



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MIDIALA LUIS VAZQUEZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA ESF MOINHOS –  
LAJEADO/RS**

PORTO ALEGRE-RS

2017



**MIDIALA LUIS VAZQUEZ**

**MELHORIA DA ATENÇÃO Á SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA ESF MOINHOS –  
LAJEADO/RS**

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

Orientadora: Cynthia Ramos Soares  
Dias.

PORTO ALEGRE-RS

2017



**SUMÁRIO**

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
2	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>09</b>
3	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....</b>	<b>18</b>
4	<b>VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>21</b>
5	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>	<b>26</b>
6	<b>AGRADECIMENTO.....</b>	<b>28</b>
7	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
	<b>ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu Nome é Midiala Luis Vazquez, tenho 34 anos, sou cubana, moro na província de Camaguey, município Santa Cruz, tenho duas filhas, gêmeas, sou graduada de Medicina Geral Integral desde 2005, no Instituto Superior de Ciências Médicas Carlos J Finlay (uma instituição pública de ensino superior localizada em Camaguey). Iniciei minha carreira como médica em (ESF) conhecida lá como consultório médico da família, no município Amâncio Rodriguez onde iniciei uma residência médica em medicina geral integral pelo período de três anos. Logo retornei à minha cidade de origem onde continuei trabalhando na APS. Em 2011 fui designada pelo departamento da colaboração médica a prestar missão internacionalista no país de Venezuela onde trabalhei por três anos. Foi uma grande experiência para minha vida pessoal e profissional. No ano de 2015 decidi fazer parte do Programa Mais Médicos e vim para o Brasil no mês de maio desse ano. Desde o início trabalhei no município de Lajeado no Estado do Rio Grande do Sul. Comecei a trabalhar na ESF Morro Vinte e Cinco, onde atuei durante sete meses. Posteriormente foi transferida para outro posto de saúde, ESF Moinhos onde continuo trabalhando até hoje.

Nossa ESF encontra-se localizada no Bairro Moinhos, na Rua Deodato Borges de Oliveira, 174. Tem como características ser uma ESF típica, que tem: farmácia, curativos, acolhimento, vacinas, odontologia, dois consultórios médicos, um consultório de enfermeira, área administrativa, cozinha, sala de espera dos pacientes, sala de reuniões. Trabalham treze profissionais, distribuídos da seguinte forma: quatro técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, um dentista, um médico, uma pessoa encarregada da higiene e limpeza, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que não tem cem por cento de cobertura em toda a zona de abrangência. A população atendida abrange um total de cinco mil usuários. Conforme o censo 2016 predomina a população jovem e idosa. Uma população de origem alemã predominantemente com costumes e tradições que a diferenciam de outros bairros.

O território adstrito da ESF corresponde a cinco microáreas com famílias de médio nível socioeconômico. Há duas creches, uma escola pública, uma academia de

ginástica, uma igreja católica, três evangélicas, um CTG (centro de tradições gaúchas).

Os principais problemas de saúde de nossa comunidade são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, predominando as doenças cardiovasculares, representando a cause de morte mais frequente na população adulta. O Diabetes Mellitus é a segunda causa de morbidade de nossa população, por isso que nossa ESF tem dirigido todos os esforços para manter um controle sobre esta população de risco e melhorar estes indicadores de morbimortalidade.

Todos nós temos como objetivos e responsabilidade:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicilio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Como tema de meu trabalho decidi fazer sobre: Melhoria da atenção á saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Moinhos.

## JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são atualmente as principais causas de doenças e mortes no mundo. Dentre estas, incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), doenças que demandam atenção e esforços contínuos nos serviços de saúde e da sociedade em geral (OMS, 2011). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também representam um grave problema de saúde pública, visto que estas são responsáveis por 72% das causas de mortes, das quais 31,3% estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, 16,3% relacionadas a algum tipo de câncer e 5,2% causada por diabetes. Estas doenças atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, atingindo mais intensamente grupos vulneráveis, como idosos, pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade (BRASIL, 2011).

Estas doenças também têm elevada prevalência em Lajeado, município do Rio Grande do Sul, especificamente nas comunidades do bairro Moinhos, que é a comunidade onde prestamos serviços. Porém

Merece bastante atenção dos profissionais de saúde também, pela sua crescente incidência, o que gera e eleva os gastos com a saúde pública e hospitalizações, principalmente pelas complicações que causam ao indivíduo, como doenças cerebrovasculares, arterial, coronárias, insuficiência cardíaca e renal, dentre outras. Por este motivo, demanda um olhar atento dos profissionais, gestores e serviços ainda na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que um manejo adequado destas doenças na atenção básica pode reduzir o número de hospitalizações e mortes por complicações da HAS e DM.

Em nossa ESF, a cobertura de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes não é adequada, visto que de um total de 745 pessoas com estas doenças, que moram na comunidade, atende-se somente 301 usuários do programa de Hipertensão e Diabetes, o que corresponde a 40.4 % do total o atendimento. Essa porcentagem revela uma cobertura de atendimento bem inferior a 100% quando se

trata de usuários hipertensos e diabéticos, uma vez que temos somente 216 hipertensos e 85 diabéticos sendo acompanhados adequadamente em nossa ESF.

Os dados destes usuários são guardados nos prontuários individuais. Há indicadores de qualidade que se aproximam da atenção integral preconizada pelo SUS, como por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (100%), exames complementares periódicos em dia (89%), orientação sobre prática de atividades físicas regulares (70%). Contudo, estes podem ser melhorados.

Ainda temos algumas dificuldades como o atraso da consulta agendada em mais de sete dias, pois nem todos os usuários são assíduos com relação à frequência das consultas agendadas. De igual modo, precisamos melhorar o consumo dos medicamentos fornecidos pela farmácia do estado e populares, onde os medicamentos são fornecidos gratuitamente. Além disso, a atenção da saúde bucal e o atendimento odontológico não são o mais adequado.

Em se tratando da cobertura aos usuários diabéticos a mesma não é adequada, já que só atendem-se adequadamente 85 pessoas, com parâmetro de qualidade como consultas individuais e exames laboratoriais. Há outros indicadores de qualidade como, por exemplo, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (82%), exames complementares periódicos em dia (89%), exame físico dos pés nos últimos três meses (70%).

Assim como acontece no atendimento aos usuários hipertensos, temos algumas dificuldades com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias. Além disso, o exame bucal e atendimento odontológico são precários. Os usuários precisam de orientações educacionais para melhor autocuidado, sendo necessário investir em ações educativas sobre riscos do tabagismo. Por isso enfocaremos ações que potencializem as atividades de educação e promoção de saúde, relacionadas a estas doenças, fazendo uso de espaços disponíveis nas comunidades e contando com apoio de toda a equipe, especialmente das agentes comunitárias de saúde, como também da gestão, dos usuários e das lideranças comunitárias.

Estas são algumas das questões que me motivaram a desenvolver este trabalho. No que diz respeito à atenção aos usuários hipertensos e diabéticos em nossa comunidade, ainda há muito a melhorar no que tange à qualidade da atenção, sendo necessário desenvolver ações e intervenções condizentes com os princípios e diretrizes do SUS.



## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: ESF MOINHOS.

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Erna de Souza (nome fictício)

Idade: 62

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio incompleto

Religião: Sem religião

Estado civil: Casada

Profissão: Aposentada

Naturalidade: RS/Lajeado.

Residência Atual: Lajeado.

QUEIXA PRINCIPAL:

Renovar receita médicas de uso contínuo (Dia 08/01/2017).

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (08/01/2017)

Paciente portadora de HAS e DM faz 20 anos, em tratamento médico com uso contínuo de Enalapril 10 mg 1 cp 2v/dia, Metformina 850 mg 1 cp 3vezes/dia. Ela refere não estar dormindo bem, tem aumentando de peso progressivamente, encontra - se sem o remédio da pressão e só toma o medicamento quando se sente mal. Precisa renovar sua receita médica.

Interrogatório sintomatológico:

Sintomas Gerais: REG, hipocorada e eupneica, aumento de peso;

Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas;

Tórax: Nega tosse, dificuldade respiratória;

Abdome: volumoso.

Sistema Geniturinário: nega disúria, leucorreia;

Sistema endócrino: nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;

Sistema nervoso: refere insônia, convulsões nega.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascida de parto normal é a segunda filha de 03 filhos;

Menarca 13 anos;

Sexarca 15 anos;

História Obstétrica: G1 P1A0.

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, hepatite A)

Antecedente Cirúrgico: Apendicectomia.

Nega alergias, portadora de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

Medicamentos em uso: Enalapril e Metformina

Antecedentes Familiares:

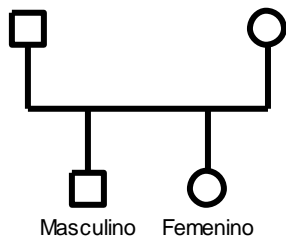
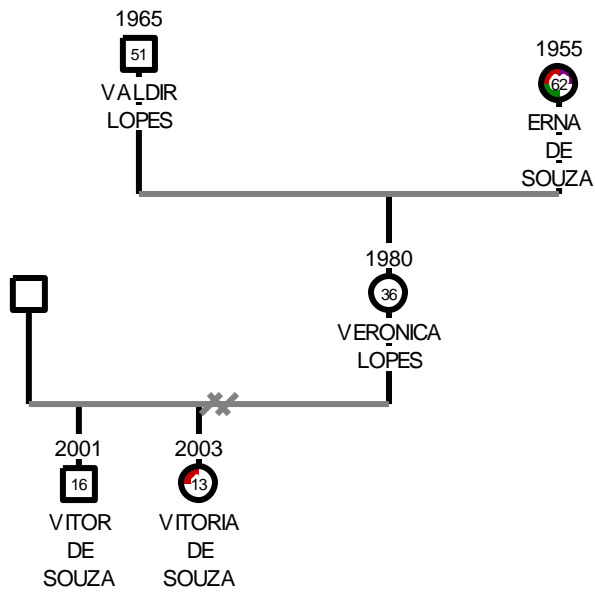
Pai falecido: Neoplasia de pulmões.

Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II;

Primeiro irmão: com Diabetes Mellitus tipo II.

Terceira irmã: Hipertensa e Diabetes Mellitus.

GENOGRAMA:  
(Nomes fictícios)



Legendas de relações familiares

\_\_\_\_\_ 2

- 4
- 1 Hipertensão/enfermidades do sangue, diabetes, obesidade
- 1 Hipertensão/enfermidades do sangue

### Condições de Vida:

Alimentação: muita carne, gorduras e alimentos compostos de farinha, poucas frutas e verduras.

Habitação: mora com seu marido, senhor Valdir de 51 anos de idade, tabagista, sem doenças neste momento, trabalha de vigilância com baixa renda, tem uma filha Verônica (nome fictício) de 36 anos que está divorciada e abandonou os filhos e foi embora por conflitos na casa, seus netos são Vitoria (nome fictício) de 13 anos e Vitor (nome fictício) de 15 anos, moram também com ela.

Mora num apartamento com dois quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, garagem, com água potável.

História ocupacional: Trabalhou por cinco anos de faxina em casas de famílias.

Atividades físicas: Sedentária.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo.

Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (só o esposo que trabalha).

Vida conjugal e ajustamento familiar: Casada e tem conflito familiar com sua filha.

Não tem contato com a filha.

