

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CLEITON NELES DA SILVA

PORTFÓLIO FINAL

RIO GRANDE – RIO GRANDE DO SUL

2018

CLEITON NELES DA SILVA

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a UNA-SUS/ UFCSPA, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Bruno Brunelli, médico de família e comunidade.

RIO GRANDE – RIO GRANDE DO SUL

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4. VISITA DOMICILIAR	12
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS	18
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Cleiton Neles da Silva, nascido em 30 de agosto de 1983, natural de Óbidos-Pará (PA) onde nasci e vivi até minha pré-adolescência (quando já aspirava ao exercício da medicina), órfão de pai e oriundo de família pobre, parte dela se mudou para a capital do Amazonas, Manaus. Comecei a trabalhar cedo, me formei em Mecânica Automobilística pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e Engenharia Mecânica pela Escola Superior de Tecnologia da Universidade do Estado do Amazonas (EST/UEA), cursei um ano de Farmácia na Universidade Federal do Amazonas (UFAM) antes de ter a oportunidade de cursar Medicina na Escola Latino Americana de Medicina (ELAM) em Cuba onde me graduei em 2015.

Iniciei profissionalmente como menor aprendiz pelo SENAI em uma concessionária da Volkswagen, passando a Auxiliar de Mecânico, Mecânico, Consultor Técnico na Toyota, Auxiliar de Gerente de Pós Venda na Renault. Já no ramo industrial estagiei na Gradiente - engenharia de injeção plástica e o último emprego na área de mecânica foi na Fábrica da Moto Honda, onde trabalhei como Engenheiro na Especificação do Produto em novos modelos como responsável de projetos.

Depois de graduado em medicina e com toda a experiência trazida de Cuba, iniciei minhas atividades Médicas na Estratégia Saúde da Família (ESF) desde o dia 18 de agosto de 2016 quando entrei no Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Desenvolvo minhas atividades laborais na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Tereza localizada em Rio Grande – RS, onde apenas 50% da cidade é coberta pela estratégia da família dos 210 mil habitantes, com 32 equipes apenas.

A área territorial da UBSF onde desenvolvo minhas atividades laborais abrange três bairros: - Santa Tereza, Santo Antônio e Mangueira, com uma população de aproximadamente 8 mil, necessitamos urgente de outra equipe, nem que seja para a população da Mangueira que tem mais dificuldades pela distância que existe entre o bairro e a UBSF. Com a equipe reduzida em apenas 1 médico, 1 enfermeira, 2

técnicas de enfermagem e 1 Agente Comunitária de Saúde (ACS), estamos trabalhando arduamente para terminar a Análise da Situação de Saúde local (diagnóstico).

Um fator de risco não apenas para esta UBSF mas para toda a cidade são as inundações por estarmos no nível do mar, em especial a população residente a beira-mar.

Os casos mais comuns nas consultas médicas são pacientes portadores de doenças crônicas como Diabetes tipo 2, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Doenças da Tireoide e muitos casos de Saúde Mental.

Meu projeto de intervenção pretende trabalhar com os pacientes idosos acima de 60 anos de idade cadastrados na UBSF do bairro Santa Tereza em Rio Grande - RS. Nesse estudo apresentamos a caracterização clínica epidemiológica desse recorte populacional durante o período compreendido entre setembro de 2016 até maio de 2017, fazendo a distribuição do universo segundo as variáveis: idade, sexo e estado civil. Os idosos serão classificados de acordo com a sua condição econômica, suas principais patologias e os medicamentos que mais consomem, assim como mediante as escalas geriátricas em não frágeis e frágeis.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente IVM, branco, masculino, com 38 anos de idade, solteiro, com antecedentes de saúde aparente, comparece à consulta médica no dia 14 de dezembro de 2016, com os seguintes dados da triagem:

- PA: 130x80mmHg
- Peso: 118Kg
- Estatura: 1,80m
- Motivo da Consulta: Fome excessiva e aumento de peso.

Relata o paciente sentir fome excessiva e descontrole do desejo de comer, bem como aumento de peso de aproximadamente 12 kg nos últimos 4 meses e sente-se ansioso e estressado, pois trabalha como encarregado de logística de uma empresa portuária e relata também ansiedade e stress devido ao seu trabalho como chefe da equipe de logística e se sente sobrecarregado, por isso veio à consulta pedir ajuda.

- APF (Antecedentes Patológicos Familiares):
- Mãe: Obesa e Hipertensa
- Pai: Faleceu há dois anos por IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)

Ao Exame Físico, observa-se paciente em bom estado geral, obeso, com índice de massa corporal (IMC) de 36,42 kg/m² e circunferência abdominal de 116 cm, apresentando ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. O exame do abdome não evidencia massas ou visceromegalias. Apresenta frequência cardíaca igual a 76 bpm e frequência respiratória de 18 irpm.

Nega tabagismo, etilismo ou outros vícios; nega uso rotineiro de qualquer medicação. Apresenta Risco Cardiovascular, apontado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007). Quando a circunferência abdominal masculina é maior que 102 cm, considera-se Obesidade de Grau II pois foi calculado IMC e o mesmo apresenta 36,42 kg/m² (BRASIL, 2014a).

Foram solicitados exames laboratoriais: Hemograma, Lipidograma, Glicemia de Jejum, Transaminase, Ácido Úrico, Ureia, Creatinina e EQU (Exame Qualitativo de Urina). Foi orientada também uma mudança no estilo de vida, fundamentalmente no hábito alimentar e aumento das horas de lazer. Indiquei Floral de Bach para ansiedade, 4 gotas sublingual até 6 vezes por dia. O retorno do paciente a consulta se daria após resultado dos exames solicitados, o que ocorreu em 6 de fevereiro de 2017. Nessa ocasião o paciente demonstrava ainda mais sinais de ansiedade e apresentava os seguintes dados de triagem:

- PA: 125x80 mmHg
- Peso: 118,5 kg.

Quanto aos exames solicitados, os resultados foram os seguintes:

- Alterados: Triglicerídeos 189 mg/dL, Colesterol total 245 mg/dL, Colesterol-LDL 168 mg/dL, Colesterol-VLDL 32 mg/dL, Colesterol-HDL 38 mg/dL.
- Sem alterações: Hemograma, Glicemia de Jejum, Transaminase, Ácido Úrico, Ureia, Creatinina e EQU.

O paciente apresenta quadro de dislipidemia, obesidade grau II, comparece a consulta após resultados de exames indicados, nesse momento refere sentir-se igual, sem perda de peso com mudança do estilo de vida e relatando ainda sentir-se ansioso. Diante disso esclareci ao paciente sobre o tratamento medicamentoso que poderia implementar-se com o uso de Sibutramina, medicamento sacietógeno aprovado para o tratamento da obesidade sem resposta a intervenção não farmacológica. (FORTES et al, 2006). O paciente optou pelo início do tratamento e estabeleceram-se as metas a serem atingidas. Quanto ao peso, redução de 7 a 10% do excesso no período de 12 meses.

Devido a relação do Colesterol total 245 mg/dL com Colesterol-HDL 38mg/dL= 6,45 indico Sinvastatina 40mg, 1 comprimido por dia (BRASIL, 2014a).

Encaminho paciente aos especialistas do NASF para avaliação com a educadora física, psicólogo e nutricionista devido a importância do tratamento nutricional e da atividade física a fim de diminuir o quadro de ansiedade. Agendo retorno para maio de 2017.

O paciente retorna à consulta no dia 12 de junho de 2017, aparentando melhora do quadro de ansiedade ou relatando estar mais feliz, nem parecia o mesmo que foi atendido em dezembro de 2016. Nesse período, de fevereiro a junho de 2017, foi bem disciplinado e compareceu as interconsultas com o psicólogo, nutricionista e a educadora física do NASF. Seguiu o plano terapêutico não farmacológico e farmacológico indicado por nossa equipe. Nossa avaliação é de que estamos obtendo resultados, pois ele apresenta os seguintes dados de triagem:

- PA: 120x80 mmHg
- Peso: 114 kg
- Estatura: 1,80 m
- IMC=35,18 kg/m²
- Circunferência Abdominal: 113 cm

Nesse momento o parabenizamos. Manteve-se igual conduta medicamentosa e não medicamentosa e marcamos retorno à consulta para agosto de 2017.

