



VICENTE LEONIDES PRADO JUNCO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM:
“ UMA EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS ”**

PORTO ALEGRE – RS, 2016



VICENTE LEONIDES PRADO JUNCO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM:
“ UMA EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS ”**

Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Eder de Mattos Berg.

PORTO ALEGRE – RS, 2016

“ O processo ensino-aprendizagem deve ser algo prazeroso
que nos de vontade de continuar”

Maria Clara Fraga Lopes.

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Assistência Integral à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Serviços de Saúde para Idosos.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	9
3.	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	14
4.	VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	16
5.	REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
	ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Vicente Leonides Prado Junco, nasci em Havana, Cuba em 1979. Formei-me pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana, na Faculdade de Medicina: `` Geral Calixto Garcia`` como Doutor em Medicina em 2004. Realizei residência médica em Medicina Geral Integral (Medicina Familiar e Comunitária no Brasil) na Faculdade de Medicina: `` Dr. Miguel Enriquez``, Havana (2004-2006). Minha formação, a pós-graduação, é toda direcionada para Medicina Familiar e Comunitária. Atuo nessa área desde 2006 na Atenção Primária de Saúde. Fiz Mestrado em Infectologia e obtive a categoria de Mestre em 2013, pela Faculdade de Medicina: ``Dr. Miguel Enriquez``.

Sou membro da Equipe Provincial de Medicina Geral Integral (Havana); membro da sessão de Adolescência na Sociedade Cubana de Pediatria; membro da Sociedade Cubana de Nutrição Clínica e Metabolismo; membro do Tribunal Acadêmico do Mestrado em Infectologia; membro do claustro de professores do Departamento de Medicina Geral Integral e do Departamento de Médios Diagnósticos na Faculdade de Medicina: ``Dr. Miguel Enriquez``, Cuba.

Atualmente trabalho no Programa Mais Médicos no Município de Sério desde o mês de maio de 2015. O município de Sério (figura 1) ocupa o espaço físico de 99,20 km². Pertence ao Vale do Taquari no nordeste do Rio Grande do Sul, titulado como a Serra do Vale por situar-se na parte alta do Vale do Taquari. Em 20 de março de 1992 pela lei estadual nº 9.594, o município de Sério foi emancipado da cidade de Lajeado.

É um povo privilegiado pela paisagem natural ainda bastante conservada. Os topos dos morros são recobertos por mato ainda virgem, muito verde e de exuberante beleza. As localidades que fazem parte do município são dez, a saber: Arroio Alegre, Colônia Sério, Araguari, Sete de Setembro, Arroio Abelha, Arroio Galdino, São Francisco, Paredão, Sampaio e lavador. Arroio Abelha é a localidade de maior risco do município. Deve-se ao isolamento (próprio do interior), economia da localidade desfavorável e a falta crônica do lazer. Isto provoca o interesse de alguns moradores em buscar oportunidades melhores de vida em outros modos de trabalho, ressaltando-se que a principal atividade é a agricultura familiar.

No município de Sério conforme estimativa do IBGE 2010, contou-se uma população de 2.281 habitantes, sendo que a maior concentração populacional

encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Destacam-se também, o grande percentual de idosos, 37,10 % da população. A população cresce cerca de 6,6 % por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local diminuiu num 18,07 %. A esperança de vida ao nascer é de 76,6 anos de vida esperado, sendo 80,1 para as mulheres e de 73,1 para os homens.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) possui boas condições de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes, tetos, instalações hidráulicas e elétricas adequadas, de acordo com a Regulamentação Sanitária e Manual de Estrutura Física das UBS/MS. É uma UBS moderna, que permite a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades da Atenção Básica, com maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e de significação do trabalho em saúde, principalmente o trabalho na Atenção Primária de Saúde (figura 2). A equipe da Estratégia de Saúde da Família é multiprofissional, está formada por 3 médicos, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 3 dentistas e 6 agentes de saúde.

As estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como rede de apoio dentro do município funcionam entre a UBS, CRAS, Conselho Tutelar, Escolas e Creche e um hospital que atualmente só atende casos simples, sem gravidade. Os pacientes são encaminhados para hospitais regionais. Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS-Sério, foi possível identificar situações e/ou doenças mais atendidas segundo demandas foram: as relacionadas ao aparelho cardiovascular, respiratório e osteoarticular, tendo maior prevalência as doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão arterial, Diabetes mellitus) e relacionadas à saúde mental (Ansiedade e Depressão).

As cinco primeiras causas de internações segundo lista de morbidade CID 10 em nosso município são:

1. IX Doenças do aparelho circulatório;
2. II Neoplasias/ X Doenças do aparelho respiratório;
3. XI Doenças do aparelho digestivo;
4. XV Gravidez, parto o puerpério;
5. XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Faz parte do elenco de CSAPS como principais causas de internação: a

Insuficiência cardíaca, Edema agudo do pulmão, DOPC e Pneumonia. Isto é atribuível à população envelhecida com doenças crônicas não transmissíveis.

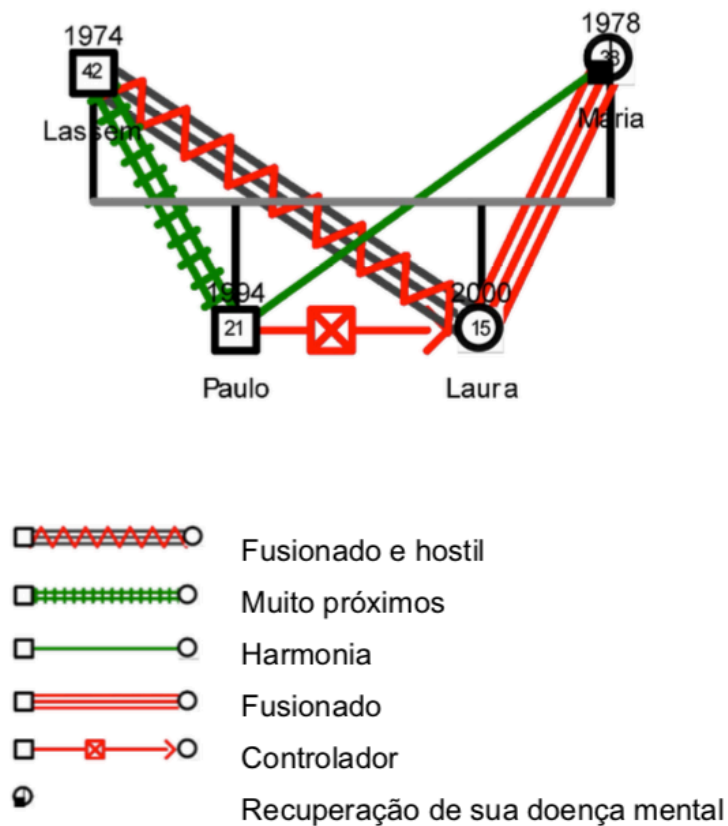
Atendendo ao número crescente em nossa população de idosos e dos cuidadores, consideramos importante fazer um projeto de intervenção titulado: **“Estratégia de intervenção para minimizar a sobrecarga que experimentam os cuidadores de idosos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Sério”** (anexo), com o objetivo de prover de conhecimento aos cuidadores para melhorar sua qualidade de vida e conseqüentemente influenciar de modo positivo aos idosos a eles vinculados. Visando eliminar a violência e maus tratos ao idoso, além de aperfeiçoar o trabalho da EBS e promover a inter-relação entre família-serviços-comunidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Laura, adolescente de 15 anos de idade, cursa a 8ª série do ensino fundamental, na escola estadual do município. Convive com seus pais e um irmão, com condições socioeconômicas adequadas.

