

ANO IX | Nº 15 | Outubro 2018



Saúde da Família



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

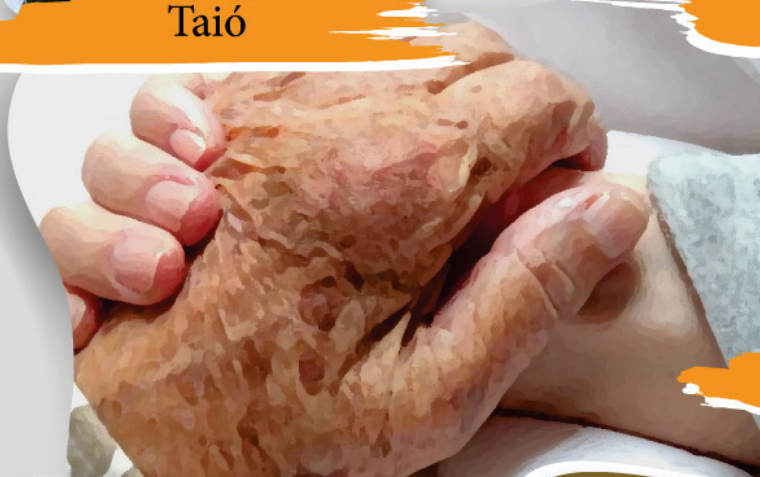
Revista Catarinense de Saúde da Família



Taió



Lages



Flor do Sertão



Balneário Piçarras



Cocal do Sul

**Saúde da Pessoa Idosa em destaque
na Atenção Primária à Saúde
de Santa Catarina**



Eduardo Pinho Moreira
Governador do Estado

Acélio Casagrande
Secretário de Estado da Saúde

Marcelo Lemos dos Reis
Secretário Adjunto para Assuntos Finalísticos


Grace Ella Berenhauer
Superintendente de Planejamento e Gestão

Carmem Regina Delzियो
Gerente de Coordenação da Atenção Primária à Saúde



Revista Catarinense de Saúde da Família

Coordenação, distribuição e informações:

Gerência de Coordenação da Atenção Básica
– GEABS/SES/SC
Rua Esteves Júnior, 390 - 3º. andar - Centro
88.015-130 - Florianópolis/SC
(48) 3664-7269 / 3664-7284 (à tarde)
revistasfsc@saude.sc.gov.br
revcatsausedafamilia@gmail.com
<http://www.saude.sc.gov.br/>
 www.facebook.com/revcatsausedafamilia

Conselho Editorial:

Ângela Maria Blatt Ortiga
Carmem Regina Delzियो
Fabrícia Vasco
Gisele Damian Antonio Gouveia
Janize Luzia Biella
Ludmilla Castro Malta
Marcelo Marques de Melo
Maria Simone Pan
Mirvaine Panizzi

Secretaria Executiva:

Fabrícia Vasco
Marcelo Marques de Melo
Mirvaine Panizzi

Editor:

Marcelo Marques de Melo
(MTB 5452/SC)

Diagramação:

Marcelo Marques de Melo
(MTB 5452/SC)

Fotos da capa:

– Andreza Teixeira
– Imagens do acervo das equipes

Ilustração da capa:

Telessaúde SC – Thuany Kohlbach

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Distribuição dirigida e gratuita. Venda Proibida

Revista Catarinense de Saúde da Família / Secretaria de Estado da Saúde / Gerência de Coordenação da Atenção Básica. - Ano 9, n. 15 (out./2018). - Florianópolis: Geabs, 2018.

v. Il.; 21 x 27,5 cm

ISSN 2357-7088

Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br>

1. Saúde da Família – Santa Catarina. 2. Atenção Básica em Saúde – Santa Catarina. 3. Medicina da Família. I. Secretaria de Estado da Saúde – Santa Catarina. II. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. III. Título.

CDD 613.3098641

Editorial

Caro profissional da Atenção Primária à Saúde.

Esta edição apresenta alguns dos muitos trabalhos desenvolvidos em Santa Catarina na atenção à saúde da pessoa idosa. Este é um tema de relevância e muito caro para mim. Já fui gestor municipal de saúde e, atualmente, como gestor estadual, tenho acompanhado e procurado potencializar ações que visam resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população com idade acima de 60 anos.

Neste sentido, reforço que a atenção primária à saúde deve ser a porta preferencial de entrada de todos os cidadãos no SUS (Sistema Único de Saúde), em especial da população idosa, garantindo assim o seu acesso aos princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

Santa Catarina tem a maior expectativa de vida do país (79,1 anos), acima da média nacional, que é de 75,8 anos. A expectativa de vida entre as mulheres é de 82,4 anos e para os homens é de 75,8 anos (IBGE, 2016). O Estado experimenta um processo de transição demográfica profunda provocada pela queda da fecundidade, redução da mortalidade infantil e pelo aumento da longevidade. A maior longevidade está relacionada com a qualidade de vida nos municípios catarinenses e nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde.

Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida reflete a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. A saúde da pessoa idosa resulta da interação entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica.



Acélio Casagrande
Secretário de Estado da Saúde

Diante da transição do perfil demográfico e epidemiológico é imprescindível promover o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável, por meio da oferta de ambientes e estratégias necessárias para as principais ações de promoção de saúde, fatores de risco e os desafios do sistema de saúde. Entre as ações estratégicas, a implantação e implementação da atenção à saúde da população idosa são norteadas por dois grandes eixos prioritários: idosos frágeis e idosos independentes. E a meta das ações é propiciar o aumento da capacidade funcional dessa população.

Reitero que para um envelhecimento ativo e saudável, o acesso a serviços de saúde com qualidade é imperativo. O acompanhamento da população idosa deve estar entre as prioridades das equipes de atenção primária à saúde. Esta edição da revista mostra como estas ações têm sido desenvolvidas nos municípios catarinenses. Ações relevantes que podem e devem ser multiplicadas para toda a população catarinense.

Sumário

APRESENTAÇÃO..... 5

Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

BALNEÁRIO PIÇARRAS

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa 6

BENEDITO NOVO

A Interdisciplinaridade e o Serviço Social na Organização dos Grupos de Idosos de Benedito Novo..... 17

BLUMENAU

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Blumenau: desafios e avanços..... 23

CHAPECÓ

Atuação das equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar aos idosos em Chapecó no ano de 2016..... 27

COCAL DO SUL

Bingo da Saúde Bucal nos Grupos de Idosos.....34

FLOR DO SERTÃO

Academia da Saúde de Flor do Sertão: a importância da atividade física na terceira idade integrada ao *Grupo Mexa-se*..... 39

ITAJAÍ

Reflexões sobre o Papel da Atenção Básica na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa..... 46

JOINVILLE

Experiência de implantação da Saúde do Idoso em Joinville (2013–2017)..... 52

LAGES

Apoio Matricial com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos da Pessoa Idosa..... 56

LUIZ ALVES

Grupo Ativa-Mente: trabalhando a saúde mental de idosos do Lar Bem Viver..... 60

POMERODE

Acompanhamento domiciliar farmacoterapêutico e terapêutico ocupacional para pessoas idosas em Pomerode..... 65

TAIÓ

Grupo Pilates e Saúde de Taió: autonomia funcional e qualidade de vida à terceira idade..... 69

TMBÓ

Experiência de um Grupo de Orientações a Cuidadores de Idosos na cidade de Timbó..... 76

Relatos de Experiências

BLUMENAU

O Acolhimento como estratégia de inserção da Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde..... 81

BOMBINHAS

Projeto Criança Sorridente..... 87

ITAPEMA

Arte Gestacional e humanização do pré-natal: atuação de enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família..... 90

JOINVILLE

Projeto Estevãoteca..... 93

Apresentação

A revista 15 é temática em relatos do que algumas equipes fizeram na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa até 2017. A edição também traz os relatos de experiências que este periódico geralmente publica.

Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Com base no Caderno da Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde (MS) – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, **Balneário Piçarras** mostra que além de atuar para que a pessoa idosa viva mais, “há que se dar qualidade aos anos vividos”.

Benedito Novo busca compreender o processo de envelhecimento e sua repercussão na comunidade e no idoso, para adequadamente proporcionar atividades socioeducativas de recreação e socialização às pessoas idosas.

Que cada profissional e gestor olhem para a saúde da pessoa idosa, a fim de instrumentalizar, qualificar e fomentar iniciativas voltadas para a promoção do envelhecimento saudável junto a esta população do território, ressalta **Blumenau**.

Chapecó procura identificar o perfil da população idosa sob o cuidado das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), também avaliar o impacto do cuidado domiciliar nesta população.

No intuito de fortalecer o vínculo da equipe com pacientes idosos, numa ação lúdica **Cocal do Sul** informa e esclarece dúvidas sobre doenças bucais mais frequentes neles (câncer bucal, xerostomia, cuidados com a prótese, mau hálito, etc.).

Flor do Sertão busca descobrir potencialidade e trabalhar vulnerabilidades individuais e coletivas dos idosos, e assim também estabelecer ações preventivas de acompanhamento e cuidado continuado aos participantes.

Por meio de três oficinas divididas de acordo com a técnica do Arco de Maguerez modificado, **Itajaí** deseja identificar o contexto da atenção à saúde do idoso nas equipes de atenção à saúde do idoso nas equipes de Saúde da Família.

Joinville propõe capacitar profissionais da saúde conforme o Caderno nº 19 do Ministério da Saúde, implantar as diretrizes para atenção integral à saúde do idoso (promover envelhecimento ativo e saudável, valorizar a autonomia, preservar a independência física e psíquica, prevenir a perda de capacidade funcional ou reduzir os efeitos negativos do que possa ocasioná-la).

Ao implantar uma proposta de atuação multiprofissional por meio do apoio matricial entre os profissionais do NASF e da ESF, **Lages** salienta a atenção à pessoa idosa.

Luiz Alves proporciona convivência social, valorizando autoestima, saberes e experiências vividas pelos idosos institucionalizados do Lar Bem Viver.

Para superar uma deficiência apontada no AMAQ-AB, **Pomerode** decide criar estratégias para qualificar o atendimento no domicílio para idosos domiciliados e residentes no município.

Taió propõe e desenvolve uma atividade coletiva que combina os exercícios terapêuticos do Método Pilates com as demais condutas de educação em saúde aos idosos, a fim de promover modificações positivas na qualidade de vida e na autonomia funcional dos participantes.

De maneira simples, **Timbó** orienta e esclarece a comunidade em geral (cuidadores ou não) e ACS, sobre os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, estimulando o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade.

Relatos de Experiências

A partir de uma estratégia de acolhimento, **Blumenau** busca ampliar e fortalecer o acesso das demandas em Saúde Mental na Atenção Básica, referenciando-as para os outros níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Por meio da promoção e prevenção na saúde, **Bombinhas** propõe melhorar a qualidade de vida das crianças atendidas na UBS, conscientizando sobre a importância da Saúde Bucal.

Estimular a presença das mulheres grávidas nas consultas de pré-natal e também fortalecer o vínculo das mulheres grávidas com os profissionais de saúde da ESF são algumas das propostas relatadas por **Itapema**.

Joinville disponibiliza um espaço para leitura na sala de espera da UBS Estêvão de Matos como estímulo à alfabetização e aumento da cognição, e também para reduzir a ansiedade e ociosidade enquanto se aguarda o atendimento.



Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Carolina Tristão Genovezzi¹, Bruna Emanuela Machado², Talita Vieira de Souza³, Diana Bittencourt Vicenti⁴, Luciana de Oliveira Gonçalves⁵

Introdução

Este trabalho é o relato de uma experiência que vem sendo desenvolvida com idosos acima de 80 anos de idade no município de Balneário Piçarras – SC, realizado por profissionais da Atenção Básica (AB) e profissionais residentes durante o ano de 2017.

