

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TIAGO FERREIRA CAMPOS BORGES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DO IDOSO
VULNERÁVEL POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

CAMPOS GERAIS - MG

2016

TIAGO FERREIRA CAMPOS BORGES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DO IDOSO
VULNERÁVEL POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.^a Edilaine Assunção
Caetano de Loyola

CAMPOS GERAIS - MG

2016

TIAGO FERREIRA CAMPOS BORGES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ABORDAGEM DO IDOSO
VULNERÁVEL POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Edilaine Assunção Caetano de Loyola - orientadora

Examinador 2 – Prof.^a Samara Macedo Cordeiro – Universidade de São Paulo.
(USP)

Aprovado em Belo Horizonte, em janeiro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha noiva, Ana Paula Tamazato

AGRADECIMENTO

Agradeço a meus pais que sempre me apoiaram.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção que contemple ações para abordagem do idoso vulnerável residente na área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde, da cidade de Três Pontas/MG, a fim de diminuir melhorar a qualidade de vida de pessoas idosas e de seus cuidadores/familiares. Tendo em vista que o envelhecimento populacional é uma realidade nos dias atuais e considerando a incipiência dos serviços de saúde na atenção à saúde dos indivíduos idosos é que se motivou a elaboração desta proposta de intervenção, que inclui ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento da população acerca da temática, mudanças de hábitos de vida e capacitação da equipe. Para confecção do trabalho fez-se uma revisão de literatura nas principais bases de dados online SciELO, PubMed, MEDLINE.

Palavras-chave: Atenção integral ao idoso, cuidador, cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

This study aims to elaborate an intervention plan that contemplates actions to approach the vulnerable elderly living in the area of a Basic Health Unit, in the city of Três Pontas / MG, in order to reduce the quality of life of the elderly and of their caregivers / relatives. Considering that the aging of the population is a reality today, and considering the incipience of health services in the health care of the elderly, it was motivated the elaboration of this intervention proposal, which includes actions aimed at increasing the level of knowledge of the About the theme, changes in life habits and the capacity of the team. To carry out this work, a literature review was done in the main databases online SciELO, PubMed, MEDLINE.

Keywords: Comprehensive care for the elderly, caregiver, primary health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição dos profissionais de saúde da UBS Dr. Carlos Antônio Fagundes Souza	15
Quadro 2 – Medicamentos que favorecem quedas nos idosos.....	23
Quadro 3 - Definição e priorização dos problemas.....	25
Quadro 4 - Desenho das operações para os “nós” críticos sobre o problema do idoso vulnerável.....	27
Quadro 5 - Definição de operações e gestão do projeto.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PNI – Plano Nacional do Idoso

APS – Atenção Primária de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Caracterização do município de Três Pontas/MG.....	12
1.2 Descrição do Sistema Local de Saúde	13
1.3 Caracterização dos profissionais que trabalham na UBS.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas na área de Gerontologia e Geriatria estão em desenvolvimento considerável, devido ao crescimento da população de idosos a nível mundial. Segundo a definição da Organização das Nações Unidas (ONU), são consideradas idosas todas as pessoas com idade superior a 65 anos que residem nos países desenvolvidos e 60 nos países em desenvolvimento. O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno nos países desenvolvidos que se tem consolidado nos países em desenvolvimento (QUINTANA et al., 2014).

Aproximadamente 65% por cento dos idosos apresentam dependência parcial de seus cuidadores e 40% dependência significativa, como, por exemplo, dos cuidados mais básicos do dia a dia. A falta de um cuidador para um idoso portador de morbidade acompanhada de declínio funcional e grau de dependência elevada é classificada como vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade é complexo e abrange várias dimensões, como a individual, relacionada ao comportamento e ao conhecimento dos riscos e agravos; programática, associada à relação deficitária do indivíduo com os serviços de saúde e, por fim, social, que considera o perfil populacional da área de abrangência, os níveis culturais de acesso à informação e os gastos com saúde. De modo sucinto, a vulnerabilidade pode ser definida como a capacidade de um indivíduo sofrer danos quando submetido a determinado estímulo. Isso torna relevante a identificação de casos de idosos com baixa cognição sem a presença de um cuidador (MIRANDA et al., 2015).