### EXAME FÍSICO

#### Somatoscopia:

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, fácies normais, fala e linguagem típica, biótipo brevilíneo, atitude voluntária, mucosa hipocorada (+/4+), hidratada (+/4+), afebril ao toque.

#### Sinais Vitais:

Temperatura: 36,5°C;

PA: 160x100 mmHg; FC:

82 bpm;

FR: 20 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 75kg , Altura: 1,53 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 32 (Obesa).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem;

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos

Abdome:

Inspeção: plano, cicatriz na FID, ausência de circulação colateral.

Presença de cicatriz cirúrgica de apendicectomia.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: timpânico, espaço de traube livre;

Palpação: não doloroso a palpação profunda em região de epigástrico, com ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades:

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão arterial Crônica descontrolada.

Obesidade.

- Diabetes Mellitus tipo II

Conduta: **Indico:**

1 – Medicamentos:

Captopril 25 mg 1 cp mastigável, avaliar PA em 1 hora.

Continuar tratamento diariamente com Enalapril 10 mg 1 cp 2vezes/dia e Metformina 850 mg - 3cp ao dia.

2 - Exames laboratoriais

- Glicose jejum.
- Colesterol total, HDL, LDL.
- Triglicéridos.
- Creatinina.
- Potássio sérico.
- Eletrocardiograma.
- EQU
- Fundoscopia.

3 - Orientações sobre o estilo de vida:

=> Importância de realizar exercícios físicos, durante trinta minutos; como caminhada, para evitar o sedentarismo.

=> Dieta Saudável:

a) Diminuir o consumo de sal, evitar o uso de temperos prontos, evitar alimentos industrializados como salsichas, salame, diminuir o consumo de gorduras.

b) Consumir alimentos integrais como pães, massas.

4 - Acompanhamento da pressão arterial por sete dias, no posto de saúde.

5 - Acompanhamento pelo nutricionista.

6 - Consulta agendada para 23/01/17.

7 - Trazer resultado de exames de laboratório.

## EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 23/01/2017)

**Subjetivo:** Consulta agendada

Paciente em regular estado geral, refere que esta conciliando bem o sono, se alimentando bem. Relata que está fazendo uso adequado da medicação, e sua PA se mantém com parâmetros normais. E já começou acompanhamento pela nutricionista

Resultados de exames laboratoriais.

**Objetivo:**

Medidas de PA:

09/01/17 - 140/100;	14/01/17-135-85;
10/01/17-130/95;	16/01/17-120/80;
12/01/17-130-95;	17/01/17-120/70;
13/01/17-140/90;	

Dia 23/01/17 – 120/75 mm/hg

-FR 17x minut

-FC 80 bpm

-Temperatura 36,0 °C

**Exames de laboratório:**

- Glicose jejum 110 mg/dL.

- Colesterol Total 189 mg/dL.

HDL 48,4 mg/dL.

LDL 40,5 mg/dL.

- Triglicerídeos 102 mg/dL.

-Creatinina 1,08 mg/dL.

-Potássio 3,60 mEq/L.

-EQU negativo.

-ECG normal

-Fundoscopia normal.

**Medidas antropométricas:**

-Peso 73 kg.

-Altura 1.53cm.

**Estado nutricional:** IMC 31.1 (Obesidade I)

**Exame Físico:**

Regional normal.

Por aparelhos normal

**Avaliação:**

Paciente está assintomática, com exame físico negativo, agora com parâmetros de PA normal, com IMC 31.1, mantém obesidade, perdeu 2 kg de peso, exames laboratoriais normais, ECG normal. Pelo cálculo de risco de doença coronária (Framingham) ela está no grau moderado com 5 % de risco de apresentar eventos cardiovasculares em 10 anos.

**Diagnóstico:**

- Hipertensão arterial crônica
- Obesidade
- Diabetes Mellitus tipo II.

**Plano:**

- 1 - Continuar tratamento com enalapril 10 mg 2 cp ao dia e Metformina 850 mg 3 cp ao dia.
- 2 - Realizar uma avaliação por cardiologista.
- 3 - Continuar a dieta e acompanhamento pelo nutricionista.
- 4 - Continuar com exercícios físicos sistemáticos.
- 5 - Consultar com dentista e oftalmologista.
- 6 - Seguir consultando a cada seis meses.



**Visita Domiciliar:**

Manter a Visita do Agente Comunitário para conhecer como estão as relações entre os integrantes da família, e se mantém o uso correto da medicação continuada.

Realizar visita Médica e de Enfermagem para avaliar estado de saúde do paciente. Solicitar apoio matricial Psicológico para os adolescentes.

Comunicar à Assistência Social para que visite a Família, envolvendo a Rede de Apoio na identificação de vulnerabilidade social.

Os principais problemas de saúde de nossa comunidade são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, predominando as doenças cardiovasculares, representando a cause de morte mais frequente na população adulta. O Diabetes Mellitus e a segunda causa de morbidade de nossa população, por isso que nossa ESF tem dirigido todos os esforços para tentar manter um controle sobre esta população de risco e melhorar estes indicadores de morbimortalidade.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença, a unidade onde atuo, tenta fazer alguma mudança de paradigma, estimulando a saúde, tentar repensar atitudes. Este modelo de atenção tem o objetivo de promover ações de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças, contribuindo numa melhora da qualidade de vida dos usuários.

Estou trabalhando faz dois anos em equipes de saúde de família, aqui no Brasil. Percebo aqui que os atendimentos ainda são muito focados e centrados em consultas /atendimento médico e medicalização.

Na unidade onde estou atendendo atualmente a um ano, percebo que as pessoas têm costume de fazer uso de muita medicação. Em vários casos, inclusive, uso de medicação continuada para dor, muitas vezes, mais de um tipo.

Tenho tentado fazer uma redução de algumas medicações, orientando dos prejuízos causados pelo excesso e continuidade de medicações, conversando sobre os efeitos colaterais dos mesmos.

Ainda sobre medidas preventivas forneço orientações aos usuários sobre importância de se alimentarem corretamente, evitando uso excessivo de sal, fazendo uso adequado de carboidratos, ainda incentivando o uso de frutas e verduras.

Também temos um grupo de Lian Gong, ginástica chinesa, que foi iniciado este ano, pela enfermeira da equipe, onde tenho encaminhado pessoas que têm disponibilidade de participar.

Esta terapia tem a finalidade de reduzir dores crônicas, mas também prevenir e promover saúde. Este grupo acontece uma vez por semana, onde tem tido participação de trinta e cinco a quarenta pessoas. Temos incentivado também a participação neste grupo, de hipertensos e diabéticos, pois a terapia chinesa, além de trabalhar doenças do corpo, também trabalha a mente. Somos sabedores de que quando fizemos qualquer grupo, ele acaba sendo um elo onde as pessoas se integram, fazem novas amizades, enfim é um grande aliado para promoção da saúde das pessoas.

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria n 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de

Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

O usuário com doenças crônicas é, usualmente, um grande frequentador da Unidade Básica de Saúde, buscando-a por diversas razões: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para verificação de sua condição crônica, entre outras. Os protocolos clínicos baseados em evidências são muito úteis ao recomendar o que fazer em cada situação, a exemplo dos Cadernos de Atenção Básica.

Acolher adequadamente uma consulta de demanda espontânea implica responder à necessidade atual e organizar (programar) o acompanhamento de sua condição crônica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a ocorrência de uma situação aguda deve ser avaliada investigando:

- o uso das medicações prescritas, utilizadas, doses, horários;
- a alimentação (recente eventuais exageros ou dieta muito restritiva);
- a atividade física (realização recente, muito intensa);
- o uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- episódios de conflitos e outros estresses emocionais

Em minha unidade de saúde destacamos a Atenção ao pré-natal como um dos atendimentos prioritários.

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal.

O acompanhamento pré-natal de qualidade configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o bebê. O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da

saúde materna e neonatal, bem como para a diminuição das taxas de morbimortalidade correlatas, como a taxa de mortalidade materna.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

#### 4 VISITA DOMICILIAR

O cuidado domiciliar a saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Na ESF em que trabalho tem no cronograma de visitas domiciliares todas as terças feiras á tarde. O agendamento é feito pelos agentes comunitárias de saúde (ACS) conforme solicitação dos usuários e ou familiares. Atendemos uma área onde muitas famílias não tem cobertura de ACS. Nestas famílias, os familiares ligam ou vão a unidade de saúde para solicitar a visita quando necessário. Temos transporte e motorista disponível da secretaria da saúde.

Realizei duas visitas domiciliares com uma das Enfermeiras e com uma Agente comunitária no dia 06/06/2017. Uma delas foi, a pedido do familiar, por estar a paciente com dificuldade para deambular, apresentando quadro respiratório de tosse, dor nas costas.

Residência localizada na Avenida 7 de setembro no 123 - Bairro: Moinhos  
Cidade: Lajeado - RS.

Chegamos a casa. Quem nos recebeu foi a filha da paciente. Cumprimentamos ela, que em seguida nos levou até o quarto onde a paciente estava deitada.

##### Paciente Alvo:

Elone da Silva (nome fictício), de oitenta e cinco anos, viúva, aposentada, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II há dez anos com tratamento médico, apresentou amputação do quinto dedo do pé direito a dois anos, devido acidente automobilístico a cinco anos. Ela tem Hipertensão arterial de longa data. Pouco comunicativa, precisando da ajuda para tudo. Tem três filhos, sendo duas mulheres e um homem. A filha que mora com ela, Noeli (nome fictício) de 52 anos, não tem

filhos e dedica todo seu tempo para a mãe. A outra filha diariamente vai à casa de sua mãe para ajudar a irmã para cuidar dela.

Queixa do momento:

A filha refere que a mãe há três dias começou com tosse, encatarrada, sem febre, dor nas costas, perda do apetite, eliminações fisiológicas normais.

Exame Físico:

- Temperatura 36,2 °C.
- Teste glicose 130 pós-pandrial.
- FR 17 irpm.
- FC 72 bpm.
- PA 120/80 mm/hg

Paciente aparenta normopeso, hidratada. Pele sem presença de lesões.

Pulmonar: Murmúrio vesicular preservado; ausculta-se estertores sibilantes, sem tiragem, sem dispneia.

Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopro cardíaco.

Abdome não doloroso á palpação, sem visceromegalias nem massas tumorais palpáveis, Ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Membros inferiores com pulsos presentes e normais.

Tratamento atual

Faz uso de metformina 850 mg 1 cp após café, almoço e janta, glibenclamida 5 mg 1cp antes do café, almoço e janta, losartana 50 mg 1 cp de 12/12h, hidroclortiazida 25 mg 1 cp pela manhã tomando os remédios diariamente, supervisionados por sua filha. Tem acompanhamento por endocrinologista, nutricionista periodicamente.

Cuidadora:

A filha Noeli (nome fictício) é a responsável da mãe, se mantêm todo o tempo cuidando dela, com ajuda da irmã, que ajuda na cozinha, limpeza da casa e quando se precisa movimentar ou dar banho. Elas têm todo tipo de condições que favorecem ao bom cuidado e bem-estar da paciente.

### Estrutura Familiar

Residem no domicílio: duas pessoas: a filha e a mãe.

### Situação de Saúde e de vida:

São pacientes de grande poder aquisitivo, com apoio econômico da família, observamos a existência de dois carros na garagem.