Um projeto idealizado pela Coordenação da Atenção Básica, conduzido pela coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Academia da Saúde foi executado pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (enfermeira e agente comunitário de saúde) e do NASF (fisioterapeuta, profissional de educação física na saúde, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo), que abordou, na primeira fase, idosos com 80 anos ou mais.

O município de Balneário Piçarras está localizado na mesorregião do Vale do Itajaí, faz parte da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) tem uma população estimada em 2017, de 21.253 habitantes. Possui 8 equipes ESF e 1 equipe NASF, o que garante 100% de cobertura. A AB é bastante fortalecida, conta hoje com equipes ESF completas, inclusive na Saúde Bucal e tem o apoio de uma equipe NASF composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física e naturalista. Além de ser campo para a Residência Multiprofissional em Atenção

Básica/Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e do Programa de Residência Médica do Estado de Santa Catarina.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa foi realizada entre março e dezembro de 2017, mas este relato é do período de 14/02/2017 a 15/07/2017, em que idosos foram visitados, avaliados e orientados, permitindo identificar e acompanhar de forma sistematizada os idosos no território e instrumentalizar as equipes para realizar levantamento periódico das condições de vida do mesmo, assim como as variáveis externas e internas que possam interferir na qualidade de vida, bem-estar e na execução das atividades da vida diária, com ênfase na preservação da capacidade funcional. A avaliação também fomenta na equipe de saúde condições para, através da identificação precoce, priorizar as ações de recuperação, de promoção e de atenção com o devido acompanhamento, orientação e encaminhamentos necessários.

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 acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, inclusive em Balneário Piçarras.

Neste sentido, o projeto propõe no primeiro momento a avaliação global dos idosos com idade igual ou superior a 80

¹Coordenadora da Atenção Básica

²Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família

³Coordenadora do NASF e Academia da Saúde

⁴Fonoaudióloga residente NASF

⁵Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Univali

anos, por meio de visitas domiciliares realizadas pela enfermeira e agente comunitário de saúde (ACS) da microárea em que o idoso reside e equipe multidisciplinar do NASEF.

Trata-se de uma proposta de atenção integral à saúde do idoso. A progressão das visitas será decrescente, até atingir os sexagenários.

Justificativa

Preocupada com o aumento da longevidade e também com a forma que os anos adicionais serão vividos, somado ao que preconiza a PNSPI (2006), a equipe da Coordenação da Atenção Básica buscou estratégias para que esta população tenha qualidade de vida, tendo como base o Caderno da Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde (MS) – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo geral

Promover a saúde da pessoa idosa: não basta favorecer a vivência de mais anos, há que se dar qualidade aos anos vividos.

Objetivos específicos

- ▶ Identificar e acompanhar de forma sistematizada os idosos no território;
- ▶ Promover a qualidade de vida;
- ▶ Reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde;
- ▶ Prevenir doenças e agravos à saúde;
- ▶ Realizar levantamento periódico das condições de vida do idoso, assim como as variáveis externas e internas que possam interferir na qualidade de vida, bem-estar e na execução das atividades da vida diária, com ênfase na preservação da capacidade funcional e autonomia.

Desenvolvimento

A longevidade é uma grande conquista, mas também um desafio à saúde pública, pois enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área da saúde adequadas para atender as novas demandas emergentes. O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes, segundo o IBGE, e em Balneário Piçarras não é diferente.

Em 2020, teremos pela primeira vez na história o número de pessoas com mais de 60 anos maior que o de crianças até cinco anos, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Estima-se que no mundo, em 2050, um quinto da população será de idosos, uma das explicações para esse fenômeno é o aumento na

expectativa de vida ao nascer. Mas, embora as pessoas estejam vivendo mais, elas não necessariamente estão mais saudáveis. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015).

Conforme Bodstein e Barros (2014), no Brasil, a expectativa de vida de um bebê nascido hoje é de 75 anos. E para quem tem 60 anos é de 82, em média. Segundo a OMS, no Brasil, os idosos passarão de 24,4 milhões para quase 70 milhões em 2050 Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015).

Por conta de toda mudança no perfil populacional e nas estimativas que vem sendo feitas, a OMS propõe três grandes mudanças: tornar os lugares em que vivemos em ambientes amigáveis para as pessoas mais velhas; realinhar sistemas de saúde às necessidades dos idosos; e os governos desenvolverem estratégias que possam reduzir o uso inadequado dos serviços de saúde agudos, garantindo a dignidade nos últimos anos de vida. É preciso assegurar que esses anos extras sejam saudáveis, significativos e dignos, afirmou Margaret Chan, diretora geral da OMS (KNOPLCH, 2016).

Um dos principais desafios na atenção à saúde do idoso é contribuir para que, apesar das possíveis limitações, o idoso redescubra possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Na primeira fase foram visitados idosos com 80 anos ou mais, chamados de muito idosos ou idosos em velhice avançada, uma população que vem aumentando de forma acelerada, inclusive em Balneário Piçarras.

As avaliações são realizadas de forma sistematizada tendo como maior objetivo desenvolver um plano adequado de monitoramento, considerando-se as especificidades relacionadas aos processos de senescência e senilidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não identificadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

Vários são os instrumentos que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A avaliação global da pessoa idosa dá ênfase ao estado funcional e qualidade de vida. A receptividade, disponibilidade, paciência e atenção são primordiais nesta abordagem. Cabe ressaltar que o profissional só utilizará as escalas que envolvam o problema específico identificado na avaliação breve.

Metodologia

A coleta de dados foi realizada de forma individual com visitas domiciliares aos idosos octogenários no período de 14/02/2017 a 15/07/2017. As visitas aconteceram nos sete bairros do município de Balneário Piçarras.

Atualmente o município conta com oito equipes de

ESF e uma extensão; destas, apenas uma equipe de ESF não iniciou as visitas no período da coleta de dados. As equipes que realizaram as visitas domiciliares aos idosos foram compostas por profissionais da ESF: a enfermeira e a ACS; e por profissionais do NASF: nutricionistas, psicólogas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas ou profissional de educação física, como ilustra a Figura 1. A equipe NASF é dividida em três miniequipes, pois conta com os profissionais residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Univali e com os preceptores que são profissionais contratados e/ou concursados do município. Sendo assim, a miniequipe 1 apoia as ESF do Itacolomi e Morro Alto, a miniequipe 2 as ESF Nossa Senhora da Paz, Nossa Senhora da Conceição e extensão Lagoa e a miniequipe 3 as ESFs Central e Santo Antônio.

Figura 1. Equipe em visita domiciliar na atenção à pessoa idosa



Fonte: Acervo da equipe.

Em média eram realizadas de duas a quatro visitas por turno, que aconteciam uma vez por semana conforme organização das equipes. Vale ressaltar que as visitas continuaram acontecendo após a coleta de dados,

lembrando que este projeto partiu da gestão municipal de saúde. O processo da visita domiciliar do idoso octogenário se deu com o levantamento da referida população por bairro, sendo estes cadastrados no sistema online GEM SAÚDE. Os idosos foram identificados por suas ACS e convidados pelas mesmas a receberem a visita, podendo algum deles recusar. Sendo assim, a visita contava com a presença, em média, de sete profissionais de saúde, todos devidamente uniformizados com jaleco, identificação individual e crachá.

Durante a visita domiciliar realizava-se uma conversa com o idoso e o familiar ou cuidador, caso o mesmo tivesse. Um dos objetivos da visita era a aplicação do questionário de avaliação multidimensional embasado no Caderno de Atenção Básica nº 19 (BRASIL, 2006). O questionário iniciava com um breve resumo em múltipla escolha das comorbidades que poderiam ser referidas pelo idoso. Na sequência, apresentam-se questionamentos quanto a episódios de internação no último ano, quais medicações fazia uso, se haviam problemas bucais, se fazia uso de prótese dentária, com qual frequência ia ao dentista, à unidade de saúde e se recebia mensalmente a visita da ACS.

Iniciavam-se as avaliações (figura 2) com a avaliação nutricional, realizando a pesagem e medição da altura para o cálculo do Índice da Massa Corporal (IMC), além disso, perguntava-se ao idoso se houve mudanças consideráveis de peso nos últimos meses. Na avaliação auditiva, questionava-se o idoso quanto à dificuldade em ouvir, sendo realizado o teste do sussurro, no qual, o avaliador sussurra algumas perguntas atrás do idoso e observa se há resposta ou não; nos casos de ausência de resposta realizavam-se perguntas mais detalhadas referentes à dificuldade auditiva, além disso, realizava-se a meatoscopia para identificar se há presença de cerúmen ou qualquer outra alteração no ouvido externo.

Figura 2. Nas avaliações: nutricionista, profissional de educação física e fonoaudióloga



Fonte: Acervo da equipe.

Na avaliação sobre incontinência urinária, o mesmo era questionado se haviam episódios de perdas urinárias durante o dia e/ou à noite, a frequência das perdas urinárias e a forma de como ocorriam por esforço, urgência, entre outros.

Na avaliação de humor/depressão, questionava-se o idoso quanto à frequência do sentimento de tristeza, caso o mesmo respondesse que a frequência era constante, aplicava-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, na qual avalia o grau de depressão em normal, leve ou severo. Na avaliação de cognição e memória, realizava-se um simples teste, no qual, o idoso teria que memorizar e repetir, após três minutos, as palavras: mesa, maçã e dinheiro (figura 3). Caso o mesmo tivesse ausência de uma ou de todas as palavras, aplicava-se o Mini exame Miniexame do Estado Mental; o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário de Pfeiffer, para a avaliação mais detalhada destas funções.

Na avaliação da capacidade funcional de MMII e MMSS, questionava-se se havia presença de dificuldades ou limitações nos membros, nas respostas positivas e/ou nos casos visualmente alterados, realizava-se uma avaliação mais detalhada de equilíbrio, marcha, capacidade funcional e dependência por meio da aplicação da Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti e o Questionário de Medida de Independência Funcional (MIF). Ainda em relação à capacidade funcional, questionava-se sobre as atividades de vida diária e a capacidade de executá-las com ou sem auxílio. Nos casos com alterações nas atividades básicas, aplicava-se o Índice de Katz e a Escala de Lawton para avaliar o grau de dependência e quais necessidades de cuidado a esse idoso.

Figura 3. Psicóloga em diálogo com uma idosa



Fonte: Acervo da equipe.

Na avaliação do suporte social, utilizava-se a Escala de Apgar da família para identificar o grau de funcionalidade familiar, sendo os escores divididos em elevada disfunção familiar, moderada disfunção familiar e boa funcionalidade Familiar.

Além das avaliações supracitadas, observavam-se as condições do domicílio com relação ao que poderia

dificultar a locomoção e causar acidentes domésticos, como: presença de tapetes soltos, ausência de corrimão no banheiro e presença de degraus pela casa (figura 4). Questionava-se o idoso quanto aos episódios de quedas no último ano. Importante ressaltar que em todas as avaliações havia um espaço para observações qualitativas.

Figura 4. Condições do domicílio também eram observadas nas visitas



Fonte: Acervo da equipe.

Caso fosse necessário, ao final da avaliação, eram passadas orientações tanto ao idoso, quanto ao familiar ou cuidador. Realizavam-se também a aferição da pressão arterial e o controle da glicose. A partir das avaliações foram realizados os encaminhamentos necessários para os diferentes serviços da rede de saúde, seguidas das discussões sobre os casos visitados.

Para a análise de dados, inicialmente foi realizada a classificação bruta dos mesmos, separando as respostas por instrumento devidamente identificados e separados. A identificação e a classificação dos dados foram realizadas de acordo com o tipo de material de análise, a data de coleta, e as iniciais do nome do participante. Os dados quantitativos coletados a partir dos instrumentos foram organizados em planilha Microsoft Excel®, processados e analisados estatisticamente em médias e frequência simples.

