



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Milton Sant'Ana de Freitas Filho

A vulnerabilidade do idoso na área rural

Rio de Janeiro
2016

Milton Sant'Ana de Freitas Filho

A vulnerabilidade do idoso na área rural

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Rio de Janeiro

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Milton Sant'Ana de Freitas Filho

Título da Monografia: A vulnerabilidade do idoso na área rural

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Banca Examinadora:

Prof.

Prof.

Prof.

Dedico esse trabalho de conclusão de curso primeiramente a Deus, a minha família que sempre me deu amparo em minhas escolhas e Aline Guimarães Gomes, minha noiva, que sempre me incentivou e apoiou em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que integram a Coordenação da atenção básica do Município de Paracambi-RJ e toda a Equipe da ESF Floresta - Paracambi-RJ, pela parceria e profissionalismo durante o período que lá trabalhei e ao professor, Roberto José Adrião Povoleri Fuchs, por me direcionar e orientar, mostrando a essência da Saúde da Família e Comunidade.

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta as mudanças.”
Charles Darwin

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
REVISÃO DE LITERATURA	10
JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS	15
Objetivo Geral	15
Objetivo Específico	15
METODOLOGIA	16
DISCUSSÃO E RESULTADOS	17
CONCLUSÃO	19
ABSTRACT	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	22

LISTA DE SIGLAS

ESF- Estratégia da Saúde da Família

PI- Planilha de Intervenção

PROVAB- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

VD- visita domiciliar

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida se torna cada vez mais comum os indivíduos com idade avançada, sendo estes altamente vulneráveis na maioria dos casos. Na área rural ainda temos um agravamento desta situação pois ainda contamos com a limitações de transporte, distância dos recursos sociais e de saúde. Neste estudo abordaremos como o ESF (Estratégia de Saúde da Família) pode atuar para amenizar a vulnerabilidade do idoso na área rural. Para isso foi realizado um estudo de artigos no período de 2006 a 2014 e correlacionamos com os resultados conseguidos na Estratégia de Saúde da Família, para que possamos amenizar a vulnerabilidade do idoso e assim melhorar sua qualidade de vida e consequentemente de suas famílias.

Descritores: Estratégia de Saúde da Família; Envelhecimento; Saúde do idoso; Vulnerabilidade do idoso.

INTRODUÇÃO

Este estudo é uma construção de TCC realizada no curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do SUS, onde procurou-se conhecer a vulnerabilidade do idoso em uma unidade de saúde família em zona rural.

Este projeto surgiu então com as atividades diárias da Estratégia de Saúde da Família Floresta (ESF Floresta) no município de Paracambi-RJ, unidade inserida no meio rural, tendo em vista que ele além de todos os riscos que existem em área urbana, o idoso ainda tem que conviver com a dificuldade de acesso e dificuldade de lazer.

Segundo Paz (2006), atualmente o perfil demográfico e epidemiológico brasileiro caracteriza-se pelo envelhecimento populacional associados ao aumento das doenças crônico-degenerativas, impactando no aumento dos custos do sistema de saúde.

Estes pacientes idosos, em risco, tem a família como principal responsável em fazer seus cuidados em alguns casos inclusive financeiro. Porém nem sempre o seio familiar está preparado para receber este membro, necessitando assim de auxílio da equipe da ESF.

REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento da população está associado com modificações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Devido a modificação no perfil de saúde da população pela maior longevidade e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas que, se não devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos poderão originar complicações e sequelas, que além de comprometer a independência e autonomia dos idosos também ocasionam importantes e dispendiosas demandas ao sistema de saúde e interferem, sobretudo, em aspectos qualitativos de vida.(Bonardi, 2007)

De acordo com Paz (2006) a população idosa possui um aumento rápido e progressivo, fazendo-se necessário subsídios e aprimoramentos para atuar em benefício dessa crescente população. Para Lima (2009) o envelhecimento expõe os idosos a situações de desvalorização social, dificuldade de acesso ao lazer, dificuldade de acesso a saúde e convivem rotineiramente com o preconceito. Isto posto, somado a falta de investimentos em políticas públicas para a terceira idade faz com que as prioridades específicas para os idosos sejam inadequadas e insuficientes para sua sobrevivência.