Diante de tal contexto, o trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) almeja uma adequada abordagem da pessoa idosa. O cuidado comunitário ao idoso deve alicerçar-se nos cuidados dispensados da família e com o vínculo com o sistema de saúde (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Porém, os próprios profissionais de saúde enfrentam desafios em relação a isso, devido à formação inadequada voltada à atenção básica, e à desvalorização à educação permanente e à capacitação. Portanto, faz-se de suma importância a realização de capacitação e o envolvimento dos profissionais de saúde no planejamento e implementação de atividades de promoção da saúde, considerando o aspecto multidisciplinar para lidar com a complexidade dessas questões e para articular os vários setores envolvidos (BALSINHA; GONÇALVES-PEREIRA, 2014).

Este trabalho foi realizado tendo-se como base a Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Antônio Fagundes Souza, no município de Três Pontas – MG.

1.1 Caracterização do Município de Três Pontas - MG

Três Pontas é uma cidade com cerca de 689 quilômetros quadrados, que teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas indústrias. Os ramos industriais que mais empregam no município são de confecção de vestuário, fabricação de artigos de plásticos e borracha, fabricação de máquinas e equipamentos, de móveis, de produtos alimentícios e de produtos químicos (CAMPOS, 2014).

O município de Três Pontas possui 53 825 habitantes, sendo que 50,4% da população são mulheres, e 49,6% são homens. Há 18517 domicílios no município, o que totalizam 21 819 endereços, sendo 3 474 na zona rural e 18 345 na zona urbana. Ainda de acordo com o Censo 2010, 15 474 domicílios são casas (96.5%), 526 são apartamentos (3.3%) e 40 fazem parte de vila ou condomínio (0.2%) (CAMPOS, 2014).

Como em várias cidades brasileiras, o crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e muito menos de desenvolvimento social. A cidade vive basicamente da agricultura (café), de uma incipiente indústria de agricultura e pecuária (CAMPOS, 2014).

A cidade sempre teve forte tradição na área cultural e movimentada a região com o seu festival de música (músicos de reconhecimento internacional como Wagner Tiso e Milton Nascimento) e, ainda, preserva suas festas religiosas (festa do Padre Victor). Há alguns anos, o município adotou a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com sete equipes na zona urbana e três na zona rural cobrindo grande parcela da população. Um grande problema no desenvolvimento da estratégia da UBS é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

1.2 Descrição do Sistema Local de Saúde

A Comunidade de Alcides Mesquita é uma comunidade de cerca de 4.000 habitantes e fica na região central de Três Pontas, tendo se formado principalmente a partir do êxodo rural ocorrido nos anos de 2000 em função do avanço do gerado por grandes empresas, com a conseqüente redução da agricultura familiar de subsistência (BRASIL, 2017). Hoje a população empregada do bairro vive basicamente do trabalho na empresa têxtil e dos comércios pequenos instalados no mesmo. Algumas famílias residentes no bairro vivem do cultivo de hortifrutigranjeiros que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É baixo o número de desempregados e subempregados (BRASIL, 2017).

A estrutura de saneamento básico na comunidade é ótima, tendo grande abrangência, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em moradias bem estruturadas e possuem imóvel próprio. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos, porém a evasão escolar entre menores de 14 anos é muito baixa.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas do Padre Victor.

No bairro Alcides Mesquita trabalha uma equipe de Saúde da Família. A unidade de saúde foi inaugurada há cerca de três anos e está situada paralelamente a quatro ruas da rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Trata-se de uma casa própria que foi edificada para ser uma unidade de saúde.

A casa é nova e bem conservada. Sua área pode ser considerada adequada, considerando-se a demanda e a população coberta (3.200 pessoas), o espaço físico é muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

Existe uma sala de reuniões, a qual a equipe pode desfrutar para realizar suas discussões, sobre melhorias para o atendimento e gestão da assistência a comunidade. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação de bairro. A unidade atualmente está bem equipada e conta com

os recursos adequados para o trabalho da equipe (conta com mesa ginecológica, espéculos vaginais, nebulizador, glicômetro, material para curativos e algumas medicações para pequenas urgências).