O pai, Sr. Lassem, tem 42 anos de idade, ensino fundamental incompleto e trabalha como agricultor. Pai autoritário, ele impõe regras em casa tentando controlar principalmente a Laura por ser a mais nova da família, não sendo assim com seu irmão. Sua mãe, a Sra. Maria, tem 38 anos de idade e é responsável por todo o serviço doméstico da casa. Tem antecedentes de Episódios depressivos desde sua adolescência, tratada com antidepressivos. Paulo, irmão, de 21 anos, trabalha fora do município e o relacionamento com sua irmã é muito tenso, pois ele cuida dela e a protege muito, dificultando seus relacionamentos e privacidade.

Figura 1 - Genograma



A paciente foi atendida pela UBS, acompanhada pela mãe, que, preocupada pelo comportamento de sua filha, decidiu procurar atendimento médico. A adolescente relatou sentir-se ``feia``, descrevendo dificuldades de relacionar-se, principalmente devido ao aspecto físico. Além disso, demonstrou nojo de si mesma e, por consequência, alegou não dormir bem, não se alimentar bem, e ter medo de ficar sozinha.

Segundo o interrogatório realizado com sua mãe, Laura nasceu sem complicações no parto. Ela foi uma criança muito tímida, sempre ficava quieta, sem falar, principalmente com seu pai. No colégio, tinha poucos amigos e se sentia um pouco sozinha, além disso, sofria *bullying*, que se mantém na atualidade, por ser muito magra, o que a deixava triste. O pai não a deixa sair só, exigindo sempre a companhia de seu irmão. A partir da realização das primeiras etapas do SOAP, dentre o levantamento de problemas, foram identificados:

- Baixa autoestima;
- Ansiedade;
- Medo;
- Isolamento social,
- Distúrbio do sono;
- Necessidade de aproximação do pai;
- Ausência de lazer,
- Distúrbio alimentar.
- IMC < - 2 e >= -3 escore Z; magreza

Ao longo do processo, a autoavaliação de seu humor e a presença de sintomatologia depressiva e de ansiedade, se procedeu ao trabalho multidisciplinar (Clínico geral, Psicóloga, Psiquiatra, Enfermagem, Nutricionista e Agente comunitário de Saúde), com o objetivo de auxiliar o acompanhamento de suas distorções cognitivas e consequentes alterações de humor, além das alterações no padrão alimentar. Para isso, houve o consentimento prévio tanto da adolescente, como de sua mãe. A justificativa da escolha deste caso foi porque a adolescência tem

características especiais, como altas taxas de morbidade e encontra-se exposta a diversas situações de risco, tudo isso causa impacto num período crítico da vida, comprometendo de forma significativa o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (BIAZUS,2012). Durante o trabalho multidisciplinar, o atendimento passou por algumas dificuldades, sendo que, em alguns momentos do tratamento e orientações, Laura apresentou recaídas por não aderência ao tratamento, sendo necessária a realização de questionamentos e intervenções mais persistentes, com apoio da EBS, paciente, família e escola.

Após várias consultas multidisciplinares e visitas domiciliares, a família mostrou-se mais disposta à mudança e à contribuição no manejo da adolescente, principalmente o pai e o irmão. Não se constatou irregularidade na medicação prescrita, nem efeitos colaterais. Os exames laboratoriais indicados encontravam-se dentro de parâmetros normais.

TRATAMENTO

1. Psicoterapêutica cognitivo comportamental (TCC)
2. Farmacológico: Fluoxetina 20 mg - 1 cp manhã e 1 cp noite_

As mudanças que foram estimuladas na paciente:

- Facilitou-se a expressão de seus sentimentos e esclarecimento da percepção errônea sobre si mesma e seus medos;
- Mudou a ingestão de bebida, como café à tarde;
- Regulou seu horário do sono, além da utilização de uma rotina relaxante de preparo para dormir;
- Aumentou seu relacionamento interpessoal no entorno social;
- Aumentou sua conscientização a respeito de quantidade/tipo de alimento saudável consumido e sua importância;
- Diminuiu sua depressão e ansiedade com o tratamento.

As mudanças que foram estimuladas na família:

- Evitaram críticas negativas e superproteção, ao mesmo tempo em que limitaram às demandas que eram feitas sobre Laura, proporcionando confiança e conversas sobre assuntos importantes da adolescente;
- Participação na discussão e avaliação da situação e esclarecimento dos sentimentos de seus membros.

As mudanças que foram estimuladas na escola:

- Identificação de caso de *bullying* na escola;
- Capacitação dos professores de como lidar com essas situações, sem afetar o processo de ensino-aprendizagem.

Vale destacar que Laura permanece em acompanhamento pela EBS, sendo avaliada mensalmente. A adolescência representa um período de contínuas e profundas transformações, tanto no nível psíquico quanto no físico e social. A pessoa, ao entrar na adolescência, passa a residir em um novo corpo, que clama por uma nova identidade e que marca a sua passagem da esfera familiar à esfera social. Essas mudanças geram um intenso sofrimento, pois acarretam perdas referentes à imagem infantil, aos pais idealizados da infância e à identidade infantil.

