



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Tereza Jürgensen

Os profissionais da Atenção Básica e a aposta em um
envelhecer saudável em uma Unidade Básica de Saúde
do município de Ivaí - PR

Florianópolis, Março de 2016

Tereza Jürgensen

Os profissionais da Atenção Básica e a aposta em um envelhecer
saudável em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ivaí -
PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Tereza Jürgensen

Os profissionais da Atenção Básica e a aposta em um envelhecer
saudável em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ivaí -
PR

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

O município de Ivaí-PR possui uma população idosa expressiva que corresponde à maioria dos doentes crônicos, domiciliados, acamados ou pessoas que vivem sozinhas. Identificamos como problema a falta de cuidado e ações que pudessem promover o bem estar nesta população, pois trata-se de uma população vulnerável, encontra-se fragilizada e que por vezes não recebe um atendimento direcionado aos seus interesses, nem à sua etapa de vida. Desta forma, o objetivo deste trabalho é otimizar as condições de saúde dos idosos em nossa comunidade com atenção para o processo de envelhecimento promovendo o envelhecer saudável. A primeira ação é reconhecer os fatores de risco que envolvem os idosos da comunidade. Para tal ação utilizaremos durante as visitas domiciliares dos agentes comunitários o instrumento VES-13. Após a identificação dos idosos, aqueles identificados como frágeis ou em risco de fragilização serão encaminhados para consulta clínica no Centro de Saúde onde será realizada a avaliação multifuncional e o plano de cuidados. Outra ação proposta serão as reuniões e encontros com o grupo de idosos, onde ocorrerão rodas de conversa, palestras, atividades recreativas, e atividades físicas de acordo com a proposta construída coletivamente no próprio espaço do grupo. Com a realização deste projeto esperamos cadastrar, reconhecer atender e acompanhar toda a população idosa da nossa área de atuação, para assim, proporcionar o processo do envelhecimento numa fase agradável, rompendo alguns estigmas existentes na comunidade e valorizando nossos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Capacidade Funcional, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Ivaí foi fundado no ano de 1961, pois antes pertencia ao município vizinho de Ipiranga. Portanto, sua história começa em 1850, quando imigrantes poloneses, ucranianos e holandeses ocupam o território do que hoje se conhece como Campos Gerais – região central do estado do Paraná. O município possui 12.800 habitantes dos quais 3.700 vivem na zona urbana – população pertencente à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde em que trabalho. Sem dúvida a organização social de maior influência e que agrega mais pessoas são as igrejas, no caso do município a igreja católica e a igreja ucraniana. É nelas onde se realizam as principais atividades de lazer, encontros, sociais, atividades grupais, etc.

Boa parte dos bairros novos (de aproximadamente 20 anos atrás) está constituída por migração interna do campo para a cidade. A base da economia municipal é o setor primário fundamentalmente agropecuário onde se destaca a produção da erva-mate e fumo, com escasso setor de serviços e apenas uma indústria de papel reciclado de pequeno porte situado em uma das localidades rurais. Um dos bairros é fruto de ocupação urbana e o outro de loteamento para programas habitacionais, sendo o primeiro área de risco para enchentes e deslizamentos. O segundo já é fruto de uma realocação das famílias da área de risco. As casas em sua maioria são de alvenaria, porém nem todas possuem rede de esgoto no município e apenas algumas ruas do centro são asfaltadas.

Neste contexto, a população adscrita está constituída em uma pequena parte por proprietários de terras que residem na cidade, empregados do setor de serviços, e maioritariamente por bóias-frias e trabalhadores informais. Desta população, 41,66% não trabalha e pode-se observar que grande parte desta parcela é do sexo feminino. Boa parte é, portanto, população de baixa ou nenhuma renda, considerada de risco não somente pelas condições de moradia, mas também pelo baixo nível de escolaridade e renda familiar instável. Embora muitos tenham acesso aos programas de benefícios do governo principalmente o Bolsa Família.

A distribuição por sexo é de 49,11% feminino e 50,89% masculino, com uma pirâmide populacional de base larga acompanhando a transição demográfica nacional.