Ainda diante dos dados levantados, foi realizada a organização e análise dos mesmos a fim de entender a situação de saúde/doença desses idosos. Essa análise foi feita respeitando o período de coleta estabelecido, sendo os dados tabelados respeitando a divisão das equipes de ESF. A análise foi realizada pelas residentes considerando todos os dados levantados durante as visitas, sendo a divisão dessa análise realizada de acordo com as áreas de afinidade de cada residente, sempre que possível.

Resultados e discussão

A coleta de dados para a Visita ao Idoso Octogenário

aconteceu no período entre 14/02/2017 e 15/07/2017, uma das equipes de ESF (Itacolomi I) não iniciou as visitas neste período. Três equipes de ESF (Morro Alto, Lagoa e Nossa Senhora da Conceição) concluíram suas visitas neste período, entretanto, nenhum desses bairros está com 100% de visitas, sendo explicado pelos óbitos que aconteceram entre o período de levantamento do número desses idosos para a elaboração do projeto e a realização das visitas propriamente ditas.

O município de Balneário Piçarras conta com 334 idosos octogenários cadastrados no sistema GEM SAÚDE, sendo 6,36% da população municipal. A Visita ao Idoso Octogenário contou com a participação de 82 idosos residentes no município, sendo que um idoso se negou a responder a avaliação.

Dos idosos octogenários visitados, 53 são mulheres e

28 são homens, infelizmente não temos o dado municipal da quantidade de homens e mulheres octogenários, porém analisando o número supracitado, podemos dizer que essa diferença, ou seja, o número maior de mulheres comparado ao de homens é uma tendência nacional, tanto no que diz respeito ao número maior de mulheres, quanto ao fato das mulheres terem a expectativa de vida elevada em comparação aos homens.

O quadro 1 descreve a média de idade dos idosos por bairro, no qual podemos observar que durante o período das visitas, a ESF Nossa Senhora da Paz II é a que possui a maior média de idade entre os idosos visitados. Entretanto, foram realizadas poucas visitas dessa equipe e a escolha dos pacientes visitados foi de acordo com a

Quadro 1. Condições do domicílio também eram observadas nas visitas

Variável estudada		Média
Média de idade por bairro	Nª Sra. da Paz I	83,6
	Nª Sra. da Paz II	89,6
	Centro	82,57
	Santo Antônio	85
	Nª Sra. da Conceição	84,71
	Lagoa	84,83
	Morro Alto	85,5
	Itacolomi II	83

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

No quadro 2 observamos a média e a incidência de comorbidades nos idosos visitados. Sendo que a média de comorbidades por idoso mostra que a ESF Nossa Senhora

da Conceição apresenta quatro comorbidades por idoso, seguida das ESF Santo Antonio com 3,1 e ESF/Extensão Lagoa com três comorbidades por idoso.

Quadro 2. Média e incidência de comorbidades nos idosos visitados

Variável estudada		Média	Valor percentual (%)
Média de Comorbidade por idoso	Nª Sra. da Paz I	2,6	
	Nª Sra. da Paz II	2,83	
	Centro	2,85	
	Santo Antônio	3,1	
	Nª Sra. da Conceição	4	-
	Lagoa	3	
	Morro Alto	1,92	
	Itacolomi II	2,2	
Incidência das comorbidades relatadas pelos idosos visitados	HAS		100%
	Deficiência Auditiva		100%
	Tontura/Vertigem		100%
	Diabetes Mellitus		87,50%
	Deficiência Visual		75%
	Dislipidemia		62,50%
	Demência Leve/Moderada		62,50%
	Cardiopatia		62,50%
	Depressão		50%
	Osteoporose	-	50%
	Parkinson		37,50%
	Tireoideopatia		37,50%
	Pneumopatia		37,50%
	Neoplasia		25%
	Alzheimer		25%
	AVE		12,50%
Neuropatia		12,50%	
Zumbido		12,50%	

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

Os bairros das ESF supracitadas pertencem a uma região periférica da cidade, tendo características rurais, com exceção da ESF Santo Antonio que apresenta características urbanas.

Com relação à incidência das comorbidades, podemos observar que os maiores índices são referentes à HAS, Deficiência Auditiva e Tontura/Vertigem com 100%, seguido da Diabetes Mellitus com 87,50% e 75% Deficiência Visual.

Ao analisarmos esses dados e se compararmos com os outros quadros abaixo, percebemos uma desconexão no que estes dados nos mostram, pois 100% desses idosos relatam apresentar hipertensão, porém somente 48,14% apresentaram pressão arterial ótima ou normal no dia da visita, sendo que a média de medicamentos para tal comorbidade é de 1,82 por idoso, ou seja, as ações de prevenção de agravos e promoção de saúde não estão atingindo este público, sendo que o município conta com 100% de cobertura de ESF.

Já com relação à deficiência auditiva, observamos que 100% dos idosos relataram apresentar tal comorbidade, sendo que 48,15% não apresentou dificuldade auditiva no teste do sussurro.

Para o embasamento dos dados quanto à pressão arterial e o HGT utilizamos as classificações de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e os valores de

referência de acordo com a Sociedade Interna de Diabetes.

No quadro 3 observamos as variáveis de Pressão Arterial e HGT nos idosos visitados.

Quanto à pressão arterial notamos que 48,14% dos idosos apresentou PA ótima ou normal. Uma quantidade reduzida de 4,94% apresentou PA classificada como limítrofe. Porém, uma quantidade considerável de idosos apresentou HAS nos estágios 1, 2 e 3, que somados apresentam 38,26% dos idosos.

Quanto aos valores do HGT, podemos observar que 27,16% dos idosos apresentaram HGT normal e 14,81% HGT alto, se compararmos somente estes índices sem considerarmos os outros números e a forma de aplicação do teste, podemos dizer que há um controle melhor dos diabéticos comparados aos hipertensos.

Porém, ao analisarmos que mais da metade dos idosos visitados, sendo 54,32% possuem ausência de informação sobre o HGT, levam os índices supracitados a dúvida quanto a esse controle.

No entanto, além da ausência citada acima, os valores de HGT são informações extremamente frágeis de serem analisadas, pois não foram coletados os dados quanto ao momento do dia que se aplicou o teste de HGT e quanto tempo de ingestão de alimento ou jejum o idoso estava.

Quadro 3. Pressão Arterial e HGT nos idosos visitados

	Variável estudada	Valor absoluto	Valor percentual (%)
Pressão Arterial	Otima	25	30,86%
	Normal	14	17,28%
	Limítrofe	4	4,94%
	Hipertensão Arterial Estágio 1	19	23,45%
	Hipertensão Arterial Estágio 2	7	8,64%
	Hipertensão Arterial Estágio 3	5	6,17%
	Não informado	7	8,64%
HGT	Hipoglicemia	3	3,70%
	Normal	22	27,16%
	Alta	12	14,81%
	Não informado	44	54,32%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

No quadro 4 temos a média das medicações por idoso das comorbidades relatadas. Os valores considerados para fazer a média das medicações, foi o número de comorbidade relatada de acordo com a categoria de cada medicação. Podemos observar que a maior média de medicação esta relacionada à cardiopatia com média de 2,25, seguidas de HAS com 1,82 e Diabetes Mellitus com 1,64 medicações por idoso.

TIER *et al.* (2014) cita que a OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares

(insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, cerebrovasculares), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as diabetes mellitus e as doenças osteomusculares.

As doenças crônicas são a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Configurando uma mudança nas cargas de doenças, e apresentando um novo desafio aos gestores de saúde.

Quadro 4. Média das medicações por idoso conforme comorbidades relatadas

Variável estudada	Média	
Média das medicações por idoso das comorbidades relatadas	HAS	1,82
	Diabetes Mellitus	1,64
	Dislipidemia	0,66
	Cardiopatía	2,25
	Tireóideopatia	0,87
	Ansiolítico	0,20
	Depressão	1
	Vertigem/tontura	0,19
	Parkinson	0,62
	AVC	0,12
	Pneumopatia	0,44
	Alzheimer	0,25

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

No quadro 5 observamos a média de medicação por idoso e as medicações não relacionadas com as comorbidades relatadas por bairro. Importante resaltar que foram consideradas todas as medicações apresentadas e relatadas pelos idosos e/ou familiares como sendo medicações de uso contínuo, sendo assim, foram levados em conta os complexos vitamínicos e medicações naturais. Além disso, na média das medicações, não foi levado em conta a

dosagem das medicações, somente a diversidade delas.

Podemos observar abaixo, que as maiores médias de medicações por idoso são da ESF Central com 8,28 e da ESF/Extensão Lagoa com 08 medicações por idoso. O que mais chama a atenção ao analisar os dados, é que a maioria das medicações utilizadas pelos idosos não estão relacionadas com as comorbidades relatadas por eles.

Quadro 5. Média de medicação por idoso e medicações não relacionadas com as comorbidades relatadas por bairro

Variável estudada	Média	
Média de medicações por idoso	Nª Sra. da Paz I	6,3
	Nª Sra. da Paz II	4,8
	Centro	8,28
	Santo Antônio	4,21
	Nª Sra. da Conceição	3,85
	Lagoa	8
	Morro Alto	7,23
	Itacolomi II	3,6
Média de medicações não relacionadas com as comorbidades relatadas	Nª Sra. da Paz I	4,3
	Nª Sra. da Paz II	1,6
	Centro	2,71
	Santo Antônio	1,82
	Nª Sra. da Conceição	1,57
	Lagoa	3,33
	Morro Alto	1,76
	Itacolomi II	1,2

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

Podemos observar isso na média de medicações não relacionadas com as comorbidades relatadas, sendo que na ESF Nossa Senhora da Paz I temos a maior média de medicações em uso, sendo 4,3 medicações por idoso, seguido de 3,33 na ESF/ Extensão Lagoa. Estas variáveis nos revelam que os idosos, ao frequentar mais de um serviço de saúde (público ou privado) ou de um especialista médico, passam a receber novas medicações

para o controle da comorbidade na qual foi buscar auxílio, porém não se exclui a medicação anterior nem pelo paciente e nem pelo profissional de saúde, sendo assim, só inclui a nova medicação, e a quantidade e variações dos medicamentos para a mesma comorbidade se tornam fora de controle, assim como a comorbidade propriamente dita.

No quadro 6 observamos as variáveis quanto ao uso de prótese dentária, frequência ao dentista e frequência à Unidade Básica de Saúde (UBS).

Quanto ao uso da prótese dentária observa-se que 70,37% dos idosos fazem uso da mesma, porém, não há informação se o uso dessa prótese é total ou parcial e se é superior e/ou inferior. Faltam também informações sobre o porquê do não uso de prótese dentária, se é por conta da presença dos dentes ou não.

Quanto à frequência ao dentista, observa-se que 72,84% dos idosos não frequentam o dentista regularmente. Comparando essas variáveis com o uso de

prótese dentária, podemos perceber a falta de manutenção da mesma. Não há informações quanto aos serviços odontológicos utilizados se são particulares ou públicos.

Ao analisarmos as variáveis quanto à frequência à UBS, notamos que 51,85% dos idosos não frequentam a mesma, sendo que apenas 6,17% destes idosos recebem visita domiciliar da equipe de saúde. Essa variável nos faz refletir se essa falta de procura é por conta da ausência de doença ou se o acesso à saúde pública não está sendo efetivo, ou se é por conta do uso do serviço privado, sendo este último um dado não pesquisado durante a visita.