A filha Noeli (nome fictício) é a responsável para dar os medicamentos á mãe.

### Alimentação:

Tanto Noeli (nome fictício), como sua irmã, são responsáveis pelo preparo do alimento da família: café de manhã, almoço e janta. Com relação ao horário de tomar medicamentos a filha Noeli (nome fictício) é a responsável.

### Domicílio:

Casa bem estruturada com sala, uma cozinha, quatro quartos, dois banheiros, garagem com dois carros, piso de cerâmica, o quarto da paciente é espaçoso com duas camas, pois a filha dorme no quarto da mãe. Tudo limpo e arrumado.

Não tem animais domésticos.

A mãe fica quase todo o dia sentada na poltrona reclinável, onde recebe todos os cuidados, a filha lê, conversa com ela, olham TV e recebem frequentemente visitas de vizinhos, amigos, de seu outro filho e nora.

### Problemas do paciente

Problemas Crônicos: Diabetes mellitus, hipertensão Arterial Crônica.

Problema Agudo: Bronquite aguda.

### Plano de cuidado:

- Movimentar a paciente para evitar úlcera de decúbito.
- Tomar bastante líquido.
- Continuar visita por agente comunitário mensal.
- Visita domiciliar após resultado de exame, Rx de tórax, Hemograma, VHS

Plano medicamentoso:

- Azitromicina 500mg 1 cp ao dia por 6 dias
- loratadina 10 mg 1 cp ao dia por 7 dias.
- Paracetamol 500mg 1 cp de 6/6 horas de dor ou febre
- Continuar tratamento de doenças crônicas

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.



## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Constituição reconheceu a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como o sistema público de saúde responsável por garantir, de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Na realidade, a expressão “atenção primária” pode muitas vezes conduzir o interprete mais desatento à compreensão de que se está tratando de uma assistência menor, elementar, uma vez que a palavra primária tanto pode ser interpretada como principal, fundamental como limitada, rudimentar, superficial (Novo Dicionário Aurélio).

O curso de especialização (pós-graduação em saúde da família) está sendo muito importante, já que representa um guia no conhecimento dos programas e política da saúde brasileira que em particular considero que estão muito bem estruturados com um enfoque verdadeiramente comunitário, social e preventivo.

Comecei o curso em Especialização em saúde da família faz 13 meses tendo como sede a Universidade Federal de Porto Alegre, Rio Grande Do Sul, usando a modalidade à distância. Em minha experiência particular foi uma experiência nova e interessante que me apresentou como uma oportunidade de trabalhar em conjunto, com um mesmo objetivo, com a equipe de trabalho da unidade onde estou atuando atualmente.

Durante o curso a parte que mais gostei, foi o estudo dos casos complexos no Eixo II, já que me ajudou em minha prática médica diária, a conhecer com mais profundidade os protocolos de tratamentos, ampliar meus conhecimentos em relação às condutas tomadas em cada situação. Assimilei habilidades e recursos específicos para meu aperfeiçoamento como profissional e contribuiu na organização do processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

Além disso, me permitiu trabalhar mais perto da comunidade, conhecer suas peculiaridades, cultura, necessidades e foi possível colocar meu pequeno grão de

areia na solução dos problemas na comunidade em meu atuar diário como médica da ESF Moinhos em Lajeado, RS.

De forma geral o curso de pós-graduação a distância se tornou uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais de saúde para nós que atuamos nas ESF, pois nos permitiu a troca de experiências através de fóruns e chats disponíveis, e adquirir um maior conhecimento sobre a Atenção Primária à Saúde.

## **6 AGRADECIMENTO**

Muito obrigada ao Ministério de Saúde do Brasil, à UFCSPA e aquelas pessoas que acreditaram e votaram pela participação de outros profissionais médicos estrangeiros no Programa Mais Médicos para o Brasil, bem como, ao curso de Especialização da Saúde da Família. A todos, MUITO OBRIGADA.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica Nº 36. 1ª Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica Nº 37. 1ª Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

**VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão, volume 17 numero 1, janeiro/março de 2010.

Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

BRASIL. Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 34, Seção 1, do dia seguinte, p. 71.

GONÇALVES et al. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos da Atenção Básica, nº 05).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Volume 1. Brasília DF, 2012. Diretrizes Para Atenção Domiciliar Na Atenção Básica.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2008.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MIDIALA LUIS VAZQUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA USF MOINHOS - LAJEADO/  
RS.**

PORTO ALEGRE-RS

2017



**MIDIALA LUIS VAZQUEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:  
MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA USF MOINHOS - LAJEADO/  
RS.**

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

Orientadora: Andreia Gonçalves.

PORTO ALEGRE-RS

2017



## RESUMO

Na atenção primária à saúde a ação programática com foco no idoso é muito importante, e deve envolver toda a sociedade: família, comunidade e profissionais da saúde. É importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde. O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é que ela possa redescobrir possibilidades de viver com qualidade apesar das progressivas limitações que naturalmente ocorrem. Na Estratégia de Saúde da Família Moinhos foi planejada uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso. Por meio de ações de promoção e prevenção da saúde, buscou-se melhorar a qualidade de vida do idoso. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) Moinhos/RS. Participaram da intervenção todos idosos, ou seja, 289, que engloba as pessoas acima dos sessenta anos da área da Unidade de Saúde da Família. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 28 – Saúde do Idoso (Brasil, 2011).

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	PROBLEMA .....	6
3.	JUSTIFICATIVA.....	7
4.	OBJETIVOS .....	8
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5.	REVISÃO DE LITERATURA .....	9
6.	METODOLOGIA.....	30
7.	CRONOGRAMA.....	37
8.	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	39
9.	RESULTADOS ESPERADOS.....	42
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
11.	ANEXOS.....	54



## 1 INTRODUÇÃO

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19, pág. 7.)

Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (cadernos de Atenção Básica – n.º 19, pág. 7).

Considerando este contexto, sabe-se que muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19, pág. 7.) - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura.

Na unidade ESF Moinhos, onde atuo, o total da população da área adstrita é de 5000 usuários e a população-alvo cadastrada de minha área adstrita é apenas 1250 que representa 25% e 626(50,8%) foram acompanhados no último ano, conforme dados dos ACS.

A população alvo tem as seguintes características: a maioria é composta por imigrantes alemães e italianos e desempenham como atividade econômica a Indústria. Uma parte da população só fala a língua alemã e seguem suas tradições. Existem grupos de idosos, de terceira idade, que fazem diferentes atividades como dança, caminhadas, passeios à outras cidades e outras atividades. Considero que em minha unidade o atendimento melhorou e houve melhora na qualidade das consultas (acolhimento-escuta-interrogatório e exame físico, exames complementares, educação para a saúde) com apoio da equipe.

Atualmente, são desenvolvidas ações de promoção em saúde, tais como: formação de grupos de hipertensão, diabetes, obesidade (amigos da balança) e idosos. Além disto, são realizadas atividades de educação em saúde de temas de interesse para os grupos (alimentação saudável, uso adequado do medicamento, medicina tradicional, orientação sobre atividade física e outros).

## **2 PROBLEMA**

A falta de atenção ao idoso com doenças crônicas.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A ESF Moinhos atende em torno de cinco mil usuários e a população-alvo (idosos) cadastrada de minha área adstrita é apenas 1250 que representa 25%, e só 626(50,8%) foram acompanhados no último ano. Nossa equipe tem a tarefa de fazer uma intervenção sobre toda a população (100%), realizar ações e estratégias para melhorar sua saúde.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na ESF Moinhos, Lajeado/RS.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. Afinal, qual o espaço da velhice em um mundo competitivo, veloz e altamente dependente de tecnologia? Seria o ostracismo? A simples retirada de cena daqueles que não mais produzem? Será que é isso que estamos assistindo nos primeiros raios do alvorecer do século XXI? Pode-se responder com certo grau de segurança que não. Assiste-se, de um lado, maior preocupação por parte dos governos em assumir políticas favoráveis à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas. De outro, são as próprias pessoas idosas que têm buscado maior protagonismo social, principalmente naqueles países onde a democracia e o Estado de direito são conquistas efetivas da sociedade. A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área, o Estatuto serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de resignificação da velhice. Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.

Entretanto, o maior acesso aos serviços de saúde, bem como aos bens sociais como educação e renda, tem modificado sobremaneira a própria imagem do abandono associada à velhice. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família têm

contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras com sessenta anos ou mais.

O Pacto Pela Saúde, emitido em 2006, veio para fortalecer esses compromissos, através de seus componentes de Defesa do SUS e de Gestão. Neste momento surge a Saúde do Idoso como uma das prioridades e a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde; é uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde, onde se incluem: Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Penitenciário, do Deficiente e Saúde Mental. Importante ressaltar que a Área Técnica Saúde do Idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF. 2010. (pág. 7, 8,10 e 11).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma

ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 7).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o

desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. É nesse contexto que a denominada "avaliação funcional" torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas.

A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006. pag. 8-9).



## **ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA**

**A Humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços.** Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde. Nesse humanizar abre-se espaço para as diversas expressões relativas ao gênero, à geração/ idade, à origem, à etnia, à raça/cor, à situação econômica, à orientação sexual, ao pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo situações especiais. A operacionalização da Política Nacional de Humanização dá-se pela oferta de dispositivos - tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários. A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovado. ( Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF. 2010. (pág. 7, 8)

No Acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para:

- O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolve maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso.

- Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pág. 15).

### **COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA**

A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições bio-psicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa. A comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações

são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Os idosos muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades e, em consequência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

## AUDIÇÃO

A deficiência auditiva gera no idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. É comum observarmos o declínio da audição acompanhado de diminuição na compreensão de fala por parte do idoso, dificultando sua comunicação com outrem.

Algumas medidas simples podem auxiliar a comunicação com as pessoas idosas que apresentem declínio auditivo:

- Evite ambientes ruidosos.
- Evite submeter às pessoas idosas à situações constrangedoras quando essas não entenderem o que lhes foi dito ou pedirem para que a fala seja repetida.
- Procure falar de forma clara e pausada e, aumente o tom de voz somente se isso realmente for necessário.

• Fale de frente, para que a pessoa idosa possa fazer a leitura labial. Voz Com a voz a pessoa se faz ouvida e respeitada, garantindo seu lugar na sociedade. A alteração vocal é inerente à idade e deve ser compreendida como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como um transtorno, embora, muitas vezes, seja difícil estabelecer o que é normal e o que é doença. Pesquisas revelam que um indivíduo que segue as orientações de saúde vocal durante sua vida pode minimizar as possíveis dificuldades decorrentes do avanço da idade. São elas:

- Evitar gritar ou falar com esforço.
- Evitar competir com outras vozes ou ruídos do ambiente;
- Evitar falar durante caminhada intensa, corrida ou ginástica, pois, isso dificulta a respiração solta e livre;
- Articular bem as palavras.

- Verificar a necessidade e condições de próteses dentárias e/ou auditivas.
- Fazer atividades que estimulem o uso da voz como a conversação e o canto.
- Beber água quando falar muito ou cantar, pois, a água hidrata o corpo e faz as pregas vocais funcionarem melhor.
- Evitar o pigarro e a tosse, exceto quando for reação a algum distúrbio.
- Manter uma alimentação saudável
- Evitar álcool em excesso e cigarro
- Evitar mudanças bruscas de temperatura.
- Diminuir a distância entre os falantes.
- Falar em ambiente iluminado para facilitar a leitura labial.
- Manter o convívio social e familiar.

