

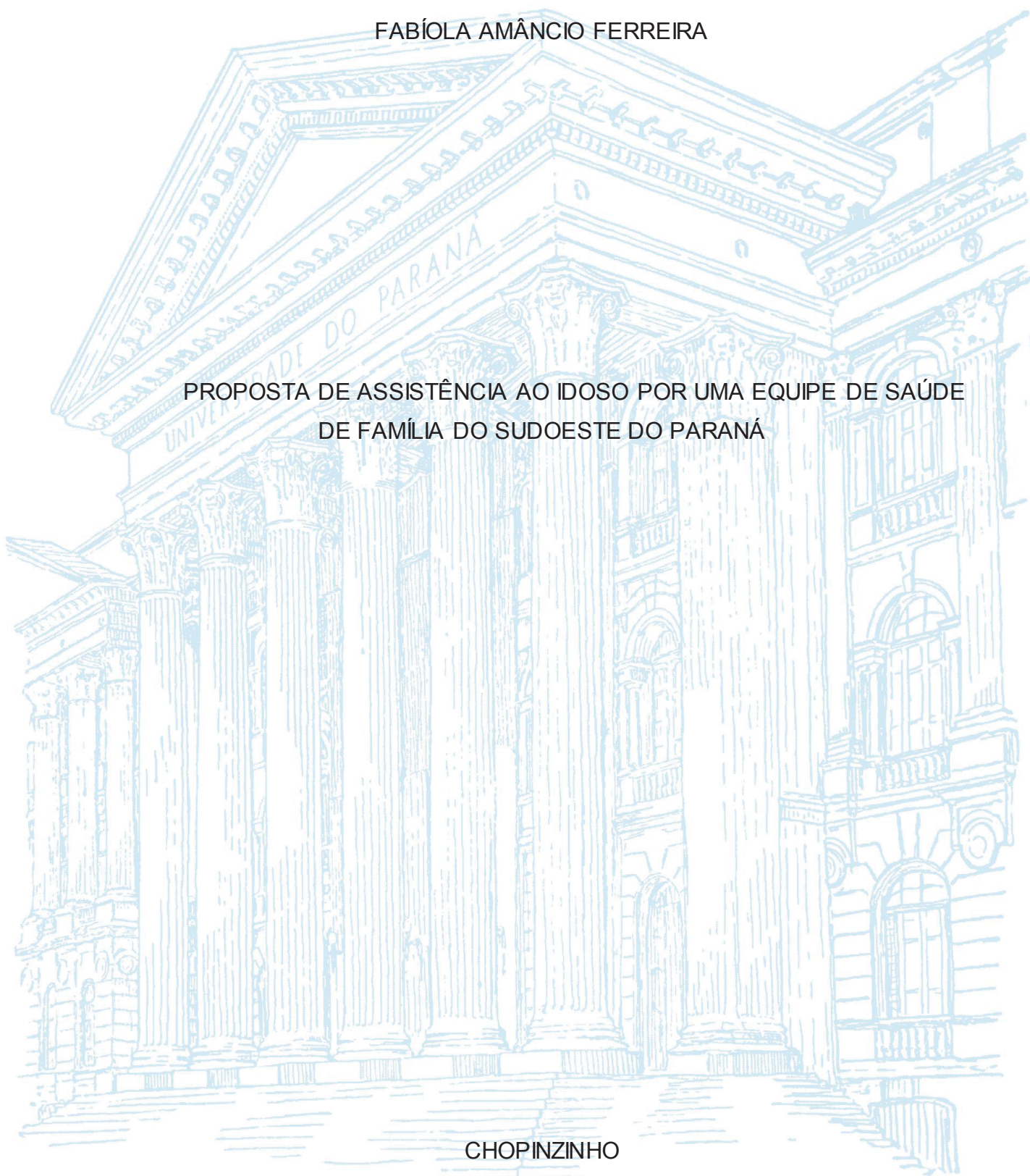
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABÍOLA AMÂNCIO FERREIRA

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE
DE FAMÍLIA DO SUDOESTE DO PARANÁ

CHOPINZINHO

2021



FABÍOLA AMÂNCIO FERREIRA

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE
DE FAMÍLIA DO SUDOESTE DO PARANÁ

TCC apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora Msc: Lara Cubis de Lima