O município conta com duas escolas no centro da cidade, com ensino fundamental e médio. Bem como um hospital de pequeno porte equipado apenas para pequenas cirurgias e atendimentos de emergência, não contando com UTI nem sala de internação de casos mais complexos. Um posto de saúde central no qual se realizam consultas por demanda espontânea e com agendamento prévio no qual se realizam consultas de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria. Todas estas estruturas são públicas e na sua maioria municipal

Entre os problemas sociais mais relevantes se encontram a evasão escolar, a baixa

renda, baixa escolaridade, a drogadição e a violência - sobretudo familiar. Também o acesso aos serviços de saúde é difícil não pela distância, mas pela saturação do posto de saúde e pela ausência até então da Estratégia de Saúde Familiar que abrangesse essa população.

Quanto à morbidade, temos uma prevalência de HAS de 15,25% e de Diabetes Melitus de 4,2%, e entre as principais queixas ambulatoriais temos doenças circulatórias, saúde mental, infecto-parasitárias, doenças respiratórias e osteoarticulares. Muitos pacientes são hipermedicalizados, não possuem adesão ao tratamento e não realizam o tratamento da maneira correta. A taxa de mortalidade do município no ano de 2015 foi de 5.09 para cada 1000 habitantes, sendo as principais causas doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, respiratórias e infecciosas/parasitárias. A taxa de mortalidade infantil se encontra em 15,7 para cada 1000 nascidos vivos sendo já tema de debate no conselho municipal de saúde a necessidade de melhorar a atenção materna-infantil principalmente em seu seguimento. Atualmente possuímos 28 gestantes das quais 13 realizam seguimento para gestação de risco e 10 são adolescentes. Por faixa etária de interesse se registram 294 crianças menores de 5 anos, muitas sem nunca haver comparecido à puericultura e 413 idosos, que representam 71% da população sabidamente hipertensa, 56% da população que refere problemas de saúde mental. Além de serem a maioria dos pacientes que se encontram acamados ou domiciliados, muitos idosos também residem sozinhos.

A qualidade e acompanhamento da saúde do idoso em nossa população surge, portanto como um problema identificado pela equipe de saúde. Identificamos como problema a falta de cuidado, de promoção da saúde nesta população, a grande demanda de atendimento por parte dos idosos gerando saturação e gastos elevados, e a hipermedicalização dos mesmos.

Justificamos esta escolha por ser um problema atual, intermediário, de controle total apesar de ser quase estruturado. Trata-se muitas vezes de uma população vulnerável, que acaba por encontrar-se fragilizada, não recebe um atendimento direcionado aos seus interesses nem à sua etapa de vida. Além de ao se iniciar o trabalho com base na promoção da saúde, podemos ver resultados significativos na qualidade de vida desta população, para que esta possa envelhecer sem tornar-se senil. Existe grande interesse tanto do município em realizar este trabalho, e o estado também vem incentivando ações voltadas ao cuidado do idoso com oficinas e capacitações para que os profissionais possam apresentar solução para esta demanda. Por tudo, é oportuno realizar a intervenção desenvolvendo um programa de saúde do idoso na nossa comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Otimizar as condições de saúde dos idosos em nossa comunidade com atenção para o processo de envelhecimento promovendo o envelhecer saudável.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar a estratificação de risco dos idosos da área de abrangência através do instrumento VES-13.
- Realizar plano terapêutico individualizado para os idosos da área.
- Criar espaços coletivos e fomentar a participação da população idosa nos mesmos com função terapêutica e de promoção da saúde.

3 Revisão da Literatura

O aumento da expectativa de vida e os cuidados com o idoso no Brasil.

No Brasil, é considerado idoso todo indivíduo com idade a partir dos 60 anos segundo o estatuto do idoso instituído em 2003, destinado a regular os direitos assegurados a esta população.(BRASIL, 2003) O processo de envelhecimento populacional se dá de forma acelerada em todo mundo, com o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade.

Segundo Pereira (2014), observa-se em nosso país um aumento do número de idosos de 3 milhões, em 1960 para mais de 21 milhões em 2010, compondo no Estado do Paraná 11,2% da população geral no mesmo ano onde para cada grupo de 100 jovens de idade até 15 anos havia 49 idosos. Para 2012 a população idosa no Paraná foi estimada em 12,93% da população total do estado (IBGE, 2016), o que nos mostra a velocidade do envelhecimento populacional. Este envelhecimento populacional vem trazendo importante carga ao sistema de saúde, tendo seus gastos estimados em 40% dos gastos em saúde. Para se ter idéia, no ano de 2013 no Estado do Paraná, 26,5% das internações foram por idosos o que correspondeu a 34,3% dos custos com procedimentos para esta faixa etária.