No retorno a consulta no dia 31 de julho de 2017, o paciente apresenta os seguintes resultados de exames: Triglicerídeos: 164 mg/dL, Colesterol Total: 203 mg/dL, Colesterol LDL 130, Colesterol VLDL: 26 mg/dL, Colesterol HDL: 48 mg/dL. Relação Colesterol total-Colesterol HDL: 4,22. Neste retorno seus dados de triagem foram:

- PA: 120x75 mmHg
- Peso: 113 kg
- Estatura: 1,80 m
- IMC= 34,87 kg/m²
- Circunferência Abdominal: 112 cm

Nessa consulta indiquei a suspensão da Sinvastatina, pois apresentou índice de Colesterol total / Colesterol-HDL menor que 5. Marquei retorno em 3 meses com Lipidograma feito para a próxima consulta.

Na consulta do dia 18 de outubro de 2017 o paciente chegou demonstrando estar feliz, e na ocasião, convidou a equipe para o seu casamento que será no dia 23 de dezembro 2017, muito agradecido pela ajuda, pois estava satisfeito com as

metas alcançadas, realizado profissionalmente e sentimentalmente, pois foi pela mudança no estilo de vida proposta pela equipe que o paciente decidiu frequentar uma academia de ginástica, local onde conheceu sua futura esposa. Nesse momento apresentou-se com os dados abaixo:

- PA: 120x70 mmHg
- Peso:109 kg.
- Estatura: 1,80 m
- IMC=33,64 kg/m²
- Circunferência Abdominal: 109 cm

Trouxe também o resultado do Lipidograma: Triglicerídeos: 140 mg/dL, Colesterol Total: 190 mg/dL, Colesterol LDL 125, Colesterol VLDL: 24 mg/dL, Colesterol HDL: 54 mg/dL. Relação Colesterol total-Colesterol HDL: 3,52.

Explico da possibilidade de suspender a Sibutramina após completar um ano de tratamento, porém se tiver regressão, podemos voltar a utilizá-la, pois seu uso é recomendado por até no máximo dois anos. Porém como ele se sente satisfeito, já tem uma disciplina, uma mudança no estilo de vida e vai ser esposo de uma educadora física, não vamos pensar nessa regressão.

Houve melhora significativa laboratorial e na perda do excesso, na diminuição da circunferência abdominal assim como no IMC nesses 10 meses de acompanhamento, medidas antropométricas que ainda não são as ideais, porém já com grandes resultados.

“Sucesso e toda sorte, aqui te esperamos nem que seja para um café”, e lembrando que seu acompanhamento passa a ser semestral a partir de agora.

AbraSUS.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O Ministério da Saúde determina um número mínimo de seis consultas pré-natais durante a gestação, realidade não encontrada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Tereza em Rio Grande no Rio Grande do Sul, onde comecei a desenvolver minhas atividades laborais como médico pelo Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) no dia 18 de agosto de 2016.

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais segundo (BRASIL, 2013b).

Encontramos dificuldades pois a população que atendemos é numerosa chegando a quase nove mil habitantes. A demanda espontânea era intensa e constante, situação agravada por termos uma equipe reduzida contando somente com uma agente comunitária de saúde (ACS). Então, como fazer busca ativa? Como fazer captação precoce? Como atingir cem por cento de cobertura a todas as gestantes do território? Essas eram as perguntas que nos fazíamos, cujas respostas chegaram com cerca de quatro meses de trabalho.

Com o desenvolvimento do trabalho junto as gestantes, a unidade passou a ser referência para o grupo atendido, o que incluía pacientes de outras regiões, alheias a cobertura de nossa unidade, já que o bom trabalho prestado foi ganhando notoriedade e divulgação entre a população dos arredores. Nesse sentido, percebemos que as gestantes iniciavam seu atendimento pré-natal cada vez mais cedo, com uma média de seis semanas de gestação, comparando com a situação anterior em que a média era de dezoito semanas.

Juntamente com a antecipação do atendimento das gestantes foram realizadas coletas de dados por meio de planilhas nas quais os dados mais relevantes apontados foram: nome, idade, história obstétrica, data da última

menstruação (DUM), idade gestacional, data provável do parto (DPP), número de consultas pré-natais, intercorrências e data da revisão puerperal.

Conhecendo as gestantes, o perfil clínico epidemiológico da população, pudemos desenvolver as seguintes ações: curso de gestantes, identificação das principais morbidades como diabetes e hipertensão gestacional, encaminhar e atuar com mais eficiência sobre aquelas que apresentavam alto risco de desenvolver uma complicação durante a gravidez, assim como trabalhar o conceito de longevidade dando seguimento puerperal e de puericultura.

Cabe citar que os dados médios das grávidas, em relação a idade foi igual a vinte e quatro anos, enquanto o número de consultas pré-natais foi de onze e os partos ocorreram com trinta e oito semanas mais quatro dias. No que tange a história obstétrica, 70% do grupo de usuárias são constituídos de primigestas, enquanto os 30% restantes são múltiparas. Foram diagnosticados 7% de incidência de sífilis nesse grupo, o qual recebeu o tratamento adequado, o que inclui seus parceiro(s) sexuais. Nesse sentido, se oportunizou também a investigação clínica de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Concluimos que a experiência clínica desenvolvida na UBSF foi fundamental para realizar a captação precoce do grupo de gestantes, garantindo-lhes o direito de acompanhamento pré-natal de forma satisfatória e sem a necessidade da captação do agente de saúde, o que se mostrava tardio e dispendioso considerando os recursos humanos disponíveis. Cabe ressaltar também que a conduta adotada foi mister no caminho para sanar um grave problema da região atendida, como dito anteriormente, os numerosos casos de sífilis congênita.

4 VISITA DOMICILIAR

A Visita Domiciliar (VD) na UBSF Santa Tereza era feita conforme a demanda dos familiares. Mudamos essa metodologia visando ampliar o acesso promovendo a equidade e longevidade no atendimento com o agendamento segundo a geografia e as prioridades. Como atendemos três bairros e realizamos as VDs nas terças-feiras no turno matutino, abrimos a agenda da seguinte forma: na primeira e segunda terça-feira do mês atendemos os pacientes do bairro Santa Tereza, na terceira terça-feira os do bairro Mangueira e na quarta terça-feira do bairro Santo Antônio.

Primeiramente, junto com toda a equipe, por falta de agente comunitário de saúde (ACS), fizemos um levantamento de todos os usuários que necessitavam de visita contínua. Com base nessa planilha e a visualização geográfica em nosso mapa, ficou mais fácil planejar o atendimento mensal, avisando com antecedência o dia da visita de cada paciente. Programamos de quatro a cinco VDs em um mesmo turno, eliminando assim as reclamações dos cuidadores e familiares com relação a demora de nossas visitas.

O bairro Mangueira é o único que necessita do transporte disponibilizado pela Secretaria de Saúde. Ainda assim, devido a dificuldades administrativas, a equipe resolveu usar seus meios de transporte particulares e não deixou nossos usuários sem assistência, pois o apoio logístico da secretária nem sempre coincide com a nossa realidade. E essa alternativa ficou acordada com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para quando algum caso necessita de uma avaliação especializada desses profissionais.