CHOPINZINHO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

TERMO DE APROVAÇÃO

FABÍOLA AMÂNCIO FERREIRA

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO POR UMA EQUIPE DE SAÚDE
DE FAMÍLIA DO SUDOESTE DO PARANÁ

TCC aprovado como requisito parcial à obtenção do título de especialista, curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

RESUMO

O plano de Intervenção que trata a proposta de assistência ao idoso é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O envelhecer saudável tem sido um grande desafio entre os idosos e os profissionais de saúde. Isto se torna ainda mais difícil quando consideramos uma população vulnerável socioeconomicamente. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação que buscasse minimizar as intercorrências clínicas entre a população idosa através da orientação a essa população e aos familiares, incentivando e reforçando a necessidade do cuidado e do suporte familiar. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano através do recrutamento dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família Nossa Senhora Aparecida na cidade de Chopinzinho, sudoeste do Paraná, e que foram classificados como vulneráveis. Vinte e três idosos foram avaliados sendo que destes, dezessete estiveram acompanhados por um familiar. Dentre estes dezessete, doze chegaram ao final do projeto e cem por cento mostraram resultados positivos na intervenção. Como esperado, concluímos que a rede de apoio é essencial no processo de promoção à saúde e prevenção de agravos entre os idosos e, ademais, percebemos como os profissionais da saúde necessitam se capacitar para fornecer uma avaliação multidimensional e de qualidade à pessoa idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. População. Qualidade de Vida. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Intervention plan that addresses the proposal for assistance to the elderly is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNASUS. Healthy aging has been a major challenge among the elderly and health professionals. This becomes even more difficult when we consider a socio-economically vulnerable population. The objective of this work was to develop an action plan that sought to minimize clinical complications among the elderly population through guidance to this population and to family members, encouraging and reinforcing the need for care and family support. The action research was the method used in this plan through the recruitment of the elderly assisted by the health strategy of the Nossa Senhora Aparecida family in the city of Chopinzinho, southwest of Paraná, and who were classified as vulnerable. Twenty-three elderly people were evaluated and of these, seventeen were accompanied by a family member. Among these seventeen, twelve reached the end of the project and one hundred percent showed positive results in the intervention. As expected, we concluded that the support network is essential in the process of health promotion and disease prevention among the elderly and, in addition, we realize how health professionals need to be trained to provide a multidimensional and quality assessment to the elderly person.

Keywords: Aging. Old man. Population. Quality of life. Health services.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL	9
FIGURA 2 - ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHOPINZINHO	12
FIGURA 3 - ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA	19
FIGURA 4 - COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS	22

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
SISAB	- Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
UNA-SUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

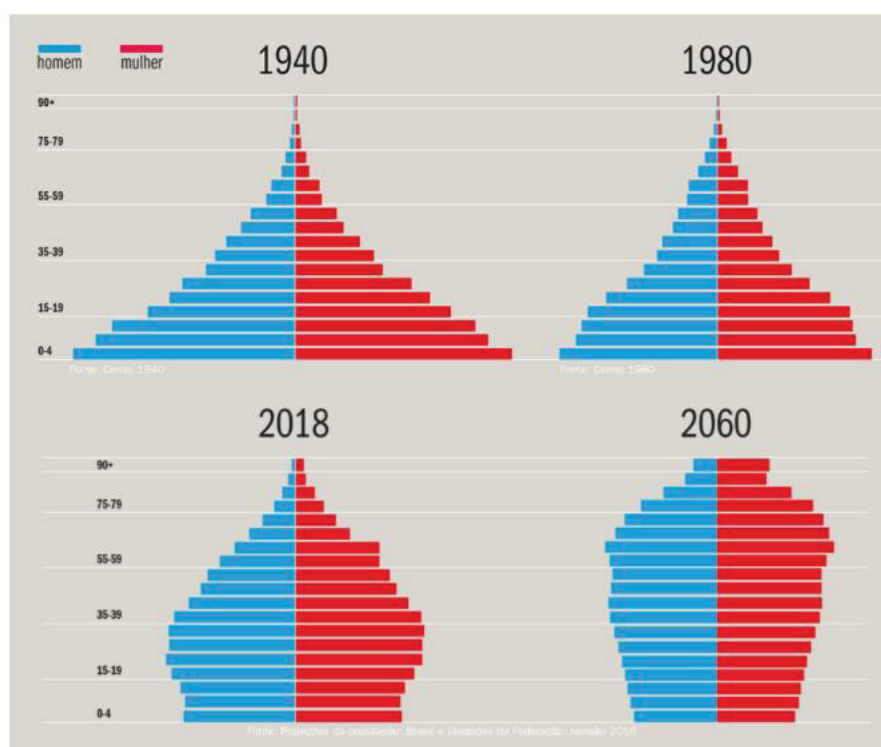
1	INTRODUÇÃO	10
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA CIDADE DE CHOPINZINHO/PR E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NOSSA SENHORA APARECIDA	12
1.2	IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DA ESF NOSSA SENHORA APARECIDA	13
2	PROBLEMA.....	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	OBJETIVOS	17
4.1	OBJETIVO GERAL	17
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5	METODOLOGIA	18
6	REVISÃO DE LITERATURA	20
6.1	O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO X A VULNERABILIDADE	21
6.2	A VULNERABILIDADE E O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	21
7	IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS	23
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país (IBGE, 2020). Esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018.