## **LINGUAGEM**

O tipo de linguagem que estabelecemos com os idosos é definido a partir da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações; não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que pensa mais lentamente. Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação nãoverbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida. O profissional deve estar atento à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento. Outro ponto a ser considerado é que a pessoa idosa pode ter perdido a capacidade de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em consequência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, autoestima e qualidade de vida. Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à capacidade intelectual. Falar mais

pausadamente, não mudar o assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto fala ou orienta, estimular a manutenção de hábitos sociais, atividades profissionais e/ou cotidianas, a participação nas decisões familiares e a execução de atividades que estimulem a linguagem podem auxiliar no processo de comunicação e devem sempre ser considerados.

### **COMUNICAÇÃO NÃOVERBAL**

A comunicação não verbal é tudo aquilo que a pessoa sente, pensa e expressa por meio de sua movimentação corporal, gestos e postura. Tem por objetivo completar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de demonstrar os sentimentos das pessoas. O ser humano, mesmo sem nada verbalizar, demonstra o que está sentindo nas expressões faciais. De modo geral, fala pouco o que sente e pensa, quer pelo receio de ser ridicularizado, quer por acreditar que não será ouvido. No caso da pessoa idosa, isso pode ocorrer com menor frequência, pois essa tende a ser mais espontânea nas suas expressões. A distância mantida entre as pessoas ou espaço interpessoal representa outra dimensão da comunicação não verbal. No processo de comunicação essa "distância" não deve ser ultrapassada sem permissão, pois pode provocar reações de defesa, tais como:

- desviar os olhos e virar a cabeça;
- virar o corpo em outra direção;
- enrijecer a musculatura;
- cruzar os braços;
- dar respostas monossilábicas às questões feitas;
- afastar-se, se o espaço permitir.

Na realização de exames físicos ou de procedimentos mais invasivos, essa "distância" tende a ser rompida e os sinais automáticos de defesa serão, possivelmente, acionados. Isso pode ser evitado ou minimizado solicitando-se a permissão da pessoa idosa para a execução do procedimento, garantindo, dessa forma, que o vínculo de confiança não seja quebrado. É importante considerar a

necessidade das pessoas idosas em delimitarem seu próprio espaço e o meio em que ela vive. O território pode ser demarcado, por exemplo, por meio da colocação de objetos pessoais como chinelo, livro e Bíblia. A invasão desse território sem permissão, também cria reações de defesa. Por meio do ambiente, a pessoa idosa também pode expressar aquilo que ela valoriza – quadros, imagens, animais, plantas – que podem propiciar o início de um diálogo quebrando-se algumas resistências. A maneira como as pessoas tocam as outras é, também, uma forma de sinalização não verbal. O toque pode demonstrar a intenção e a valorização que se dá à pessoa a quem está sendo tocada. As mensagens transmitidas pelo toque são influenciadas pela duração do contato, pela região tocada, pela intensidade e frequência do toque, pela velocidade de aproximação e pela resposta provocada, tanto por quem toca quanto por quem é tocado. As pessoas idosas de hoje foram educadas em uma época em que o corpo era um “tabu” e a aproximação física era vista com certo rechaço. Atualmente, se aceita com mais facilidade o contato no ombro, braço e mão, do que em qualquer outra parte do corpo. Em um contato inicial esses aspectos devem ser considerados, evitando-se locais que possam ser constrangedor, como por exemplo, pernas e abdome.

### **IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE MAUS TRATOS**

A pessoa idosa encontra muitas vezes, dificuldades em verbalizar que sofre maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência intrafamiliar, em muitos casos, demonstra medo ou ansiedade na presença do cuidador ou de familiar. No entanto, isso pode ser identificado por meio da observação de lesões, equimoses, úlceras de decúbito, desidratação ou ainda nas demonstrações de não aceitação em responder a perguntas relacionadas ao assunto violência. Isso é outra forma de comunicação não verbal que nos alerta das suas dificuldades nas relações familiares. É necessário estar atento para o que o idoso fala ou não fala, como se comporta, seus gestos, suas expressões faciais. Isso pode comunicar muito mais do que somente a avaliação das suas lesões, déficits ou incapacidades e talvez seja essa a única oportunidade de detectar tais situações. A comunicação, verbal e não verbal, é um importante recurso para a formação de vínculos, para avaliação e para o planejamento assistencial. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n<sup>o</sup> 19. Série

A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília - DF 2006, pag. 17,18,19,20).

### **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PESSOAS IDOSAS**

Em relação à alimentação da pessoa idosa saudável, sem doenças que requeiram cuidados alimentares específicos, uma orientação adequada pode ser trabalhada por meio dos "Dez Passos para uma Alimentação Saudável", em anexo, aqui adaptado para a pessoa idosa. Existem outros materiais técnicos que podem dar suporte ao trabalho da equipe de saúde com relação à alimentação do idoso. São eles: o Guia Alimentar para a População Brasileira, material que traz as diretrizes da alimentação saudável e o Caderno de Atenção Básica de Obesidade, que trabalha a questão da prevenção, tratamento e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade na atenção básica.

Um tema importante a ser trabalhado sobre alimentação saudável é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional presente nos rótulos é um instrumento fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. O uso dos rótulos e da informação nutricional deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, entidades de defesa do consumidor e pela comunidade escolar, entre outros, para transformar esse instrumento em ferramenta efetiva para escolhas de alimentos mais saudáveis pela população. O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um capítulo sobre esse tema, que pode ser usado para trabalhar as escolhas mais saudáveis por meio da leitura e interpretação da informação contida nos rótulos dos alimentos. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília - DF 2006, pag. 21).

### **PRÁTICA CORPORAL OU ATIVIDADE FÍSICA**

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o

gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão. É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica. Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida. Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal ou atividade física. No caso de exercícios leves\*, pode-se iniciar a prática corporal ou atividade física antes da avaliação, para que essa não se transforme em uma barreira para o engajamento da pessoa idosa na sua realização. Não está claro ainda qual o melhor tipo e nível de prática corporal ou atividade física, uma vez que esses variam acentuadamente em diferentes estudos. Existe discordância sobre qual seria o melhor exercício para provocar efeito benéfico no idoso. De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática corporal ou atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. Deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada (percepção subjetiva de esforço, aumento da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo). Recomenda-se iniciar com práticas corporais / atividades físicas de baixa intensidade e de curta duração, uma vez que a pessoa idosa, geralmente, não apresenta condicionamento físico e pode ter limitações musculoesqueléticas. Sugere-se a prática de trinta minutos de prática corporal ou atividade física regular (ao menos três vezes por semana). Uma das vantagens dessa prática é a fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios.



As atividades mais comuns envolvem: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, Tai Chi Chuan\*, Lian Gong\*\*, entre outras. A caminhada merece maior destaque, por ser acessível a todos e não requer habilidade especializada ou aprendizagem. Recomenda-se andar em locais planos, prestando atenção à temperaturas extremas (muito elevadas ou muito baixas) e umidade muito baixa, nesses casos, ingerir maior quantidade de líquidos. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 23).

## **ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos. É um método simples, rápido, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças. Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizará como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. Essa diferença deve-se às alterações fisiológicas nos idosos:

- o declínio da altura é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;
- o peso pode diminuir com a idade, porém, com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- alterações ósseas em decorrência da osteoporose;
- mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.

- redução da massa muscular devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

Essas peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento devem ser avaliadas criteriosamente, para que se possa distingui-las da desnutrição. A população idosa é particularmente propensa às alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. Estas alterações podem comprometer a ingestão dos alimentos e aproveitamento dos nutrientes, podendo levar à desnutrição.

Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante que o profissional esteja atento para alguns aspectos:

- Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
- Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;
- Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos;
- Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
- Algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;
- Alterações de peso recentes;
- Dificuldade de mastigação por lesão oral; uso de prótese dentária ou problemas digestivos. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica-n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 32-33).

## **ACUIDADE VISUAL**

O processo natural de envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente deve ser avaliado com o uso do Cartão de Jaeger.

## **ACUIDADE AUDITIVA**

Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o “teste do sussurro”.

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois, cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento. A frequência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis - delírios, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso - e devem ser investigadas. Perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada é uma forma rápida de verificar o problema. Se a resposta for afirmativa, investigue possíveis causas. Na Medida de Independência Funcional (MIF) há um algoritmo de avaliação da continência urinária que auxiliará nesses casos.

## **SEXUALIDADE**

A sexualidade da pessoa idosa também deve integrar a avaliação da mesma. Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser

indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento.

## VACINAÇÃO

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, altamente contagiosa que acomete o trato respiratório e cuja ocorrência se observa em maior intensidade ao final do outono e durante o inverno. Embora tipicamente de pouca relevância em sua forma não complicada, é uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade. As pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas ou as portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito). A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser inquirida de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina antipneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos”. O registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 34,35).

## **AVALIAÇÃO COGNITIVA**

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo. 36 CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido, que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após três minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. Como complementação dessa avaliação, pode-se utilizar o Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

## **DEPRESSÃO**

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores. A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É essencial que seja feita a diferença entre tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária ocorrendo, com frequência, no contexto de desordens médicas e neurológicas. A presença de

depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida. Evidências sugerem que é necessário instituir precocemente o tratamento. É fundamental a construção de um projeto terapêutico singular (PTS)<sup>2</sup>, a partir do Acolhimento e da Avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dos usuários.

## **MOBILIDADE**

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de senso percepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação.

## **QUEDAS**

Quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essas informações possibilitam a identificação do risco. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

## AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades.

Didaticamente essas atividades são subdivididas em:

a) Atividades de Vida Diária (AVD) que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:

- Alimentar-se
- Banhar-se
- Vestir-se
- Mobilizar-se
- Deambular
- Ir ao banheiro
- Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

- Utilizar meios de transporte
- Manipular medicamentos
- Realizar compras
- Realizar tarefas domésticas leves e pesadas
- Utilizar o telefone

- Preparar refeições
- Cuidar das próprias finanças

Desde seu início, as avaliações funcionais dão ênfase às Atividades de Vida Diárias (AVD). A primeira escala desenvolvida, e a que é até os dias de hoje mais citada e utilizada, é a Escala de Katz, planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Posteriormente, Lawton propôs outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais autoconfiantes para a vida em comunidade. Outro instrumento de avaliação funcional que vem sendo gradativamente adotado é o denominado Medida de Independência Funcional (MIF) que, diferentemente dos outros que identificam se a pessoa precisa de ajuda ou não, procura quantificar a ajuda necessária mostrando-se, muito útil no planejamento assistencial. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica – n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 36, 37,38).

### **AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR**

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las. Dentre estas teorias destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações como o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo. Dessa grande interação surge o seu potencial transformador em busca de equilíbrio. Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar funcione. Dentre tantas funções e papéis possíveis de serem desenvolvidos pelos diversos membros familiares, duas



estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O prover, originalmente é um papel gênero masculino, e está ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidades daquela família na nossa sociedade capitalista. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constante. Estes são papéis em profunda transformação na nossa sociedade, e hoje, não são distinguíveis entre o homem e mulher. Estes e tantos outros papéis devem ser constantemente negociados para que a família funcione. Esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas. Os sistemas familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais. Nos Sistemas Familiares funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada. Os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes. Sistemas familiares funcionais ou maduros constituem para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília - DF 2006, pag. 41).