Com a mudança no panorama epidemiológico brasileiro, seguido na região, do predomínio das doenças crônico-degenerativas sobre as doenças infecciosas podemos observar o aumento da demanda dos serviços de atenção à saúde do idoso uma vez que a prevalência de tais doenças é elevada nesta população. Também associada aos motivos de internações que tem em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, boa parte delas consequência das doenças crônicas.

Todavia, ainda que estas doenças sejam mais prevalentes nesta população, devemos ter claro o conceito de saúde do idoso evitando relacionar a presença de doenças com a ausência de saúde. Pois, nem sempre estas doenças causam dependência funcional. Para Moraes e Moraes (2014), define-se saúde como "uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças".

Existem muitas modificações no organismo no processo de envelhecer, desta forma é importante a população e os profissionais de saúde diferenciar as alterações normais do envelhecimento, também chamadas senescência, das alterações associada ao envelhecimento patológico ou senilidade. Somente assim evitamos de tratar desnecessariamente as modificações normais e principalmente evitar negligências justificando alterações patológicas como próprias da idade.

Por tal motivo, instituiu-se um novo indicador de saúde no que diz respeito ao idoso: a capacidade funcional. O que nos permite, segundo Moraes (2012) manter o foco na funcionalidade global do indivíduo que é definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Neste contexto, a pessoa seria considerada saudável quando capaz de

realizar suas atividades sozinhas, de forma plena, independente de possuir ou não doenças ou ainda de ser muito idosa. O que significa basicamente, ter autonomia (capacidade de decisão e comandos) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios) – embora conceitos complementares para o bem-estar ainda que distintos podendo existir um de maneira isolada do outro (PEREIRA, 2014). Por exemplo a condição mental do indivíduo muitas vezes garante a autonomia, embora por alguma limitação física que este possa ter comprometa sua independência.

Para a garantia da autonomia é de suma importância o funcionamento íntegro das seguintes funções e domínios: (SAÚDE, 2003)

- Cognição: capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano.
- Humor/ comportamento: é a motivação necessária para a realização das atividades com participação social. Inclui também as funções de senso-percepção, pensamento e consciência.

Bem como outros domínios estariam relacionados com a independência, a saber: (SAÚDE, 2003)

- Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio, que depende dos subsistemas capacidade aeróbica e muscular, alcance/preensão/pinça e marcha/postura/transferência. Também a continência esfinteriana é considerada um subitem da mobilidade por interferir na mobilidade e na participação social do idoso.
- Comunicação: é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, idéias e sentimentos. Depende dos subsistemas: visão, audição e motricidade orofacial. Esta última é representada pela fala, voz, deglutição.

Estes conceitos nos permitem avaliar a presença ou não do declínio funcional do idoso, que não devem ser atribuídos ao envelhecimento normal do indivíduo, ou como popularmente é referido como normal da idade. São muitas vezes consequências resultantes das chamadas Grandes Síndromes Geriátricas que acabam levando aos piores desfechos desta população como outras incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte.

Pelo exposto, aborda-se como os principais problemas de saúde na população idosa as condições incluídas nas grandes Síndromes Geriátricas, e não nomes de doenças. Estas são: Incapacidade Cognitiva, Instabilidades Postural, Incontinência Esfinteriana, Imobilidade e Incapacidade Comunicativa. Ainda podemos incluir dentro das síndromes a Insuficiência Familiar que piora as condições anteriores e muitas vezes é consequência da iatrogenia no manejo clínico seja pela sua complexidade ou pela falta de orientações.

Este declínio funcional nos demonstra o grau de fragilidade do idoso, ou também chamado vulnerabilidade. Um conceito que possui muitas descrições em distintas literaturas, mas nos utilizaremos o conceito de Fragilidade Multidimensional, proposto por [Moraes \(2012\)](#) mais amplamente utilizado na saúde pública. Ela seria segundo o autor definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais tendo como consequência maior vulnerabilidade ao declínio funcional. Este conceito propõe que as condições de saúde que trazem desfechos adversos teriam dois componentes: clínico-funcional e sócio-familiar.