Segundo o Censo 2020 no ano de 2043, um quarto da população brasileira deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. Segundo a demógrafa do IBGE, Izabel Marri, a partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população (IBGE, 2020).

FIGURA 1 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL



FONTE: IBGE (2020)

O envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Este fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países

desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Apesar do envelhecimento não estar ligado, necessariamente, a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Dessa forma, a tendência é um aumento no número de idosos com doenças crônicas e incapacidade funcional e conseqüente maior demanda dessa população aos serviços de saúde. O comprometimento funcional tem conseqüências importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida e do bem estar (LUCCHETTI et al., 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. Segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), o número de idosos portadores de doenças crônicas em Chopinzinho – PR é alto.

No ano de 2015, segundo dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) as principais causas de mortalidade encontradas no município foram por doenças crônicas, acometendo principalmente a faixa etária de 60 anos ou mais, sendo elas: neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho digestivo (DATASUS, 2020). Trata-se ainda de uma população socialmente vulnerável, grande parte das famílias sobrevivendo com até dois salários mínimos; muitos dos idosos em situação de vulnerabilidade - morando sozinhos e em sua maioria sem supervisão de familiares para auxílio nas medicações e atividades do dia a dia.

O perfil social se baseia em famílias que sobrevivem das atividades locais, baseados em trabalhos braçais, na lavoura ou em indústrias locais (que empregam grande parte da população da cidade), o que contribui para a maior parte das

queixas durante os atendimentos médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF): lombalgias, lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e entre os idosos, principalmente, transtorno depressivo e quadros de ansiedade.

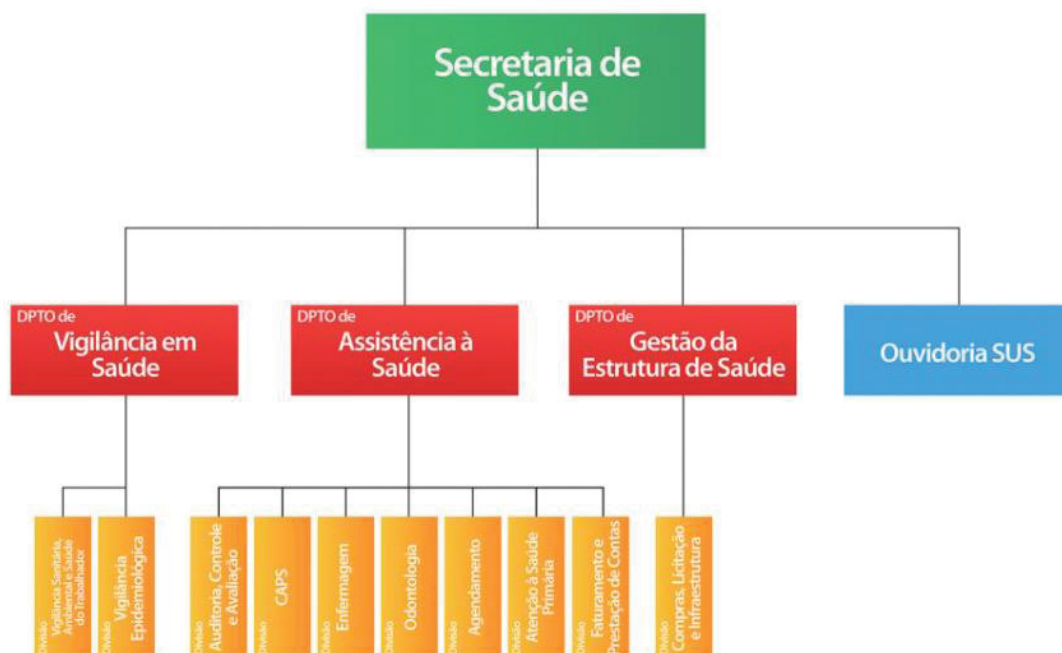
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA CIDADE DE CHOPINZINHO/PR E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NOSSA SENHORA APARECIDA