Essas perdas, por sua vez, representam um rompimento com o passado, a fim de que seja possível ao adolescente investir no futuro, desligando-se dos pais e tornando-se apto a realizar suas escolhas. Essas transformações, decorrentes da adolescência, fazem o indivíduo perder as suas referências, não tendo mais uma representação de si mesmo, uma vez que sua nova imagem ainda se encontra em construção (BIAZUS,2012).

A ideia de que o desenvolvimento da depressão, na adolescência, está associado à qualidade dos vínculos precoces, estabelecidos entre a criança e os seus objetos primários, propõe uma forma de compreender essa psicopatologia no que tange à sua etiologia, utilizando-se para isso a Teoria do Apego. Seguindo esta linha de pensamento, faz-se importante destacar a vasta gama de estudos que, em âmbito

internacional, estão se detendo em investigar as relações entre a Teoria do Apego e a depressão na adolescência, salientando o apego inseguro ou o vínculo parental inadequado como elemento propulsor dessa psicopatologia (AIKEN & et al 2007; DU Bois, 2007). Tal como descrito na literatura (COOK, 2009; AVANCI, 2008), a presença de antecedentes familiares de psicopatologia, nomeadamente depressão na mãe, está fortemente relacionada com o desenvolvimento de síndrome depressivo no adolescente (BAHLS, 2002).

Para minimizar o risco de depressão, é necessária a existência de suportes sociais, como a família, o grupo de pares e a escola, que são de valor significativo para o adolescente (RESENDE, 2013; CORDEIRO, 2006).

A TCC é uma abordagem de intervenção semiestruturada, objetiva, que busca identificar e corrigir as condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais. Para este referencial, o sistema de crenças de um indivíduo exerce papel determinante em seus sentimentos e comportamentos (DUCHESNE & ALMEIDA, 2002).

Os diversos antidepressivos disponíveis têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos (ARROLL B, 2009). Os ISRS, em geral, causam menos efeitos adversos do que os tricíclicos (BASSON, 2004). Nas avaliações feitas, os ISRS são recomendados como medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão moderada a grave, na APS pela OMS (OMS, 2009). Recomenda-se iniciar com doses baixas e aumentá-las, de forma gradual, até chegar à dose alvo em 7 a 14 dias.

A depressão no adolescente torna-se um problema cada vez mais importante, pelo que os profissionais de saúde que trabalham com estes jovens assumem uma função primordial na sua suspeição, intervenção e eventual referenciação. A identificação precoce de adolescentes em risco potencial de sintomas depressivos deve ser foco não apenas dos profissionais de saúde mental, mas de todos os clínicos que têm contato com esse grupo etário. É igualmente importante uma intervenção no meio em que o adolescente está inserido, de forma a minimizar os fatores desencadeantes (BRITO, 2011).

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na área de Atenção Primária de Saúde, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida, a Estratégia Saúde da Família, desde sua criação no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do SUS, por meio de movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde (BRASIL, 2009)

Nesta estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como as diarreias e as doenças respiratórias, entre outras (LEITE GB, 2005).

O Ministério de Saúde a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um protocolo para a realização das consultas de puericultura. Os problemas identificados no município no começo de meu trabalho:

1. Não cumprimento do protocolo padronizado pelo Ministério de Saúde Pública para as consultas de puericultura;
2. Não participação do pai no acompanhamento da criança nas consultas de puericultura;
3. Inadequada percepção sobre a importância do aleitamento materno na prevenção de doenças na criança e pouca abordagem durante atenção pré-natal;
4. Não realização da puericultura pelo pessoal de enfermagem por falta de preparo técnico-científico.

O Ministério de Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no segundo ano de vida e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias foram

selecionadas porque representaram momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (INSTITUTE, 2012; PORTO ALEGRE, 2004, BRASIL, 2005). Os laços afetivos formados, em especial entre os pais e filhos, influenciam o desenvolvimento saudável do bebê e determinam modos de interações positivas, que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que ele irá participar (DESSEM, POLONIA, 2007). No entanto, estudos indicam que a maior parte dos homens gostaria de participar das consultas e receber informações sobre ações de prevenção e promoção relacionada à saúde de seus filhos (DUARTE, 2007).

Os profissionais da saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar apoio à mãe e ao seu bebê durante o início da amamentação e deve ser disponibilizado independentemente do local de prestação de cuidado, Eles podem ser iniciados na primeira consulta do pré-natal (NATIONAL..., 2012). O aconselhamento comportamental e a educação para a prática de aleitamento materno são procedimentos recomendados. A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (CEARÁ, 2002).

A consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde (RIBEIRO 2009).

Esta prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). A partir de então, tem sido alvo de diversas portarias e resoluções de diferentes instâncias, inclusive do Conselho Federal de Enfermagem, como a Resolução COFEN/159 que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (COFEM, 1993). Segundo os problemas

identificados, foi necessário modificar esta realidade, com o objetivo de difundir a importância do seguimento periódico e contínuo do Programa de Puericultura, estimulando mudanças no trabalho da equipe e percepção dos pais, família e comunidade; pelo que foi elaborado um plano de ação conjunto para realizar essas mudanças. Mudanças realizadas:

- Cumprimento do protocolo padronizado pelo Ministério, segundo caderno de Atenção Básica No. 33. Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento,
- Inserção dos pais na consulta de puericultura,
- Reforço da importância do aleitamento materno e técnicas de amamentação em nos grupos de gestante,
- Planejamento de capacitação do pessoal de enfermagem contínuo, com o objetivo de restabelecer as consultas de puericultura a realizar por este grupo de profissional.

A puericultura, sem dúvida, consiste em uma ferramenta oportuna para a realização da educação em saúde e para o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil (figura 3).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

As visitas domiciliares constituem de fato uma valiosa oportunidade para realizar atividades educativas, além disso, permite uma abordagem integral ao indivíduo e à família. Padilha, Carvalho, Silva e Pinto, afirmaram que o principal objetivo da visita domiciliar é conhecer o indivíduo inserido em seu meio familiar, o que oportuniza um contato do profissional com os demais integrantes do núcleo familiar, permitindo que se observe o contexto familiar e a disponibilidade de recursos na comunidade (PADILHA, 1994). Ceccim e Machado complementam essa ideia no sentido em que situam a visita domiciliar como promotora da ampliação do nível de informações e conhecimentos (autocuidado, recursos sociais, ações políticas) afirmando que a mesma pode complementar as ações de vigilância em saúde

(CECCIM, 1995). As visitas domiciliares em nossa UBS são programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, segundo prioridade e especificidades individuais ou familiares, tais como: situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde; situação ou problema crônico agravado; situação de urgência; problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde, problemas de acesso à unidade; problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar; ausências no atendimento programado; portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória; hipertensos; diabéticos, etc. Os grupos de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioritárias.