Quase sempre minha única ACS me acompanha em minhas VDs, porém quando necessário todos os membros da equipe são solicitados para fazerem uma VD rápida para, por exemplo, medir uma Pressão Arterial (PA), glicemia capilar, avaliar e fazer curativos domiciliares e realizar consultas de Puerpério quando as pacientes não comparecem em seu retorno agendado na UBSF. Os casos agudos, avaliamos antes de reemitirmos para o serviço especializado, mediante conversa

prévia com o médico que irá receber o caso e acionamento do serviço de transporte da prefeitura.

Quando necessitamos encaminhar o usuário para uma avaliação médica especializada, os mesmos passam pelo sistema de agendamento da secretária. Chegado o momento da consulta, mobilizamos a logística do transporte para que esse seja conduzido ao local. O mesmo acontece quando necessitamos de um exame mais específico como radiografia, ultrassom. Já exames mais simples como coleta de sangue, urina, agendamos para as quintas-feiras, quando uma técnica de enfermagem da equipe faz a coleta em domicílio.

Na VD que seguem quase sempre já temos em mãos os resultados dos exames mais simples. Nessa oportunidade apresento os resultados ao paciente, reforço o cuidado e as orientações e muitas vezes mudamos o plano terapêutico junto com o usuário, cuidador e familiares. Sempre é perguntado se restaram dúvidas antes de nos despedirmos.

Nossas VD não são apenas para pacientes acamados ou que estejam em reabilitação, mais para todos os usuários da UBSF, destacando principalmente aqueles em situações de vulnerabilidade social, suspeita de agressões e usuários de outras drogas. A VD serve para conhecermos o ambiente onde vivem e para tentarmos intermediar o conflito domiciliar. Porém inúmeras VDs acabam em frustração e desgaste, pois por negligência ou pela condição econômica, muitos usuários não seguem nossas orientações. Em outras ocasiões, a família transfere a responsabilidade para a equipe da saúde.

As visitas compartilhadas sempre são bem interessantes, pois há uma intervenção multidisciplinar. Nessas já conseguimos ajuda de custo para pacientes que não tinham moradia, benefícios sociais para pacientes psiquiátricos que nem sequer tinham documentos entre outras ações.

O cuidado sempre deve ser compartilhado, não designando demasiada responsabilidade apenas para o cuidador. Sempre enfatizamos isso com todas as famílias, explicando a importância do ser BIOPSIICOSOCIAL para que todos entendam que essa atenção demanda muita energia e tempo, para que ninguém desenvolva nenhum transtorno psiquiátrico (BRASIL, 2015).

Satisfação é uma palavra que resume nosso sentimento geral em relação as VDs, pois percebemos que levamos de diferentes formas oportunidades de melhorar a qualidade de vida aos usuários. Pois uma conversa amigável, um aperto de mão, um abraço, surtem efeitos a médio e longo prazo. Os usuários se sentem importantes, assim como nós da equipe também nos sentimos ao sermos incumbidos desta missão.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A trajetória do curso de especialização em saúde da família foi longa, e a modalidade a “distância”, posso dizer, não teve um bom aproveitamento já que considero que ficou aquém do meu percurso acadêmico no ensino presencial. Contudo, através das aulas, artigos e atividades de cada módulo pude aperfeiçoar um pouco mais de minhas habilidades. O mais marcante nessa jornada foi em relação às ações desenvolvidas, as visitas realizadas, o conhecimento do território e o uso das ferramentas desconhecidas para fazer da medicina baseada em evidências algo mais prático em meu cotidiano laboral.

Quando comecei a atuar na UBSF Santa Tereza agosto de 2016, as informações estavam dispersas, poucas delas eram transcritas aos prontuários e nada estava disposto como deveria. Hoje posso dizer que temos prontuários individuais e familiares organizados. Em um futuro não tão distante estaremos fazendo o uso do prontuário eletrônico como pioneiros em Rio Grande - RS, assim como fomos pioneiros no que tange as consultas agendadas.

Anteriormente a população tinha que madrugar na porta da UBSF para tirar uma ficha para o atendimento do dia. Atualmente, organizamos a agenda médica, distribuindo oito consultas médicas por turno e fizemos os acolhimentos. Hoje a comunidade já está acostumada com o fato de que no décimo quinto dia útil de cada mês abrimos a agenda para o mês seguinte.

Na UBSF temos um quadro geral que contempla as atividades de cada profissional, incluindo as atividades e consultas do NASF com os respectivos nomes e funções de cada um, desde a auxiliar de limpeza até o médico.

No atendimento a puericultura e ao pré-natal houve um avanço significativo, pois temos um melhor controle da população nas consultas, da sala de espera e das visitas domiciliares. Isso sucedeu também com as vacinas, com todos os dados antropométricos em suas curvas de percentis de modo a identificar as alterações e determinar condutas e com o controle do número de consultas seja médica ou de enfermagem das grávidas.

Em dezembro de 2017 a gestão municipal nos entregou as novas cadernetas do Idoso que serão entregues a população no grupo de crônicos e de acordo com a dispensarização da mesma, assim que concluirmos a Análise da Situação da Saúde prevista para agosto de 2018. Isso decorre do desconhecimento da Secretaria de Saúde do número exato da população que atendemos. Esse número segundo nossos registros chega a oito mil e quinhentos usuários.

Outra mudança relevante foi à notificação de doenças compulsórias identificadas nos atendimentos, o que foi um quesito fundamental para alimentar o sistema de informação de agravos de notificação. Dentre as doenças mais notificadas estão ISTs, Caxumba, e outros casos como violência física contra a mulher e a criança, por exemplo.

Em nossa unidade UBSF organizamos coletivos como os grupos de caminhadas, grupos de adolescentes e grupos de artesanato. Meu projeto de intervenção traz como tema a caracterização clínica-epidemiológica da população idosa, o que permitiu conhecer melhor a população que atendemos e traçar o perfil local de acordo com as suas necessidades. O curso de especialização me incentivou a tomar a iniciativa de intervir junto dessa população, visto que há uma dificuldade geral desses usuários terem acesso aos especialistas em geriatria, psiquiatria e neurologia, principalmente. Assim intervenho fazendo os ajustes de dosagem ou troca de medicação conforme necessidade. O resultado dessas intervenções tem mostrado bons resultados no que tange ao bem-estar do usuário.

No meu percurso acadêmico sempre vivenciei o cotidiano laboral dos hospitais. Porém tive uma boa adaptação no ambiente da estratégia da saúde da família, visto que é um lugar privilegiado para ter uma visão ampla e plural do trabalho em medicina. Criam-se vínculos com a comunidade e o sentimento de gratidão é mútuo entre trabalhador da saúde e paciente, um por acompanhar o bom resultado do seu trabalho e outro por encontrar nesse ambiente uma oportunidade para melhorar sua qualidade de vida através do acolhimento de suas demandas.

Desde o início da especialização, aprendi como interagir com a equipe, aperfeiçoei minhas habilidades como médico, construí de forma coletiva planos e estratégias em reuniões e encontros, bem como no cotidiano da UBSF. Consciente de que todos os profissionais formam uma rede de atendimento de fundamental

importância para a população, acredito que o comprometimento de todos os sujeitos envolvidos possa superar as diversas dificuldades que enfrentamos na saúde pública no Brasil, e que a prestação de serviços qualificados possa materializar o acesso a saúde como um direito de todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica, n. 32**. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, n. 36**. Brasília, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n.38**. Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia. **Caderno de Atenção Domiciliar, v. 3**. Brasília, 2015.

FORTES, RENATA COSTA. et al. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Porto Alegre, 2006. n. 21 v. 3 pg. 244-51. Disponível em: http://crn1.org.br/images/teses/orlistat_sibutramina.pdf. Acesso em: 10/01/2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**: Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88s1/01.pdf>. Acesso em: 10/01/2018.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

CLEITON NELES DA SILVA

**IDOSOS. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA NA UBSF DE SANTA
TEREZA EM RIO GRANDE – RS**

RIO GRANDE - RS

MAIO 2017

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com os pacientes idosos acima de 60 anos de idade cadastrados na UBSF de Santa Tereza em Rio Grande - RS. Nesse estudo apresentamos a caracterização clínica epidemiológicas dessa população durante o período de setembro de 2016 até maio de 2017. Distribuindo o universo segundo as variáveis idade, sexo e estado civil. Classificando o idoso de acordo a condição econômica. Identificando suas principais patologias e os medicamentos que mais consomem. Avaliando os pacientes idosos mediante as escalas geriátricas em não frágeis e frágeis.