1.3 Caracterização dos profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Antônio Fagundes Souza

A equipe do PSF é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

- 1) Ensino médio completo, trabalha como agente comunitária de saúde.
- 2) Pedagoga, trabalha como agente comunitária de saúde.
- 3) Ensino médio completo, trabalha como agente comunitária de saúde.
- 4) Ensino médio completo, trabalha como agente comunitária de saúde.
- 5) Curso técnico em enfermagem, trabalha como técnica de enfermagem.
- 6) Médico generalista.
- 7) Enfermeira, coordenadora da unidade básica de saúde.
- 8) Psicólogo.
- 9) Pedagoga, trabalha como recepcionista.

A unidade de saúde funciona de 07h00min às 16h00min horas.

No dia-a-dia a equipe se ocupa quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e atendimentos de psicologia, puericultura, “preventivo” de câncer de colo uterino, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, criação de uma horta comunitária, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhada, que, com o tempo, infelizmente não houve seguimento.

O atendimento e acompanhamento de doenças crônicas são feitos rigorosamente pelo médico; as principais doenças crônicas em frequência na unidade de saúde são hipertensão, diabetes e asma, manejadas devidamente pelo médico da unidade e em último caso encaminhadas para especialistas. É frequente também o atendimento a doentes mentais e acompanhamento de doenças reumáticas, a marcação de consulta com esses dois especialistas são bastante difíceis no município.

Quadro 1: Distribuição dos profissionais de saúde da UBS Dr. Carlos Antônio Fagundes Souza

Profissional	Número
Médico	1
Enfermeiro	1
Téc. De enfermagem	1
Agentes comunitários de saúde	4
Atendente	1
Psicólogo	1

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A população adstrita nesta unidade de saúde apresenta-se com um número substancial de afecções de ordem mental, diabetes, hipertensão e problemas reumatológicos. Observamos também com abundância idosos em situação de vulnerabilidade, idosas vítimas de violência e totalmente dependentes de seus cuidadores. Percebemos com muita frequência o adoecimento físico e psíquico dos cuidadores que não possuem estrutura para dedicar-se ao cuidado e aos afazeres da vida diária.

Esta situação motivou a confecção deste trabalho, buscando levantar dados para o melhor manejo desta população.

2 JUSTIFICATIVA

O fenômeno do envelhecimento constitui uma preocupação e uma realidade mundial. A transição do perfil demográfico da população acarreta mudanças epidemiológicas bruscas referentes ao aumento do número de idosos frágeis e à uma possível necessidade de institucionalização, gerando grande ônus para os serviços de saúde. Essa situação gera desafios para a manutenção e a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dessa população, com estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doenças (USA, 2011).

A fragilidade em idosos é um problema de saúde pública, e suas peculiaridades ainda carecem de maiores investigações, evidenciando a necessidade de cuidados formais em saúde, principalmente em países em desenvolvimento, nos quais boa parte da população é de baixa renda e não possui condições socioeconômicas para gerir cuidados no próprio domicílio (QUINTANA et al., 2014).

Ressalta-se que estudos sobre vulnerabilidade de idosos ainda são incipientes. Portanto, novas pesquisas são necessárias para se contribuir para a elaboração de políticas públicas e de ações interventivas para promoção da saúde; para a prevenção de incapacidades; e para o replanejamento social e de saúde.

Se por um lado o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade; por outro, elevou a ocorrência do perfil de morbimortalidade, caracterizado por um incremento de doenças crônico-degenerativas que necessitam de maior atenção (PAIM, 2003).

No entanto, o atual sistema de saúde brasileiro ainda precisa ser ajustado e organizado para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da expectativa de vida (VERAS, 2012). Assim, os serviços de saúde precisam de melhorias para atender com qualidade essa população, uma vez que a prevenção de doenças e dependência de tratamentos dispendiosos evita gastos futuros para o próprio governo.

Este trabalho foi feito para se levantar informações que proporcione maior conhecimento para manejo da população idosa adstrita na UBS Dr. Carlos Antônio Fagundes Souza.

Optamos por esse tema, eu e minha equipe, pois, percebemos que o número de idosos no bairro é muito grande e que apresentamos idosos vulneráveis que

precisam ter suas doenças e fatores de risco, bem com vulnerabilidades melhor abordadas.