Quadro 6. Uso de prótese dentária, frequência ao dentista e frequência à unidade básica de saúde dos idosos visitados

Variável estudada		Valor absoluto	Valor percentual (%)
Prótese dentária	Faz uso	57	70,37%
	Não faz uso	23	28,39%
	Sem informação	1	1,23%
Frequência ao dentista	Vai ao dentista	18	22,22%
	Não vai ao dentista	59	72,84%
	Sem informação	4	4,94%
Frequência à unidade básica de saúde	Vai à UBS	31	38,27%
	Não vai à UBS	42	51,85%
	Recebe visita domiciliar	5	6,17%
	Sem informação	3	3,70%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

No quadro 7 podemos observar as variáveis quanto ao IMC e as queixas auditivas dos idosos visitados. Na avaliação nutricional, temos um índice considerável de idosos com sobrepeso sendo 43,20%. Este dado corrobora com a tendência nacional de aumento de peso com o aumento de idade, pois há um esperado aumento senescente do tecido gorduroso abdominal devido à diminuição do metabolismo somados com a redução de atividade física e o aparecimento de comorbidades. Porém, por menor que seja o índice de baixo peso, com 19,75%, o mesmo pode estar relacionado com a diminuição do apetite pela perda do paladar ou problemas com a dentição e com comorbidades que

possuem característica catabólica ou que causam disfagias (CA, doenças neurodegenerativas, entre outros) podendo estar associado com uso de sondas entéricas. RECH *et al.* (2008) trazem que a diminuição do IMC com o avançar da idade pode ser atribuído à redução da massa muscular corporal e à diminuição da quantidade de gordura corporal, que tende a diminuir depois dos 70 anos.

Com relação às queixas auditivas percebe-se um número equilibrado entre os idosos que apresentaram dificuldade auditiva, 45,67%, e os que não apresentaram dificuldade auditiva, 48,15%. Comparando com o quadro de comorbidades acima, notamos que 100% dos idosos

Quadro 7. IMC e queixas auditivas dos idosos visitados

Variável estudada		Valor absoluto	Valor percentual (%)
IMC	Baixo Peso	16	19,75%
	Adequado	20	24,69%
	Sobrepeso	35	43,20%
	Não informado	10	12,34%
Queixas auditivas	Com excesso de cerúmen	18	22,22%
	Sem excesso de cerúmen	44	54,32%
	Sem informação	19	23,45%
	Com dificuldade auditiva	37	45,67%
	Sem dificuldade auditiva	39	48,15%
	Sem informação	5	6,17%
	Fazem uso de AASI*	4	4,94%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

referiram ter deficiência auditiva, o que nos mostra que a percepção da comorbidade ou as vivências com a mesma proporcionam um incômodo quanto a isso. A presbiacusia é a causa mais comum de perda auditiva e muitas vezes não é reconhecida pelo paciente, podendo não ser motivo de queixa.

No quadro 8 observamos as variáveis quanto as internações no último ano, a função dos MMSS, a função dos MMII, o domicílio com risco de quedas e as quedas no último ano dos idosos visitados.

Quanto às internações no último ano, podemos observar que somente 13,58% dos idosos visitados estiveram internados no último ano. As causas da internação não foram investigadas durante as avaliações nas visitas, porém, estudos mostram que as maiores causas de internação de idosos octogenários são as doenças crônicas, sendo assim, a necessidade de implementar ações preventivas de doenças e promotoras de saúde para diminuir a agudização das doenças crônicas e evitar as internações.

Com relação à função dos MMSS, se avaliou

limitações nos membros, dor e/ou dificuldades, sendo que 13,58% apresentou alteração/dificuldade nessa avaliação. Já com relação à função dos MMII, 27,16% apresentou alteração/dificuldade na avaliação, sendo observadas limitações nos movimentos e alterações na marcha que fossem uma queixa ou incômodo ao paciente. Em algumas situações as limitações funcionais apresentam maior repercussão na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas.

Quanto a variável do domicílio com riscos de quedas temos 100% de risco. Para esta avaliação observamos se na casa havia escadas ou degraus, tapetes soltos pelos cômodos e se havia corrimão no banheiro. Após essa observação avaliamos as chances de quedas por conta do mobiliário ou da estrutura da casa, sendo que em todas as casas apresentavam pelo menos uma das observações supracitadas. Com relação às quedas propriamente ditas temos 30,86% dos idosos visitados que tiveram no mínimo uma queda no último ano.

Quadro 8. Internações no último ano, função dos MMSS, função dos MMII, domicílio com risco de quedas e quedas no último ano dos idosos visitados

Variável estudada		Valor absoluto	Valor percentual (%)
Internações no último ano	Estiveram internados	11	13,58%
	Não estiveram internados	69	85,18%
	Sem informação	1	1,23%
Função dos MMSS	Com dificuldade	11	13,58%
	Sem dificuldade	66	81,48%
	Sem informação	4	4,94%
Função dos MMII	Com dificuldade	22	27,16%
	Sem dificuldade	58	71,60%
	Sem informação	1	1,23%
Domicílio com risco de quedas	Com risco de queda	81	100%
	Sem risco de queda	0	0%
Quedas no último ano	Com quedas	25	30,86%
	Sem quedas	55	67,90%
	Sem informação	1	1,23%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

No quadro 9 podemos observar as variáveis quanto aos hábitos urinários e atividade sexual. Com relação aos hábitos urinários se avaliou os sintomas e classificamos como incontinente ou continente urinário, sem especificar o grau ou tipo de incontinência urinária. Dos idosos visitados 41,97% apresentaram incontinência urinária e 54,32% não apresentaram a mesma, sendo um

número positivo. A incontinência urinária é um sintoma quase sempre visto como algo normal na velhice, e por conta disso não há procura à UBS ou muitas vezes apresentam vergonha de relatar o problema.

De acordo com os resultados obtidos na variável referente à atividade sexual, percebe-se a alta prevalência de idosos que não têm relações sexuais, sendo 71,60%.

Quadro 9. Hábitos urinários e atividade sexual dos idosos visitados

Variável estudada		Valor absoluto	Valor percentual (%)
Hábitos urinários	Incontinente	34	41,97%
	Continente	44	54,32%
	Sem informação	3	3,70%
Atividade sexual	Em atividade sexual	10	12,34%
	Sem atividade sexual	58	71,60%
	Sem informação	13	16,05%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

Este dado pode ter ligação com a diminuição da libido com o avanço da idade, porém, observou-se que muitos idosos eram viúvos (as) e estavam sem parceiros (as). A sexualidade do idoso deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, não somente fator biológico, como também biopsicossociocultural.

No quadro 10 são apresentadas as variáveis quanto ao humor e depressão, cognição e memória, realização das atividades de vida diária e suporte social dos idosos visitados.

Conforme já citamos na metodologia, a avaliação de humor e depressão era composta pelo questionamento ao idoso quanto à frequência do sentimento de tristeza, sendo que 72,84% dos idosos não apresentou alteração quanto a esta avaliação. Porém, se compararmos com os quadros acima, observamos que 50% destes idosos referiu

ter depressão e a média de medicação para esta comorbidade é de 1 medicação por idoso visitado.

Com relação à avaliação de cognição e memória 70,37% não apresentaram alteração, porém os 20,98% dos idosos com alteração, alguns, apresentam associação com comorbidades como Alzheimer, Parkinson e AVC.

Na avaliação das atividades de vida diária 59,25% não apresentam dificuldade na realização das mesmas. Se compararmos essa variável com as funções de MMSS e MMII, observamos um elo entre estes, pois a alteração nas funções leva a dificuldade em realizar as AVDs.

Com relação ao suporte social podemos observar que 83,95% apresentam boa funcionalidade familiar, porém 13,58% apresenta moderada disfunção familiar, por mais que seja um número baixo comparado com o índice anterior, acreditamos que isso atinge de forma negativa a qualidade de vida desses idosos.

Quadro 10. Humor e depressão, cognição e memória, realização das atividades de vida diária e suporte social dos idosos visitados

Variável estudada		Valor absoluto	Valor percentual (%)
Humor e Depressão	Com alteração	17	20,98%
	Sem alteração	59	72,84%
	Sem informação	5	6,17%
Cognição e Memória	Com alteração	17	20,98%
	Sem alteração	57	70,37%
	Sem informação	7	8,64%
Realização das atividades de vida diária	Com dificuldade	32	39,50%
	Sem dificuldade	48	59,25%
	Sem informação	1	1,23%
Suporte Social	Boa funcionalidade familiar	68	83,95%
	Moderada disfunção familiar	11	13,58%
	Elevada disfunção familiar	2	2,47%

Fonte: Elaborado pelas profissionais residentes (2017).

Considerações finais

Trata-se de uma estratégia de atenção à saúde da pessoa idosa, num conceito ampliado de saúde, buscando tirar o foco da doença e promover qualidade de vida dentro da rotina destes usuários, melhorando autoestima, relacionamentos, pensando em estratégias para socialização e desmedicalização, uma vez que com o aumento da expectativa de vida e por Balneário Piçarras ser um município litorâneo que recebe muitas pessoas que se aposentaram, faz-se necessário pensar em políticas para este público.

Com base na análise dos dados da “Visita ao Idoso Octogenário” evidencia-se a existência de potencialidades e fragilidades no processo do mesmo e seus resultados. A criação da proposta da visita a esta população se torna uma potencialidade, pois a intenção de olhar de forma integral para esse idoso, fez com que muitos laços se estreitassem durante esse processo.

Pode-se perceber a fragilidade no quanto o modelo biomédico ainda está arraigado em alguns profissionais, uma vez que apresentaram dificuldade em compreender a proposta e dificuldade em visitar um idoso sem pensar em atendimento, ao invés de monitoramento e acompanhamento longitudinal. Mas com o passar das visitas, os profissionais ficaram mais apropriados da proposta e do impacto que isto fará lá na frente, uma vez que um idoso bem orientado e bem cuidado não irá gerar demanda com visitas excessivas na UBS.

Como proposta de acompanhamento da saúde dos idosos, em 2018 este projeto terá continuidade, além da implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, documento elaborado pelo MS, além do Medicamento em Casa e Equipe de Atenção ao Idoso Frágil.

Sabemos que o processo de envelhecimento se dá de forma diferente para cada indivíduo, e que diversos fatores auxiliam nesse processo, que o modo de como esse idoso viveu, a forma de como ele lida com o

envelhecimento e até mesmo a rede de apoio que o cerca, influenciam para um envelhecimento saudável ou não.

Além disso, criar meios no qual esses idosos possam comunicar o que lhes é importante, ouvir deles como entendem saúde, quais fatores são essenciais para que se sintam saudáveis, e quais interferem de forma negativa neste processo, pois assim, podemos ter novos parâmetros para planejar ações e políticas para os idosos e com a coparticipação dos mesmos.

Agradecimentos

Pelas atuações nas atividades desenvolvidas e relatadas neste trabalho, expressamos gratidão às equipes de profissionais das Estratégias de Saúde da Família – ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Referências

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 & Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 157-174. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a11v17n2.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

KNOPLOCH, C. População de Idosos vai dobrar até 2050. *J C N E T*, Bauru 2016. Disponível em: <<https://www.jcnet.com.br/Geral/2016/02/populacao-de-idosos-vai-dobrar-ate-2050.html>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/balneario-picarras/pesquisa/23/27652?detalhes=true>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

RECH, C. R. *et al.* Concordância Entre as Medidas de Peso e Estatura Mensuradas e Auto-Referidas para o Diagnóstico do Estado Nutricional de Idosos Residentes no Sul do Brasil. *RevBrasMed Esporte*, v. 14, n. 2, mar./abr. 2008.

TIER, C. G. *et al.* Condições de saúde dos idosos na Atenção Primária a Saúde - 2014. *Revista Rene*. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11456/1/2014_art_ctier.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

#AMAMENTE

O ALEITAMENTO MATERNO AJUDA A PREVENIR A MORTALIDADE INFANTIL

minsaude

Doe Leite Materno.

AJUDE QUEM ESPERA POR VOCÊ.

A união e a solidariedade de diversas mães que doam leite materno fazem com que crianças prematuras que estão internadas e não podem se alimentar diretamente no seio da mãe tenham mais chances.