PALAVRAS-CHAVE: Caracterização clínica epidemiológica, Patologias,
Medicamentos.

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Problema	6
3. Justificativa	6
4. Objetivos	
4.1. Objetivo Geral	8
4.2. Objetivos Específicos	8
5. Revisão de Literatura	9
6. Metodologia	12
7. Cronograma	17
8. Recursos Necessários	18
9. Resultados	19
10. Conclusões	27
11. Referências Bibliográficas	28
Anexos	32

INTRODUÇÃO

Na atualidade, Brasil encontra-se na quarta e última fase da transição demográfica, o envelhecimento populacional tem sua origem na diminuição na taxa de natalidade e fecundidade assim como no aumento da expectativa de vida geriátrica e na diminuição das taxas de mortalidade geral e embora não seja o país mais envelhecido da América Latina, será em poucos anos, como consequência de seu desenvolvimento social e o avanço transicional demográfico.

Realmente a duração média da vida do homem no Século de Bronze não superava os 20 anos, durante o Império Romano os 23 anos, mas na Época Medieval se elevou aos 35 anos e no Século XIX chegou aos 44 anos; na década de 1960, os países mais desenvolvidos alcançaram ao redor de 70 anos e atualmente se aproxima aos 80, êxitos devido a diminuição da mortalidade infantil, a eliminação de uma série de infecções nas idades mais avançadas, um melhor diagnóstico e tratamento.¹

Apenas no século passado melhorou enormemente as condições de vida dos grandes conglomerados humanos, descobriram-se os antibióticos que combatem eficazmente as infecções que até esse momento dizimavam a humanidade; tudo isso se traduziu em um aumento na qualidade e expectativa de vida do ser humano, portanto, na sociedade moderna teremos um maior número de anciões se comparamos com épocas passadas. Cada dia um número crescente de pessoas sobre passam os limites cronológicos da velhez, portanto, este envelhecimento populacional representa um desafio para as instituições de saúde em cada país, embora o envelhecimento seja um processo fisiológico do ser humano, aumentam, aparecem ou se agravam novas patologias que limitam ou descapacitam o idoso.¹

As condições de vida para as pessoas da terceira idade são difíceis, pois perdem rapidamente a oportunidade de trabalho, atividade social e capacidade de socialização e em muitos casos eles se sentem excluídos. Nos países desenvolvidos, em sua maioria eles têm melhor nível de vida, são subsidiados pelo Estado e tem acesso a pensionatos, garantia de saúde e outros benefícios. Inclusive em países desenvolvidos que ortogam trabalho sem discriminação pela idade e onde é mais importante a experiência e capacidade. A qualidade de vida da população envelhecida pode se modificar, favoravelmente, aplicando um sistema de prevenção simples, a educação no idoso constitui atualmente um processo de grande importância, podendo ter um melhor estilo de vida, onde exista um adequado autocuidado, esperanças, conhecimentos reais de suas potencialidades e de seus valores.²

PROBLEMA

Quais são as principais características clínica epidemiológica de uma população idosa na UBSF Santa Tereza em Rio Grande - RS durante o período de setembro de 2016 até maio de 2017?

JUSTIFICATIVA

Os ancestrais interesses dos humanos por viver o maior número de anos possíveis, unido ao crescente desenvolvimento da ciência, sustentam a tendência atual que considera importante viver mais, também é essencial que esses anos ocorram com melhor qualidade de vida possível. O estudo problemático hoje constitui um elemento primordial e um fator decisivo nas investigações médicas e sociais.³

O aumento da população idosa gerou interesse cada vez mais crescente pelas doenças que os afeta e pelo próprio envelhecimento. Devido a variedade de sinais e sintomas, que podem ser sutis, evasivos ou latentes, uma avaliação inicial correta, rápida e simples, como a determinação do nível de incapacidade, o grau de independência, permite ao médico detectar mudanças e alterações que põem em perigo a vida do paciente geriátrico.⁴

Embora a maioria dos idosos em condições livre de incapacidade, uma proporção deles, que aumenta com a idade, se torna frágil e necessita de apoio, atenção ou institucionalização, muitas vezes pelo resto de suas vidas. Em comparação com os jovens, eles sofrem proporcionalmente mais doenças crônicas e utilizam mais os serviços sociais e de saúde; portanto são mais afetados que qualquer outro grupo, pela incapacidade, a qual pode representar entre 20 e 30% das pessoas maiores de 85 anos.⁵

A atenção primária é a mais próxima do paciente geriátrico, como se conhece, portanto é aí onde se inicia a estratégia de atenção, promovendo atividades preventivas e identificando grupos de risco, para intervir precocemente e adequar os serviços e recursos sanitários a suas necessidades. No Brasil o programa da Estratégia da Medicina de Família e Comunidade, assim como o maior número de médicos e enfermeiras trabalhando no programa, constituem uma fortaleza para o SUS, o que proporciona uma melhor qualidade de atenção aos pacientes maiores de 60 anos na comunidade.

A relação médico paciente, no caso dos idosos, apresentam características complexas. Esta relação requer um tratamento amplo e perfeitamente estruturado. As dificuldades que o médico encontrará na avaliação podem incluir, desde os problemas de comunicação até dificuldade na avaliação dos sintomas, que com

frequência separa o envelhecimento normal do patológico. Estas peculiaridades fazem que os aspectos diagnósticos e terapêuticos adquiram especial relevância geriátrica.^{6,7}

OBJETIVOS

Geral:

- Descrever as características clínica epidemiológica de uma população idosa na UBSF Santa Tereza em Rio Grande - RS durante o período de setembro de 2016 até maio de 2017.

Específicos:

- Distribuir o universo do estudo segundo variáveis demográficas: idade, sexo e estado civil.
 - Classificar os pacientes de acordo a condição de atividade econômica.
 - Identificar os antecedentes patológicos pessoais das doenças crônicas tanto orgânicas como psiquiátricas.
 - Caracterizar os pacientes atendendo os principais medicamentos consumidos.
 - Avaliar os pacientes idosos mediante escalas geriátrica.
-

REVISÃO DE LITERATURA

Como ocorre em quase todos os países do mundo, exceto em alguns da África, (Botswana, Lesotho, Zimbabwe, Swazilândia e Qatar), as mulheres vivem mais que os homens. Em 2014 a esperança de vida das mulheres aumentou para 77,5 anos e a dos homens 72,1 anos, cifras que aumentará em 2050, segundo estatísticas demonstradas (81,6 anos mulheres e 79,4 homens). Essas projeções da população preveem que prevalecerá um número maior de mulheres do que de homens e em 2050 elas representarão 56,1% da população maior a 60 anos. Elementos esses que coincidem com a presente investigação.^{8,9}

As diferenças na esperança de vida entre mulheres e homens respondem além de suas características físicas ou fisiológicas, os diferentes estilos de vida associados a diferenças de gênero. A partir dos vinte anos de idade, o número de mulheres passa o número de homens, devido a um aumento da mortalidade masculina, consequência, em grande parte, da exposição dos homens a situações de risco, que morrem por acidentes, lesões ou agressões.¹⁰

A razão homens-mulheres indica que por cada 100 mulheres de 60 anos ou mais, vivem 87 homens com essa mesma idade; e conforme se incrementa a idade, a supremacia feminina se faz evidente com a redução dessa razão, de tal forma que entre as pessoas de 80 anos ou mais, existe somente 77 homens por cada 100 mulheres. Situação que se diferencia segundo o tamanho da localidade de residência.¹¹