No processo de planejamento, questões relativas à operacionalização, temos presente a definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado, tempo para execução da visita em cada domicílio, priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas.

Já no domicílio é empregada a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual realizamos a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, os encaminhamentos e fornecemos as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.

Os dados colhidos referentes às condições socioeconômicas, de higiene, estrutura familiar, relações familiares e sociais, rede de cuidados, entre outras situações de risco, presença de agravos e doenças agudas, crônico-degenerativas e contagiosas, são preenchidos na Ficha de Atendimento Ambulatorial e vertidas no prontuário eletrônico, com o objetivo de ser sistematicamente utilizadas pelos membros da equipe da ESF no acompanhamento e na avaliação dos casos prioritários e de suas famílias.

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas são abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita. Nesse momento, valorizam-se as relações

interpessoais para possibilitar aproximação e segurança na abordagem. Consideramos a visita uma oportunidade ímpar para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando in loco as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas identificados.

Alguns exemplos de aspectos educativos que enfatizamos durante as visitas são:

- Práticas de higiene adequadas, tanto individuais e coletivas;
- Práticas nutricionais adequadas;
- Prevenção de acidentes;
- Práticas de atividades físicas permanentes;
- Desenvolvimento de comportamentos de auto-observação;
- etc.

Devemos ressaltar, que esta forma de abordagem foi implementada depois de analisar as deficiências achadas pela EBS na abordagem ao indivíduo-família e comunidade em relação à visita domiciliar.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Considerando as competências adquiridas neste curso a partir do estudo de casos complexos, tem sido muito útil desde o ponto de vista pedagógico no processo ensino- aprendizagem, fornecendo conhecimentos, habilidades e recursos específicos para meu aperfeiçoamento como profissional e contribuição na organização do processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Agora percebo uma necessidade ainda maior, da importância de uma boa estruturação da Rede de Atenção Básica de minha área de saúde e o envolvimento da equipe que a rede dispõe e dos serviços necessários à abordagem de cada indivíduo, família e comunidade, atuando de forma articulada entre si. Aprendi que as reuniões da equipe (figura 4), supervisões, matriciamentos e atividades afins são de grande importância para a discussão de casos, a educação permanente no cotidiano, e a organização do processo de trabalho com o envolvimento de diferentes pontos da rede e cuidado pactuado.

Nossos limites e cultivar nossas possibilidades, é essencial para o trabalho que fazemos. Afinal, cuidar da comunidade requer também um cuidado de nós. Podemos ter certeza de que, por mais transtornado que o indivíduo esteja, ele perceberá sua disponibilidade para acolhê-lo e será sensível a ela. O acolhimento não se reduz, de forma alguma, ao ato de receber e avaliar um paciente num serviço de saúde. Não é um procedimento, muito menos uma triagem; representa, acima de tudo, uma postura. Trata-se de uma postura essencial ao profissional de saúde ao longo de todo o acompanhamento do paciente: a receptividade e a disponibilidade para escutar a demanda do outro, ou suscitar esta demanda, quando ela não está presente. Tudo isto me permitiu acrescentar elementos do conhecimento importantes do atuar como médico da ESF e aumentar às já existentes, melhorando minha prática profissional.

Posso inferir que minha trajetória durante o Curso de Especialização em Saúde da família foi de bom desenvolvimento, dado por minhas avaliações e o cumprimento do cronograma docente nos envios das atividades e tarefas pautadas. Isto favoreceu na adoção de postura reflexiva e crítica diante a produção de conhecimento, relação dialógica; atitude comprometida e sensível aos problemas da comunidade, pratica

participativa, predisposição ao novo, curiosidade, persistência, valores e princípios éticos, inovação, paixão, sensibilidade e prática interdisciplinar.

Muito abrigado ao Ministério de Saúde Pública do Brasil, à UFCSPA e aquelas pessoas que acreditaram e deram seu voto à participação de outros profissionais médicos estrangeiros no Programa Mais Médicos para o Brasil e ao Curso de Especialização da Saúde da Família. A todos, MUITO OBRIGADO!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADILHA MICS, Carvalho MTC, Silva MO, Pinto VT. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro 1994 maio;2(1):83-90.
2. AIIEN, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222-1239.
3. AVANCI JQ, Assis SG, Oliveira R (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* ; 24:2334-46.
4. ARROLL B, Elley CR, Fishman T, Goodyears-Smith FA, Kenealy T, Blaski G, et al. (2009) Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*; (3): CD007954.
5. BAHLS SC (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr*; 78: 359-66.
6. BASSON R, Wejimar Shultz WC, Binik YM, Brotto LA, Eschenbach DA, Laan E, et al. (2004) Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain [internet]. In Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, et al. *Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women*. Paris: Health Publications [capturado em 14 de fev. 2016].p. 853-974. Disponível em: <http://www.icud.info/PDFs?Sexual-Medicine.pdf>.
7. BIAZUS, Camilla Baldicera; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt (2012). Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. *Psicol. estud, Maringá*,v.17,n.1,p.83-91.Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722012000100010&lng=en&nrm=iso. access on 14 Feb.2016 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100010>.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil; aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Editora MS, 2005.
10. BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986 [citado 2016 mar. 14]. Disponível em:<http://site.portalcofen.gov.br/node/416>
11. BRITO, Isabel (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Rev Port Clin Geral*, Lisboa, v. 27,n. 2,p. 208-214,mar. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 fev.2016.
12. CEARÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura. Fortaleza; 2002.
13. CECCIM RB, Machado NM. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; [1995]. 7 p
14. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM(COFEN). Resolução n. 159/1993, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Rio