É salutar que resolvamos este problema na área de abrangência da UBS para podermos levar mais qualidade de vida a população idosa vulnerável adstrita.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção que contemple ações para abordagem do idoso vulnerável residente na área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde.

4 METODOLOGIA

Previamente foi realizada uma revisão bibliográfica de literatura nas bases de dados online SciELO, PubMed, MEDLINE. Abrangendo os artigos dos últimos cinco anos, compreendendo o período de 2011 a 2016. Utilizou-se como palavras chaves: Atenção, idoso e vulnerável. Foram incluídos os artigos que faziam referência ao idoso em situações de vulnerabilidade ou demente. Estendeu-se a pesquisa para o cuidado com o cuidador e a abordagem frente à família do idoso.

Depois da execução de tal pesquisa, foi elaborado o plano de intervenção baseado no método PES, que se constitui em um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicadas a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo de promover uma mudança situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir de seus fundamentos e método, o PES propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, enriquecendo o processo de criação do mesmo, ao permitir que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, trabalhando com a corresponsabilidade de todos no sucesso da intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), o trabalho do profissional realizado com os demais membros da equipe de saúde na identificação dos problemas vivenciados no serviço, pressupõe uma prática profissional refletida, organizada e discutida com seus pares, o que possibilita propostas de mudanças de ações a partir de tal conhecimento das dificuldades enfrentadas pela comunidade e de suas principais necessidades de saúde.

Além disso, o projeto de intervenção é executado por meio de etapas que, articuladas entre si, esquematizam um processo eficaz, com objetividade e critérios que ajudam o profissional de saúde a intervir em sua realidade para melhorá-la, sendo extremamente importante que o mesmo conheça a realidade e problemática enfrentada pela população da área de abrangência que assiste (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O envelhecimento é o resultado das novas características do perfil da estrutura populacional que são decorrentes do declínio na taxa de fecundidade e prolongamento da expectativa de vida, frutos das novas tecnologias e recursos para o manejo das doenças crônicas (BRAZ; CIOSAK, 2009). Se a taxa de fecundidade permanecer nos moldes atuais, teremos em 2025, no Brasil, cerca de 32 milhões de idosos (LIMA et al., 2010).

Em nosso país, criou-se em 1994 a primeira lei para assegurar os direitos da pessoa idosa conhecida como Política Nacional do Idoso, PNI, (Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994), que está por sua vez regulamentada pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). Juntamente com estas duas normas, tem-se a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) que afirma que “envelhecer bem faz parte de uma construção coletiva que deve ser facilitada pelas políticas públicas e por oportunidades de acesso à saúde ao longo do curso de vida” (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

Porém, as normas estipuladas por políticas públicas, especificamente para pessoas idosas, ainda estão longe de serem alcançadas na prática, em especial nos países em desenvolvimento, devido à escassez de recursos humanos, materiais e tecnológicos (LIMA et al., 2010).

Na última década o Brasil avançou na implementação de políticas públicas de combate à violência contra as pessoas idosas, a partir da promulgação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e do Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2007). Se por um lado caracterizam um avanço do país para buscar atender às necessidades desse grupo etário, por outro, gerou novas demandas aos profissionais que atuam na atenção primária, sem que as antigas tenham sido superadas.

A violência contra o idoso ainda é muito pouco denunciada e investigada por parte da sociedade e das autoridades. No entanto, coloca em xeque a qualidade de vida e a atenção dispensada a saúde da pessoa idosa (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014). A violência não se caracteriza somente por agressão física, verbal ou psicológica, mas também por situações de abandono e negligência, tornando o idoso vulnerável.

O profissional da APS, muitas das vezes, se sente impotente diante de um idoso vítima de violência, todavia, isto se deve ao fato de haver um despreparo por parte dos profissionais para abordarem o tema. Esse despreparo não somente fica no campo técnico, mas engloba também o medo de sofrer represália por parte do agressor, além das barreiras impostas pelas dificuldades e carências dos serviços de saúde, além da falta de articulação entre diversos setores envolvidos como saúde, assistência social, etc; pois deve-se também levar em conta a intersetorialidade da abordagem do idoso vítima de violência (YAFFE; WOLFSON; LITHWICK, 2009).