Saiba mais em saude.gov.br/doacaodeleite

136

MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Interdisciplinaridade e o Serviço Social na Organização dos Grupos de Idosos de Benedito Novo

Joelma Crista Sandri Bonetti¹, Juliana Klug², Gabriela Tonolli³, Ana Helena Koprowski⁴

Envelhecimento: características, limites e perspectivas

O processo de envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano, e permeia todos os aspectos da vida, no qual os indivíduos se modificam incessantemente. É um processo irreversível que inicia com o nascimento e acaba na morte do indivíduo, sendo efeito de uma sucessão de perdas e ganhos.

Na concepção de Verderi (2004, p. 12) “O envelhecimento é vitalício. Não começa num tempo específico tal como aos 60 ou 70 anos”. É um processo complexo, intrínseco ao ser humano e cada fase é repleta de ganhos e perdas e a qualidade de vida está ligada diretamente à forma como a pessoa vivencia esse processo de envelhecimento.

No entendimento de Zimmerman (2000), a velhice é uma forma de representar socialmente uma faixa etária da vida, que tem papéis significativos e específicos em cada sociedade, é um fenômeno a ser compreendido, um desafio para a sociedade, como uma necessidade de se buscar alternativas, para incluir esses idosos na sociedade.

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil tende a crescer de modo a inverter a pirâmide etária do país, tornando o país com a sexta população com mais idosos do mundo. O aumento da

população de idosos e a progressiva redução da população entre 15 e 59 anos ensejarão enormes desafios para o desenvolvimento das políticas públicas.

Neste sentido, as políticas públicas se articulam conjuntamente a fim de desenvolver estratégias de enfrentamento às expressões da questão social. Esta articulação envolve diferentes setores que apresentem objetivos comuns, isto pode ser denominado de intersetorialidade, buscando compreender a situação de forma mais ampla, rompendo as ideias fragmentadas de atendimento (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013).

O Brasil está entre os países nos quais a população de idosos mais cresce. Esta realidade também é observada no município de Benedito Novo, na qual identificou que o grupo acima de 60 anos (idosos) teve sua população ampliada. Em 2000, pois representava 11,4% (1.033 habitantes) da população. Já em 2010, aumentou para 12,8% (1.322 habitantes). Registrando crescimento de 2,5% em média ao ano (BENEDITO NOVO, 2018a).

Atualmente, conforme dados do sistema de saúde G-MUS, existem em torno de 13.102 mil habitantes, e destes, 1054 são idosos pertencentes ao sexo feminino e 1.011 pertencem ao sexo masculino, somando uma população idosa de 2.065 (quadro 1), o que representa 15,76% da população total do município (BENEDITO NOVO, 2018b).

Nessa perspectiva, é importante pensar em estratégias de atendimento a essa demanda. Segundo Lima (2001, p. 24), “a

¹ Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde de Família - NASF (2013)

² Coordenadora Municipal dos Grupos de Idosos

³ Educadora Social

⁴ Estagiária do Curso de Psicologia da FURB

Quadro 1. Estrutura Populacional de Benedito Novo

	Mulheres	Homens	Total	Porcentagem
0 a 12 anos	935	973	1.908	14,56%
12 a 20 anos	901	847	1.748	13,34%
21 a 59 anos	3.538	3.843	7.381	56,33%
Acima de 60 anos	1.054	1.011	2.065	15,76%
Total	6.428	6.674	13.102	

Fonte: BENEDITO NOVO, 2018b.

velhice está surgindo como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser 'velho'. Essa afirmação justifica-se pelo fato de que os idosos estão se organizando politicamente, sendo vistos como representações coletivas, demonstrando outro estilo de vida, que ao invés de ficarem em casa isolados, saem em busca de novas atividades.

Buscando ressignificar visões limitantes que antes se tinham dessa fase do desenvolvimento humano, de acordo com Minayo e Coimbra Júnior (2002),

No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica – seja para a família, seja para a sociedade – e como uma ameaça às mudanças. Essa noção tem levado as sociedades a subtraírem dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino. [...]

A visão depreciativa dos mais velhos tem sido, através dos tempos modernos, alimentada profundamente pela ideologia 'produtivista' que sustentou a sociedade capitalista industrial, para a qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, de pouco ou nada serve para sua comunidade ou seu país.

Este contexto ressalta a importância de repensar a participação dos idosos na sociedade, onde muitas vezes a falta de conhecimento faz com que os idosos se afastem socialmente, pela perda dos vínculos produtivos ou por serem rotulados como improdutivos.

Essa análise parte da ideia de integralidade, visualizando o sujeito num todo, aceitando a setorialização como parte fundamental da ação, pois a interdisciplinaridade entre o Serviço Social e os serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem apresentando ações efetivas e pontuais.

O idoso brasileiro, segundo o pensamento de Vicente (1992), tem seu conceito de identidade formado a partir do trabalho e da produção. Portanto, a aposentadoria segue um caminho contrário a este conceito social de atividade produtiva, que define sua existência no mundo

capitalista. Torna-se difícil dentro deste contexto a pessoa aceitar dedicar-se a atividades de lazer e cultura. Assim, segundo a autora, o indivíduo com o conceito social de produção capitalista perde o sentido mais amplo de identidade como indivíduo e como cidadão.

Cientificamente é comprovado que, com o avançar da idade, as pessoas perdem suas ações produtivas no mercado de trabalho por expectativas capitalistas de terceiros, tornam-se mais vulneráveis, fazendo com que busquem mais atendimentos na saúde e se utilizam de ações medicamentosas, bem como dependem mais de ações comunitárias, pois essa mudança na organização social faz com que grande parte desses idosos se isolem e, conseqüentemente, adoeçam com maior facilidade.

Este trabalho junto aos idosos desenvolve novas estratégias e busca direcionar para novos projetos de vida, não mais como unicamente responsáveis dos lares e família, ou mesmo no mercado de trabalho, mas sim responsáveis por sua qualidade de vida e saúde como situações dissociáveis.

A partir do momento em que os idosos desenvolvam novos projetos de vida, focalizem suas energias em outras ações, sendo que os profissionais envolvidos diretamente neste processo passam a ter uma relação mais afetiva e próxima, o que facilita o acesso e o encaminhamento à rede para o cuidado multiprofissional. Na visão de Oliveira *et al.* (2017, p.285),

“a organização do trabalho em rede amplia as possibilidades de ação, pois facilita a articulação entre as políticas setoriais e organizações, objetivando prevenir situações de risco social”.

Nesse sentido, os grupos de idosos fortalecidos possibilitam o acesso ao direito das pessoas nessa faixa etária, pois elas se identificam com seus dirigentes e esses se tornam os facilitadores e multiplicadores, informando os membros dos grupos aos quais são responsáveis das ações desenvolvidas para os idosos em âmbito municipal e estadual.

Conforme Gohn (2011), é de suma importância que os idosos ao participarem de grupos sejam orientados e

incentivados a desenvolverem seu senso de pertencimento social, e assim, vivenciem um aumento no sentimento de inclusão em algum tipo de ação, de um processo contínuo em um grupo ativo.

Os idosos que participam dos grupos apresentam novas perspectivas, havendo em alguns casos, a necessidade de reestruturar em seu cotidiano a condicionalidade das rotinas de anos, organizando-se de modo a viabilizar ações que concretizem um projeto de vida pautado na autonomia de suas atividades.

A partir desta perspectiva, este relato descreve a experiência do município de Benedito Novo com relação ao trabalho interdisciplinar de incentivo, promoção e participação dos idosos nos grupos e seu impacto na qualidade de vida.

Objetivo geral

Participação dos idosos em grupos que promovam autonomia e melhorias na qualidade de vida.

Objetivos específicos

- ▶ Compreender o processo de envelhecimento e sua repercussão na comunidade e no idoso;
- ▶ Proporcionar atividades socioeducativas de recreação e socialização aos idosos;
- ▶ Descrever a inserção dos idosos nos grupos e a diminuição dos agravos à saúde e conseqüentemente a busca de atendimento nas UBS;
- ▶ Apresentar o trabalho interdisciplinar junto aos grupos de idosos de Benedito Novo;
- ▶ Mostrar o trabalho junto aos grupos de idosos, sendo os próprios idosos articuladores desse processo.

Organização e Regimento Interno dos Grupos de Idosos

O município vem trabalhando a questão do envelhecimento há mais de trinta anos. O primeiro Grupo de Idosos em Benedito Novo foi criado em 1984, como uma alternativa de participação social, que inicialmente, organizava-se de modo informal.

A regulamentação das ações que os grupos de idosos desenvolvem no município aconteceu em 2015, durante a I Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, com a discussão e aprovação do Regimento Interno dos Grupos de Idosos.

O Regimento Interno dos Grupos de Idosos (2015) norteia as ações desenvolvidas pelos profissionais que os acompanham (assistente social e educadora social) e pela coordenadora municipal dos Grupos de Idosos. Esse documento ressalta que “Cada grupo deverá constituir uma diretoria, para administrar os interesses do grupo” e

esta deverá ser formada por idosos regularmente cadastrados, estabelecendo Direitos e Deveres enquanto membros (BENEDITO NOVO, 2015).

Aos dirigentes cabe à responsabilidade da organização de passeios, visitas a outros grupos e eventos maiores como tardes dançantes, respeitando a regra de até três eventos anuais para cada grupo. Os dirigentes de cada grupo se tornam referências do grupo, líderes da sua comunidade, multiplicadores de conhecimento e defensores de seus direitos. Realizam ações diretas de monitoramento das situações de risco vivenciadas pelos idosos dentro de seu território, atuando de forma indireta com as redes de serviços: UBS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), hospital, delegacia. Quando os idosos identificam ou são acionados pela sociedade civil, os mesmos, reconhecendo as situações de risco e vulnerabilidade, encaminham a situação para os serviços de apoio e fortalecimento. Essas ações de organização, mobilização e orientação interdisciplinar possibilitam ampliar as potencialidades e a capacidade desses idosos.

Para facilitar o acesso a essas redes de serviços é necessária a articulação da ação intersetorial. Monnerat e Souza (2014) descrevem, de acordo com a OMS, a importância da intersetorialidade como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados. Dessa forma, a intersetorialidade só acontece quando passa a atuar através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais.

Nesta mesma linha, Monnerat e Souza (2014) acrescentam que o trabalho interdisciplinar é um meio capaz para atingir melhoras na qualidade da intervenção pública, considerando a formulação de políticas sociais, e fazendo referência ao trabalho intersetorial a partir da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sendo a intersetorialidade “requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas” (BRASIL, 2004).

Destaca-se que um dos princípios do SUAS é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre a população de um dado território. Nesse caso, destacamos a questão dos idosos no município de Benedito Novo.

Na contemporaneidade o atendimento aos idosos é um desafio, ainda mais quando se pensa a interdisciplinaridade das políticas públicas, em que o idoso precisa ser visto em sua integralidade. O cuidado integral na visão de Feuerwerker (2016) visa à garantia de

acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentamento de determinados problemas, onde o atendimento prestado seja contínuo, respeitando as particularidades de cada caso.

Oliveira *et al.* (2017), complementando, descreve que a intersetorialidade pode ser definida como um processo político de ação integrada e em rede, indo além de uma estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições, governamentais ou não, e que por sua vez, busca enfrentar e minimizar os problemas sociais complexos que ultrapassem a competência de uma só área no enfrentamento das desigualdades sociais.

Ainda na visão de Oliveira *et al.* (2017), a intersetorialidade pode ser entendida como uma nova forma de governar, utilizada como estratégia de construir

políticas públicas, que visem a superação ou minimização da fragmentação dos serviços, colaborando assim no atendimento integral ao sujeito.