De acordo com o IBGE, a população estimada de Chopinzinho, cidade situada na região Sudoeste do Paraná, para o ano de 2020 foi de 19167 pessoas. Para o mesmo período, ainda segundo dados de IBGE, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.89 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2020). As internações devido a diarreias são de 7.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 113 de 399 e 20 de 399, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2153 de 5570 e 429 de 5570, respectivamente.

A cidade apresenta 36.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 61.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 12.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 165 de 399, 329 de 399 e 330 de 399, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2813 de 5570, 3618 de 5570 e 2543 de 5570, respectivamente.

A rede de saúde é dividida conforme mostra a figura 2; a cidade conta atualmente com 12 equipes de ESF, distribuídas entre zona urbana e zona rural.

FIGURA 2 - ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHOPINZINHO



FONTE: Secretaria de Saúde. Município de Chopinzinho, 2020. Disponível em: <http://www.chopinzinho.pr.gov.br/portal/secretaria/34/sa-de>. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

A ESF Nossa Senhora Aparecida é composta por duas equipes que atendem aos bairros: Nossa Senhora Aparecida, São Cristóvão e São José, o que compreende em torno de três mil pessoas. Atuo em uma das equipes que atende cerca de 1200 pessoas. Dentre essas, um levantamento feito pela equipe mostrou que quase um terço dos atendimentos são direcionados à população acima de 60 anos.

A unidade, atualmente, está bem equipada, com recursos adequados para o trabalho em equipe, esta que é composta por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

1.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DA ESF NOSSA SENHORA APARECIDA

O diagnóstico situacional foi utilizado com o intuito de identificar os principais problemas enfrentados pela equipe e propor ações estratégicas necessárias para melhorar a qualidade da atenção aos usuários da unidade. Vários foram os problemas identificados, no entanto, buscou-se identificar o que poderia ser a

“causa-síntese”, ou seja, causas que poderiam ter impacto sobre os problemas que estavam dentro da governabilidade da equipe.

Após a elaboração do diagnóstico situacional observou-se que um dos problemas que a equipe enfrentava e que tinha grande impacto na qualidade do atendimento prestado à comunidade era a prevenção de agravos aos idosos com doenças crônicas, principalmente aqueles que viviam em situação de vulnerabilidade e ainda em uso de polifarmácia. A partir daí, surgiram questões a serem pensadas, ~~como~~, por exemplo, como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento, fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos, como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento, como melhorar a adesão ao tratamento das doenças crônicas, evitando possíveis complicações como as internações e por fim como tornar o atendimento a esta população realmente resolutivo.

2 PROBLEMA

Com base na vivência de 20 meses de atendimento na ESF Nossa Senhora Aparecida, percebemos que um dos maiores desafios é o atendimento da população idosa. Isso tem acontecido devido à dificuldade no controle das doenças crônicas, visto que, a maior parte desta população vive em estado de vulnerabilidade – moram sozinhos, têm pouca ou nenhuma escolaridade e fazem uso de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicações)

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela necessidade de melhoria do cuidado da população idosa uma vez que as iatrogenias - como as interações medicamentosas, os efeitos colaterais e o conseqüente aumento da mortalidade – estão sendo cada vez mais frequentes no dia a dia do médico e da equipe de saúde. Trata-se de um estudo e proposta de intervenção de fácil aplicação e reprodução que visa tornar os atendimentos nas unidades básicas mais efetivos e que garantam um envelhecer saudável à esta sub-população da comunidade que se encontra em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

Elaborar um plano de ação que busque minimizar as intercorrências clínicas entre a população idosa promovendo um envelhecer saudável.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Orientar os idosos sobre a importância do acompanhamento regular das doenças crônicas;
- Responsabilizar familiares próximos pelo cuidado, acompanhamento nas consultas e administração de medicações;
- Verificar a relação existente entre o uso de polifarmácia e a má adesão ao tratamento entre esta população.