Outra questão envolvendo a vulnerabilidade dos idosos reside no fato da capacidade para o autocuidado e da necessidade ou não da presença de um cuidador. A família geralmente é quem assume a responsabilidade do cuidado e dispensa tempo e dinheiro para assegurar a saúde de seus idosos e a escolha do cuidador informal, de pessoas idosas, está relacionada a vários fatores, como grau de parentesco (maioria cônjuges), gênero (geralmente mulher), proximidade física (quem mais convive) e proximidade afetiva (cônjuge, pais e filhos). O cuidado é feito, geralmente, por uma única pessoa da família, que se torna cuidador principal ou referência, por maior disponibilidade, instinto, vontade ou capacidade, geralmente sem formação básica orientada (BRASIL, 2006).

A tarefa de cuidar é complexa, pois o cuidador e a pessoa a ser cuidada apresentam distintas personalidades, valores e problemas pessoais, gerando, em momentos diferentes sentimentos como culpa, raiva, medo, confusões, estresse, tristeza, dentre outros. Grande parte das vezes estes sentimentos aparecem de forma isolada ou em conjunto. É primordial que se identifique e aceite esses sentimentos para que se possa desenvolver um plano de cuidado mais abrangente e completo (GRATÃO, 2010).

O impacto de cuidar de uma pessoa dependente, sujeito a uma condição crônica, é descrito pelo termo *burnout*. Esses termos foram primeiramente publicados por Zarit, em 1980, e incluíam os problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais, financeiros vividos por famílias cuidadoras, representados tanto por aspectos subjetivos quanto objetivos, advindos do impacto do cuidar (SANTOS et al., 2010). Essa sobrecarga que leva ao *burnout*, decorre da dependência física, financeira e emocional que a pessoa idosa necessita em relação ao cuidador, além de que os idosos apresentam incapacidades físicas e mentais que dificultam o

convívio do cotidiano. Assim, é primordial que os serviços se qualifiquem e se preparem para as necessidades advindas dos idosos, seus cuidadores e seus familiares, como um todo, abrangendo o sujeito, a família e o meio social/coletividade em que o idoso se encontra inserido e esta não é uma tarefa fácil para os serviços e profissionais de saúde.

A vulnerabilidade dos idosos também é observada pelos problemas decorrentes do uso de fármacos em número e mecanismos de ação diversos, com igual teor de interações medicamentosas, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. Assim, Secoli (2010) afirma que racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) serão, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública desse século.

A utilização de medicamentos inapropriados é considerada como um dos fatores de risco mais importantes para eventos adversos em idosos, relacionados ao uso de drogas. Esse uso indevido se dá pela prescrição de polifarmácia e não observância das alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas intrínsecas do organismo do idoso (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

Define-se como medicamentos inapropriados aqueles cujos riscos associados à sua utilização são, ou podem ser superiores aos benefícios terapêuticos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012). De acordo com a sociedade americana de geriatria, apesar dos desfechos negativos, grande parte destas medicações continuam a ser utilizadas pelos nossos idosos e prescrita pela classe médica (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

É importante ressaltar, que as pessoas idosas formam um conjunto muito heterogêneo quanto à capacidade funcional, uma vez que esta é o resultado de uma complexa interação de múltiplos fatores, tais como genética, estilo de vida, antecedentes pessoais e familiares, acesso e qualidade da atenção à saúde, entre outros. Por isso a intensidade das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que acompanham o envelhecimento e as consequências da polifarmácia são distintas para cada indivíduo idoso, deixando o cuidado à pessoa idosa muito singular e específico para o profissional que o atende (CARVALHO et al., 2012).

Deste modo, o prescritor precisa levar essa variabilidade em consideração, tanto para ajustar as doses como para selecionar os medicamentos a serem

prescritos. O uso racional de medicamentos para a crescente população idosa é um grande desafio para a saúde pública. Para Carvalho et al. (2012) é um parâmetro complexo que envolve a responsabilidade de todos os elos da cadeia do medicamento, desde a indústria farmacêutica, as autoridades regulatórias e o sistema de saúde, até profissionais da saúde e pacientes. Portanto, medidas educativas e administrativas são necessárias para garantir à população geriátrica uma farmacoterapia de qualidade.