O estado conjugal que predomina entre os idosos são o matrimônio ou união estável; os viúvos ocupam um lugar importante entre as pessoas em essa idade e

observa-se uma porcentagem de viúvas que triplica a quantidade de viúvos, 37,9% e 13,7% respectivamente. Explicação essa se dá pela sobrevivência maior das mulheres, por outro lado, em maior medida delas voltarem a casar.¹²

A vida conjugal do idoso está cheia de costumes adquiridos ao longo do tempo. São costumes de convivência, do fator biológico, da alimentação, seus ritmos e suas necessidades. Estão tão bem estabelecidos, que as vezes parece ser uma prolongação física do parceiro. A morte do cônjuge deixa cicatrizes dramáticas. Toda a sensibilidade do viúvo, projeta - se a um vazio deixando ecos de desejos. Onde se encontra a saudade da companhia que desapareceu.¹³⁻¹⁴

Outra situação que afeta aos Idosos é o “ninho vazio”, com a saída dos filhos de casa, na qual exige um reencontro do casal, momento esse que muitas vezes gera crises a ambos. As relações sociais têm um papel primordial para seu bem estar psicológico, já que os ajuda a manter sua saúde e a autoestima.¹⁵

Para o total da população maior de 60 anos, as três doenças crônicas mais frequentes foram, Hipertensão Arterial 40%, Diabetes 24,3% e Dislipidemia 20,4%. Nesses casos, se observam diferenças segundo sexo: Hipertensão 46,2% em mulheres e 32,9% em homens; Diabetes 25,8% nelas e 22,4% neles; Dislipidemia 23,6% nas mulheres e 16,7 nos homens. Dados que coincidem com o estudo. Expliquemos que no mesmo foram incluídos os transtornos psiquiátricos, o que alcançou uma grande relevância em ambos os sexos.^{9, 10, 16}

Os fatores econômicos são levados em conta, pois na população geriátrica seus ingressos econômicos são menores e existe um maior gastos com medicamentos. E a deficiência por parte da equipe se converte em um importante fator que pode influenciar negativamente em aparecer reações adversas dos medicamentos.^{17, 18}

A poli farmácia, definida como a utilização de múltiplos fármacos prescritos ou não, constitui, junto com o delírio, as demências, as quedas, a imobilização e a incontinência um dos grandes desafios da geriatria em nossos tempos. Assim mesmo a poli farmácia se encontra dentro dos critérios aceitados categoricamente frágeis nos idosos.¹⁹

Os exames de rotina são ferramentas com que contamos para avaliar os idosos, tendo em conta seus aspectos sociais, funcionais, psicológicos e biomédicos; esta avaliação multidimensional permite não apenas conhecer o estado de base destes pacientes si não valorar precocemente qualquer mudança que venham a produzir.²⁰⁻

21

METODOLOGIA

Se realizou um estudo observacional descritivo transversal nos paciente maiores de 60 anos de idade pertencentes à UBSF Santa Tereza Rio Grande – RS durante o período de setembro de 2016 a maio de 2017 com o objetivo geral de descrever as características clínico-epidemiológicas da população idosa.

Incluiu-se na investigação um total de 378 idosos que completaram os critérios enumerados a continuação:

Critérios de Inclusão

- Pacientes maiores de 60 anos de idade.
- Pacientes que residam na área que pertence a UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS no período de setembro 2016 a maio de 2017.

Critérios de Exclusão

- Pacientes que faleceram durante o transcurso da investigação.

A todos os pacientes foram comunicados o propósito da investigação, os quais assinaram o consentimento informado (anexo 1) autorizando sua participação no estudo. Os dados foram obtidos das histórias clínicas individuais e entrevistas diretamente com o paciente que preencheram um formulário de coleta de dados (anexo 2) confeccionado pelo autor através de informações obtidas de literaturas revisadas. Já os indivíduos incapacitados, o formulário foi preenchido por um tutor legal ou familiar próximo.

Definição Operacional:

- ✓ Idade: Determinado pela data de nascimento, segundo consta na história clínica (HC) (variável quantitativa). Estratificadas em: 60-69 anos, 70-79 anos, de 80-89 anos e com idades maiores ou igual a 90 anos. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e a porcentagem em cada grupo de idades.
- ✓ Sexo: Segundo sexo biológico. (variável qualitativa). Estratificados em: Feminino (F) e Masculino (M). Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e a porcentagem em cada grupo.
- ✓ Estado civil: Segundo estado legal que apresenta o indivíduo (variável qualitativa). Estratificados em: solteiro(a), casado(a), viúvo(a) ou união estável. Determinou-se frequência absoluta e sua porcentagem.
- ✓ Antecedentes patológicos pessoais das doenças orgânicas crônicas: Condição médica de avaliação, crônica e incuráveis que os pacientes padecem. (variável qualitativa). Estratificados em: Hipertensão Arterial (HAS), Cardiopatia isquêmica

(CI), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemias (DLP), Doenças Tiroidianas, Asma Bronquial (AB), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Epilepsia, Acidente Vascular Cerebral (AVC) residual, Gastrite Crônica, Úlceras Gastroduodenais, Anemias Crônicas, Artroses, Osteoporoses, Colagenosas, Transtornos Psiquiátricos, Neoplasias. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e a porcentagem em cada grupo.

✓ Antecedentes patológicos pessoais de doenças psiquiátricas crônicas: Condições médicas de avaliação crônica e incuráveis que o paciente padece (variável qualitativa). Estratificados em: Sintomas depressivos, sintomas ansiosos, deterioração cognitiva e demência. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e a porcentagem em cada grupo.

✓ Condição das atividades econômica: Faz referencia ao grau e ao tipo de atividade econômica que realiza o idoso (variável qualitativa). Estratificados em: economicamente ativo (os que trabalham empregados), os que realizam tarefas domésticas, aposentados e pensionistas, assim como os incapacitados permanentes. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e sua porcentagem em cada grupo.

✓ Medicamentos que consomem: Considerou-se aqueles fármacos que consomem os paciente por um período maior que 6 meses (variável qualitativa). Estratificados em: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não hormonais (AINEs), esteroides, beta adrenérgico inalado, hormônios tiroidianos, anticonvulsivantes, Anti-lipemiantes, cito protetores gástricos, Anti-anêmicos, psicofármacos, Anti-neoplásicos. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e sua porcentagem em cada grupo.

✓ Escala de Avaliação geriátrica: Segundo o modelo proposto para a avaliação periódica dos idosos na Atenção Primária de Saúde (anexo 3). (variável qualitativa nominal). Estratificados em: idoso não frágil, idoso frágil, idoso com necessidades. Determinou-se para esta variável a frequência absoluta e sua porcentagem em cada grupo.

Processamento e análise dos dados:

As variáveis clínicas se expressaram em frequência em porcentagem (%). E a análise se efetuará com um programa estatístico SPSS versão 9.0.

Aspectos Éticos

A incorporação se fez mediante consentimento informado, a participação foi totalmente voluntária e a não participação não obteve nenhuma diminuição da atenção médica aos pacientes. Foi explicado os objetivos da investigação, os riscos e benefícios da participação no estudo. Garantindo confidência aos dados se obteve. As pessoas envolvidas na investigação contaram com uma preparação necessária para realiza-la. Em casos de se detectar alterações nos exames físico e/ou complementares que levasse a outro tipo de doença, garantíamos a atenção correspondente.

RECURSOS NECESSÁRIOS

Humanos

- Equipe de Saúde da família composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 1 agente comunitária de saúde.

Materiais

- Histórias Clínicas;
 - Fichas de acompanhamento domiciliar;
 - Computadores;
 - Folhas A4, canetas, pranchetas, lápis e borracha;
 - Impressora;
 - Alguns Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde;
-

RESULTADOS

Idosos: Caracterização clínica epidemiológica na UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS.