A participação dos Idosos

Para participar dos Grupos de Idosos, a pessoa precisa ter 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). Os grupos são autônomos. Cada membro faz uma contribuição mensal por meio de uma mensalidade que é revertida em benefícios ao próprio idoso.

Atualmente, Benedito Novo conta com dez grupos (quadro 2) e uma participação regular de 450 idosos cadastrados. Os Grupos de Idosos foram instituídos pela demanda espontânea de 188 pessoas, organizada nas próprias comunidades.

Quadro 2. Relação dos grupos de idosos em Benedito Novo

Nome do Grupo	Bairro	Ano de criação
Grupo Immer FROHLICH (Sempre Alegre)	Serra São João	1987
Grupo Frühling (Primavera)	Centro	1989
Grupo Freiheit (Liberdade)	Ribeirão Liberdade	1995
Grupo Edelweiss (Flor dos Alpes)	Alto Benedito	1995
Grupo Sonnenstrahl (Raio de Sol)	Barra São João	1996
Grupo Bela Vida	Santa Maria	2000
Grupo CATI (Clube Adventista da Terceira Idade)	Alto Benedito	2001
Grupo Viver e Sonhar	Pedro Maus	2003
Grupo Lírios do Campo	Pinheiro	2003
Grupo Viver com Alegria	Rio Cunha	2007

Fonte: BENEDITO NOVO, Secretaria de Saúde e Assistência Social.

A formação dos grupos de idosos iniciou-se em 1987 a partir da articulação municipal. Iniciou na localidade de Serra São João, com o Grupo Immer FROHLICH, tendo aproximadamente 20 membros. Dois anos depois, a comunidade do Centro aderiu a ideia formando o Grupo Frühling, que atendeu aos idosos das demais comunidades que tinham interesse.

Somente no ano de 1995, com o surgimento de três novos grupos, é que a formação dos grupos de idosos se torna prioridade da localidade de Ribeirão Liberdade com o Grupo Freiheit, da Comunidade de Alto Benedito com o Grupo Edelweiss, e da Comunidade da Barra São João com o Grupo Sonnenstrahl.

Posteriormente, nos anos 2000, surgem novos grupos na localidade de Santa Maria (Grupo Bela Vida) e na comunidade de Alto Benedito (Grupo CATI). Três anos depois, surgem os grupos Pedro Maus (Grupo Viver e Sonhar) e da comunidade do Pinheiro (Grupo Lírios do Campo).

O grupo de idosos da Comunidade do Rio Cunha surgiu de maneira informal em 2007, tendo eventos esporádicos e autônomos, pois os membros eram moradores limítrofes dos municípios de Benedito Novo e Rio dos Cedros. Somente em 2015 o grupo de idosos

“Viver com Alegria” foi vinculado à Prefeitura Municipal de Benedito Novo.

Atividades realizadas nos Grupos de Idosos

Os grupos de idosos de Benedito Novo oportunizam atividades de diálogo, comunicação e resgate de memórias. Sendo a proposta de intervenção pautada nas trocas sociais, de experiências e dificuldades, aprendizagens, estímulo das capacidades cognitivas, apoio emocional, favorecimento de sentimentos positivos, compartilhamento de preocupações, dúvidas e medos e a emergência de soluções criativas para os problemas enfrentados no cotidiano (MENDIZÁBAL; CABORNERO, 2004).

O planejamento das atividades é semanal, mensal e anual. Conforme o cronograma geral, onde cada grupo informa suas pretensões para o ano seguinte. Os grupos possuem autonomia na escolha das atividades a serem desenvolvidas.

Cada grupo de idosos se reúne mensalmente, com o objetivo de socialização e troca de experiências, visando estimular as lembranças e a criatividade. Também são ofertadas atividades extras como: visitas de campo;

passeios; devolução de visitas em outros grupos; ações ligadas a preceitos religiosos; atividades esportivas (jogos municipais, regionais ou estaduais e dança). Todas as ações podem ser identificadas como preservação dos costumes e hábitos dos descendentes (alemães, poloneses e italianos).

Os encontros e atividades extras representam “descontração”, “autoconfiança” e “autoestima” e interdisciplinaridade, envolvendo uma diversidade de atividades a partir da programação local e regional. Elas favorecem as expressões dos idosos, dando voz a eles e valorizando suas histórias. A experiência de vida é fator relevante para os membros dos grupos, em tudo que lhes é proposto. Os idosos, geralmente, querem compartilhar suas histórias, representando uma oportunidade de melhora na qualidade de vida por meio das suas próprias histórias.

Os grupos são formados por diversas razões e interesses, podendo envolver necessidades educativas, interesses artísticos, de suporte em doenças específicas (exemplo: depressão, diabetes, Alzheimer), religiosos ou de promoção do autoconhecimento, habilidades pessoais e bem-estar psicológico. Segundo Neri (2006), os idosos participam dos grupos porque são incentivados a buscar conhecimentos e atualização, a busca de oportunidades para o autodesenvolvimento e autoconhecimento, a busca de contato social, a ocupação do tempo livre e o compromisso com a geratividade.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos próprios grupos destacamos os encontros semanais, 10 reuniões com os Coordenadores, 30 passeios e 23 tardes dançantes. Além de atividades de devolução de visitas a outros grupos intermunicipais que não foram tabulados neste relato.

O município oportuniza a todos os idosos inseridos nos grupos lembranças alusivas às datas comemorativas (dias das Mães, dias dos Pais, Páscoa e Natal) e uma Festa Municipal dos Idosos, que ocorre no Centro de Eventos, proporcionando aos grupos: transporte, café da manhã, abertura do evento, apresentações culturais, almoço e sobremesa, tarde dançante, café da tarde.

Dentro das atividades realizadas na Festa Municipal dos Idosos, criou-se a gincana da solidariedade, na qual, cada grupo de idosos recolhe alimentos não perecíveis e produtos de limpeza para as instituições filantrópicas (ONG, APAE, hospital, casa lar), como uma forma de reverter apoio à comunidade. Essa ação vem crescendo consideravelmente: em 2014 - 700 kg; em 2015 - 1000 kg e em 2016 - 1260 kg. Nesta gincana, é realizada uma premiação simbólica para os grupos que contribuem com a maior quantidade de alimentos. Outra ação bastante efetiva é a participação destes idosos em atividades esportivas, na qual são separados por categorias, idade dos idosos e modalidades esportivas, onde participam de uma

olimpíada municipal e, conseqüentemente, seguem para etapa regional, estadual e nacional.

Destaca-se que, o município de Benedito Novo auxilia de forma contributiva integral na Festa Anual dos Idosos, com o repassar anual de um valor de café para cada grupo, encerramento natalino, lembranças nas datas comemorativas e transporte de 11 viagens (10 grupos, porém um grupo tem uma quantidade significativa de idosos, então, o município disponibiliza 11 viagens), para todos serem beneficiados (BONETTI, 2017).

Nesse sentido, tendo como referência 2016, o município de Benedito Novo contribuiu com aproximadamente R\$ 62,00 (sessenta e dois reais) ao ano por idoso, mais a cedência de profissionais (coordenadora municipal dos Grupos de Idosos, assistente social e educadora social).

Cada grupo possui uma prestação de contas independente, realizada pelo tesoureiro e pelo presidente do grupo. Na prestação de contas são elencadas entradas advindas das mensalidades, dos eventos realizados e das ações entre amigos, bem como as saídas referentes à automanutenções, eventos, passeios, saídas de devolução de visitas e lembranças em datas comemorativas.

Considerações finais

A participação dos idosos nos grupos os vem favorecendo na questão psicossocial, devido às atuações em várias atividades que motivam e incentivam as capacidades físicas e intelectuais dos idosos. Ainda, a socialização com outros idosos, associada à orientação de profissionais, diminui os reflexos negativos da idade, potencializando novas atividades no projeto de vida, onde eles possam se sentir inseridos e responsáveis.

Outra estratégia que têm dado resultados positivos é o encontro que as profissionais responsáveis (assistente social, educadora social e a coordenadora municipal) realizam, através de reuniões mensais com os dirigentes dos grupos, no qual centralizam as informações de forma igualitária entre todos os grupos, bem como resolvem situações pontuais e orientam as situações de risco já elencadas.

Por fim, identificamos que, nesta ação, ocorrem trabalhos interdisciplinares, trabalho itinerante, onde os profissionais se deslocam até as comunidades onde os eventos são realizados, geralmente em espaços comunitários. A vivência desses idosos inseridos nos grupos pode não corresponder à realidade de toda a população da terceira idade, mas demonstra que esta fase da vida pode ser marcada por alegrias e satisfações. A grande importância dos grupos é justamente possibilitar que as pessoas idosas permaneçam tendo objetivos, crescendo pela troca de experiências e pela continuidade de um projeto de vida.

O trabalho desenvolvido em Benedito Novo, junto aos grupos de idosos, pode ser compreendido na visão de Motta, Caldas e Assis (2008), como sendo interdisciplinar, pois favorece o trabalho reflexivo, que depende da colaboração de saberes distintos e associa o trabalho de outras especialidades a fim de desenvolver estratégias de atendimento baseado em conceitos e análises que interagem, se articulam e convergirem, pensando na integralidade dos serviços prestados.

Sendo assim, um espaço oportunizador de troca de experiências, resgate de memórias e desenvolvimento de novas potencialidades, restabelecendo as condições necessárias para que os idosos possam ter uma vida mais plena, com qualidade de vida e bem-estar (PASCHOAL, 1997).

Referências

BENEDITO NOVO (SC). Prefeitura Municipal de Benedito Novo. Secretaria de Saúde e Assistência Social. Coordenação Municipal dos Grupos de Idosos. **Regimento Interno dos Grupos de Idosos do Município de Benedito Novo**. Benedito Novo: [s.n.]: 2015.

BENEDITO NOVO (SC). Prefeitura Municipal de Benedito Novo. Secretaria de Saúde e Assistência Social. **Plano Municipal de Assistência Social**: quadriênio 2018-2021. Benedito Novo: [s.n.], 2018a.

BENEDITO NOVO (SC). Prefeitura Municipal de Benedito Novo. Secretaria de Saúde e Assistência Social. **GMUS**: Sistema de Gestão Municipal de Saúde. [S.l.]: TWI Consultoria, 2018b.

BONETTI, J.C.S. **A organização dos grupos de idosos facilita a participação e diminui os reflexos negativos da idade na qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <<http://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/content/organiza%C3%A7%C3%A3o-e-participa%C3%A7%C3%A3o-nos-grupos-de-idosos-sendo-potencializadores-da-qualidade-de-vida>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria de Direitos Humanos. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília: MDH, 2003.

CAVALCANTI, P.B.; BATISTA; K.G.S.; SILVA, L.R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIAS, v. 1, 2013, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre: PUC/RS, 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

GOHN, M.G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 47, mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005>. Acesso em: 06 fev. 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio

de Janeiro: Hexis, 2016.

LIMA, M.A. A gestão da Experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade: a UNATI/UERJ. In: VERAS, R.P. (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2001. p. 33-98.

MENDIZÁBAL, M.R.L.; CABORNERO, J.A.C. **Grupo de debate para idosos**: guia prático para coordenadores dos encontros. São Paulo: Loyola, 2004. 211 p.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 11-24. (Coleção Antropologia & Saúde).

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo coma literatura atual. In: MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, R.G. (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 41-54.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, Ago. 2008.

NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. 2. ed. Campinas/SP: Alínea, 2006.

OLIVEIRA, T.R.P.R. *et al.* Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. **Geriatr Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 182-188, 2017. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876609/gga-v11n4_pt_182-188.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: NETTO, M. P.; PONTE, I. R. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 313-323.

VERDERI, E. A questão do envelhecimento para quem está envelhecendo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 10, n. 73, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd73/velho.htm>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

VICENTE, R.B. Educação Permanente; o desafio da terceira idade. **Revista Psicologia Argumento**, v. 10, n. 10, p.61-65, 1992.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000. 228 p.