A polifarmácia também se constitui em um dos fatores de risco para quedas em idosos que é a principal causa de hospitalização dos mesmos. A queda pode ser definida como deslocamento não-intencional do corpo, resultando em mudança de posição para um nível inferior a posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Esta por sua vez pode ser causada por fatores extrínsecos (relacionados ao ambiente) e intrínsecos (relacionados as condições de saúde das pessoas) (MALLMANN; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Além da polifarmácia, os principais fatores de risco para quedas são: comprometimento cognitivo, diminuição acuidade visual, fraqueza óssea, múltiplas patologias. A maioria das quedas ocorre durante atividades rotineiras do idoso e gera medo de cair novamente (MALLMANN; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Cabe a equipe da atenção básica, quantificar o risco de quedas na pessoa idosa e elaborar estratégias para minimizar os riscos de quedas futuras.

Quadro 2 – Medicamentos que favorecem a quedas

Medicamentos que predispõem a quedas
Antidepressivos
Antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos
Anticolinérgicos
Diuréticos
Antiarrítmicos
Hipoglicemiantes
AINES – Antiinflamatórios Não esteroidais

Diante de tais questões que denotam risco para vulnerabilidade da pessoa idosa, entende-se que as mudanças atuais (demográficas, epidemiológicas e de

evolução de medicamentos) tem gerado demanda que requerem do SUS, transformações no modelo da assistência prestada. Deve-se priorizar a prevenção, promoção e recuperação de saúde.

Observa-se que os profissionais da saúde da atualidade precisam se formar e dirigir sua atenção para esse novo modelo de assistência à saúde, em especial a dispensada a pessoa idosa.

Na ESF, o idoso é atendido segundo o caderno de atenção básica, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, do Ministério da Saúde, este tem por finalidade avaliar de forma multidimensional do idoso (BALSINHA; GONÇALVES-PEREIRA, 2014; BRASIL, 2006). A partir das orientações constantes neste caderno é que se propõe um plano de intervenção para ao atendimento a idosos vulneráveis residentes na área de abrangência de nossa ESF.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição e priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de idosos em situação de vulnerabilidade.	Alta	7	Parcial	1
Alto número de pacientes com HAS descompensada.	Alta	7	Parcial	2
Maus hábitos higiênicos- dietéticos.	Alta	5	Parcial	3
Alto número de pacientes vítimas de maus tratos	Alta	6	Parcial	3
Alto número de paciente em uso de psicofármacos sem avaliação psiquiátrica há muito tempo.	Alta	4	Parcial	4

Estes problemas foram considerados relevantes na comunidade do bairro Alcides Mesquita em Três Pontas/MG; a seleção um para pessoas idosas se deu devido ao fato de haver um grande número de idosos em situações de vulnerabilidade. Muitos deles têm como cuidadores outro idoso (a própria esposa, muitas das vezes). Quando não é a esposa, geralmente é a filha mais velha, que fica sobrecarregada com suas atividades diárias mais o cuidado com o idoso. As poucas

famílias que podem pagar por um cuidador, o fazem, todavia, estes cuidadores também precisam de atenção da ESF.

O cuidador contratado fica responsável sozinho por grande parte do cuidado, frequente têm mais de um emprego, se dedicam a um trabalho estressante e não tem suporte psicológico para lidarem com a situação em que estão inseridos. Os idosos precisam frequentemente de adaptações nas casas para que o correto cuidado seja dispensado a eles. Além do material, como: barras de suporte em sanitários, ausência de tapetes que podem favorecer a quedas, devemos lembrar dos materiais médicos, tais como: cilindro de oxigênio, e equipamentos como luvas, gazes para curativos, fitas para glicômetro, dentre outros. Materiais, os quais, rotineiramente são dispensados pelas secretarias de saúde com grandes empecilhos e dificuldades burocráticas.

6.2 Descrição do problema selecionado

O problema consiste no cuidado ao idoso vulnerável e a atenção que deve ser dispensada aos cuidadores que se fazem tão exigidos e muitas das vezes esquecidos, pelos outros e por eles próprios que priorizam o doente.