No Brasil, uma das características do envelhecimento é o arranjo domiciliar, onde o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos. Esse tipo de arranjo é chamado de multigeracional e acomoda 50% de idosos.(Lima, 2009)

A transição demográfica é a modificação da estrutura etária da população, onde observamos uma tendência de envelhecimento da população. Esse fenômeno normalmente é acompanhado pelo progresso socioeconômico do país em consequência da diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade. (Amorin, 2014)

Segundo Lima (2009), no Brasil, a população de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 17 milhões em 2006 ou seja, teve um crescimento de 600% em menos de cinquenta anos. A razão entre idosos/idasas nos mostra uma feminilização da velhice o que pode ser explicado pela menor mortalidade feminina, e isso se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher: mulheres frequentam mais os centros de saúde enquanto os homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e ainda somado a maior prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo entre os homens.

Existem previsões que os idosos serão em torno de 15% da população total em 2020, sendo que a proporção da população de 80 anos e mais também aumenta. Atualmente dos 17 milhões de idosos, cerca de 12,8% possuem mais de 80 anos de idade, somando assim mais de 1,1% da população brasileira.

A transição epidemiológica, ocorre junto com a demográfica, onde se observa a mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população que caracteriza-se pela diminuição de mortes causadas por doenças infecto parasitárias (46% em 1930 cai para 5,3% em 2000) enquanto que as mortes por doenças crônico-degenerativas chegaram a representar dois terços do total de óbitos por causas conhecidas. (Amorin, 2014). Segundo Bonardi, 2007

“Os idosos desenvolvem comprometimento relacionado ao desgaste pelo processo de envelhecimento (como a artrite) ou doença crônica que poderia ter sido evitada (como o diabetes e a doença vascular periférica), ou doença degenerativa (como a demência), por outro, a saúde não é mais avaliada simplesmente pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional.”

A diminuição da capacidade física, restrições à autonomia, perda da independência, perda de familiares e amigos e carência de recursos econômicos para o sustento, constituem alguns fatores de risco em relação a saúde do idoso. Sendo assim, verificou-se que idosos independentes para atividades de vida diária, autônomos e satisfeitos com as relações familiares e com amigos, apresentavam fator preditivo independente para o envelhecimento saudável para ambos os gêneros. (Bonardi, 2007)

De acordo com Bonardi (2007) a incapacidade funcional é o que limita o idoso de executar suas atividades diárias comprometendo a capacidade funcional do idoso se manter independente, reduzindo sua qualidade de vida aumentando seu risco de dependência, institucionalização, cuidados e morte prematura. A incapacidade funcional é um processo dinâmico e progressivo, consequência das doenças crônico-degenerativas e de mudanças fisiológicas pertinentes ao envelhecimento. O aumento no risco de quedas, principalmente devido ao comprometimento na realização de tarefas do dia a dia, com limitações de força muscular, equilíbrio, marcha e mobilidade decorre do aumento na rigidez das capsulas articulares e ligamentos associado à diminuição lenta e progressiva da massa muscular, que é paulatinamente substituído por colágeno e gordura ocasionando uma redução de aproximadamente 20% no número de fibras musculares no idoso em relação ao adulto.

As limitações funcionais referem-se às restrições não apenas físicas mas também relacionadas as operações mentais fundamentais para a vida diária, em comparação as pessoas do mesmo sexo e faixa etária. As avaliações funcionais constituem instrumentos importantes visto que trazem subsídios para uma assistência aos idosos permitindo identificar suas capacidades funcionais atuais e detectar precocemente os indivíduos com indicativos de incapacidade funcional e fragilidade, alertando para seus riscos e servindo como parâmetro de admissão e alta aos serviços de reabilitação. A incapacidade funcional, fragilidade, comorbidades são entidades clínicas distintas que não ocorrem necessariamente associadas, mas interagem entre si e são usadas para identificar a vulnerabilidade nos idosos. (Bonardi, 2007)

Os idosos, principalmente as mulheres, apresentam altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional, o que as leva a maior fragilidade e perda da autonomia. Estima-se que 10% das pessoas com idade maior de 65 anos necessitam de ajuda para as atividades básicas de autocuidado e cerca de 40% precisam de auxílio nas AIVD (atividades instrumentais da vida diária). O isolamento social é outro problema grave que afeta os mais velhos. (Lima, 2007)

Segundo Moraes (2008) o fato dos idosos residirem em área rural acentuam a sua vulnerabilidade pois a média de rendimento dos idosos da área rural é menor que a dos urbanos, além de que na área rural os problemas de saúde tendem a ser mais severos que os urbanos, o etilismo tende a ser maior na área rural, o transporte público é mais necessário, porém menos disponíveis do que na urbana.