## 6 METODOLOGIA

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Moinho, no município de Lajeado/RS. Participarão da intervenção todos os idosos, que engloba as pessoas acima dos sessenta anos da área da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Protocolo ou Manuais Técnicas: Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde – (Brasil, 2013), Caderno de Atenção Básica nº 28 – Saúde do Idoso (Brasil, 2011), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de Coleta de Dados (Anexo) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual. Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de Coleta de Dados para monitoramento e acompanhamento dos resultados.

### **Detalhamento das ações.**

Realizaremos o monitoramento da situação de risco dos idosos com a realização da ação coletiva, cuja finalidade epidemiológica é o estabelecimento de prioridade de atendimento de 100% dos idosos adscritos na ESF Moinho. O registro para possibilitar o monitoramento será realizado no prontuário, O monitoramento da cobertura dos idosos terá periodicamente mensal e será discutido em reuniões da equipe.

O número de idosos moradores da área de abrangência será monitorado por meio da planilha eletrônica e o médico ficará responsável por essa ação. Temos como meta alcançar uma cobertura de 100% para estes idosos. Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde. O médico será o responsável pelo monitoramento da periodicidade das consultas e os idosos faltosos as consultas. As buscas ativas realizadas aos faltosos serão realizadas pela ACS, diretamente na residência do idoso, para agendamento de novo atendimento, visando à conclusão dos tratamentos médicos. Será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O médico será o responsável, e a cada semana repassará o registro

em reunião da equipe. Será um trabalho árduo, pois as micro áreas estão localizadas longe da Unidade de Saúde e só temos um dia na semana para fazer as visitas, mas contamos com apoio dos ACS que já estão entregando as cadernetas, orientando aos idosos e família sobre o projeto de intervenção para conquistarmos os objetivos propostos. Serão monitorados ainda: o número de idosos de maior risco de morbimortalidade (identificados na área de abrangência); o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF; todos os idosos com rede social deficiente. Este monitoramento será realizado por meio de avaliação funcional periódica de cada idoso, com exame físico certo e complementar indicado individualmente, caso seja necessário. O acompanhamento deve ser realizado de forma conjunta com a assistente social e a psicóloga.

Serão monitorados, pelo médico, enfermagem e técnica de enfermagem os hábitos alimentares das pessoas idosas, por meio de conversar com a nutricionista e conversa com idosos e seus cuidadores. Além disto, será monitorada a prática regular de atividade física em grupos, por meio dos agentes comunitários.

Realizaremos a organização e gestão do serviço para acolher todos os idosos e cadastrar todos os idosos da área de cobertura da Unidade de saúde. Atualizaremos as informações do SIAB e o acolhimento será feito por todos os membros da equipe com horário diferenciado a partir das nove horas da manhã e treze horas da tarde (dois em cada turno) além de incluir urgência e emergência, o idoso sairá da Unidade com sua próxima consulta agendada. Se na avaliação for constatada que é uma urgência- emergência terá prioridade no acolhimento. Para as visitas domiciliares também serão realizados agendamentos adequados, para contemplar os acamados e incapacitados que possuem alguma limitação ou dificuldade de acessar a Unidade de saúde. O cadastro será feito com registro único para idoso, caderneta do idoso, avaliação funcional e prontuário da Unidade. As atualizações das informações do SIAB serão realizadas pelo médico da Unidade.

Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Snellen). Contando com a nutricionista e odontóloga que tem dias programados para atender especificamente aos idosos. Serão definidas as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e

atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Será garantida a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, através das agentes comunitárias de saúde, que entrarão em contato com os familiares, além disto, contamos com o serviço do CREAS/CRAS.

Será organizada a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, solicitação dos exames complementares e buscaremos com o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo os quais são definidos as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos o médico será o responsável de fazer a Avaliação e exame clinica.

Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de saúde, bem como garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantiremos material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na Unidade de saúde. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantiremos também material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade de saúde. Criaremos sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Organizaremos o acolhimento aos idosos na Unidade de saúde e cadastraremos os idosos na Unidade de saúde, a fim de oferecer atendimento prioritário aos idosos na Unidade de saúde. Será organizada agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e acolhimento aos idosos na Unidade de saúde e será monitorada a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e uma agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Ofereceremos atendimento prioritário aos idosos. O médico será o responsável direto de todas as ações, mas cada membro da equipe terá sua responsabilidade direta. Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e agenda para acolher os

idosos provenientes das buscas domiciliares. Será realizada com visitas diárias dos ACS de cada micro área. Os responsáveis serão a técnica de enfermagem e os ACS.

Manteremos as informações do SIAB atualizadas, tendo como responsável a técnica de enfermagem. Implantaremos uma planilha com registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Com planilha de avaliação funcional e registro de avaliação. Será pactuado com a equipe o registro das informações, na primeira reunião de equipe do mês. O responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Todas estas ações serão feitas em conversas com os cuidadores e familiares, gestor municipal e pessoas responsáveis das estatísticas.

Priorizaremos o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade e idosos fragilizados na velhice e será facilitado o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente. Priorizaram-se não só em consultas também nas visitas domiciliares de acordo a sua avaliação. Será definido o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular. Demandaremos do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. Organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Os grupos fixos acontecem nas segundas-feiras e as visitas domiciliares no turno da manhã. A cada 15 dias haverá prática de exercícios físicos e o atendimento odontológico acontecerá em todos os dias.

Realizaremos atividades (educação em saúde em grupos, contatos individuais, e com a família nas visitas domiciliares) para esclarecer para a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de saúde, informando-lhe da existência do Programa de Atenção ao Idoso e que será realizado em nossa unidade.

Por meio destas ações, orientaremos a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento

saudável e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social e quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, à necessidade de realização de exames complementares, à periodicidade com que devem ser realizados assim como seu direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso também sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção Ainda, sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os sessenta anos de idade, os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg ou para pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Também, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM e importância de avaliar a saúde bucal de idosos, atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecemos a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouviremos a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Todos os membros da equipe serão responsáveis por cada uma destas ações, por isso que todos devem ser capacitados adequadamente.

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclareceremos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A realização destas ações acontecerá com palestras à comunidade, cartazes em comércio, escolas, os grupos (diabetes- hipertensos- obesidade e idosos), em cada consulta médica e nos procedimentos de enfermagem. Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientaremos os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Estas ações serão feitas nos grupos e pelos agentes de saúde em cada visita domiciliar e em cada consulta de pessoas com familiar idoso,

seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Orientaremos os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimularemos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio e outros) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Orientaremos a comunidade sobre a importância destas atividades para um tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilharemos com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social e informaremos a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos para ainda mais prevenir as doenças. Todas estas atividades serão feitas em consultas, dinâmicas de grupos e visitas domiciliares.

Capacitaremos a equipe no acolhimento aos idosos e ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para a Política Nacional de Humanização. A capacitação e o treinamento serão ministrados pelo médico da Unidade e enfermeira. Será solicitada ajudada a psicóloga e grupo de profissionais responsáveis pela atenção dos idosos da secretaria da Saúde. Serão feitas nas reuniões de cada semana, em visitas domiciliares e em reunião mensal a fim de ampliar o conhecimento da equipe sobre o Programa de Humanização ao cuidado do usuário idoso através de reunião de equipe, visitas domiciliares e palestras com os cuidadores.

Capacitaremos os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela ESF e a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinaremos a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Capacitaremos a equipe da ESF para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, seguir o protocolo adotado na ESF para solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos

idosos acamados ou com problemas de locomoção, reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Capacitaremos a equipe (profissionais habilitados) da ESF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Ainda realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitaremos os ACS para captação de idosos.

A capacitação deve ser feita pelo médico da Unidade e utilizaremos o material disponível, protocolos, bibliografia utilizada em nosso trabalho. Treinaremos os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definiremos com a equipe a periodicidade das consultas. O médico realizará o treinamento em reunião de equipe, cada semana com o material disponível e ajuda das funcionárias do CREAS/CRAS, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Capacitaremos a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Capacitaremos os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e avaliar a rede social dos idosos. Capacitaremos a equipe para a realização de exame odontológico apropriado, registro adequado dos procedimentos em todas as consultas. Orientaremos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos que precisam de atendimento odontológico e reconhecimento dos casos que necessitam uma atenção especial (hipertensos, diabéticos, imunodeficientes). A odontóloga utilizará os materiais disponíveis no curso e bibliografias disponíveis.



## 7 CRONOGRAMA

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre a atenção a saúde das pessoas idosas, a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e a capacitação para a Política Nacional de Humanização.	x	x	x	x												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	x	x	x													
Contato com lideranças para falar sobre a importância da ação programática de saúde do idoso solicitando apoio para a sensibilização da comunidade e para as demais estratégias que serão implementadas.	x	x	x													
Monitorar a cobertura dos idosos periodicamente (uma vez por mês).	x				x				x					x		
Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da Unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Acolher todos os idosos, e dar atendimento clínico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Realizar busca ativa dos idosos faltosos a consulta	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Realizar grupo dos idosos na comunidade.	x				x				x					x		
Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Continuação do cronograma na próxima página.

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos e a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos sem esquecer os idosos aparentemente sana.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica e 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg para Diabetes Mellitus.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar avaliação da necessidade de tratamento Odontológico do idoso, número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período e a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção.	x				x				x					x		

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

As atividades realizadas na intervenção terão como referência o Protocolo ou Manual Técnico: Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde – (Brasil, 2013) é o **Caderno de Atenção Básica 28- Saúde do Idoso (Brasil, 2011)** que está disponível na Unidade de Saúde. As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada idoso e em fichas espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento.

Farei contato verbal com a Secretaria Municipal para a viabilização da Caderneta dos Idosos. Para o acompanhamento dos idosos será utilizado o prontuário da unidade, a caderneta do idoso (em número de 397, mais 50 para os casos que podem ser incluídos durante o transcurso da intervenção) que estarão disponíveis em minha consulta ou serão entregues a cada idoso visitado pelos ACS em visitas domiciliar. Estas serão entregues a cada idoso e serão usadas por eles para seu seguimento adequado e avaliação funcional evolutiva para assim poder coletar todos os indicadores necessários a o monitoramento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará a existência dos prontuários dos idosos e identificará os idosos com doenças crônicas, faltosos, os acamados, incapacitados e os que não têm prontuário utilizando o registro atual, atualizando-o em cada consulta. Será feito cada semana, se registrará em uma listagem e se passara a informação na reunião de equipe realizada a cada semana. Localizarei os prontuários dos idosos e transcreverei todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Devem ser utilizadas 397 fichas que não existem na Unidade, as impressões serão feitas em nossa unidade pela profissional administrativa, por isso se confeccionará um registro de dados gerais dos idosos que serão usadas em cada entrevista ou consulta realizada e estará disponível nas consultas e nas visitas domiciliares. Ao mesmo tempo realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação no registro de dados gerais sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas que podem estar em atraso e qualquer outro dado que considere necessário, será anexada esta anotação em ou listagem feita com o nome de todos os idosos.

Será realizada capacitação sobre a atenção integral à saúde do idoso para que toda a equipe utilize esta referência. O responsável será o médico, esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no

horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico (disponível em formato digital) e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe. A capacitação será feita em quatro semanas.