A unidade básica de saúde em questão acompanha cerca de 500 idosos e, destes, estão em situação de vulnerabilidade 153 idosos.

6.3 Explicação do problema selecionado

A problemática consiste na atenção dispensada ao idoso que com a idade passou a ter alguma limitação. A família não possui o conhecimento técnico e os cuidadores muitas das vezes são pessoas sem formação alguma e se dispõem a cuidar de um idoso. Precisamos forma-los, instrui-los para que possam assistir o idoso e não assistir ao idoso em suas limitações. Devemos também buscar meios para que os cuidadores possam se organizar melhor e promovam uma atenção a si próprios, visando a melhor qualidade de vida para eles e conseqüentemente melhor atenção ao idoso.

6.4 Seleção dos "nós críticos"

O trabalho levantou como "nós críticos" as seguintes situações:

- O cuidado com os cuidadores;
- A dificuldade de acesso aos materiais para que se possa assistir o idoso vulnerável;
- O desconhecimento dos cuidadores e da família de como assistir o idoso.
- A violência dispensada aos idosos

6.5 Desenho das operações para os "nós" críticos sobre o problema do idoso vulnerável.

Nó Crítico.	Operação Projeto.	Resultados Esperados.	Produtos Esperados.	Recursos Necessários
Cuidado com o cuidador	Dispensar atenção as necessidades psicológicas do cuidador, bem como ao risco físico a que está exposto (ex: excesso de peso que carrega ao transportar o idoso acamado).	Melhor controle da atenção psicológica dispensada ao idoso, bem como aos riscos físicos inerentes do trabalho.	Obter cuidadores saudáveis, a pesar de desempenharem um papel extenuante.	Cuidado e atenção durante as visitas domiciliares por parte do médico e das ACS, para diagnosticar os cuidadores e risco e orientá-los.
Dificuldade de acesso a insumos para o cuidado básico do idoso debilitado	Dispensar atenção, bem como cobrança ativa dos órgãos públicos competentes para dispensar os materiais necessários para o devido	Diminuir o déficit entre a necessidade e a oferta de recursos	Obter idosos melhores assistidos	Observância, bem como cobrança dos órgãos públicos

	cuidado ao idoso			
Desconhecimento da família do idoso quanto aos cuidados básicos de atenção	Orientação contínua de familiares, bem como educação continuada para os cuidadores (por meio de cursos patrocinados pelo município).	Melhorar o acesso a informação da família e dos cuidadores	Diminuir o número de complicações de saúde do idoso por causa do desconhecimento.	Grupos de ensino patrocinados pela prefeitura. Uma forma de educação continuada.
Pacientes vítimas de maus tratos	Vigilância dos membros da equipe em idosos suspeitos de serem vítimas	Zerar ou abaixar substancialmente o número de idosos agredidos na população adscrita	Idosos bem cuidados em todas as dimensões da dignidade da pessoa humana	Observação e busca ativa de idosos vulneráveis, bem como denúncia a órgãos competentes

Busca-se resolver esses “nós críticos” dentro do prazo de dois anos. Vê-se que o principal gargalo é a educação por parte de todos da equipe e também dos cuidadores e familiares, uma vez que para a própria vigilância e cuidado os membros da equipe precisam estar treinados. Sabe-se que uma grande barreira a enfrentar é o treinamento das ACS, que muitas das vezes são pessoas com pouca ou nenhuma formação na área da saúde.