A vulnerabilidade do idoso e suas interações aumentam o risco para eventos adversos, como isolamento social, dependência e cuidados prolongados, o que aponta para a necessidade de intervenções apropriadas pelos profissionais da saúde, numa ruptura com a assistência prestada de forma fragmentada. (Bonardi, 2007)

Para Paz (2006) o idoso deve ser mantido em comunidade, junto da família, porém hospitalizações podem se fazer necessárias e espera-se que sejam de curta duração. O envolvimento do idoso, do cuidador / família, da comunidade e dos profissionais de saúde é imprescindível para elaboração, a efetivação e a avaliação do plano de cuidados após a alta hospitalar. E cabe a Estratégia de Saúde da Família dar subsídios para estruturação dos cuidados domiciliar que atendam à demanda dos pacientes idosos.

De acordo com Lima (2009) o grande desafio a ser incorporado pela saúde pública é garantir aos idosos um envelhecimento saudável, com garantia de cidadania, dignidade, autonomia e independência, proporcionando uma velhice sem preconceitos. Portanto a vulnerabilidade no idoso não pode ser vista separadamente, mas com todos os aspectos integrados.

JUSTIFICATIVA

A saúde é vista muitas vezes a partir da doença e em como tratá-las e muitas vezes não é dada a devida atenção para a dinâmica familiar e a situação socioeconômica. Assim, o idoso fragilizado acaba se tornando menos autônomo a cada dia e mais incapaz.

OBJETIVOS

- *Objetivo geral*

Analisar, a partir da planilha de intervenção sistemática, vulnerabilidade do idoso em área rural.

- *Objetivos específicos*

Identificar as vulnerabilidades no cuidado com os idosos residentes em área rural;

Avaliar quais as possíveis soluções para minimizar as vulnerabilidades encontradas em relação a sua autonomia e relações familiares.

METODOLOGIA

Durante supervisão do PROVAB foi decidido montar planilha de intervenção da família da Dona Isbela, idosa fragilizada e em abandono social. Com isso os problemas foram identificados e discutidos nas reuniões de equipe, as intervenções propostas foram executadas pela equipe de saúde do ESF Floresta com metas estabelecidas.

Através de consultas médicas, de enfermagem, além das visitas domiciliares, foi possível para a equipe identificar problemas que poderiam ser minimizados ou anulados, bem identificação de outros que necessitam de intervenção interdisciplinar.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Segundo Lima (2009) o envelhecimento expõe os idosos a situações de desvalorização social, dificuldade de acesso ao lazer, dificuldade de acesso a saúde e convivem rotineiramente com o preconceito. Isto posto, somado a falta de investimentos em políticas públicas para a terceira idade faz com que as prioridades específicas para os idosos sejam inadequadas e insuficientes para sua sobrevivência.

Trabalhando no ESF Floresta foi evidenciado que na área rural estas situações se repetem, com o agravamento das dificuldades da área rural. Percebe-se que haviam idosos em abandono social e sendo amparados de forma inadequada.

Ainda citando Lima (2009) no Brasil, uma das características do envelhecimento é o arranjo domiciliar, onde o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos. Esse tipo de arranjo é chamado de multigeracional e acomoda 50% de idosos. Em concordância com Lima, a família estudada na planilha de intervenção se encaixava neste arranjo domiciliar, onde dona Isbela morava com a filha e os netos.

Para Bonardi (2007) a diminuição da capacidade física, restrições à autonomia, perda da independência, perda de familiares e amigos e carência de recursos econômicos para o sustento, constituem alguns fatores de risco em relação à saúde do idoso.

Podemos destacar também na área rural esses fatores de risco, associados à dificuldade de acesso, baixo poder econômico e a falta de lazer. Tal fato corrobora com Moraes (2008) que diz que o fato dos idosos residirem em área rural acentua sua vulnerabilidade pois a média de rendimento dos idosos da área rural é menor que a dos urbanos, além de que na área rural os problemas de saúde tendem a ser mais severos que os urbanos, o etilismo tende a ser maior na área rural, o transporte público é mais necessário, porém menos disponíveis do que na urbana.

Foi observado que os idosos ficam mais felizes em suas casas, no seio familiar, apesar de muitas vezes se encontrarem em abandono social. Na família de Dona Isbela foi evidenciado esse fato. As Atividades Básicas de Vida Diária e as Atividades Instrumentais de Vida Diária foram avaliadas em Dona Isbela de acordo com o caderno do idoso e percebemos o quanto ela era dependente e seria

necessário um plano terapêutico singular para ela. O planejamento das ações visando a diminuição desse abandono social seguida de uma intervenção que foi realizada pela equipe de saúde do ESF Floresta, conseguimos uma melhora do convívio familiar consequentemente diminuindo o abandono social.