- de Janeiro: COFEN; 1993 [citado 2016 mar. 14] Disponível em:<http://www.portalcofen.com.br>
15. COOK MN, Peterson J, Sheldon C (2009). Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry*; 6:17-31.
 16. CORDEIRO R, Claudino J, Arriaga M (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*; 39:1-9.
 17. DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, jan./abr. 2007.
 18. DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 29, n. 4, p.171-174, 2007.
 19. DU Bois, R. (2007). Emotional deprivation and narcissistic regulation - development and treatment of depressive crises in children and adolescents. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 206-223
 20. DUCHESNE, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III),49-53.
 21. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. Health care guidelines: preventive services for children and adolescents. Disponível em: Acesso em: 7 maio 2012.
 22. LEITE GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão. Paraná em 2013. *Cienc.cuid.saúde* 2005;4(30):224-30.
 23. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Acesso em: 7 maio 2012.
 24. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre: SMS, 2004.
 25. RIBEIRO CA, Ohara CVS, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura. In: Fujimori E, Ohara CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 223-47.
 26. RESENDE, Catarina et al (2013). Depressão nos adolescentes: mito ou realidade. *Nascer e Crescer*, Porto, v. 22,n. 3,p. 145-150. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 fev. 2016.
 27. WOLD HEALTH ORGANIZATION (2009). Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care [internet]. Geneva: WHO; [capturado em 14 de fev. 2016]. Disponível: http://www.iwho.int/mental_health/management/psychotropic/en/.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



VICENTE LEONIDES PRADO JUNCO

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA MINIMIZAR A SOBRECARGA QUE
EXPERIMENTAM OS CUIDADORES DE IDOSOS, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÉRIO**

PORTO ALEGRE – RS, 2016

RESUMO

Introdução: O progressivo envelhecimento da população traz consigo o incremento das situações de dependência, entre elas, as associadas a deterioração cognitiva que são as mais prevalentes e as causadoras de maior impacto em seus cuidadores e familiares. **Objetivo:** Prover de conhecimento aos cuidadores para melhorar sua qualidade de vida e consequentemente influenciar de modo positivo aos idosos a eles vinculados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo prospectivo, quase-experimental (estudo de intervenção) e contará de 4 etapas. Se utilizará a escala de Zarit para avaliar sobrecarga nos cuidadores. Para a determinação da significação estatística dos dados coletados se utilizará o processador estatístico X^2 . **Resultados esperados:** Redução da sobrecarga objetivando melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e eliminação da violência e maus trato ao idoso.

Descritores: Cuidadores. Sobrecarga. Idoso. Atenção Primária de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Durante muitas décadas o envelhecimento foi conceptualizado como um período de declínio e de perdas e, como tal, oposto ao processo de desenvolvimento. Atualmente, as teorias contextuais desenvolvimentais têm vindo a ganhar destaque defendendo o desenvolvimento e o envelhecimento como processos que ocorrem ao longo do ciclo vital, embora com diferentes contribuições para a determinação das mudanças evolutivas (BASTOS, Faría & Moreira, 2012).

De fato, a conjugação do decréscimo progressivo das taxas de natalidade com o aumento gradual da esperança média de vida, tem-se traduzido no envelhecimento populacional. Assim sendo, este escalão etário reflete atualmente uma categoria social que não pode ser ignorada (FECHINE, 2012). O Estado do Rio Grande do Sul, possui 9,3 % da sua população com 65 anos ou mais, um padrão etário que o país, como um todo, atingirá em 2020, conforme projeções preliminares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas (IBGE), com base no censo 2010 (SEIBT, 2012). No município de Sério conforme estimativa do IBGE 2010, contou-se uma população de 2.281 habitantes, sendo que a maior concentração populacional encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Destacam-se também, o grande percentual de idosos, 37,10 % da população.

O progressivo envelhecimento da população traz consigo o incremento das situações de dependência; entre elas, as associadas a deterioração cognitiva que são as mais prevalentes (PEDRO-Cuestas, 2009) e as causadoras de maior impacto em seus cuidadores e familiares (ORY, 1999; PINQUART, 2003). Ao longo do processo de envelhecimento ocorrem diversos tipos de perdas e mudanças físicas, psicológicas e biológicas que transformam as funções do indivíduo, provocando alterações na sua forma de ser, agir e estar e nos seus papéis sociais. Estas mudanças constituem-se como desafios para a manutenção do bem-estar do idoso.

A tarefa de cuidar leva frequentemente a aparição de uma ampla variedade de problemas de ordem físico, psíquico e sócio-familiar que formam um quadro clínico que é necessário conhecer e diagnosticar precocemente, para assim poder prevenir. A afetação vivenciada pelo cuidador e o sentimento que sua vida mudou adversamente a partir do cuidado do idoso, é resumida no conceito de ``carga``. Diversos fatores têm demonstrado que esta carga influencia na qualidade do cuidado

oferecido ao idoso (SCHULZ, 1995; DUNKIN, 1998; ARGIMON, 2004). Uma adequada atuação com o cuidador requer realizar um trabalho preventivo, tentando identificar os fatores de risco do mesmo, detectando precocemente a aparição de sobrecarga. Uma vez detectada a sobrecarga, intervir para evitar a progressão dos sintomas e diminuição da possibilidade de adoecer.

Sabe-se que o problema de saúde citado gera implicações não só para o paciente, mas também para o cuidador, família e sociedade em geral. No entanto, frequentemente, na prática cotidiana, os profissionais de saúde ainda dirigem sua atenção e recursos ao manejo das doenças do paciente apenas, sem se dar conta do contexto familiar que sofre muitas mudanças.

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Escasso conhecimento pelos cuidadores de como minimizar a sobrecarga que experimentam quando assistem a pessoas idosas.

CIENTÍFICO

Como contribuir na melhora do estado de saúde dos cuidadores no município de Sério?

JUSTIFICATIVA

Sendo o cuidador uma pessoa especialmente vulnerável, necessita que no âmbito da Atenção Primária de Saúde, sejam realizados todos os esforços à detecção precoce da situação de sobrecarga, reforçando os conhecimentos dos cuidadores na preservação de sua saúde, em todas as oportunidades, objetivando melhorar a qualidade de vida deles e das pessoas aos seus cuidados.

2. OBJETIVOS GERAL

Prover de conhecimento aos cuidadores para melhorar sua qualidade de vida e conseqüentemente influenciar de modo positivo aos idosos a eles vinculados.