Realizar-se-á ainda a capacitação da equipe sobre acolhimento aos diferentes idosos (consulta agendada de rotina, doença aguda, acamado e incapacitado) lembrando que cada idoso é um ser único. Os responsáveis serão o médico e enfermeira. Será feito em reunião de equipe, participará toda a equipe e será necessário o estudo de cada tema, um computador disponível na Unidade, pois todo o material é digital, a capacitação será a feita por o médico. O acolhimento será feito por toda a equipe na sala de triagem e será iniciando pela técnica de enfermagem. As visitas domiciliares serão realizadas pelos agentes de saúde que fazem visitas diárias e que irão cadastrar os idosos da área de abrangência. A prática do acolhimento não irá interferir negativamente na rotina da Unidade, pois será realizada de forma organizada e consciente. Os idosos com atraso em exames serão atendidos e orientados em visitas domiciliar pelos agentes comunitários de saúde (ACS) previamente orientados (em cada reunião se dará o nome dos idosos com atraso), os faltosos a consultas serão contatados por telefone e pelos ACS. O responsável pelo contato com o idoso será a profissional administrativa da Unidade que utilizará o telefone da Unidade para fazer o contato. Se o idoso não tiver telefone, o responsável por contatá-lo será o ACS de sua microárea.

Os Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para uma atenção adequada e humanizada do tratamento e evitar as possíveis complicações, os que têm consulta de rotina terão prioridade no agendamento, pois serão feitas a sair da consulta anterior para viabilizar a ação de acolhimento dos idosos. Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas duas consultas por dia, uma de manhã e outra de tarde.

O monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço às ações para conseguir alcançar será feita na Unidade nos dias de reunião de equipe. O responsável será o médico que fará avaliação a cada mês. O instrumento a utilizar será a planilha de coleta de dados, planilha de avaliação funcional o tempo a utilizar será ao final de cada reunião (aplicável também para monitoramento e avaliação de tratamento odontológico).

Para sensibilizar a comunidade, será esclarecida a importância da realização da atenção dos idosos para aumentar sua qualidade de vida e sobre as facilidades de realizá-lo na ESF aos que pode comparecer na Unidade e com visitas domiciliar aos que não podem (incapacidade, acamados). Será dada atenção prioritária aos idosos na ESF.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e com os representantes de cada grupo do idoso, um por cada micro área, escola, e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do projeto. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a área de cobertura (os idosos que moram longe da unidade) e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Este contato será feito pessoa a pessoa em visitas domiciliar pelos agentes de saúde, em consultas realizadas pelo médico e enfermagem (que serão o responsável) em conversas em escola, e encontros marcados em cada micro área, em as visitas. Utilizando para sua divulgação as agentes de saúde, o representante de cada micro área, os idosos mais ativos, murais e a participação de todos.

Semanalmente, nas quartas-feiras à tarde, a enfermeira examinará as fichas-espelho dos idosos identificando os que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso (utilizará a planilha de dados geral dos idosos).

Os ACS farão busca ativa de todos os idosos em atraso, nesta busca, já agendará o idoso para um horário de sua conveniência e será informado ao cuidador e ou familiar para não esquecer a consulta e dar seguimento adequado e contínuo evitando as ausências a consultas. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência**

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, em cada consulta e visita domiciliar explicamos a importância de esta atividade.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados foi realizado em cada consulta e palestra feita por a odontóloga.

## RESULTADOS

A intervenção realizada na ESF Moinhos, Lajeado/RS objetivou melhorar a atenção à saúde do idoso. Foi realizada em doze semanas, apesar de ter sido prevista para acontecer em dezesseis semanas. O total da população da área adstrita é de 4.034 usuários, de acordo com a estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL) há 403 idosos na área de abrangência da USF, logo, este é o denominador do indicador de cobertura. Antes da intervenção havia 229 idosos cadastrados, o que representava 42% de acordo com o CAP, mas, não se conhecia o total de acompanhados. A meta de cobertura foi alcançada de forma parcial, **pois, foram atendidos durante a intervenção 289 (71,7%) usuários do total de 403 idosos.**

A seguir apresentamos os resultados de acordo com os objetivos e metas do projeto de intervenção:

### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**

*Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.*

O número total de pessoas com 60 anos ou mais acompanhados e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 75 (18,6%), 171 (42,4%) e 289 (71,7%), o resultado foi possível com o apoio da equipe, meu trabalho diário e não foi possível ter 100% pela falta de transporte e pouco tempo na intervenção, mas dando continuidade será alcançada a meta.

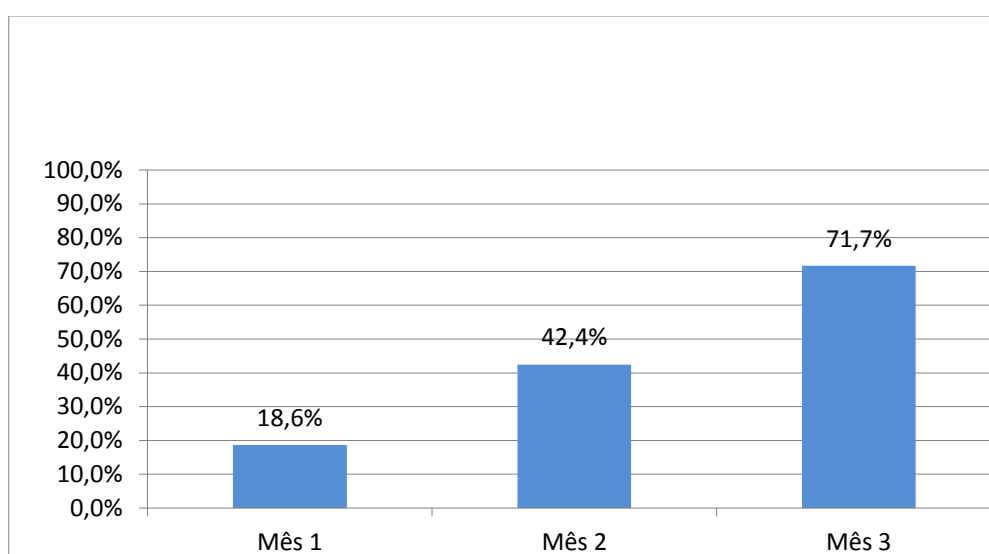


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Moinhos/Lajeado, RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.



**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

O indicador 2.1 corresponde ao número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Em todas as consultas foram realizadas a Avaliação Multidimensional Rápida onde foram avaliados aspectos, como, visão, audição, cognição-memória, desenvolvimento. Alcançamos 100% nos três meses da intervenção, temos um total de 75, 171 e por fim 289 usuários avaliados.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Para a realização esta meta nós capacitamos as enfermeiras e técnicas de enfermagem que são as que fazem os acolhimentos, para os idosos que não precisavam passar por consulta com o médico elas fizeram esse exame e registraram nas fichas individuais. Logo, todos os idosos atendidos durante os três meses da intervenção realizaram o exame clínico apropriado em todas as consultas, sendo, esta meta 100% em todos os meses. No primeiro mês foram 75, no segundo mês foram 171 e no terceiro 289.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A realização de exames complementares como hemograma, glicose, funcionamento renal e hepático, urina, entre outros, em dia é um indicador para o controle de doenças crônicas como a diabetes mellitus ou hipertensão. Com relação aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, alcançamos 100%, em todos os meses da intervenção, sendo 50, 110 e 164, respectivamente.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

O número total de pessoas com 60 anos ou mais com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 70 (93,3%), 130 (76%) e 184 (63,7%), os demais não tem prescrição porque não (são aparentemente sano, pegam na unidade ou financeiramente não precisam).

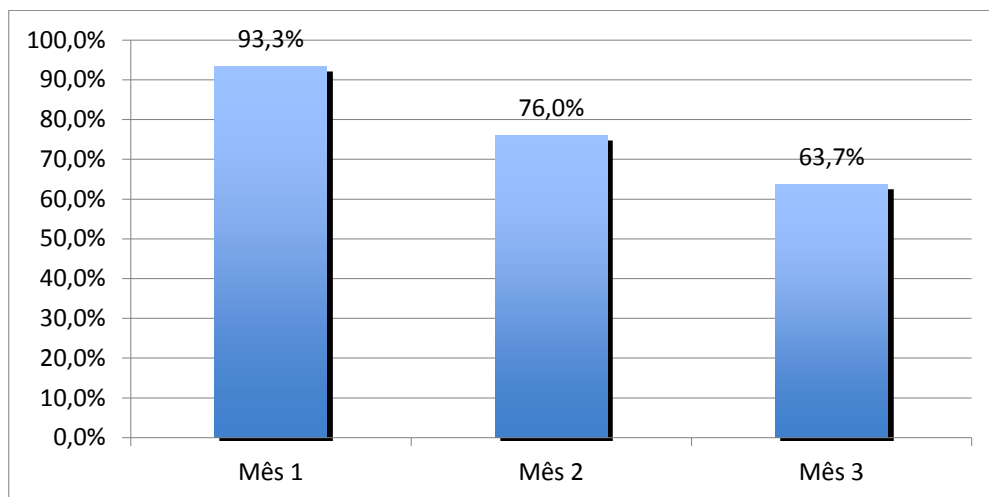


Figura 3 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

*Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.*

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados alcançando 100% com um total de 32, 33 e 33 idosos nos três meses respectivamente. Foram cadastrados todos os idosos acamados por meio de visitas domiciliares, possível pelo trabalho iniciado por mim e os ACS.

*Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.*

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visitas domiciliares alcançando 100% nos três meses de intervenção (32, 33, 33) o resultado foi possível pela organização inicial do projeto e contamos com transporte.

*Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).*

Em todos os idosos que chegavam à unidade era feita a medição da pressão arterial pela enfermeira ou técnicas de enfermagem. Logo, esta meta foi 100% nos três meses da intervenção (75, 171, 289). A verificação da pressão é realizada como rotina da atenção adequada, em cada consulta, visita domiciliar, conversas nos grupos de fumantes, amigos da balança e idosos.

*Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).*

No primeiro mês 50 (100%) idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, no mês 2 foram 102 (93,6%) e no mês 3 136 (83,4%). Foi alcançado devido a uma

ATENÇÃO adequada. O 100% ao parecer não foi alcançado PORQUE JÁ tem diagnóstico em o primeiro mês 13 idosos são reavaliados no mês 3.

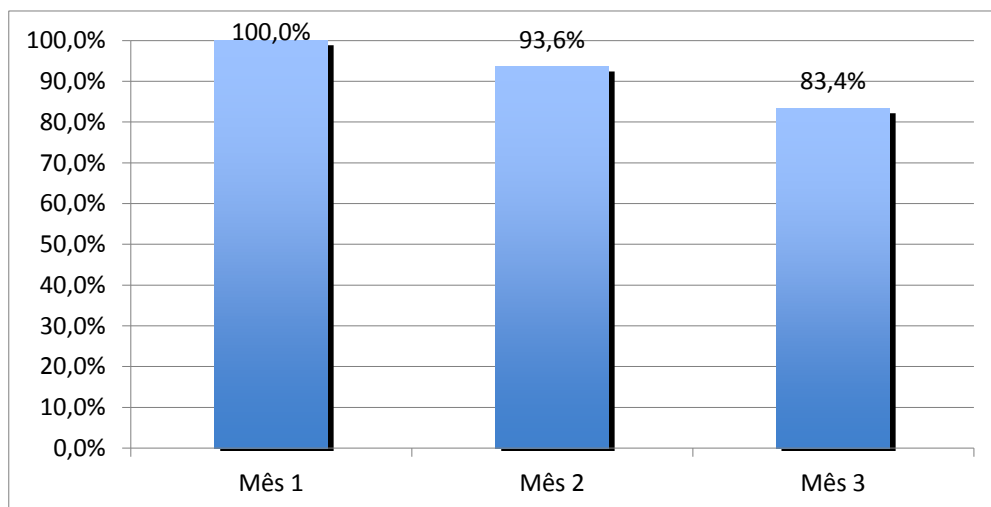


Figura 4 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Na intervenção, nem todos os idosos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, representando ao final 99% ou seja, 286 usuários, os que não foram avaliados foi porque não quiserem o atendimento.