O atendimento ao idoso na Atenção Básica

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o serviço de saúde e orienta-se por princípios a saber: acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Sua organização utiliza como estratégia a Saúde da Família, que trabalha através de equipes que se utilizam de técnicas interdisciplinares para proporcionar uma atenção integral humanitária, responsabilizando-se pela saúde da população a ela adscrita. Estas equipes devem sempre considerar a realidade local e valorizar as necessidades de cada grupo populacional. ([BRASIL, 2006](#))

Os idosos caracterizam um destes grupos, devendo, portanto, ser atendidos pela equipe de saúde da família conforme os princípios da Atenção Básica, que também caracteriza a porta de entrada ao sistema de saúde para tal população. Incluindo todos os idosos de sua área de abrangência, estejam institucionalizados ou não. Seja por demanda espontânea ou por busca ativa nas visitas domiciliares, a atenção básica oferece à esta população e sua rede de suporte social uma atenção humanizada respeitando as culturas e as diversidades do envelhecer, criando uma rede de apoio para promover a saúde em todas as etapas da vida. O que vem a influenciar no envelhecimento ativo e independente.

Este processo inicia-se pelo Acolhimento, que segundo [Brasil \(2006\)](#) é uma ação que implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias, constantemente renovados. No caso da população idosa, os profissionais que o realizam devem prezar sempre pelo estabelecimento de uma relação respeitosa, dirigir-se diretamente ao idoso certificando-se que a linguagem e as condições são adequadas para a compreensão da informação transmitida, partindo do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas. O Acolhimento é função de todos os membros da equipe de saúde, assim como conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, identificar e acompanhar os idosos frágeis ou com risco, desenvolver atividades de prevenção e promoção, preencher e atualizar a caderneta do idoso e prestar atenção contínua às necessidades de saúde articuladas com os demais níveis de atenção.

Na realidade da nossa Unidade de Saúde, contamos apenas com os Agentes de Saúde, Enfermeiro e Médico. Cabe, portanto, as atribuições individuais de cada profissional. Conforme [Brasil \(2006\)](#), aos agentes comunitários de saúde corresponde o cadastro, iden-

tificação de fragilidade, acompanhamento com visitas domiciliares, integração da equipe mantendo todos informados sobre a situação dos idosos de sua microárea, estar em contato permanente com as famílias, identificar riscos à saúde relacionados com o domicílio entre outros. Ao médico, além da atenção integral às pessoas idosas, com consulta contendo a avaliação multidimensional, prescrição de tratamento, solicitação de exames e outras atribuições exclusivas do médico em qualquer atendimento, cabe também a assistência domiciliar se necessário, e a realização das atividades de educação permanente e interdisciplinar. Ao enfermeiro, cabem as mesmas ações de atenção, educativas e prescrição conforme protocolos locais e normativas técnicas, além da supervisão e coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Desta forma, a equipe de saúde é instrumentada com o conhecimento e recursos técnicos necessários para atender à população idosa de sua área da melhor maneira possível, respeitando os princípios da atenção primária e constituindo-se a melhor ferramenta de acompanhamento da saúde do idoso dos sistemas de saúde. Nenhum outro nível de atenção é capaz de sozinho, responsabilizar-se a promover a saúde, prevenir agravos, e atender às doenças estabelecidas da mesma maneira que a atenção básica. Por tal motivo que devem funcionar como referência e contra-referência, sempre passando pela equipe da atenção básica.

A avaliação multidimensional e o instrumento VES-13

Frente ao exposto, é essencial para o manejo adequado da fragilidade do idoso, bem como otimização de sua condição de saúde a realização de uma avaliação multidimensional do mesmo. Porém, por ser este um processo que demanda tempo e equipe capacitada, o mesmo não é indicado para todos os idosos mas sim para os que tenham algum grau de fragilidade. Estes devem ser identificados e receber atendimento prioritário. Esta identificação pode ser realizada pela chamada avaliação funcional, essencial para a realização de diagnóstico, prognóstico e decisões sobre os cuidados a serem realizados. Ela visa a verificação sistematizada das atividades de vida diária (AVD) para determinar em que nível as doenças e agravos impedem o desenvolvimento da vida autônoma e independente.

Para tal, utilizamos o instrumento incluído na nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa portanto já aprovado nacionalmente e preconizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná denominado VES-13. A aplicação do mesmo é realizada na própria comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde que ao identificar sinais de alerta para a fragilidade encaminham o idoso a uma avaliação mais detalhada pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (LUZ; SANTIAGO; SILVA, 2013).