2.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Explorar os conhecimentos que tem os cuidadores sobre as necessidades das pessoas idosas.
2. Determinar a sobrecarga existente nos cuidadores.
3. Executar um programa de intervenção educativa que contribua para elevar o grau de conhecimento e atuação dos cuidadores.
4. Avaliar o grau de conhecimento adquirido, como também o nível de sobrecarga dos cuidadores, após a intervenção educativa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A OMS afirma que o envelhecimento populacional é uma transição difícil pois tem repercussões em todas as etapas da vida humana, influenciando na composição e modalidades da convivência familiar, na saúde e bem-estar dos cuidadores. Isto ocorre devido à implícita deficiência na funcionalidade da pessoa idosa, de tal maneira que quem se encontra nesta etapa, depende de outros para realizar as funções e necessidades básicas, assim como, outros tipos de atividades que contribuem ao bem-estar geral (OMS, 2012).

O CUIDADOR FAMILIAR

O cuidador familiar é a pessoa contratada para atender as necessidades básicas e psicossociais do idoso; aquele que supervisiona suas ações cotidianas domiciliares. Denomina-se como tal, porque geralmente a pessoa que assume esta responsabilidade tem laços de parentesco com o idoso. Também, pode fazer referência ao cuidador informal devido à carência de preparação formal para realizar as atividades de cuidados (De VALLE-Alonso,2015). Este pode ser escolhido arbitrariamente, por conveniência ou voluntariamente, contratado ou por coerção dos familiares.

Destaca-se ainda o fato de muitos cuidadores procurarem obter habilidades para cuidar de forma a combater as dificuldades e necessidades que sentem ao cuidar. Percebem que a falta de habilidades e conhecimentos interfere na qualidade dos cuidados, e assim, fenômenos como a sobrecarga e o desgaste físico surgem com mais facilidade (MADUREIRA,2012). Os cuidadores familiares classificam-se como principais ou primários, secundários e terciários, segundo ao grau de responsabilidade que assumem ao cuidado dos idosos (SEQUEIRA,2007).

O cuidador primário ou principal, é aquele que assume a responsabilidade de supervisionar e orientar diretamente o idoso, realizando a maior parte dos cuidados.

O secundário ajuda na prestação dos cuidados de forma pontual, mas não tem a responsabilidade direta sobre o idoso. Habitualmente corresponde a familiares que dão apoio ao cuidador informal principal. Já o cuidador terciário pode ser um amigo, vizinho que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem nenhuma responsabilidade (SEQUEIRA,2007).

A atenção que realiza o cuidador familiar, modifica o tempo dedicado a suas ações do lazer, atividades sociais, de relacionamento, de sua vida íntima e liberdade, provocando problemas em sua harmonia emocional. O homem ou mulher que assume o papel de cuidador, enfrenta situações que muitas vezes não conhece, sendo possível que experimentem temor, ansiedade ou estresse, porque sua vida cotidiana vê-se perturbada e isto origina sensação de carga rigorosa. Além disso, a dúvida de não saber se o cuidado será por tempo prolongado ou não, dali a importância de tratar a sobrecarga do cuidador do idoso (DE VALLE-Alonso,2015).

A SOBRECARGA

O termo sobrecarga tem sido usado para designar problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros, experimentados pelos familiares cuidadores de adultos dependentes. A sobrecarga descrita como a perturbação resultante ao lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, é correspondente à percepção subjetiva, relativa às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador (MARTINS et al, 2015).

Podem distinguir-se dois tipos de sobrecarga: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva (GOTTLIEB,1989). A sobrecarga objetiva esta associada às tarefas de cuidar e a sobrecarga subjetiva relaciona-se, fundamentalmente, com características pessoais do cuidador como percepção de sobrecarga (MÓNICO, Custódio e Frazão,2012), correspondendo às reações emocionais e às respostas comportamentais e cognitivas, face à prestação de cuidados (GOTTLIEB,1989).

Segundo DUNNKIN, 1998 e SCHULZ, 2008, a carga sobre qual o cuidador é submetido, pode expressar-se em distintas áreas:

Problemas físicos: um grande número de vezes trata-se de problemas frequentes na faixa etária a que pertencem a maioria dos cuidadores, mas que são agravados pelas tarefas próprias de seu ofício de cuidados. Idade avançada, nível socioeconômico baixo e falta de apoio associa-se a piora da saúde física do cuidador (FISTERRA,2015). Se constata um empobrecimento na autopercepção de saúde e um grau variável de descuido nos hábitos de saúde do cuidador, particularmente no seguimento de uma dieta saudável. Múltiplas vezes se produz uma diminuição na tolerância a dor, com aparição de queixas somáticas múltiplas, destacando entre elas

as referidas a dor de tipo mecânico crônico do aparelho osteoarticular; outras são astenia, cefaleia de caráter tensional e outras inespecíficas (FISTERRA, 2012).

Problemas psíquicos: Entre os elementos que causam a aparição de distúrbios nesta esfera destaca-se a própria incapacidade do paciente idoso, as tarefas que deve realizar o cuidador, o impacto negativo destas sobre sua qualidade de vida e uma deficiente técnica de afrontamento, que os converte em mais vulneráveis (SCHOENMAKERS,2010). Os principais problemas psíquicos do cuidador são a depressão, a ansiedade e distúrbios de sono, que constituem vias de expressão de seu estresse emocional.

Problemas de índole sócio-familiar: Neste âmbito aparecem frequentemente conflitos familiares como consequências das obrigações laborais, dificuldades econômicas e diminuição das atividades sociais e do lazer (CONNELL,2001; ETTRS,2008). O cuidador precisa de ser alvo de orientação em como proceder nas situações difíceis e receber periódicas visitas domiciliares de profissionais como médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental, permitindo sua satisfação no que faz, confiança e melhora de sua capacidade em oferecer uma assistência de qualidade.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, quase-experimental (estudo de intervenção), com o objetivo de prover de conhecimento os cuidadores objetivando melhorar sua qualidade de vida e conseqüentemente influenciar de modo positivo aos idosos a eles vinculados. O universo estará constituído pelo número de cuidadores existentes em nossa área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sério, e para a amostra definitiva, dá-se a conhecer os objetivos do projeto, explicando que não representará risco para sua integridade física e que estarão livres para participar ou não do projeto.

Ter-se-á presente os princípios ético-morais que caracterizam este tipo de estudo. Considera-se como critério de inclusão a aceitação voluntária dos cuidadores para participar do projeto (Consentimento Livre e Esclarecido; Anexo 1); ser cuidador do idoso (≥ 60 , de acordo com critérios estabelecidos pela Portaria GM nº 2.528 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) e apresentar condições de comunicação. O projeto de intervenção contará de 4 etapas:

Primeira etapa – Apresentação do projeto: Apresentação para os profissionais da saúde da UBS e público-alvo, do programa de intervenção, descrevendo-se como se desenvolverá o mesmo.