A partir desta intervenção esperamos que Dona Isbela consiga manter-se menos fragilizada e reduza a possibilidade de vir a necessitar de cuidados especializados e hospitalizações. Tal observação condiz com Paz (2006) que diz que o idoso deve ser mantido em comunidade, junto da família, porém hospitalizações podem se fazer necessárias e espera-se que sejam de curta duração. O envolvimento do idoso, do cuidador / família, da comunidade e dos profissionais de saúde é imprescindível para elaboração, a efetivação e a avaliação do plano de cuidados após a alta hospitalar. Cabe a Estratégia de Saúde da Família dar subsídios para estruturação dos cuidados domiciliar que atendam à demanda dos pacientes idosos.

CONCLUSÃO

Com a transição demográfica os idosos são a cada dia mais numerosos e necessitam de acesso a saúde de forma ampla e integral. A Estratégia de Saúde da Família Floresta deve ter uma atenção especial em relação a estes pacientes fazendo um acompanhamento muito próximo baseado na confiança e na relação médico-paciente, confiança essa que só pode ser conquistada com tempo e um trabalho bem feito e muitas vezes dificultado pelas altas demandas de atendimento.

Com a realização das visitas domiciliares no ESF Floresta, percebemos que com o compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações aos poucos a relação médico-paciente vai se tornando sólida. A confiança em nós depositadas deve ser retribuída com um atendimento de qualidade e resolutivo.

ABSTRACT

With increasing life expectancy is becoming increasingly common for patients with advanced age, and these highly vulnerable in most cases. In rural areas still have a worsening of this situation because we also count on the limitations of transport, away from the social and health resources. This study will address how the ESF (Family Health Strategy) can act to mitigate the vulnerability of the elderly in rural areas. For this it conducted a study of articles in the period from 2006 to 2014 and correlated with the results achieved in the Family Health Strategy, so that we can mitigate the vulnerability of the elderly and thus better quality of life and consequently their families.

Descriptors: Family Health Strategy; Aging; Health of the elderly; Vulnerability of the elderly.

REFERÊNCIAS

- 1.LIMA,L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e Gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*. v. 2, n. 2, p. 273-280, mai/ago. 2009.
- 2.MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2008 abr-jun; 17(2): 374-83.
- 3.PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm* 2006;19(3):338-42.
- 4.TEIXEIRA, I.N.A.O. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciência & Saúde coletiva*, 13(4):1181-1188,2008.
- 5.BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A.; MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17,n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007
- 6.UNA-SUS/UFMA Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso/ Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luiz, 2014
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
Cadernos de Atenção Básica - n.º 19
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Avaliações Básicas de Vida Diária

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input checked="" type="checkbox"/>
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input checked="" type="checkbox"/>
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input checked="" type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input checked="" type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input checked="" type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input checked="" type="checkbox"/>

Avaliações Instrumentais de Vida Diária

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 0
TOTAL			9 pontos

PLANILHA DE INTERVENÇÃO SISTEMÁTICA

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE PARA 30 DIAS DE UMA FAMÍLIA CADASTRADA

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Grupo Familiar	Análise Situacional/Diagnóstico	Seleção dos Problemas	Metas	Prazos/ Responsável(is)	Cumprimento de metas
Família	Núcleo com relações disfuncionais. Distanciamento afetivo. Inversão de papéis e valores.	Dificuldade da matriarca em lidar com doenças na família. Dificuldade da matriarca em lidar com novas responsabilidades, em especial sua mãe.	Melhora das relações interpessoais e dos familiares.	Visita domiciliar do médico e enfermeira. Trabalhar a resiliência familiar.	Médicos, enfermeiros e ACS.
Maria do Carmo 44 anos Chefe da família	HAS Depressão? (dificuldade conjugal com marido e tristeza) Relações conflituosas	Dificuldade de lidar com a demência da mãe, que recentemente se mudou para sua casa. Falta de adesão ao tratamento da HAS. Dificuldade interpessoal em relação ao cuidado com a mãe.	Necessidade de amparo psicológico. Controle da PA, incentivando o autocuidado. Incentivar inclusão nos programas de saúde	Visita do ACS e agendamento de consulta. ACS: auxiliar na adesão ao tratamento da HAS e monitorar a PA em suas visitas	Consulta HIPERDIA realizada com agendamento do retorno para o programa. Agendamento de exames