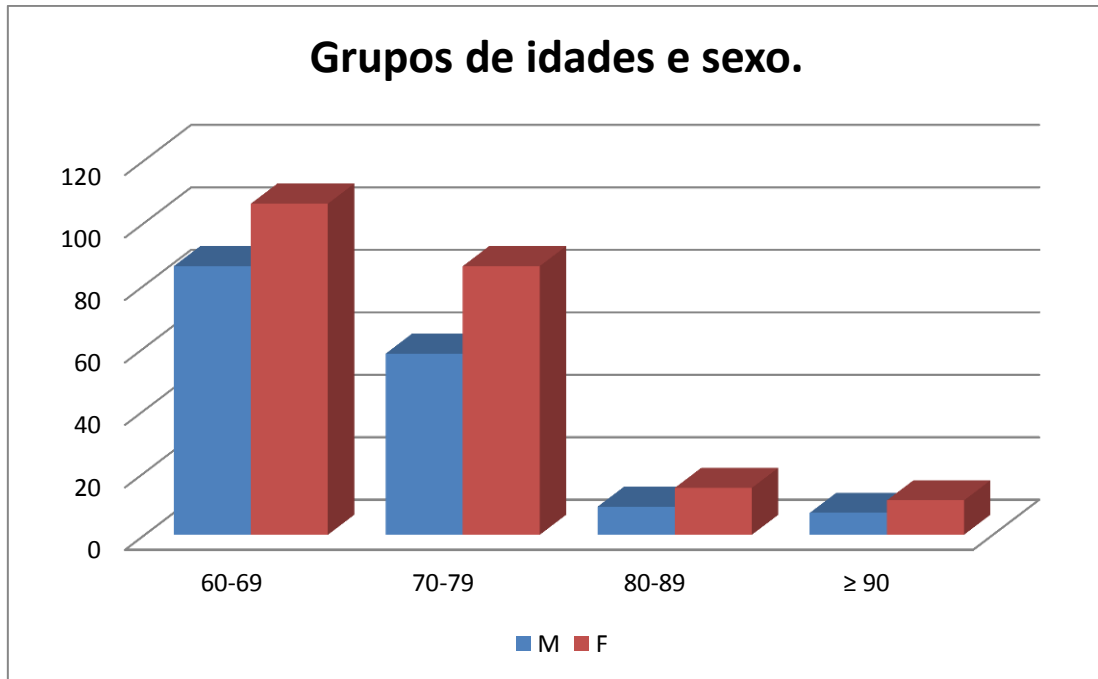
Tabla 1. Distribuição dos idosos segundo grupos de idades e sexo. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.

Grupos de idades	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
60-69	86	22,7	106	28,1	192	50,8
70-79	58	15,3	86	22,7	144	38,0
80-89	9	2,4	15	4,0	24	6,4
≥ 90	7	1,9	11	2,9	18	4,8
Total	160	42,3	218	57,7	378	100

Fonte: Histórias clínicas.

Um 57,7 % da população idosa eram do sexo feminino. Do total de indivíduos idosos 50,8 % tinham idades compreendidas entre 60-69 anos, seguidos de um 38 % com idades entre 70-79 anos.

Gráfico 1. Distribuição dos Idosos segundo grupos de idades e sexo. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.



Fonte: Tabela 1.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo estado civil. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.

Estado civil	Quantidade de Idosos	%
Solteiro(a)	49	13,0
Casado(a)	79	20,9
Viúvo(a)	143	37,8
União Estável	14	3,7

Dos 378 idosos estudados, 143 indivíduos viúvos (as) que representa 37,8 %.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo APP e sexo. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.

APP	M	F	Total	%
HAS	113	132	245	64,8
Transtornos psiquiátricos	75	93	168	44,4
DLP	76	85	161	42,6
DM	51	66	117	30,9
Artrose	49	56	105	27,7
Neoplasias	42	50	92	24,3
CI	38	40	78	20,6
Doenças tireoidianas	5	68	73	19,3
Osteoporose	17	34	51	13,4
DPOC	30	15	45	11,9
Gastrite crônica	21	19	40	10,5
AB	12	21	33	8,7
AVC	15	12	27	7,2
Úlcera gastroduodenal	17	8	25	6,6
Anemia	8	17	25	6,6
Colagenose	1	7	8	2,1
Epilepsia	2	3	5	1,3

Fonte: Histórias clínicas individuais.

64,8 % da população idosa padece de HAS, seguida dos que padecem de Transtornos psiquiátricos, DLP e DM nessa ordem que representam 44,4 %; 42,6 % e 30,9 % respectivamente.

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo APP de doenças psiquiátricas crônicas e sexo. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.

APP de doenças psiquiátricas crônicas	Quantidade de idosos	%
Síntomas depressivos	60	15,8
Síntomas ansiosos	83	22,0
Demência	32	8,4

Encontrou-se na presente investigação que 22% dos idosos (n=83) apresentavam sintomas ansiosos.

Tabela 5. Distribuição dos Idosos segundo a condição da atividade econômica.
 UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017.

Condição da atividade econômica.	Sexo		Total
	M	F	
Economicamente ativo	45	26	71
Tarefas domiciliar	38	98	136
Aposentados ou pensionistas	87	80	167
Incapacitados permanentes	18	23	41

Do total de idosos, 167 eram pensionistas ou aposentados, 136 realizavam tarefas domiciliares, destes 38 eram do sexo masculino e 98 do sexo feminino.

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo medicamentos que consomem. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017

Medicamentos que consomem	M	F	Total	%
Relaxantes musculares	141	205	346	91,5
AINEs	138	198	336	88,8
Anti-hipertensivos	129	161	290	76,7
Psicofármacos	92	189	281	74,3
Esteroides	58	72	130	34,4
Hipoglicemiantes	51	66	117	31,0
Anti-lipemiantes	55	48	103	27,2
Anti-anêmicos	43	52	95	25,1
Anti-neoplásicos	42	50	92	24,3
Cito protetores gástricos	45	34	79	20,8
Beta adrenérgicos inalados	27	29	56	14,8
Anticonvulsivantes	11	7	18	4,7

Fonte: Historia clínica individual.

91,5% dos idosos consomem relaxantes musculares, seguidos dos que consomem AINEs, anti-hipertensivos e psicofármacos que representam 88,8 %; 76,7 % e 74,3 % respectivamente.

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo a escala de avaliação geriátrica. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017

Escala de avaliação geriátrica	Quantidade de Idosos	%
Idoso não frágil	107	28,3
Idoso frágil	219	58,0
Idoso com necessidade	52	13,7
Total	378	100

Fonte: História clínica individual.

58 % da população estudada eram idosos frágeis.

Gráfico 2. Distribuição dos idosos segundo a escala de avaliação geriátrica. UBSF Santa Tereza em Rio Grande – RS, de setembro 2016 - maio 2017



Fonte: Tabela 7.