Segunda etapa – Diagnóstico: Se explorará os conhecimentos que os cuidadores têm sobre as necessidades da pessoa idosa a seu cuidado, doenças e manejo das mesmas, utilizando a técnica de chuva de ideias. Essas idéias partirão do grupo envolvido, onde os participantes podem expor seus conhecimentos. É proibido censuras, já que para o processo criativo fluir naturalmente, se faz necessário que as pessoas sintam-se à vontade. O tempo destinado a isso será de uma hora esta sessão terá um facilitador, o qual organizará e registrará as ideias e deixará em documentação escrita e/ou gravação, áudio/vídeo da sessão. Logo se avaliará a sobrecarga dos cuidadores, utilizando a Escala Zarit Burden, versão brasileira. Esta escala, consta de 22 itens, sendo que cada um é pontuado de zero a quatro e a última questão avalia a intensidade de sobrecarga para o cuidador.

O escore é calculado somando-se todos os itens e podendo variar este de zero a 88 (Anexo 2). Quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. Os dados serão coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde, após prévio treinamento durante os matrizes. Cada documento terá o nome do sujeito envolvido.

Terceira etapa – Execução do projeto: Esta etapa constará de 9 sessões de trabalho, com uma duração de 3 horas, uma vez por semana. Se utilizará metodologia problematizadora ao início de cada sessão, que partirá da realidade das pessoas envolvidas. O importante não será só transmitir conteúdos específicos, mas de despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

Os temas a serem abordados são:

Tema Nº 1. Características gerais do envelhecimento (1 sessão). Objetivo: Prover de informações aos cuidadores sobre o processo do envelhecimento.

Conteúdo: Conceito e Características do envelhecimento; modificações biológicas, psicológicas e sociais. Vídeo: ``A arte de envelhecer`` Lar dos idosos Irmã Dulce. Responsáveis: Médico, téc/aux enfermagem.

Tema Nº 2. Cuidados gerais na pessoa idosa (3 sessões). Objetivo: Fornecer ao cuidador com técnicas e ferramentas adequadas para o manejo de possíveis conflitos diante o cuidado do idoso. Conteúdo: Alimentação saudável para pessoas idosas; cuidados higiênicos e conforto (pessoal e ambiente), sono; medicação; manutenção e melhora da mobilidade e independência nas atividades de vida diária; manejo postural (transferência e posicionamento adequados no leito, sentado, deitado e em pé); prevenção das lesões não intencionais. Responsáveis: Médico, enfermeira, téc/aux enfermagem, nutricionista, fisiatra, estomatólogo.

Tema Nº 3. Comunicação com a Pessoa Idosa (1 sessão). Objetivo: Orientar e ensinar técnicas de comunicação para melhorar o vínculo cuidador- idoso. Conteúdo: Definição de comunicação; fatores relacionados às dimensões da comunicação (Biofisiológica, Psicológica, Sociológica, Cultural e/ou espiritual); medidas que podem auxiliar a comunicação com as pessoas idosas que apresentem declínio auditivo; linguagem; comunicação não-verbal. Responsáveis: Psicologo e médico.

Tema Nº 4. Atenção ao cuidador (3 sessões). Objetivo: Ensinar ao cuidador estratégias para fornecer os cuidados sanitários e proteger a própria saúde física e mental. Conteúdo: Importância do cuidador na comunidade; organização do plano de atividades diárias, limites do cuidado e condições gerais de segurança no domicílio; sono e repouso; alimentação; sinais de alerta de sobrecarga; aplicação da mecânica corporal (alinhamento do corpo ou postura, equilíbrio e movimento coordenado); técnica de relaxamento. Responsável: Médico, enfermeira, téc/aux enfermagem, nutricionista, Professora de educação física.

Tema Nº 5. Violência infrafamiliar e maus tratos contra as pessoas idosas (1 sessão). Objetivos: Expor os tipos de violências a que são submetidas as pessoas idosas no domicílio e como preveni-las. Conhecer as implicações médico-legais. Conteúdo: Violência, Definição. Tipos e Prevenção; Lei 10.741/03; Portaria GM 2.528/06 (PNSPI); Lei 8.842/94 (PNI). Vídeo: Conexão repórter ``maltrato a idosos`` 08/11/2012. Reflexão. Responsáveis: Assistente social e médico.

Quarta etapa: Avaliação. Se repetirá a mesma escala aplicada na segunda etapa, e se explorará os conhecimentos alcançados durante o programa de intervenção de maneira prática. Isto permitirá avaliar as ações realizadas a fim de atenuar e/ou diminuir a sobrecarga dentro da tarefa de cuidar.

Atividades práticas: 8 horas em total, divididas em 2 sessões. Determinar-se-á o grau de satisfação pelos sujeitos envolvidos no projeto, pesquisando os pontos positivos e negativos da intervenção em cada sessão de trabalho, segundo terceira etapa (anexo 3 e 4).

Para o processamento estatístico dos dados coletados, serão levados a tabelas onde mostrar-se-á a informações resumidas através de medidas descritivas, como as frequências absolutas e os por centos.

Para a determinação da significação estatística dos dados coletados com a escala de Zarit Burden, utilizar-se-á o processador estatístico X^2 .

Revisar-se-ão artigos científicos sobre o tema na base de dados Medline com o objetivo de fornecer e melhorar a fundamentação teórica e científica que dá suporte ao projeto de intervenção.

5. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Atividades previstas/ano	2015		2016			
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Apresentação do projeto de intervenção para a EBS						
Autorização para realização do projeto						
Apresentação do projeto de intervenção para os cuidadores.						
Diagnóstico						
Execução do projeto			Sessão N°1 Sessão N°2 Sessão N°3	Sessão N°4 Sessão N°5 Sessão N°6 Sessão N°7	Sessão N°8 Sessão N°9	
Avaliação						
Coleta de dados						
Tratamento estatístico dos						

dados						
Discussão dos resultados e conclusões						
Revisão bibliográfica						

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

- Médicos da ESF;
- Enfermeiro;
- Téc/Aux Enfermagem;
- Dentista;
- Psicóloga;
- Nutricionista;
- Fisioterapeuta;
- Assistente social;
- Agentes comunitário de saúde;
- Professora de educação física

6.2 Materiais de consumo

- Papeis;
- Canetas;
- Pasta para arquivos do planejamento das atividades.