6.6 Definição de operações e gestão do projeto

O projeto visa por meios de uma revisão de literatura, levantar pontos-chaves que tornam um idoso vulnerável. Retomando os dados anteriores, a equipe elaborou, em conjunto, o plano operativo de seu projeto de intervenção.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Intervenção para combater a vulnerabilidade do idoso na UBS	Famílias bem assistidas e bem orientadas pela UBS, bem como apoio da secretaria de saúde com utensílios de cuidados pessoais para esses idosos	A ação se dá por meio da vigilância das ACS durante as visitas domiciliares nos lares. O médico também participa avaliando a condição de saúde do idoso, sua condição higiênica e possíveis sinais de violência contra o idoso.	Todos da UBS Médico Enfermeiro ACS	2 anos
Mais Saber	Pacientes mais bem informados sobre a hipertensão, complicações e necessidade do tratamento.	Aulas expositivas e dinâmicas de grupo oferecidas durante os encontros do grupo de hipertensos. E também, grupos operativos	Médico	3 meses
Educação higienodietéticas	Diminuir as complicações decorrentes de má higiene como caries e também obesidade devido aos maus hábitos alimentares	Estimular a prática de atividade física e oferecer aulas de ginástica, alongamento e caminhadas diárias. Acompanhamento com dentista.	Médico ACS	2 anos
Vigilância e investigação de maus tratos por parte dos funcionários da UBS (médico, enfermeiro e ACS)	Apoio da UBS e denúncias quando necessárias aos órgãos competentes	Acompanhamento próximo e contínuo na UBS	Médico Enfermeiro ACS	1 ano
Diminuir o número de pacientes em uso irregular de psicofármacos	Uso consciente de psicofármacos por parte dos idosos	Consultas regulares com o médico da UBS e quando necessário encaminhamento ao NASF ou CAPS	Médico NASF CAPS	2 anos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação ativa, o levantamento de dados secundários, reunião com a equipe de saúde apontaram o cuidado ao idoso vulnerável associada a dificuldade de manutenção do regime terapêutico adequado, como um dos principais problemas a serem enfrentados na rotina assistencial desta equipe.

A proposta de intervenção apontada para a superação desta realidade pauta-se que com o fortalecimento da prática grupal, será alcançado um melhor controle da demanda assistencial referente a este agravo. Em especial se a prática for conduzida por Grupos Operativos que considerem o trabalho multidisciplinar, abordagens inovadoras e o compromisso da equipe de saúde em reavaliar o processo de desenvolvimento dos grupos, ajustando rumos.

Neste âmbito, a propostas de intervenção apresentada considera que os idosos vulneráveis cadastrados na UBS sejam tratados de forma a manter a melhor condição de autonomia possível. Mas, o cuidado tem de ser viabilizado na sua integralidade, conscientizando-as sobre a importância do tratamento, como corresponsável, parte fundamental no sucesso de processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- QUINTANA, J. M.; FERREIRA, E. Z.; SANTOS, S. S. C. et al. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 145-52, 2014.
- MIRANDA, A. C. C.; SÉRGIO, S. R.; FONSECA, G. N. S. et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 1, p. 141-50, 2015.
- TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. *Saúde e Sociedade*, v.19, n.4, p.878-88, 2010.
- BALSINHA, M. C.; GONÇALVES-PEREIRA, M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 30, p.196-201, 2014.
- CAMPOS, P. C. *Dicionário Histórico e Geográfico de Três Pontas*. 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades @. Brasília online] 2017 Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>.
- CAMPOS, P. C. *Dicionário Histórico e Geográfico de Três Pontas*. 2014.
- USA. National Institute of Aging. World Health Organization. *Global health and aging*. Bethesda: National Institutes of Health; 2011. (NIH Publication, 11-7737).
- PAIM, P. (Org.) *Estatuto do Idoso*. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- VERAS R P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 10, p. 1834-40, 2012.
- BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 372-77, 2009.
- LIMA, M. L. C. et al . Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciência e Saúde coletiva*, v. 15, n. 6, p. 2677-86, 2010.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.

BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A.; BARROS, A. M. A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 157-74, 2014.

YAFFE, M. J.; WOLFSON, C.; LITHWICK, M. Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, v. 23, p. 646-54, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2006. *Série A Normas e Manuais Técnicos*.

GRATÃO, A. C. M. *Sobrecarga vivenciada por cuidadores idosos na comunidade* [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: USP; 2010.

SANTOS, A. A. S.; VARGAS, M. M.; OLIVEIRA, C. C. C. et al. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 503-09, 2010.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 60, n. 4, p. 616-31, 2012.

CARVALHO, M. F. C.; ROMANO-LIEBER, N. S.; BERGSTEN-MENDES, G. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 4, p. 817-27, 2012.

MALLMANN, D. G.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTOS, S. S. C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 517-27, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 114p.