O VES-13 se apresenta como um instrumento simples e eficaz podendo ser respondido pelos pacientes, familiares ou cuidadores dispensando a observação direta do indivíduo e com duração média da aplicação do questionário de quatro a cinco minutos. Baseia-se na avaliação das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano, com ênfase nos dados relacionados à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações

físicas e incapacidades. Estes dados compõem o instrumento sendo dividido em 13 itens, onde cada um recebe uma pontuação cujo somatório final varia de zero a 10 pontos. Pontuação de até dois pontos indica um idoso robusto ou de baixo risco, maior ou igual a três significa um risco de fragilidade estimado em 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos independente de sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes (LUZ; SANTIAGO; SILVA, 2013). A pontuação maior ou igual a sete já nos indica um idoso frágil.

Na descrição de cada categoria que nos permite verificar quais são as características de cada bem como suas principais necessidades, que nos orientarão na estratégia a ser traçada e ações a serem realizadas com cada uma delas. É importante lembrar que a estratificação não é um processo estático, pois o idoso pode apresentar melhora ou piora ao longo do tempo.

O idoso robusto é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. Não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. O foco das intervenções é a manutenção da autonomia e a independência do indivíduo através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, secundária, quaternária e manejo clínico adequado das doenças, conforme estabelecido nos protocolos de doenças específicas, considerando as particularidades da saúde da população idosa. O idoso em risco de fragilização é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como sarcopenia, polipatologia ou polifarmácia, história de internações recentes, insuficiência familiar. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional através das seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária. Já o idoso frágil possui declínio funcional estabelecido e é incapaz de gerenciar sua vida em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e da independência do indivíduo (MORAES; MORAES, 2014)

A participação dos idosos nas atividades grupais

O contexto do idoso na sociedade atual é outro ponto correspondente à saúde do idoso que deve receber atenção dos profissionais da saúde. No atual modo de sociedade que vivemos, o sistema capitalista de modo de produção, observamos a supervalorização da mercadoria e do consumo, pois somente com o consumo excessivo a mesma pode fazer circular a quantidade de mercadorias necessária para gerar o lucro. Surge portanto a cultura do descartável. Não só no âmbito das coisas materiais, mas principalmente no do ser humano, sendo este a única mercadoria capaz de produzir outra mercadoria gerando assim a mais valia necessária para a reprodução do capital. É nestes dois aspectos

fundamentalmente onde nasce o paradoxo no qual se insere o idoso: não constitui mais uma mercadoria capaz de vender sua força de trabalho, é substituído pela nova força de trabalho terminando às margens deste modo de produção e por consequência da própria sociedade. Embora tenha muito conhecimento acumulado e experiência torna-se um produto descartável, marginalizado, desvalorizado - o que termina nos sentimento de ser um fardo a ser carregado, trazendo inclusive transtornos emocionais tão presente nesta faixa etária.

Este panorama é complementado pelas mudanças no modelo de família nuclear e na inserção da mulher no mercado do trabalho. Se bem antes constituía a cuidadora principal do lar, agora sua função já não se resume unicamente a esta tarefa estando na maioria das vezes desenvolvendo duplas jornadas, no trabalho e no lar, estando também sobrecarregadas para a função de cuidadora do idoso. Na questão econômica, o idoso vive em sua maioria com a baixa renda da aposentadoria não podendo dispor da contratação de cuidadores ou da participação ativa em atividades coletivas que dependam de gastos financeiros para a mesma.

A sociabilidade através de atividades coletivas constitui uma importante ferramenta para atuar no contexto descrito acima, ou pelo menos nas suas consequências mais imediatas e sentidas pela população idosa. A aceitação do processo de envelhecimento, a construção de uma identidade coletiva, o combate ao isolamento, o sentimento de poder ajudar ao outro e ser útil à sociedade apesar do passar dos anos são aspectos positivos para a saúde do idoso que podem ser construídos por meio de atividades grupais. O trabalho em grupo já é uma realidade na Atenção Básica e se constitui com diferentes grupos populacionais como hipertensão, diabetes, gestantes e puericultura podendo também ser utilizado como uma ferramenta no trabalho com os idosos. (BRASIL, 2006)