5 METODOLOGIA

Após discussão entre a equipe da ESF Nossa Senhora Aparecida, elencamos os maiores e mais frequentes problemas que são enfrentados no dia a dia dos atendimentos. Foram priorizados aqueles que poderiam ser enfrentados e definidas as intervenções necessárias. Alguns dos critérios utilizados para a seleção dos problemas foram a governabilidade, a capacidade de enfrentamento, a vontade, o impacto que o problema tem sobre a nossa atuação e como o problema nos afeta.

A partir daí o problema selecionado para este estudo foi a dificuldade no controle das doenças crônicas entre idosos vulneráveis de modo a oferecer um envelhecer saudável, uma vez que, grande parte dos atendimentos na unidade é frequentemente para os mesmos indivíduos e com as mesmas queixas, sem resolubilidade.

Foram selecionados os pacientes com idade acima de 60 anos, em uso de polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) e sem suporte familiar – totalizando aproximadamente 180 idosos. Vimos que dentre esse grupo, o índice de complicações de doenças crônicas é mais frequente, ocasionando maior número de internações e dispendido maior recurso financeiro e pessoal/profissional para o cuidado.

Selecionado o problema, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SCIELO e LILACS com o objetivo de obter um referencial teórico para subsidiar a construção da proposta.

A partir da análise criteriosa e da vivência da equipe, foi proposto o seguinte projeto de intervenção:

- intervir através de rodas de conversas entre a médica e enfermeira da equipe com estes pacientes, orientando sobre a necessidade de consultas e acompanhamento regular das suas doenças; consideraremos um valor satisfatório de pelo menos 60% dos idosos participando ativamente das reuniões e com resultados positivos após a intervenção;
- Reavaliação das medicações por parte da médica daqueles idosos que participarem dos encontros;

- Solicitar um familiar para acompanhamento nas consultas, se responsabilizando pelo cuidado domiciliar assim como da administração das medicações;
- Os indicadores utilizados para avaliar a resposta da intervenção serão: o índice de complicações das doenças crônicas, a regularidade do tratamento e a frequência de consultas com as mesmas queixas; os indicadores serão relacionados entre aqueles pacientes que estão participando do projeto e comparados àqueles que não participaram; será considerado um resultado positivo mais de 60% de redução nas complicações de doenças crônicas, de regularidade de tratamento e de diminuição de consultas não efetivas (aquelas com as mesmas queixas);
- O tempo previsto para este acompanhamento é de 06 meses, porém com 30 dias serão colhidos os primeiros resultados para análise quanto à regularidade nas consultas, acompanhamento ou não de familiares e resposta às alterações nas medicações.

Toda equipe será envolvida neste processo, desde os agentes comunitários de saúde através das visitas domiciliares e busca ativa (quando necessária), enfermeira na triagem e orientação e médica na reavaliação das medicações, avaliação de exames, aplicação de testes de rastreio cognitivo, por exemplo.

Os resultados do presente estudo serão divulgados através de banner na própria ESF e na unidade de saúde Central onde há grande circulação de pessoas com o objetivo de orientar outras equipes que passam pelo mesmo problema.

