAIVA, B.S.R. **A visita domiciliária com ênfase na Educação em Saúde**. Revista Eletrônica Saúde Pesquisa e Reflexões. v.1, n.1, p. 3-5, 2

ARAÚJO, H.B. et al. **Prevenção das complicações**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Ceuma, São Luís-MA, p 8-10, 2011.

**Atenção Básica do SUS**. UNASUS-UNESP, São Paulo-SP.

COSTA NETO, M.M; SILVESTRE, J.A. **Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.839-847, 2003.

BRASIL. DIRETRIZES DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, Secretaria de Estado de Saúde. Vitória-ES, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em : [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm). Acesso em 28 de setembro de 2015.

FERRO, L.F. et al. **Intersetorialidade**. O Mundo da Saúde, São Paulo-SP, 2014; p.129-138.

GARCIA, M.A.A, et al. **A atuação das Equipes de Saúde da Família junto aos idosos**. Revista APS, Campinas-SP, v.9, n.1, p. 4-14, 2006

MEIRELES, Ana Catarina Peixoto R. **Níveis de Atenção**. Reunião teórico-prática do Internato Complementar de Saúde Pública, Braga, p. 3-10, 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília-DF, 2013.