Conforme Martini et al. (2013) um grupo é um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para a discussão das situações comuns vivenciadas no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade. Um grupo é, portanto, uma forma de aumentar o vínculo com a equipe de saúde e com outras pessoas na mesma condição, uma vez que sempre se constitui a partir de interesses e temas comuns aos participantes. Existem vários tipos de grupos, a saber: terapêuticos, de atividades sócio-culturais e de práticas corporais/ atividades físicas cabe à construção conjunta da equipe de saúde com a população buscar o tipo que seja de maior interesse da população em participar. Aliás, no trabalho de grupo com população da comunidade, portanto não institucionalizada, muitas vezes podem ser utilizados para iniciar o vínculo espaços coletivos de interesse comum já existentes na comunidade como os chamados grupos de terceira idade ligados a outras entidades em dependência da disponibilidade e prévia existência dos mesmos. A organização das atividades grupais, a coordenação, divulgação e mobilização constitui tarefa de todos os membros da equipe devendo todos estarem inseridos nas diferentes etapas do processo. Ressaltando a importância do agente comunitário de saúde em todo

o processo como fundamental.

Dentro do planejamento do grupo, seja ele qual for o tipo escolhido, os profissionais devem estar atentos ao despertar de uma nova forma de relação com a experiência vivida. As informações transmitidas não são tão importantes quanto a estruturação do conhecimento. Este deve respeitar o contexto social e emergir do saber popular, estabelecendo uma relação de horizontalidade entre os participantes e equipe de saúde. Constituindo assim um grupo de aprendizagem mútua, de troca de conhecimentos pois assim explora-se o potencial da valorização da sabedoria adquirida ao longo da vida pelo idoso.

4 Metodologia

A saúde do idoso depende de uma série de fatores que a compõem, e estes possuem diferentes graus de complexidade e capacidade de resolubidade. Alguns mais vulneráveis às ações que outros. Dentro dos que estão ao alcance das ações da equipe de saúde propomos este projeto de intervenção cujo público alvo será toda a população idosa pertencente à Unidade Básica de Saúde Central do município de Ivaí - PR.

A primeira ação é reconhecer os fatores de risco que envolvem os idosos da comunidade. Durante as visitas domiciliares (VD) utilizaremos o instrumento de pesquisa VES-13 (descrito na revisão de literatura). Todos os profissionais estão familiarizados com o questionário para aplicá-lo durante a VD. Esta etapa será realizada no período de dois meses, e o cadastro do idoso visitado ficará registrado de maneira que o acompanhamento pela equipe de saúde permaneça, constituindo uma atenção contínua.

Posteriormente, após a identificação dos idosos, aqueles identificados como frágeis ou em risco de fragilização serão encaminhados para consulta clínica no Centro de Saúde, a fim de ter uma avaliação por outros profissionais. Todas as semanas, um período da agenda médica e de enfermagem estará reservada ao atendimento destes idosos.

Nestas consultas, que serão realizadas pela médica e enfermeira, levaremos em consideração as particularidades de cada idoso. Será avaliado o grau de fragilidade e as esferas do funcionamento mais afetadas em cada pessoa e serão realizadas avaliações antropométricas.

Ao profissional médico cabe a parte do exame físico, reavaliadas as patologias pré-existentes e diagnosticadas possíveis, co-morbidades omissas e revisada a terapêutica no sentido de evitar a polifarmácia, além de realizar a prevenção quaternária.

Nas consultas de enfermagem serão abordados os cuidados individuais necessários, orientações gerais e específicas, como nutricionais, cuidados com os pés e feridas, orientação sobre o uso correto dos medicamentos e incentivado o cuidado com a saúde.

A equipe desenvolverá um plano terapêutico multidisciplinar e avaliará a necessidade de acompanhamento por outros profissionais, bem como a necessidade dos serviços de referência. O prazo para a execução destas ações, atingindo toda a população-alvo desta etapa é de oito meses.

A avaliação do cuidado e acompanhamento dos pacientes deve acontecer num período semestral, orientando pacientes e cuidadores sobre o compromisso de manter o cuidado.

Outra ação concomitante proposta pela equipe de saúde serão as reuniões e encontros com o grupo de idosos, onde serão convidados a participar todos os idosos atendidos e visitados pela equipe de saúde.

O espaço utilizado será a academia da saúde que está localizada ao lado da Unidade Básica de Saúde.