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Blumenau: desafios e avanços

Fabiana Gonçalves Felix Maciel¹

Introdução

Blumenau é um município situado no Vale do Itajaí e tem uma população de aproximadamente 309 mil habitantes e 30 mil idosos (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, em 2010, foi de 0,806 – que significa um padrão alto de desenvolvimento, ponderando três aspectos importante da população: renda, educação e saúde. No quesito saúde, para o cálculo do IDH, considera-se o quão longa e saudável é a vida da população. Sendo assim, podemos concluir que se torna necessário pensar em políticas públicas voltadas para atender de forma adequada a população idosa, com vistas a qualificar a promoção do envelhecimento saudável nos três níveis de atenção.

A Política de Saúde da Pessoa Idosa no município de Blumenau iniciou em 2004, mas a atuação de forma mais efetiva ocorreu em 2010, quando começou o movimento de criação de um Centro de Referência em Saúde da Pessoa Idosa. O Centro de Saúde do Idoso foi inaugurado em abril de 2012 e atualmente conta com uma equipe de 18 profissionais que atendem idosos frágeis do município.

O desafio está sendo iniciar um movimento maior em relação à promoção do envelhecimento ativo e saudável, buscando aplicar as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que visa à integralidade do cuidado, estímulo às ações intersetoriais, qualificação dos servidores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros aspectos que

fomentam a qualidade de vida da nossa população idosa.

Justificativa

A Atenção Básica (AB) é a ordenadora do cuidado e a porta de entrada para os usuários no SUS. Cabe a ela promover saúde, realizar ações de prevenção e realizar o cuidado da saúde da população adscrita, tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio e demais espaços comunitários, quando necessário. Para isto, deve-se ter o devido conhecimento do território, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Há uma série de atividades que devem desenvolver para atingir este objetivo. No entanto, especificamente com relação à saúde da pessoa idosa, muitas vezes as equipes acabam não conseguindo planejar adequadamente ações específicas para um envelhecimento ativo e saudável. As equipes inserem as atividades para as pessoas idosas nas ações comuns, como nos grupos de controle de diabetes e hipertensão. Cabe a cada profissional e gestor olharem para a saúde da pessoa idosa, a fim de instrumentalizar, qualificar e fomentar iniciativas voltadas para a promoção do envelhecimento saudável junto a esta população do território.

Refletir sobre os avanços e desafios sobre a atenção à saúde da pessoa idosa no município de Blumenau torna-se relevante na medida em que traz à luz as possibilidades de atuação, os caminhos já percorridos e o que ainda se faz necessário para avançarmos com êxito na

¹ Psicóloga, coordenadora da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa

implementação de uma cultura de autocuidado e percepção do envelhecimento como um processo de vida que não está, necessariamente, ligado à perda e adoecimento, mas com possibilidade de uma vida ativa, de bem estar físico, emocional e social.

Desenvolvimento

No Brasil, em 1988, conquistamos o direito de acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com a criação do SUS. O Brasil passa a se reorganizar na atenção à saúde e, concomitantemente, organiza-se para atender e responder as demandas de uma população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996, assegura direitos sociais à população idosa, a fim de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996).

Passados dez anos, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com a publicação da Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006, quando se estabelece que os serviços de saúde promovam a elaboração ou a readequação de seus programas projetos e atividades a fim de garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira (BRASIL, 2006). As diretrizes da PNSPI buscam promover: o envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada, o estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidade de saúde; o provimento de recursos que assegurem qualidade da atenção à pessoa idosa; o fortalecimento da participação social; a formação e educação permanente dos profissionais da saúde para o atendimento adequado a esta população; a divulgação sobre a Política para profissionais, gestores e usuários do SUS; a promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Apresenta estratégias a fim de conquistar tais objetivos que são: a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; publicação disponibilizada (on-line) do Caderno de Atenção Básica nº 19 sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; realização de curso de EAD em Saúde da Pessoa Idosa; elaboração do Plano Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa SUAS-SUS; publicação do Guia Prático do Cuidador; criação e implantação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos Dependentes na Rede de Escolas Técnicas do SUS; publicação da Portaria sobre Prevenção e Cuidado à Osteoporose e Quedas; fomento à pesquisa na área de Envelhecimento; implementação do Programa de Atenção Domiciliar e o fomento ao uso racional de medicamentos.

Inicia-se, portanto, o momento de repensar as práticas de saúde voltadas para esta população, provocando os serviços de saúde e a sociedade a olhar o envelhecimento de outra forma: para além de maior proteção e cuidado, o estímulo à inclusão, a participação social e a promoção da autonomia ativa e saudável da pessoa idosa.

É neste novo movimento que o município de Blumenau, já em 2004, com a Política Municipal do Idoso, determina que a Secretaria de Saúde garanta atenção à saúde do idoso em qualquer nível de atenção, bem como desenvolva ações de promoção de saúde, prevenção e recuperação de doenças, buscando a intersetorialidade, capacitação das equipes de saúde para atendimento a esta população e fiscalização sanitária das entidades que atendem o idoso (BLUMENAU, 2004). Sendo assim, ações que promovam a saúde da pessoa idosa em Blumenau passam a ter respaldo legal para desenvolver iniciativas que busquem qualificar a atenção para esta população.

O Centro de Saúde do Idoso

Em 2010, iniciou-se um movimento mais efetivo da gestão para o atendimento qualificado na saúde da pessoa idosa. Em 2009, no edital do concurso público, foi disponibilizada a vaga de geriatra, que foi chamado para assumir suas funções em 2010 e atuar na Policlínica do Município. Com a intenção de criar um serviço especializado de atendimento integral ao idoso, em especial para o idoso frágil, inicia-se em 2011 o projeto de criação do Centro de Saúde do Idoso (CSI), que foi inaugurado em 2012. Uma equipe multiprofissional foi formada e o planejamento do serviço foi voltado para um atendimento baseado na Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004).

O CSI tem sido referência na atenção baseada nos moldes na PNH. Os fluxos de atendimento, de acolhimento do idoso e da família, prevêm, desde o início, uma escuta qualificada, com construção de vínculos, buscando o olhar da clínica ampliada, de forma a manter uma comunicação adequada com a rede de saúde e de assistência. Faz parte da rotina de trabalho da equipe a definição de profissional de referência, reunião semanal para discussão de casos, elaboração em equipe do Projeto Terapêutico Singular (PTS), momento de estudo e qualificação interna da equipe, reuniões de apoio com a rede de saúde, nos moldes do matriciamento, sendo a equipe um suporte para os profissionais da AB no atendimento ao idoso. A equipe do CSI é composta por duas enfermeiras (sendo uma delas coordenadora), uma técnica de enfermagem, dois médicos geriatras, dois dentistas (sendo um especializado em prótese dental),

duas técnicas de saúde bucal, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, duas fisioterapeutas e dois agentes administrativos.

O CSI teve reconhecimento do Ministério da Saúde (MS) em 2016, sendo um dos contemplados do Prêmio HumanizaSUS, quando foi feito um vídeo institucional com experiências bem sucedidas e inovadoras de Humanização na Saúde. O vídeo intitulado “Do que vem antes” está disponível na internet e fala um pouco melhor do trabalho da equipe.

A Promoção do Envelhecimento Saudável

Em 2015 iniciou uma preocupação por parte da coordenação da Política de Saúde da Pessoa Idosa de que houvesse mais ações de promoção do envelhecimento saudável, conforme prevê a PNSPI (BRASIL, 2006). O cenário de atenção à saúde do idoso frágil estava bem estabelecido em Blumenau, com reconhecimento do CSI por parte das equipes de saúde do município. Paulatinamente, foi sendo construída a comunicação entre as equipes de AB e o CSI com orientações sobre o manejo clínico para os idosos de suas áreas de abrangência. No entanto, um atendimento específico ao idoso frágil e esta orientação às equipes sobre o cuidado dos idosos na atenção básica, não contemplava a necessidade de atendimento aos outros idosos do município, os idosos ativos e sem queixas clínicas, da forma como prevê a PNSPI: a promoção do envelhecimento ativo e saudável, que não necessariamente atenda as pessoas idosas, mas a população que está envelhecendo. Este foi o novo desafio buscado pela gestão e equipe. Desta forma iniciou-se uma reflexão das possibilidades de atuação neste contexto.

As equipes da ESF de Blumenau têm um dia na semana (quintas-feiras à tarde) sem atendimento à comunidade, sendo este momento destinado para as capacitações em equipe. Temos este espaço como um ponto forte favorável para levar até as equipes de AB uma maior qualificação para o atendimento ao idoso.

Em 2016, a coordenadora da PNSPI passa a ser preceptora do Programa Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Graduasus), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, e tem como objetivo ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS. O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, estudantes (voluntários e bolsistas) e

preceptores (servidores da saúde).

Passamos a ter então mais uma oportunidade para este cenário que se buscava. Esta parceria com a universidade, através do PET-Saúde/Graduasus, possibilitou pensar em projetos de Promoção de Envelhecimento Saudável junto a algumas unidades de atenção básica, planejando ações nos grupos com os usuários para além dos grupos de atendimento voltado às patologias, como grupo de diabetes e hipertensão. Além de iniciar este movimento para as ações de promoção do envelhecimento saudável, inicia-se o processo de estudo e pesquisa voltados para esta temática. O CSI também se beneficia desta oportunidade desde 2012, com alunos e preceptoria do PET-Saúde, desenvolvendo pesquisas e intervenções voltadas para as situações de fragilidades dos idosos de Blumenau.

Junto a este contexto favorável, juntam-se os diversos desafios que também são encontrados por muitos municípios. Entre eles podemos destacar a dificuldade de efetivar a promoção de envelhecimento ativo. Ainda há a cultura de abordar o envelhecimento voltado para situações de doença e fragilidade. Romper com este conceito e partir para discussões e ações que envolvam mais a autonomia, independência e participação social ainda é algo a ser conquistado. Os profissionais reconhecessem a importância deste trabalho, mas ainda vivem em função de atender as outras demandas da atenção básica.

Paralelo a esta situação temos ainda o desafio de conquistar uma melhor comunicação com todas as áreas que são atendidas pelo idoso a fim de estabelecer boas parcerias intersetoriais para que se contemple toda esta promoção de um envelhecimento saudável, ativo e participativo. Nesta ótica, iniciamos há dois anos o envolvimento dos conselheiros do idoso, profissionais do CREAS e CRAS, servidores da educação e acadêmicos, nas capacitações que são realizadas para os servidores da saúde. Portanto, o mesmo tema é levado para servidores de outras secretarias com o objetivo de construirmos uma comunicação mais adequada e assim fortalecer a rede de atendimento ao idoso.

Considerações finais

Os desafios encontrados para a implantação de ações voltadas para o envelhecimento ainda passa por situações como mencionadas anteriormente: romper com a cultura de associar o envelhecimento com fragilidade, incapacidade, solidão e abandono. Ao mesmo tempo em que é perceptível a urgência de atender estas situações e desenvolver ações eficazes na minimização deste contexto, faz-se necessário trazer como rotina, a abordagem do envelhecimento como mais uma fase do

desenvolvimento humano, com suas limitações e potencialidades. O outro desafio é a construção de uma concepção mais atualizada a respeito do que é promover saúde, promover o envelhecimento saudável.

Vivemos uma dualidade: o objetivo de fazer promoção de saúde para o envelhecimento saudável na AB e a urgência de atender os casos que se tornam complexos pelo não fazer aquilo que deveria ser feito. Equipes ainda com concepções erradas sobre promoção de saúde e sobre o envelhecimento clamam à gestão por ações de qualificação aos servidores da saúde, para que se contemple de forma eficaz esta demanda.