			<p>da mulher.</p> <p>Orientar quanto a necessidade de melhora da higiene da mãe.</p> <p>Trabalhar a importância do cuidado com o idoso (mãe fragilizada).</p>	<p>domiciliares.</p> <p>ENF: ajudar no auxílio psicológico, orientações sobre HAS e suas medicações, incentivar a inclusão nos programas de saúde da mulher com orientações e coleta agendada do preventivo, orientar e esclarecer dúvidas quanto a saúde do idoso.</p> <p>Médico: auxiliar no amparo psicológico. Avaliar, orientar e esclarecer dúvidas quanto a HAS e o controle da PA.</p> <p>Incentivar e orientar a importância da adesão ao programa de saúde da mulher. Orientar da importância dos cuidados com o idoso.</p>	<p>laboratoriais e de imagem.</p> <p>Paciente encaminhada para avaliação da psiquiatria.</p> <p>Agendamento e coleta do preventivo realizada e aguardando mamografia.</p> <p>Orientada quanto a saúde do idoso em VD realizada.</p>
--	--	--	---	---	---

<p>André 41 anos Marido (3° casa- mento)</p>	<p>Nunca veio a consulta e não esta presente nas visitas.</p>	<p>Dificuldade em lidar com a inclusão da sogra no convívio da família bem como lidar com a demência da mesma.</p>	<p>Busca ativa para consulta médica e trabalhar a questão do conflito familiar resultante da presença da sogra.</p>	<p>Visita do ACS e agendamento de consulta.</p>	<p>Faltou a consulta médica.</p>
<p>Isbela 89 anos Mãe adotiva</p>	<p>HAS Sequela de AVE Demência Senilidade Abandono social</p>	<p>Fragilidade em idoso. Falta de aderência e dificuldade de entendimento quanto ao tratamento da HAS. Dificuldade de locomoção, agravando a restrição ao leito e a residência. Abandono pelos familiares próximos. Idosa com restrição nas atividades de vida diária e instrumental.</p>	<p>Orientar uso correto das medicações e controle da PA. Estímulo ao equilíbrio e a deambular. Incentivar cuidado em idoso fragilizado. Incentivar o convívio familiar.</p>	<p>VD com médico e enfermeiro. Fisioterapia domiciliar. ACS: auxiliar no controle e monitoração dos níveis pressóricos. ENF: auxiliar nos cuidados ao idoso. Orientar sobre a importância do tratamento da HAS. Orientar sobre a importância do convívio familiar. Fisioterapeuta: trabalhar para melhora do equilíbrio</p>	<p>Visitas domiciliares realizadas mensalmente. Melhora da adesão ao tratamento da HAS. Realização de exames de rotina. Melhora do padrão nutricional. Melhora da higiene pessoal. Melhora dos</p>

				<p>e deambulação no sentido de diminuir as restrições de AVD e AVID.</p> <p>Médico: orientar a importância dos cuidados com o idoso e da adesão ao tratamento da HAS.</p> <p>Orientar da importância do convívio familiar para amenizar o abandono social.</p>	<p>cuidados do idoso fragilizado.</p> <p>Aguardando avaliação da fisioterapia.</p>
<p>Jordan</p> <p>16 anos</p> <p>Filho do 2° casamento</p>	<p>Estudante.</p> <p>Sem queixas no momento.</p>	<p>Sem queixas no momento</p>	<p>Orientação quanto a alimentação saudável.</p>		
<p>Jordana</p> <p>13 anos</p> <p>Filha do 2° casamento</p>	<p>Estudante.</p> <p>Sem queixas no momento.</p>	<p>Sem queixas no momento</p>	<p>Orientação quanto a alimentação saudável.</p>		

Marina Vitória 4 anos Neta	Pré-escolar.	Filha de Marta (filha do 1º casamento de Maria do Carmo) e de Jorge (2º casamento de Maria do Carmo). Marta faleceu no parto por eclampsia.	Acompanhamento ambulatorial com a pediatria. Orientação quanto a alimentação saudável.		Consulta com pediatra realizada
-------------------------------------	--------------	--	---	--	---------------------------------

CONDIÇÕES DE MORADIA

Grupo Familiar	Análise Situacional/Diagnóstico	Seleção dos Problemas	Metas	Prazos/ Responsável(is)	Cumprimento de metas
Casa úmida, com revestimento, com precariedade na higiene e presença de animais no ambiente.	1 Abastecimento de água por cisterna.	1 Qualidade da água da cisterna.	1 Orientar quanto a necessidade de cuidar da qualidade da água para consumo humano.		Durante as VDs os moradores são orientados e os problemas e erros a serem solucionados ressaltados.
Abastecimento de água por cisterna, coleta de lixo semanal. Espaço pequeno para o número de moradores. Possuem TV, geladeira e fogão.	2 Condições de higiene.	2 Área de convívio social com baixa higiene.	2 Orientar quanto a melhora da limpeza e cuidados com os animais.		Durante as VDs os integrantes são orientados e os problemas e erros a serem solucionados ressaltados. Melhora da limpeza domiciliar. Melhora da ventilação da residência.