A divulgação será feita pelos agente de saúde nas visitas domiciliares e por meio de materiais impressos visíveis na própria Unidade Básica de Saúde. A periodicidade da reuniões será quinzenal, com duração de 50 minutos e a coordenação do espaço inicialmente será de responsabilidade da equipe de enfermagem. Organizaremos encontros durante dois meses sobre os temas de cuidado com a saúde e atividades que ajudam o idoso no seu dia a dia. As ações envolvem toda a equipe de saúde em todas as suas etapas. Outros temas poderão ser discutidos nas reuniões com os idosos, e isto irá depender da demanda de dúvidas e interesses discutidos nos encontros iniciais. Pretendemos envolver toda a comunidade na realização deste projeto e ainda outros profissionais apoiadores, visto a inexistência da equipe NASF no município.

Utilizaremos uma metodologia problematizadora buscando o que os idosos sabem sobre o assunto e o quais suas dúvidas. Faremos rodas de conversa, palestras, atividades recreativas, e atividades físicas.

5 Resultados Esperados

As ações realizadas pela equipe de saúde, sejam quais forem sempre objetivam a melhoria das condições de saúde da população. Frente ao exposto, esperamos tais resultados no que diz respeito saúde do idoso da população adscrita à nossa unidade de saúde, podendo observar o envelhecimento saudável da mesma. Que esta possa disfrutar de sua senectude da maneira mais plena, ativa, autônoma e independente possível, transformando esta etapa da vida, marcada por profundas transformações cotidianas e físicas, na chamada melhor idade.

Para tal, esperamos que toda a população idosa da área esteja identificada e localizada, reconhecida quanto ao grau de fragilidade sendo atendida e cadastrada ou não pela nossa equipe de saúde. Pois devemos considerar que a realidade de nossa população é muito diversa e alguns ainda preferem buscar o sistema de saúde privado, sendo de livre escolha pela mesma. Porém avalia-se que tal medida não interfere na realização das visitas domiciliares e no reconhecimento desta população.

A população idosa que busca o serviço público de saúde deve estar acompanhada pelo serviço médico e/ou de enfermagem em sua totalidade. Com a elaboração do plano terapêutico multidisciplinar e a aderência ao mesmo, espera-se uma redução dos idosos em risco de fragilização e aumento da população idosa saudável. Considerando saudável como o respeito à autonomia e a independência dos idosos.

Nos pacientes acamados o cuidado e orientações visa principalmente o aparecimento de úlceras por pressão e melhora das condições nutricionais.

Esperamos a aceitação desta população ao grupo de idosos bem como sua participação ativa na construção deste e na sua continuidade. O grupo constituirá um espaço terapêutico e de convivência evitando o isolamento dos idosos das atividades sociais, e incentivando a participação dos mesmo em outras atividades coletivas do município no despertar da importância das mesmas.

Será o espaço dedicado à prevenção das condições que nos remetem à fragilização do idoso, mantendo a prevalência de idosos saudáveis em nossa população, evitando a medicalização excessiva e desnecessária, as complicações decorrentes do avanço de doenças e a conseqüente perda da qualidade de vida da população.

Em suma, com este grupo de ações esperamos "agregar mais que anos à vida, agregar vida aos anos". Contando com a participação de toda a comunidade poderemos transformar o envelhecer em uma etapa prazerosa e agradável rompendo com o estigma existente e valorizando nossos idosos como eles merecem.

Referências

BRASIL. Lei no 10.741, estatuto do idoso. Casa Civil do Brasil, Brasília, n. 1, 2003. Citado na página 13.

BRASIL, M. da S. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: Cadernos da atenção básica* n 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira.*: Dados gerais. tabela 1.3. 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 13.

LUZ, L. L.; SANTIAGO, L. M.; SILVA, J. F. S. da. Primeira adaptação transcultural do instrumento the vulnerable elders survey [ves-13] para o português. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 621–628, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

MARTINI, J. G. et al. *Atenção Integral à Saúde do Idoso*. Florianópolis: UFSC, 2013. Citado na página 18.

MORAES, E. N. de. *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.

MORAES, E. N. de; MORAES, F. L. de. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 17.

PEREIRA, A. M. V. B. A saúde do idoso na aps. *Oficinas do APSUS*, p. 7–10, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

SAÚDE, O. M. D. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003. Citado na página 14.