CONCLUSÕES

Os idosos dessa área são predominantemente mulheres na sexta década de vida. O maior número de idosos eram viúvos, aposentados ou pensionistas. As doenças mais frequentes foram a Hipertensão Arterial (HAS), os Transtornos Psiquiátricos, Dislipidemias e Diabetes Mellitus nessa ordem, predominando dentro dos Transtornos Psiquiátricos os sintomas ansiosos; enquanto os medicamentos mais consumidos eram os relaxantes musculares, anti-inflamatórios não hormonais, anti-hipertensivos e psicofármacos. E segundo a avaliação geriátrica a maioria são idosos frágeis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayorre VH. Caracterização das relações familiares do idoso. *Revista Cubana de Medicina Geral e Integral*. 2011;17(5): p.418-422.
2. Baster Moro JC. *Glosario de Términos e Definiciones de Gerontología e Geriatria*. Havana: Editora de Ciências Médicas; 2011.
3. Salas Mainegra A, Solorzano Gómez M, Reyes Carrillo E, González Limonta M. Comportamento do risco de quedas no lar dos idosos. *Revista Cubana de Medicina Geral e Integral*. 2011;27(1): p.63-73
4. Morfi Samper R. A saúde do idoso no século XXI. *Revista Cubana de Enfermidades*. 2005 [publicado em 4 julho de 2015]; 21(3): Acessado dia 21 de novembro de 2016 em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso
5. Organização Panamericana de Saúde. *Saúde nas Américas*. Washington: OPS/OMS; 2008.
6. Hidalgo Prieto A, Segredo Pérez AM, Borroto Cruz ER, Martín Linares X. Características e estado de saúde dos colaboradores maiores de 60 anos de idade da missão médica cubana na Venezuela. *Revista Cubana de Medicina Geral e Integral*. 2013; 29(2): p.132-140.
7. García Roche RG, Hernández Sánchez M, Varona Pérez V, Chang de la Rosa P, Bonet Gorbea M, Salvador Álvarez S. Qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos em Cuba. *Revista Cubana de Epidemiologia [Revista on-line]*. 2010 [publicado em 30 Janeiro de 2015]; 48(1): Acessado dia 21 de novembro de 2016 em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032010000100006&lng=es&nrm=iso.

8. OMS, “Envelhecer bem, uma prioridade mundial”, Acessado em 21 de novembro de 2016 em: <http://www.who.int/ageing/es/2014>.
9. OMS, “Envelhecimento” Temas de saúde, Acessado em 21 de novembro de 2016 em: <http://www.who.int/topics/ageing/es/2014>.
10. Manrique Espinoza B., Salinas Rodríguez A., Moreno Tamayo K.M., Acosta Castillo I., Sosa Ortiz A.L., Gutiérrez Robledo L.M, et al. Condições de saúde e o estado funcional dos idosos em México. *Saúde Pública em México*. 2013; 55(2): p.323-331.
11. Ham R. Diagnóstico socio demográfico do envelhecimento em México. 2011, Conselho Nacional da População, México. Acessado em 21 de novembro de 2016 em: www.conapo.gob.mx.
12. McKibbin C, Lee A, Steinman B, Carrico C, Bourassa K, Slosser A. Health Status and Social Networks as Predictors of Resilience in Older Adults Residing in Rural and Remote Environments. *Journal of Aging Research*. 2016. Article ID 4305894. Acessado em 11 de janeiro de 2017 em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4305894>
13. De Souto Barreto P. Participation bias in postal surveys among older adults: the role played by self-reported health, physical functional decline and frailty. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012. 55(3): p.592–598.
14. Poterba J.M. Retirement security in an aging population. *The American Economic Review*. 2014. 104(5): p.1–30.
15. Windsor T.D, Rioseco P., Fiori K.L., Curtis, Booth H. Structural and functional social network attributes moderate the association of self-rated health with mental health in midlife and older adults. *International Psychogeriatrics*. 2016. 28(1): p.49–61.

16. Helbig A. K., Doring A, Heier M. Association between sleep disturbances and falls among the elderly: results from the german cooperative health research in the region of augsburg- age study. *Sleep Medicine*. 2013;14(12): p.1356–1363.
17. Nakamura K, Yamada K. Factors determining frequency of social interaction in frail elderly individuals. A study of the elderly in urban environments. *Journal of Public Health*. 2011; 58(4): p.282–291.
18. Grundstrom A. C., Guse C. E., Layde P. M. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;.54(3): p.421–428.
19. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo Viera JJ. Poli farmácia nos idosos. *Revista Cubana de Medicina Geral e Integral* 2005; 21(1-2).
20. Álvarez Lauzarique ME, Rocha Rosabal M, Bayarre Veá HD, Almendarez Hernández K. Qualidade na atenção dos idosos no consultório Médico de Família. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*. 2014;30(4): p.388-401.
21. Akushevich I., Kravchenko J., Akushevich L., Ukraintseva S., Arbeev K. Yashin A. Cancer risk and behavioral factors, comorbidities, and functional status in the US elderly population. *ISRN Oncology*, 2011.
22. Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Acessado em diversos dias. Disponíveis em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>.

ANEXO 1: CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJETO: Idosos. Caracterização clínica epidemiológica em uma UBSF Santa Tereza em Rio Grande - RS.

Meu nome é Cleiton Neles da Silva, trabalho na Unidade Básica de família de Santa Tereza em Rio Grande – RS, e estou realizando meu trabalho de conclusão do curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade. Gostaria de convidá-lo a participar do estudo que estamos realizando sobre a velhice na UBSF.

O objetivo do estudo: Descrever as características clínica epidemiológicas da população idosa nessa UBSF no período de setembro 2016 a maio de 2017.

Procedimento: Se estás de acordo em participar, lhe farei uma entrevista na qual lhe perguntarei sobre algumas informações pessoais. Se preferir podes usar um nome falso ou ocultar sua identidade real.

Possíveis riscos: Algumas perguntas e/o exame físico poderão lhe causar vergonha ou incomodo, mas tens toda a liberdade de responder ou negar a fazer.

Possíveis benefícios: Esta investigação lhe trará benefícios diretos porque abordará elementos para seu diagnóstico, ampliando o conhecimento e permitindo identificar necessidades que vão melhorar a atenção e sua qualidade de vida.

Confidencialidade: As informações que nos proporcionar será protegida, somente terão acesso a ela a equipe de investigadores, usadas unicamente com fins da investigação.

Participação voluntária: Você tem a liberdade de negar sua participação ao estudo, não responder a algumas perguntas que o(a) incomode, podendo interromper a entrevista em qualquer momento que deseje, sem que prejudique sua atenção médica.

Pessoal responsável: Se vocês tem alguma dúvida a respeito do estudo, comunique-se com o Dr. Cleiton Neles da Silva pelo telefone (53)98116-5534 ou através do e-mail: cleitoneles@gmail.com

Consentimento: Depois de ter lido o presente documento, e fazer perguntas que considerem pertinente, se estás de acordo em participar pedimos que, por favor, assine em duas cópias.

Deixaremos uma cópia desta carta de consentimento para todos os fins que considere pertinentes.

Aceito participar do estudo SIM_____ NÃO_____

Nome e assinatura do participante _____ Data

Nome e assinatura de quem conduz o consentimento

(Testemunha 1) _____ Data _____

Nome e assinatura da testemunha (2)

_____ Data _____

ANEXO 2: FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS

Idade: _____

Sexo: _____

Antecedentes patológicos pessoais das doenças orgânicas crônicas:

HAS: ___ CI: ___ DM: ___ DLP: ___ Doenças tiroidianas: ___

AB: ___ DPOC: ___ Epilepsia: ___

AVC: ___ Gastrite crônica: ___ Úlceras gastroduodenais: ___

Anemias crônicas: ___ Artrose: ___ Osteoporose: ___ Colagenosa: ___

Transtornos psiquiátricos: ___ Neoplasias: ___

Antecedentes patológicos pessoais de doenças psiquiátricas crônicas:

Sintomas ansiosos: _____ Sintomas depressivos: _____ Demência: _____

Condição da atividade econômica:

Economicamente ativo: _____ Tarefas domiciliares: _____

Aposentados ou pensionistas: _____ Incapacitados permanente: _____

Medicamentos que consomem:

Anti-hipertensivo: _____ Hipoglicemiantes: _____ relaxantes musculares: _____ AINEs: _____
Esteroides: _____ Beta adrenérgico inalado: _____

Hormônios tireoidianos: _____ Anticonvulsivantes: _____ Anti-lipemiantes: _____ Anti-anêmicos: _____
Cito protetores gástricos: _____ Psicofármacos: _____ Anti-neoplásicos: _____

Escala de avaliação geriátrica:

Idoso não frágil: _____ Idoso frágil: _____

Idoso com necessidades: _____

Anexo 3: ESCALA DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: F____ M____ Raça: B____ N____ P____ M____

Estado Civil: Solteiro(a)____ Casado(a)____ Viúvo(a)____

Ocupação: Trabalhador.____ Pensionista____ Aposentado____.