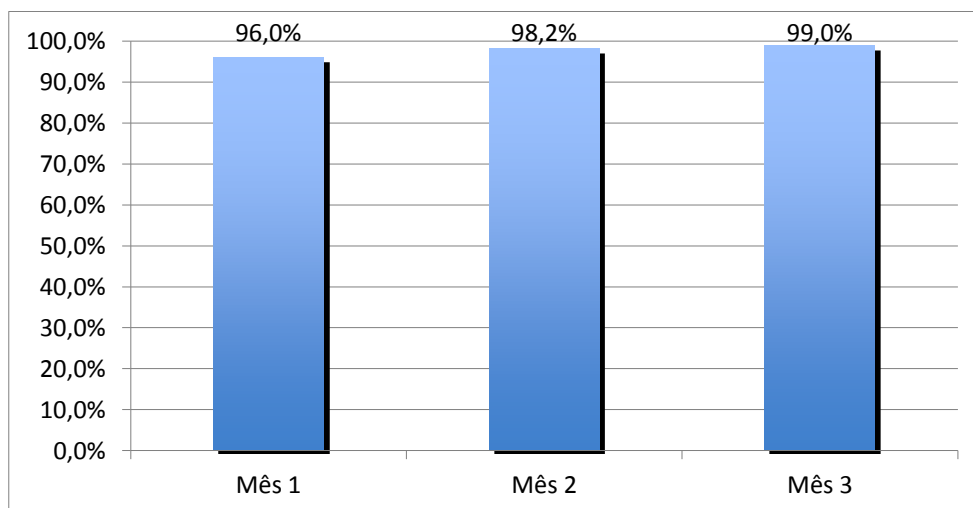


Figura 5 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

**Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.**

A proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática alcançou 15,2%, 7, 1 mês, 10 e 44, resultado negativo, pois só tem 20 horas de atendimento e a população não tem como cultura esse tipo de atendimento.

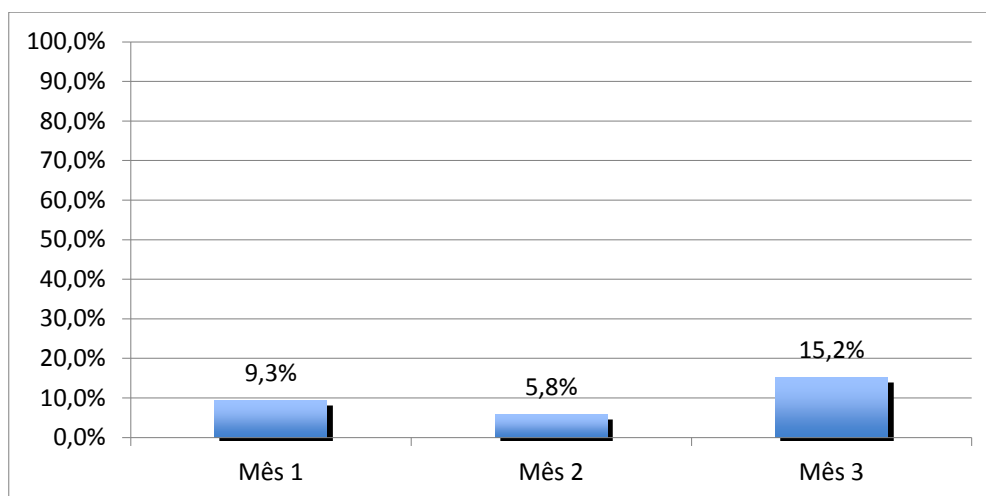


Figura 6 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

**Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.**

Em todos os meses da intervenção, 100% dos idosos faltosos às consultas receberam busca ativa. Faltaram 5, 6 e 7 usuários, respectivamente, nos três meses da intervenção, os quais receberam busca ativa por as ACS, ligações aos familiares pela enfermagem.

**Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas**

Nos dois primeiros meses da intervenção esta meta não foi cumprida satisfatoriamente porque não contávamos com avaliação social, odontológica, nutricionista.

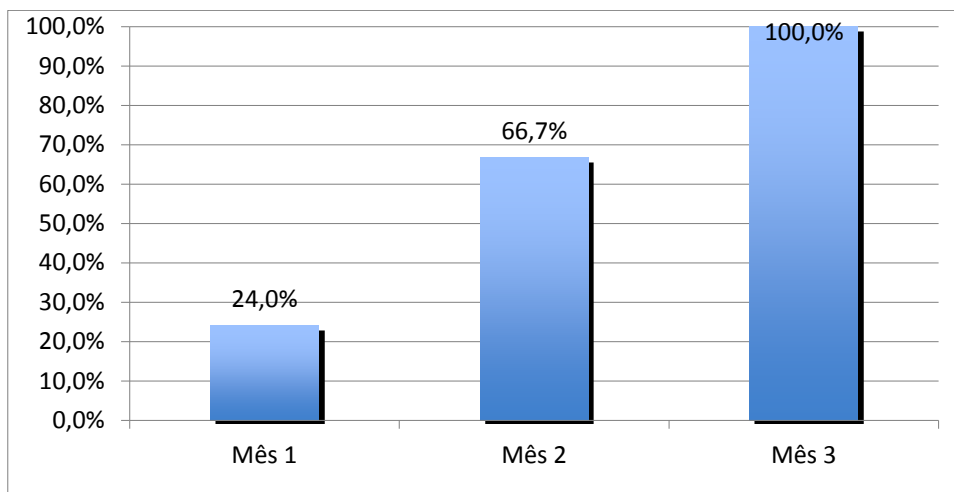


Figura 7 - Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

**Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados**

Foi entregue a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos 289 idosos acompanhados na intervenção alcançando 100% em todos os meses. Pois, já contávamos com o número necessário de cadernetas na UBS.

**Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência**

**Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.**

Apresentamos 100% dos idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia nos três meses da intervenção sendo 75, 171, 289 usuários, respectivamente, realizamos essa ação analisando seus antecedentes familiares, pessoal, com os prontuários e avaliação periódica da saúde dos idosos.

**Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.**

A fragilização na velhice é um tema importante, pois ajuda a evitar complicações que podem ser tratadas preventivamente. Todos os 289 (100%) usuários acompanhados foram avaliados no que diz respeito à fragilização na velhice. Foi realizada através dos atendimentos clínicos com interrogatório a eles e seus familiares, exame clínico completo e exames complementar.

**Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos**

Em relação à avaliação da rede social, com apoio da secretaria de assistência social, ACS e médico, temos um total de 254 idosos que representa 87,9% com esta avaliação, que foi realizada através dos atendimentos clínicos e visitas domiciliares. A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi recuperando-se ao longo

da intervenção, infelizmente não alcançamos 100% devido à redução das semanas da intervenção.

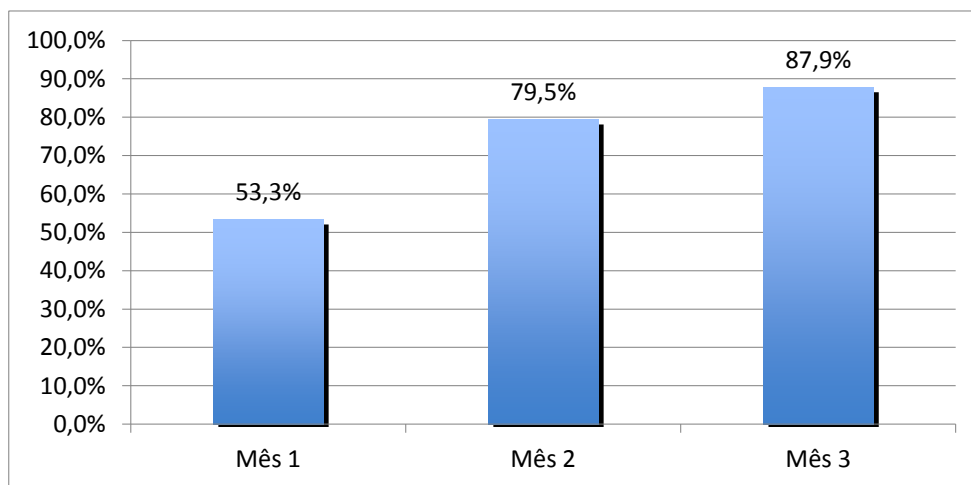


Figura 8 - Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia na unidade de saúde Moinhos/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPEL, 2015.

### **Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos**

*Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.*

Promover a saúde dos idosos é muito importante para melhora sua qualidade de vida e da família por isso 100% dos idosos, receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis nos atendimentos clínicos e nos grupos, realizada em cada consulta, em conversas realizadas por a nutricionista e enfermagem.

*Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, em cada consulta e visita domiciliar explicamos a importância de esta atividade.*

*Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados foi realizado em cada consulta e palestra feita por a odontóloga.*

Buscamos alcançar bons resultados na atividade física com a formação do grupo de idosos, caminhadas, etc. também na higiene dos idosos com orientações feitas a família e cuidadores, banho diário, higiene pessoal e de sua casa, etc.

A equipe se esforçou para alcançar as metas propostas no início da intervenção, eu iniciei o projeto com a preparação da equipe antes do início do projeto acredito que o motivo do comprimento dos indicadores foi proveniente do esforço da equipe, de minha previsão numa organização adequada de acordo a nossa realidade. Embora o meu período de férias atrapalhasse um pouco a continuidade do trabalho, a falta das

ACS em 2 micro áreas, a distância das micro áreas da unidade e a falta de transporte pra as visitas domiciliares, além disso o redução de 16 para 12 semanas da intervenção. Mesmo assim damos continuidade a intervenção e agora estamos, para avaliar os resultados reunimos a equipe, e estamos certo de que vamos continuar avançando para melhoria da qualidade da atenção aos idosos, logramos um acolhimento com mais qualidade e estimular o acompanhamento deles pelos filhos, e demais familiares, e cuidadores. Buscou-se a formação do conselho municipal dos idosos, a integração dos profissionais da assistência social, educação e o mais importante a integração da família-comunidade-unidade de saúde para dessa forma dá continuidade às ações na rotina do serviço.