6 REVISÃO DE LITERATURA

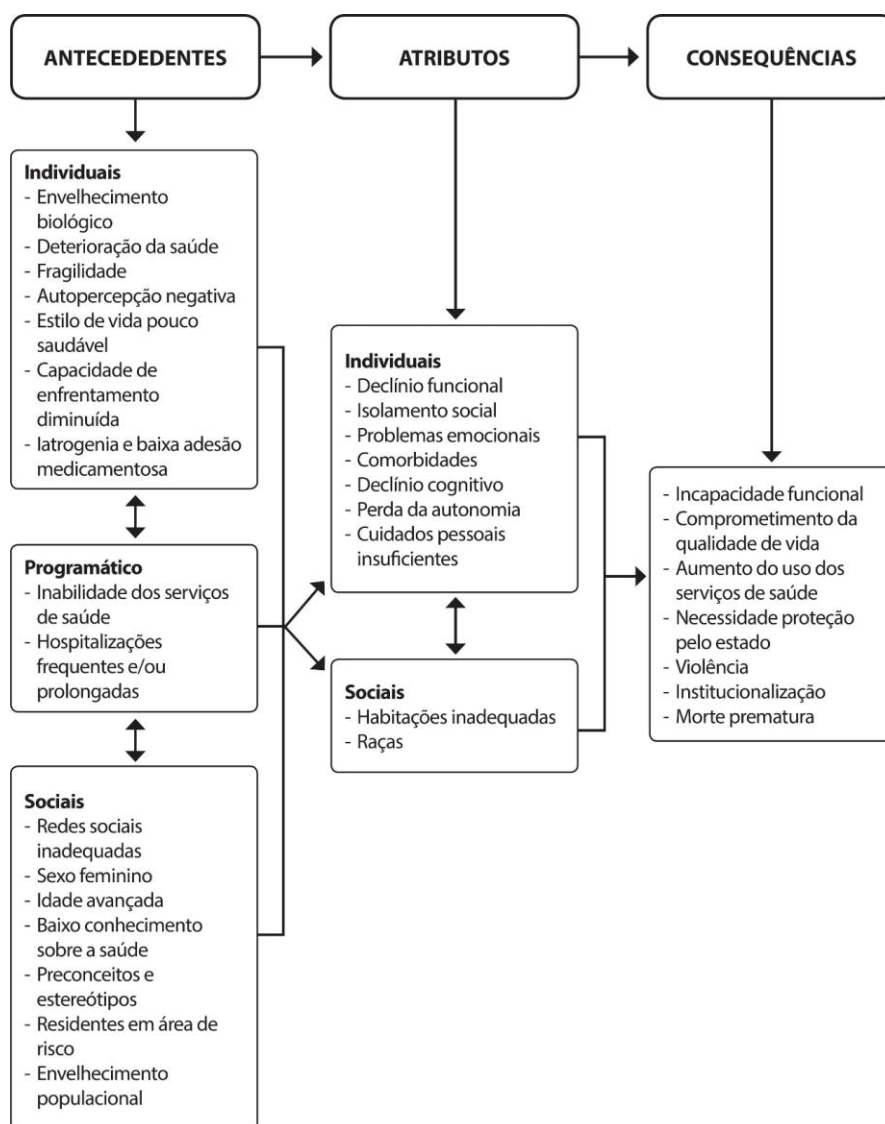
6.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO X A VULNERABILIDADE

O aumento da proporção de idosos na população brasileira suscita a discussão acerca da necessidade de instrumentos e modelos teóricos que direcionem a prática em relação à saúde do idoso e compreendam a sua amplitude e complexidade. Para tanto, no contexto da Gerontologia, explora-se o conceito da vulnerabilidade, o qual pode ser definido como o indivíduo que não necessariamente sofrerá danos, mas apresenta-se mais suscetível visto que possui desvantagens significativas, sobretudo na qualidade de vida (BARBOSA et al., 2017).

Um estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba em 2015 demonstrou que o conceito de vulnerabilidade na pessoa idosa é amplo, complexo e engloba vários aspectos, como fatores pessoais e sociais por exemplo – mostrados na figura 3. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é um processo natural que, ao longo dos anos, impõe diversas alterações e produz efeitos estruturais e comportamentais que influenciam os aspectos físicos e sociais, repercutindo diretamente no contexto biopsicossocial e na qualidade de vida das pessoas que envelhecem (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

O envelhecimento por si só já implica em aumento do risco para o desenvolvimento da vulnerabilidade, visto que a senescência é um processo permeado por crescentes mudanças, as quais envolvem um conjunto de aspectos individuais e coletivos que exercem influência nas condições de vida e saúde do indivíduo. Para enfrentar adequadamente a vulnerabilidade, os profissionais da saúde precisam ser capazes de analisar criticamente tal conceito e identificar os idosos vulneráveis em diferentes níveis de atenção à saúde, considerando que o processo de envelhecimento constitui um evento multidimensional e multideterminado, onde aspectos individuais, coletivos e contextuais podem favorecer o adoecimento e dificuldades em acessar os recursos de proteção disponíveis na sociedade (BARBOSA et al., 2017).