Nível Educacional: Analfabeto.____ Ensino fundamental.____ Médio____
Universitário.____

Advertência: Utilize o instrumento para este estudo.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

1-Incontinência urinária	Pontuação
Ausente	5
Perda ocasional do controle da micção	4
Incontinência urinária ou limitação em sua vida diária	3
Incontinência urinária que impede realizar sua vida diária ou obriga a uso de sonda	2
Incontinência (Urinária e fecal) com perda da autonomia.	1

2-Mobilidade

Pontuação

Move - se sem limitações tanto fora como dentro do lar	5
Alguma limitação na mobilidade particularmente com o transporte público	4
Dificuldade da mobilidade que limita sua vida diária	3
Depende de outra pessoa para mover-se	2
Encontra-se totalmente confinado a cadeira ou cama	1

3-Equilíbrio

Pontuação

Não tem transtorno do equilíbrio	5
Refere transtorno do equilíbrio, mas não afeta sua vida diária	4
Transtornos do equilíbrio com quedas e limitação da autonomia	3
Transtorno do equilíbrio que o faz dependente de ajuda em sua vida diária	2
A falta de equilíbrio o tem totalmente incapacitado.	1

4-Visão

Pontuação

Tem visão	5
Refere dificuldade para ver, mas não limita sua vida diária	4
Dificuldade que limita suas atividades cotidianas	3
Problema da visão que obriga a depender de outra pessoa	2
Cego ou totalmente incapacitado pela falta de visão	1

5- Audição

Pontuação

Boa audição (embora utilize prótese auditiva)	5
Refere dificuldades para ouvir, mas não repercute em sua vida diária.	4
Evidente dificuldade para ouvir com repercussão em sua vida diária.	3
Severos problemas de audição que limitam sua comunicação	2
Surdo ou isolado pela falta de audição	1

6- Uso de medicamentos

Pontuação

Sistematicamente (não inclui vitaminas ou produtos naturais)	5
Usa menos de 3, de forma habitual	4
Usa de 3 a 5 por mais de um mês ou vários meses	3
Usa mais de 6 medicamentos	2
Automedica-se ou não leva controle dos medicamentos que toma	1

7- Sono

Pontuação

Não refere transtornos do sono	5
Transtornos ocasionais do sono sem necessidade de utilizar soníferos	4
Deve usar soníferos para chegar ao sono que lhe satisfaça	3
Embora use os soníferos mantém transtornos do sono	2
Transtornos severos do sono que lhe impede realizar sua vida diária	1

8- Estado emocional

Pontuação

Se mantem usualmente com bom estado de ânimo	5
Transtornos emocionais ocasionais que superam sem ajuda profissional	4
Transtorno que lhe obriga ao uso do tratamento	3
Transtornos emocionais que lhe limitam embora usem tratamento	2
Transtorno que lhe incapacita, tentativa ou idéia suicida	1

9- Memória

Pontuação

Boa memória, nega transtorno da mesma	5
Refere problemas mais não limitam a vida diária	4
Transtorno que limita a atividade de sua vida diária	3
Transtorno que obriga a ser dependente uma parte do tempo	2
A perda de memória o mantem incapacitado e dependente total	1

10- Apoio Familiar

Pontuação

Conta com todo o apoio familiar que demandam suas necessidades	5
Existe apoio familiar mais tem limitação ocasional	4
Apoio familiar restrito ou quando o ancião tem situação de crises	3
Apoio familiar inseguro incluso em momentos de crises para ele	2
Ausência ou abandono familiar total	1

11- Apoio Social

Pontuação

Apoio total e/ou restrito por parte do vizinho e/ou amigos.	5
Conta com apoio de vizinhos e amigos mais é limitado.	4
Apoio de vizinhos e amigos é restringido a momentos de crises.	3
Apoio de vizinhos e amigos inseguro embora esteja em momentos de crises	2
Ausência total de apoio por parte de vizinhos e amigos	1

12- Situação económica

Pontuação

Cobre todas suas necessidades económicas com ingressos próprios	5
Cobre todas suas necessidades, porém com ajuda de outros	4
Cobre somente suas necessidades básicas embora com a ajuda de outros	3
Tem dificuldade para cobrir todas suas necessidades básicas	2
Depende economicamente da assistência social	1

13-Estado Funcional Global

Pontuação

É totalmente independente e ativo em sua vida diária	5
Independente mas necessita de ajuda não diária para algumas atividades instrumentais da vida diária	4
Tem limitação que exige ajuda diária mais pode passar um dia sozinho.	3
Tem limitações que impedem que permaneça mais de 8 horas sozinho	2
Totalmente incapacitado e exige cuidado permanente	1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PESSOAIS	
14- Cardiopatia Isquêmica.	27-Enfermedades inflamatórias intestinais ou pólipos.
15- HAS	28- Glaucoma.
16- Dislipidemias.	29- Enfermidade de Parkinson.
17- AVC	30- Síndrome demencial.
18- Sintomas focais neurológicos.	31- Depressão.
19- Diabetes Mellitus.	32- Ideia suicida.
20- Hiperglicemia.	33- Outros transtornos mentais
21- Disfunção tireoidiana.	34- Fraturas patológicas.
22- Osteoporoses.	35- Fratura de cadeira ou tornozelo.
23- Menopausa antes dos 40 anos.	36- Alcoolismo.
24- DPOC	37- Fumador.
25- TB	38- Reação a drogas (Quais)
26- Enfermidades articulares	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	
39- Enfermidade coronariana antes dos 40 anos.	
40- Diabetes Mellitus.	
41- Doenças da tireoides.	
42- Osteoporoses.	
43- Neoplasias do reto e/ou pólipos	
44- Ideia suicida	

OUTROS PROBLEMAS	
45- Transtornos urinários.	48- Sintomas de claudicação intermitente.
46- Insatisfação em sua vida sexual atual.	49- Algumas necessidades não satisfeitas
47- Problemas em seu lar	

EXAMEN FISICO	
50- PA elevada.	59- Alterações dos pés.
51- Transtorno do ritmo.	a) Ortopédicas.
52- Sopro carotídeo.	b) Dermatológicas.
53- Alterações dos pulsos.	60- Lesões pré-malignas.
54- Mama patológica.	a) Pele.
55- Próstata patológica.	b) Boca.
56- Bócio.	61- Mal nutrição por excesso.
57- Alterações da cavidade bucal.	62- Mal nutrição por defeito
58- Enfermidades herniais	

Resumo:

Apresenta risco de:

- Cardiopatia isquêmica;
- Diabetes Mellitus;
- Osteoporoses;
- Quedas;
- Interação medicamentosa;
- Neoplasia de colo;
- Disfunção tireoidiana;
- AVC;
- Problemas Sociais;

Idoso frágil ou não frágil

- Ações de prevenção

Idoso frágil: são aqueles que por suas condições médicas, psicológicas, sociais ou funcionais estão em risco de necessitam de cuidados a pequeno, médio e longo prazo.

Idoso com necessidades: são aqueles que devido a suas limitações físicas, mentais, privação econômica ou abandono restringem sua autonomia, dependendo de maneira obrigatória para realização de suas atividades da vida diária, que lhes permitam levar uma vida digna.

Critérios de Idosos Frágeis.

- 1- Incontinência dos esfíncter;
- 2- Alteração na mobilidade e equilíbrio;
- 3- Poli farmácia (mais de três medicamentos);
- 4- Alteração do estado emocional e sono;
- 5- Qualquer combinação dos aspetos sociais;
- 6- Alteração do estado funcional global;
- 7- Maior de 80 anos com alterações na escala;
- 8- Ancião com uma alteração na escala;
- 9- Enfermidades crónica não transmissíveis descompensados;