6.3 Materiais Permanentes

- Local adequado, com equipamentos necessários para realização das atividades;
- Computadora(1);
- Pendrive (1);
- Data show (1);
- Impressora (1);
- Câmara fotográfica (1);
- Filmes ou vídeos.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com a implementação do Projeto de intervenção atingir as seguintes metas:

- Redução da sobrecarga, objetivando melhorar a qualidade de vida dos cuidadores;
- Eliminação da violência e maus trato ao idoso;
- Ampliação das ações de promoção e prevenção através do apoio multidisciplinar;
- Aperfeiçoamento do trabalho da EBS;
- Promover a inter-relação entre família-serviços-comunidade;
- Cumprimento do prazo de projeto de intervenção com o desenho estipulado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARGIMON, J.M. et al. Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Fam Prat.* 2004; 21 (4): 454-7. PubMed PMID: 152495537 texto completo.
2. FISTERRA. Atención al cuidador del paciente com demencia. Atención Primaria de Salud. Acesso 05/07/2015. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/atencion-al-cuidador-paciente-con-demencia/>
3. BASTOS, A.; Faria, C.; Moreira, E. Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: Dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In: Paúl, C.; Ribeiro, O. (coord.). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2012: 107-127.
4. CONNELL, C.M.; Janevic, M.R.; Gallant, M.P. The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2001; 14(4): 179-87. PubMed PMID: 117 94446.
5. DE PEDRO-Cuesta.J et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol.* 2009;9:55. PubMed PMID: 19840375 Texto completo.
6. DE VALLE-Alonso, M.J. et al. Sobrecarga y Bournout em cuidadores de adulto mayor. *Enfermeria universitaria*. Universidad Nacional Autónoma de Mexico; 2015; 12 (1): 19-27.
7. DUNKIN, J.J.; Anderson-Hanley, C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology.* 1998;51(1 Suppl 1):S53-60; discussion S65-7. PubMed PMID: 9674763.
8. ETTERS, L.; Goodall, D.; Harrison, B.E. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse pract.* 2008; 20 (8): 423-8. PubMed PMID: 18786017.
9. FECHINE, B. R.; Tropieri, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista científica internacional*, N. 20, vol. 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012.
10. GOTTLIEB, B. A contextual perspective on stress in family care elderly. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne [sn]*, 1989: 596-607.
11. MADUREIRA, M. Cuidado do cuidador informal da pessoa em situação terminal. In: Barbosa, A. *Investigação qualitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: faculdade de medicina de Lisboa., 2012: 147-161.
12. MARTINS, M.E. Envelhecimento resiliência. Perspetivas para a reabilitação do idoso. *Cadernos do GREI nº 24*. Fevereiro 2015.
13. MÓNICO, L.; Custódio, J. R.; Frazão, A. A.. The informal caregiver of dependent elderly: Levels of burden and related variables. *International journal of Developmental and educational Psychology*, 2012; 3:149-159.
14. ORGANIZACIÓN mundial de la salud. Envejecimiento y ciclo de vida. *Dia internacional de las Personas Mayores*. Ginebra: OMS 2012. Acesso 08/09/2015.
15. ORY, M.G. et al. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist.* 1999;39(2):177-85. PubMed PMID: 10224714.
16. PINQUART, M.; Sörensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis.

- Psychol Aging. 2003;18(2):250-67. PubMed PMID: 12825775.
17. SCHULZ, R. et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. Gerontologist. 1995;35(6):771-91. PubMed PMID: 8557205.
 18. SEIBT, T. Envelhecimento acelerado da população desafia cidades gaúchas [s.l.;s.n.]; 2012. Disponível em <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/bem-estar/noticia/2012/07/envelhecimento-acelerado-da-populacao-desafia-cidades-gauchas-3833308.html>. Acesso em 06/08/2015.
 19. SEQUEIRA, C. Cuidar de Idosos dependentes. Coimbra: Quarteto editora; 2007.
 20. SHOENMAKERS, B.; Buntix, F.; Delepeleire, J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas. 2010; 66(2): 191-200. Pubmed PMID: 20307942

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente instrumento, declaro que fui informado (a) sobre o projeto de intervenção “Estratégia de intervenção para minimizar a sobrecarga que experimentam os cuidadores de idosos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Sério” pelo (a) médico (a) (nome completo do médico).

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, importância e os benefícios do projeto *a que vou a participar*.

Estou ciente que o projeto não representará risco para minha integridade física e que estarei livre para participar ou não do mesmo.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento segundo acima descrito.

Local _____ data: ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do cuidador

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha

ANEXO 2- BURDEN INTERVIEW (ZARIT & ZARIT, 1987; TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS: MARCIA SCAZUFCA)

INSTRUÇÕES:

A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S esta por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente a vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr/Sra sente que n, o tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

16. O Sr/Sra sente que é incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria fazer mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto S refere-se a quem É cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

Grau de sobrecarga	
Sobrecarga	Pontuação
Pequena	0-20
Moderada	21-40
Moderada-severa	41-60
Severa	61-88

ANEXO 3 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

Projeto de intervenção: Estratégia de intervenção para minimizar a sobrecarga que experimentam os cuidadores de idosos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Sério		
Tema: N° _____	Sessão: N° _____	
	Data: _____ / ____ / _____	
Aspectos	Avaliação	
Assistência dos cuidadores	Bom	
	Regular	
	Mal	
Qualidade da sessão	Bom	
	Regular	
	Mal	
Dinâmica da sessão	Interação conseguida	
	Interação Não conseguida	

Assinatura do responsável e Carimbo

ANEXO 4 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

Projeto de intervenção: Estratégia de intervenção para minimizar a sobrecarga que experimentam os cuidadores de idosos, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Sério			
Tema: N°		Sessão: N° _____	
		Data: ____ / ____ / ____	
Aspectos	Avaliação		
Assistência dos cuidadores	Bom	>80 %	Segundo lista de presença para cada sessão
	Regular	70-80 %	
	Mal	<70 %	
Qualidade da sessão	Bom	>80 %	Segundo critério dos cuidadores
	Regular	70-80 %	
	Mal	<70 %	
Dinâmica da sessão	Interação conseguida		Segundo observação
	Interação Não conseguida		

Figura 1 - Vista aérea do município Sério



Figura 2 - Unidade Básica de Saúde, Sério.



Figura 3 - Consulta de Puericultura pelo médico da ESF



Figura 4 - Reunião da EBS