FIGURA 3: ANTECEDENTES, ATRIBUTOS E CONSEQUENTES DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA



FONTE: BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES (2019)

6.2 A VULNERABILIDADE E O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS

As demandas de saúde da população idosa são diferentes das demais faixas etárias devido às incapacidades e ao processo crônico-degenerativo que requer maior gasto com recursos humanos especializados, medicamentos, internações. Estamos diante de uma via de mão dupla: a doença crônica (Hipertensão arterial, Diabetes, Alzheimer, etc) como parte dos fatores de risco que levam à

vulnerabilidade e também o contrário, a vulnerabilidade afetando o controle das doenças crônicas.

Segundo o estudo realizado na Paraíba em 2015 que analisou grupos de idosos e suas relações com a vulnerabilidade física e social, pôde-se perceber como o envelhecimento é um processo multifacetado, influenciado por um conjunto de condições físicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde. Aspectos individuais e coletivos relacionam-se à maior susceptibilidade ao adoecimento e à incapacidades: percebeu-se que idosos que residem em áreas de média vulnerabilidade e que moram com algum familiar possuem maior índice de dependência aos serviços públicos, diferente daqueles que residem em áreas de alta vulnerabilidade e sozinhos, que têm o acesso a esses serviços mais dificultado (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

Por outro lado o uso de medicamentos foi considerado um grande fator influenciador na vulnerabilidade e na capacidade funcional entre a população idosa. Sabe-se que a frequência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos é maior nesta faixa etária, aumentando expressivamente de acordo com a complexidade da terapia. O risco de ocorrência aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos. As repercussões potenciais desse uso podem ser consideradas um importante problema de saúde pública, pois estão relacionadas ao aumento da morbimortalidade, que se deve principalmente aos efeitos colaterais e às interações medicamentosas. O risco de reações adversas aumenta de três a quatro vezes em pacientes submetidos a polifarmácia, podendo imitar síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas (SECOLI, 2010).

O grande desafio entre os profissionais da saúde é manter um bom controle das doenças crônicas evitando iatrogenias como a prescrição indiscriminada de medicamentos, ocasionando toxicidade cumulativa, erros de medicação, baixa adesão a tratamentos e elevando a mortalidade.

7 IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS

Realizamos na ESF Nossa Senhora Aparecida, entre os dias 03 de novembro ao dia 20 de novembro de 2020 o projeto de intervenção proposto, focado na saúde do idoso. Iniciamos recrutando os idosos que faziam uso de polifarmácia e aqueles que ainda que usassem menos de 5 medicamentos fossem classificados como grupo de risco: portadores de vulnerabilidade pessoal e social, morando sozinhos ou com alguma doença crônica limitante. A partir disso, agendamos consulta com cada paciente e solicitamos que viesse um cuidador principal para que fossem passadas todas as orientações, revistos todos os medicamentos e solicitados os exames laboratoriais e não laboratoriais de controle.

A ideia inicial era além das consultas para avaliação individual, organizar rodas de conversas com grupos de até 15 idosos para orientações gerais sobre a saúde incluindo hábitos de vida como atividade física, alimentação, prevenção de queda; orientar quanto ao uso correto dos medicamentos e à regularidade do acompanhamento clínico como forma de prevenção de complicações. Devido à pandemia de Covid19¹ precisamos elaborar uma outra estratégia para a abordagem destes usuários evitando aglomerações desnecessárias.