## **DISCUSSÃO**

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde (USF), propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação em número ao dia das consultas, sua qualidade, com exame clínico adequado (pulsos, exame dos pés dos diabéticos, avaliação para a classificação de risco). Rastreamento das enfermidades crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, Hipercolesterolêmica). Indicação de exames complementares apropriados para rastreamento de diabetes mellitus, avaliação nutricional, da assistência social, odontológica e vacinas em dia.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde de acordo com os protocolos de atendimento aos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, recepção e odontólogo), comunidade e gestores. Cada membro da equipe fez as ações que o correspondia, as ACS com o cadastro, na recepção com a tomada de dados gerais de cada idoso e acolhida adequada, a técnica de enfermagem com um acolhimento humanizado, verificação das vacinas e a enfermagem cumprindo o acolhimento, esclarecimento de dúvidas, acompanhamento às visitas domiciliares, o médico com a consulta de qualidade, escutar, olhar para os usuários e fazer exame clínico com a indicação dos exames necessários. Todas estas ações acabaram tendo um impacto nas atividades do serviço, aumentou a dinâmica e a forma de atendimento com um aumento também no número das consultas dos idosos, acompanhamento da família em alguns casos, o interesse da família no seguimento com o idoso, obrigou

aos membros da equipe a aumentar seus conhecimentos para oferecer um melhor atendimento.

Antes da intervenção, a unidade de Moinhos era de uma UBS com atendimento médico, só de 20 horas. As atividades de atenção aos idosos eram concentradas na consulta do médico, troca de receitas aos usuários com doenças crônicas e indicação de exames complementar de rotina. Quando eram solicitadas visitas domiciliares, eram feitas só pelas ACS. A intervenção mudou a forma de atendimento, as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, incluindo aos idosos (38 horas com as visitas domiciliar). A melhoria do registro viabilizou a otimização da agenda para a atenção aos idosos e aumentou o número da demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos com avaliação Multidimensional rápida tem sido crucial para determinar o grau da fragilidade e apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, a diferença e a forma das consultas, mais demoradas (são escutados, examinados e compreendidos). As visitas domiciliares feitas pela equipe aos acamados e aos deficientes, não gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade porque as consultas são feitas por agendamento, os que desconhecem o motivo desta priorização, são feitas orientações para toda a população e onde se explica sobre o direito de agendar sua consulta. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos que não tem atendimento pelo SUS, mas por médicos particulares.

A intervenção poderia ter iniciado dois meses antes com o cadastro feito por ACS e verificação do médico, junto ao cadastro a capacitação dos profissionais, realizando a análise situacional da unidade, discutindo as atividades que devem ser desenvolvidas com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção, o apoio matricial dos gestores de forma mais direta e integral, ter participação ativa não passiva e discutir a melhor maneira de programar isto. O tempo da intervenção seria respeitado pra que seja feito com a qualidade, correspondendo com a realidade. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção as rotinas do serviço terão condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Pra fazer a viabilidade de incorporar à intervenção a rotina do serviço, pretendo fazer melhorias da intervenção, estimular a equipe com o exemplo próprio da



importância que tem não só o atendimento dos idosos, também pra os outros projetos que devem ser implementados na unidade, que estão sendo feitos pelos demais colegas para melhorar a saúde do povo brasileiro.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da atenção dos idosos, em especial os de alto risco e a importância de seu acompanhamento por algum membro da família, o cuidador. Continuar com a planilha de coleta de dados pra ter o controle das informações e assim melhorar a estatística da unidade e os indicadores de forma certa.

A partir do próximo mês, continuaremos com a implementação do projeto já em nossa unidade, contamos com as cadernetas dos idosos, a capacitação dos profissionais, a programação da primeira consulta odontológica, a consulta com a nutricionista, continuar com o trabalho e incorporar os outros projetos na rotina da unidade.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF 2006. (págs. 20-23, 27, 30-37, 41-43, 48, 50, 55, 67, 71,80, 101, 108,125.)
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I**. Brasília – DF 2013. (20-22, 32, 35, 37,45).
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF. 2010. (pág. 7, 8,10 e 11).

## 11 APÊNDICES E ANEXOS

## CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – FICHA PRONTUÁRIO ESPELHO

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Nome: _____ N.º Cartão do SUS: _____ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	Como é mais conhecido: _____ Documento de identidade: _____ Data de nascimento: _____/_____/_____
<b>ENDEREÇO</b>	Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____	N.º: _____ Complemento: _____ Ponto de referência: _____ Telefone: _____ Celular: _____
<b>ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO</b>	Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) separado ( ) outros Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais Aposentado: ( ) sim ( ) não Ocupação antes de aposentar: _____ Ocupação atual: _____	
<b>ALCOOL E DROGAS</b>	Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____ Hábitos de vida: Fumo ( ) não ( ) sim ( ) frequentemente ( ) raramente ( ) parei de fumar Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____ Bebida alcoólica: ( ) não ( ) sim ( ) frequentemente ( ) raramente ( ) parei de beber Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____	
<b>ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO</b>	Realiza atividade física: ( ) não ( ) sim Qual? _____ Frequência: ( ) frequentemente ( ) raramente ( ) parei de fazer Frequenta alguma atividade social ou de lazer? Qual? _____ Realiza trabalhos voluntários? Qual? _____ Come: ( ) frutas ( ) verduras ( ) legumes ( ) carne ( ) frituras ( ) açúcar ( ) sal	
<b>SUPOORTE DE CUIDADOS E DEPENDÊNCIA</b>	Moram comigo _____ pessoas Fica sozinho a maior parte do dia? ( ) sim ( ) não Pessoa que poderia cuidar caso precisasse: Nome _____ Grau de vínculo: _____ Esta pessoa mora próximo? ( ) não ( ) sim Necessita de cuidados para o dia-a-dia? ( ) não ( ) sim É acamada? ( ) não ( ) sim Usa cadeira de rodas: ( ) não ( ) sim Andador: ( ) não ( ) sim	
<b>ENDEREÇO DO CUIDADOR</b>	Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____	N.º: _____ Complemento: _____ Ponto de referência: _____ Telefone: _____ Celular: _____
<b>AUTO PERCEPÇÃO</b>	Em geral minha saúde é? Muita Boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito Ruim ( )	
<b>DOENÇAS CRÔNICAS</b>	Quais problemas de saúde acompanha? _____ Osteoporose? _____ Realizou densitometria no último ano? _____	

	Doença pulmonar? Doença renal? Doença vascular? Osteoartrose? Tem dor? Com que frequência? limitante( ) frequentemente ( ) raramente ( )
<b>HIPERTENSÃO E DIABETES</b>	Tem hipertensão arterial sistêmica? Diabetes?
<b>MEDICAMENTOS</b>	Toma medicamentos diariamente? Quais? Qual dosagem? Quantas vezes por dia? Para que? Usa medicamentos alto custo: Demencia? Parkinson? Osteoartrose? Dislipidemias? Outros?
<b>INTERNAÇÕES</b>	Foi internado no último ano? Quantas vezes? Quando? Onde? Porque? Quantos dias?
<b>QUEDAS</b>	Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? ____ Quantas vezes? ____ Teve alguma fratura por causa dessas quedas?
<b>VACINAÇÃO E PNEUMONIA</b>	Recebeu vacina contra influenza na última campanha? Pneumococo? Tétano nos últimos dez anos? Teve gripe no último ano? Teve pneumonia?

## AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA – INSTRUMENTO BREVE

<b>VISÃO</b>	<p>O(a) Sr(a) tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais?</p> <p>Se sim, aplicar o cartão de Jaeger:      OD: _____      Usa óculos? ( ) Sim      ( ) Não  OE: _____</p>
<b>AUDIÇÃO</b>	<p>Usa aparelho auditivo?  Esta adaptado?</p> <p style="text-align: right;">Aplicar o teste do sussurro.</p> <p>A pessoa idosa responde a pergunta feita?  Ouvido D: _____ Ouvido E: _____</p> <p>Se não, verificar a presença de cerume.  Ouvido D: _____ Ouvido E: _____</p>
<b>FUNÇÃO DOS MMSS</b>	<p>Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas às mãos.  Distal: Ver se o paciente é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.</p>
<b>FUNÇÃO MMII</b>	<p>Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ___ Caminhar 3,5m: ___ Voltar e sentar: ___</p>
<b>ESTADO MENTAL</b>	<p>Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: <b>Mesa Maça Dinheiro</b>  Após 3 minutos pedir que os repita. Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM.</p>
<b>HUMOR</b>	<p>O(A) Sr(a) se sente triste ou desanimado(a) <b>frequentemente?</b>  Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.</p>
<b>DOMICILIO</b>	<p>Na sua casa há: Escadas? n<sup>o</sup> _____      Tapetes soltos? ___ Corrimão no  banheiro? ___ animais?</p>
<b>ATIVIDADES DIÁRIAS</b>	<p><b>Sem auxílio</b>, o(a) Sr(a) é capaz de:  Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___</p>
<b>INCONTINENCIA</b>	<p>O(A) Sr(a), às vezes, perde urina ou fica molhado(a)?  Se sim, pergunte: Quantas vezes? ___ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ___  Usa absorvente?  Fraldas?  Tem perda de fezes?</p>
<b>NUTRIÇÃO</b>	<p>Nos últimos 12 meses perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida?  O(A) Sr(a) perdeu mais de 3 kg no último ano? _____  Altura: _____ cm      IMC = _____  Peso atual: _____ kg      Usa alguma suplementação alimentar?  Usa sonda?      Usa dieta enteral?      Qual o preparo?</p>
<b>SUORTE SOCIAL</b>	<p>Alguém poderia ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado? Quem poderia ajudá-lo(a)?  Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo Sr(a) caso não seja capaz de fazê-lo?  _____</p>

<b>FRAGILIDADE</b>	<p>Nos últimos 12 meses acha que a força diminuiu?</p> <p>Nos últimos 12 meses acha que está caminhando mais lentamente?</p> <p>Acha que faz hoje menos atividades físicas do que fazia há 12 meses atrás ?</p> <p>Na ultima semana com que freqüência sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?</p> <p>Raramente, poucas vezes, algumas vezes, a maior parte do tempo.</p> <p>Na ultima semana com que freqüência sentiu que não conseguiria levar adiante as suas coisas?</p>									
<b>SAÚDE BUCAL</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="453 501 788 533">Tem dentes?</td> <td data-bbox="815 501 1046 533">Tem prótese parcial?</td> <td data-bbox="1158 551 1230 582">Total?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 539 679 571">Esta bem adaptada?</td> <td data-bbox="815 539 1046 571">Outras necessidades:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="453 577 852 609">Tem lesão suspeita de câncer bucal?</td> </tr> </table>	Tem dentes?	Tem prótese parcial?	Total?	Esta bem adaptada?	Outras necessidades:		Tem lesão suspeita de câncer bucal?		
Tem dentes?	Tem prótese parcial?	Total?								
Esta bem adaptada?	Outras necessidades:									
Tem lesão suspeita de câncer bucal?										
<b>CÂNCER</b>	<table border="0"> <tr> <td colspan="3" data-bbox="453 654 1091 685">Realizou prevenção de câncer ginecológico no último ano?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 692 596 723">Toque retal?</td> <td data-bbox="831 692 887 723">PSA?</td> <td data-bbox="1142 707 1286 739">Mamografia?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 730 727 761">Sangue oculto nas fezes?</td> <td colspan="2" data-bbox="983 730 1142 761">Colonoscopia?</td> </tr> </table>	Realizou prevenção de câncer ginecológico no último ano?			Toque retal?	PSA?	Mamografia?	Sangue oculto nas fezes?	Colonoscopia?	
Realizou prevenção de câncer ginecológico no último ano?										
Toque retal?	PSA?	Mamografia?								
Sangue oculto nas fezes?	Colonoscopia?									