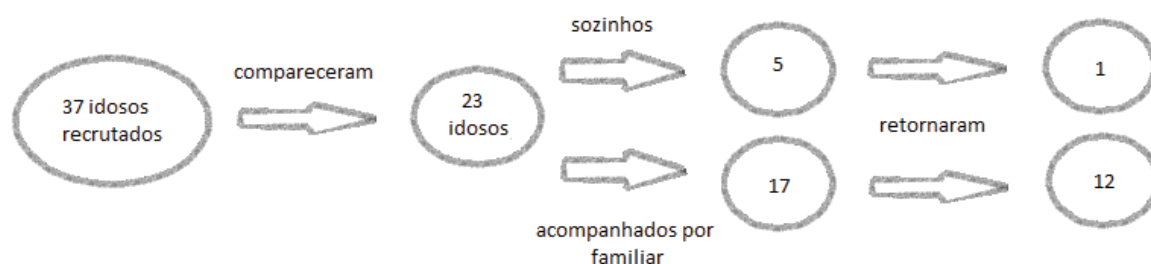
De um total inicial de 180 idosos, conseguimos contatar apenas 37 idosos – 20,5%. Destes, 23 compareceram às consultas, o que corresponde a 62% dos contatados, valor considerado positivo, e ainda entre estes, 17 (73,9%) foram acompanhados por um familiar ou cuidador. Acreditamos que uma limitação à adesão do projeto se deu por estarmos em plena pandemia pelo SARS-CoV-2 e a idade dos usuários por si só já os colocarem em grupo de risco para desenvolver as complicações da doença. Utilizamos como alternativa o momento da consulta para orientações sobre a saúde do idoso, incentivo ao uso correto das medicações e controle ideal das doenças crônicas.

Um recurso que também utilizamos durante as consultas, que é disponível pelo Ministério da Saúde e pouco usado é a Caderneta do Idoso, que teve sua última edição publicada em 2018 e tem como objetivo organizar e qualificar o atendimento à pessoa idosa. Nela são fornecidos dados de identificação do usuário – nome completo, endereço, dados do nascimento, documentos pessoais, informações sócio-familiares, pessoas de referência, etc. Há uma sessão onde são

coletados dados para avaliação do usuário com todos os registros das condições de saúde, comorbidades, internações e cirurgias prévias, medicações em uso; alergias e reações adversas conhecidas. Ainda na caderneta, utilizamos do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável VES-13, um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (SALIBA et al., 2001).

Após 30 dias dessa primeira consulta e conversa com os familiares, agendamos um retorno para reavaliar estes pacientes. Percebemos primeiramente que daqueles 23 que compareceram à primeira consulta apenas 13 retornaram e ainda, dentre esses 13, 12 estavam acompanhados na primeira consulta. O único paciente que não esteve acompanhado e que retornou na segunda avaliação ainda mantinha dúvidas e usava de maneira incorreta suas medicações. Dos 12 pacientes que foram acompanhados, 100% estavam usando corretamente suas medicações e apresentaram um controle adequado dos sinais avaliados: pressão arterial e glicemia.

FIGURA 4 - COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS



FONTE: A autora (2021).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do projeto percebemos que há uma escassez de profissionais que realmente possuem domínio sobre o tema “Saúde do Idoso” e ainda, que o grande problema não é a oferta de capacitação, mas sim a falta de interesse sobre o assunto. Propomos entre a equipe realizar alguns dos diversos cursos que são disponibilizados gratuitamente pela plataforma UNA-SUS (<https://www.unasus.gov.br/>) sobre a temática para que desta forma pudéssemos agregar ainda mais aos atendimentos, seja através de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, seja na avaliação da saúde das pessoas idosas em situação de fragilidade.

Percebemos também o quanto a rede de apoio é essencial no processo. Acreditamos que a redistribuição das tarefas – entre equipe de saúde e família é um dos caminhos para impactar positivamente a assistência e que o vínculo ESF – família é necessário durante todo o processo.

Este é um projeto que trará ainda melhores resultados ao longo prazo. Fácil para ser reproduzido, sem necessitar de recursos financeiros que o limitem. Já de início observamos que a organização e o acesso às informações foi muito facilitado pela adesão e ao preenchimento da Cademeta do Idoso, o que era dificultado quando o único meio de informação era o prontuário e que na grande maioria das vezes não continha todas informações necessárias, ou, quando disponível estava perdida entre tantos atendimentos. Ações como esta de promoção e prevenção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde de todos os usuários.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K. T. F. et al. AGING AND INDIVIDUAL VULNERABILITY: a panorama of older adults attended by the family health strategy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

BARBOSA, K. T. F.; OLIVEIRA, F. M. R. P.; FERNANDES, M. G. M. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 337-344, 2019.

DATASUS. Ministério da Saúde. Brasília. 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 21 abr 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2020**. Rio de Janeiro, 2020.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 51-58, abr. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOPINZINHO. Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www.chopinzinho.pr.gov.br/porta/secretaria/34/sa-de>>. Acesso em: 11 nov. 2020

SALIBA, D. et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 49, n. 12, p. 1691-1699, 2001.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun 2018.