Apesar dos desafios que também são encontrados por muitos municípios, ter um CSI com uma equipe qualificada para o atendimento, com reconhecimento das demais equipes de saúde, com boas iniciativas do serviço e com uma boa adesão ao tratamento por parte dos idosos, faz com que tenhamos um cenário favorável para que na saúde da pessoa idosa se consiga alcançar expectativas de que Blumenau promova, na AB, um envelhecimento saudável conforme previsto na PNSPI.

Referências

BLUMENAU (SC). Dispõe sobre a política municipal do idoso, sobre o conselho municipal do idoso e dá outras providências. **Lei complementar nº 484, de 27 de outubro de 2004**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/blumenau/lei-complementar/2004/48/484/lei-complementar-n-484-2004-dispoe-sobre-a-politica-municipal-do-idoso-sobre-o-conselho-municipal-do-idoso-e-da-outras-providencias-2004-10-27-versao-compilada>>. Acesso em: 06 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Presidência da República. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 23 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/blumenau/pesquisa/23/27652?detalhes=true>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COMO ACESSAR O ACERVO



Perdeu alguma webconferência? Não tem problema! Acesse o acervo de vídeos do portal Telessaúde SC. É muito simples:

1º



Acesse o site
<http://telessaude.sc.gov.br>

Preencha seu nome de Usuário e sua Senha, e clique em Entrar.

2º



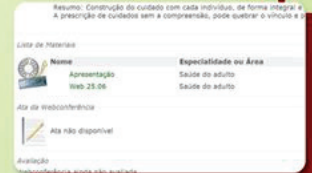
Assim que você entrar, a janela do sistema abrirá automaticamente como pop-up. Na nova página, clique no ícone 'Webconferência';

3º



Agora você está na página inicial das webconferências. Use a barra de pesquisa 'título', escreva o nome da web e clique em 'pesquisar' para localizar o vídeo que deseja assistir;

4º



Na página seguinte você encontra um resumo da webconferência selecionada. Logo abaixo, em 'lista de materiais' está o vídeo da palestra. É só clicar e assistir!



Se preferir, acesse nosso canal no youtube:
<https://www.youtube.com/user/TelessaudeSC> e encontre todas as webconferências realizadas pelo Telessaúde SC.

Atuação das equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar aos idosos em Chapecó no ano de 2016

Diana Augusta Tres¹, Ezequiel Vitório Lini²

Introdução

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço realizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com a finalidade de desenvolver ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio na modalidade de Atenção Domiciliar (AD). É considerado um serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica (AB) e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2016).

O município de Chapecó implantou o SAD intitulado de Programa Saúde em Casa em maio de 2014, com o cadastramento de duas EMAD e, em junho de 2015, o município cadastrou uma EMAP. No Programa Saúde em Casa as EMAD são compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem; e a EMAP atualmente é composta por fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga.

Dentre os objetivos do SAD podemos destacar: redução das internações hospitalares, redução da permanência de usuários internados, humanização no atendimento ao usuário, autonomia do usuário no autocuidado, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL,

2016).

A prática de “desospitalização” proporciona a continuidade do cuidado no domicílio, com isso, minimiza as intercorrências clínicas e o risco de infecções hospitalares a partir da manutenção do atendimento domiciliar pelas equipes de AD (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde em Casa é destinado ao atendimento de usuários em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, aqueles com incapacidade física de locomoção até um serviço de saúde e que estejam estáveis clinicamente. Nesses casos, a AD é considerada a opção mais indicada para tratamento, reabilitação e prevenção dos agravos com vistas à maior autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

A AD é organizada em três modalidades, sendo que o Programa Saúde em Casa realiza o atendimento de usuários na modalidade Atenção Domiciliar tipo 02 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 03 (AD3). Usuários que pertencem às modalidades AD2 e AD3 são usuários com afecções crônico-degenerativas, necessidade de cuidados paliativos semanais, afecções agudas ou crônico-agudizadas com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais e que também necessitem de uso de equipamento ou agregação de procedimento de maior complexidade. A modalidade AD1 é o usuário que requer cuidados de menor frequência, sendo que a prestação dessa assistência pode ser realizada pelas equipes

¹Enfermeira, coordenadora do Programa Saúde em Casa

²Fisioterapeuta do Programa Saúde em Casa

da AB (BRASIL, 2016).

As equipes de AD devem orientar e supervisionar a qualificação daqueles que estão cuidando dos indivíduos no domicílio. Os familiares/cuidadores devem ser reconhecidos como parceiros para os cuidados em saúde e precisam do acompanhamento e capacitação dos profissionais das equipes de AD. É importante que os profissionais de saúde envolvidos na capacitação orientem a forma correta de executar os cuidados e supervisionem o cuidador na realização da ação, para avaliar a compreensão da orientação (BRASIL, 2012).

Entre as atribuições dos profissionais, destacamos a capacitação dos cuidadores do usuário em atendimento, envolvendo-os na realização dos cuidados domiciliares, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-os como sujeitos do processo (BRASIL, 2016).

Entende-se por capacitação as orientações repassadas aos cuidadores referente aos cuidados que precisam ser realizados ao usuário no domicílio. É importante realizar um planejamento das ações realizadas pelo cuidador em conjunto com a equipe e todas as orientações repassadas devem ser por escrito e registradas no prontuário domiciliar (BRASIL, 2012).

Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde (MS), cuidador é a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

A função de cuidador não deve constituir uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica. Sugere-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no domicílio com o usuário de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2012).

Todo o usuário que estiver internado em hospital, com quadro clínico estabilizado, mas que ainda necessitar de cuidados, pode receber alta hospitalar e ser encaminhado para o atendimento da AD na sua residência, em parceria com a EMAD, EMAP e cuidadores/familiares (BRASIL, 2012).

Visto que os idosos estão mais vulneráveis a infecções hospitalares devido à idade avançada e comorbidades, a desospitalização é uma importante estratégia, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa. Dentre os benefícios da desospitalização, destacam-se: diminuição de intercorrências clínicas, não ficar exposto ao risco de infecção hospitalar, humanização da assistência e promoção da autonomia dos usuários e familiares através da capacitação de familiares /

cuidadores / usuários para o cuidado dentro de seu próprio ambiente (BRASIL, 2012).

Para aqueles idosos com um grau de maior complexidade, como aqueles já fisicamente fragilizados e em estágio mais avançado de morbidade, o cuidado deve ser realizado por profissionais de saúde capacitados para essa especificidade, contando também com o auxílio de um médico geriatra. A equipe deve planejar ações de tratamento, reabilitação e avaliar o grau de capacidade funcional mediante o uso de instrumentos específicos (VERAS, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) aborda o envelhecimento saudável, com objetivo de aumentar a expectativa e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados contínuos (BRASIL, 2006). Ao percebemos que o maior número de encaminhamentos para AD é representado por essa população, considera-se importante reconhecer o perfil desses idosos, especialmente suas condições de saúde para direcionarmos nossas ações em AD na contínua busca por melhores resultados.

Justificativa

O serviço de AD, como já citado, é um serviço criado para ser complementar aos serviços oferecidos pela AB com a finalidade de realizar os atendimentos / procedimentos de usuários com impossibilidade de locomoção que necessitam de visitas frequentes devido ao quadro clínico em que se encontram.

O Programa Saúde em Casa realiza o atendimento de todas as faixas etárias, mas conforme registros do sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Chapecó, a população acima de 60 anos é a que apresenta maior demanda (CHAPECÓ, 2016).

Na tabela 1, verifica-se o número de idosos residentes no município de Chapecó segundo dados do DATASUS 2012 e dos idosos atendidos pelo SAD no ano de 2016.

É necessário também intervir no modelo de tratamento de doenças para o modelo de prevenção e promoção da saúde para assegurar mais qualidade de vida e bem-estar aos idosos. Pensar em políticas e ações que visem à manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível (VERAS, 2012). Ao evidenciarmos a maior demanda dos serviços pela população idosa, considera-se pertinente conhecer as reais necessidades desta população e com isso planejar e desenvolver ações em reabilitação, tratamento, prevenção e promoção da saúde.

Tabela 1. Descrição dos idosos do município de Chapecó

Variáveis	N (%)
População de idosos	15.758 (100%)
Feminino	8.776 (55,7%)
Masculino	6.982 (44,3%)
Idosos por faixa Etária	
60-69 anos	9.430 (59,8%)
70 e mais	6.328 (40,2%)
Idosos atendidos pelo SAD	
Feminino	78 (48,7%)
Masculino	82 (51,3%)
Faixa etária	
60-69 anos	49 (30,6%)
70 e mais	111 (69,4%)

Fonte: Win saúde – Base de dados municipal e Datusus.

Objetivos

- ▶ Relatar o trabalho desenvolvido pelas equipes EMAD e EMAP do município de Chapecó;
- ▶ Identificar o perfil da população idosa sob o cuidado destas equipes;
- ▶ Avaliar o impacto do cuidado domiciliar nesta população.

Desenvolvimento

O Programa Saúde em Casa, localizado no município de Chapecó, com sede administrativa na Rua Marechal Floriano Peixoto, Centro, Ala Norte da Arena Condá, 3º piso, tem horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira, das 07h às 19h sem fechar ao meio-dia. As equipes são divididas em equipe 01 e 02, a equipe 01 realiza o atendimento dos usuários no período matutino, contemplando o território oeste e sul do município e a equipe 02 realiza os atendimentos no período vespertino, abrangendo o território leste e norte do município.

O programa realiza o atendimento de usuários AD2 e AD3, mas também atende usuários AD1 com agudização do quadro clínico ou que necessitem de auxílio e orientações sobre o cuidado domiciliar. Cada tipo de modalidade na AD está relacionado às necessidades de cuidado de cada caso, a frequência em que são realizadas as visitas, à intensidade do cuidado pela EMAD e EMAP e ao uso de equipamentos (BRASIL, 2016).

A AB e os Serviços Especializados (Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Assistência a Saúde do Trabalhador (SAST), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, entre outros) são os serviços que encaminham

os pacientes para atendimento do Serviço de Atenção Domiciliar, através do preenchimento do Formulário de Solicitação de Avaliação e encaminhado via e-mail, para o Programa Saúde em Casa. O SAD do município de Chapecó não trabalha com a demanda espontânea, pois acredita que para a assistência ser realizada de forma compartilhada, os serviços da rede de saúde também precisam conhecer o usuário, verificando as suas necessidades, avaliando os critérios de inclusão e caso se enquadre, os profissionais da rede devem realizar esse encaminhamento, solicitando a avaliação da EMAD.

As visitas de avaliação dos usuários encaminhados são realizadas conforme organização da agenda. É realizado contato prévio via telefone para confirmação de endereço e ponto de referência da residência, para facilitar a localização do domicílio pela equipe. No momento da visita, a equipe identifica o principal responsável/cuidador do usuário e realiza o preenchimento da Ficha de Anamnese e a Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão para a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, para reestruturar as informações da AB em nível nacional, chamada de e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

Na visita são avaliados os critérios de inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar. A partir do momento que o usuário é admitido no Programa, realiza-se a assinatura do termo de inclusão no serviço com o responsável/cuidador. A Unidade solicitada é então comunicada que o paciente será acompanhado pelas equipes multiprofissionais de AD. Quando o paciente não preenche os critérios de elegibilidade e admissão, é realizado contato com o serviço que solicitou a avaliação informando os motivos e critérios da não inclusão do usuário no serviço de AD.

O usuário que apresentar os critérios: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal, necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal, se enquadra na modalidade AD2 para atendimento em domicílio pela EMAD e EMAP (BRASIL, 2016).

Já o usuário que apresentar qualquer das situações da modalidade AD2, além de necessidade de uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo: ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar se enquadra na modalidade AD3, sendo que também receberá o atendimento em domicílio pela EMAD e EMAP (BRASIL, 2016).

Quando o usuário preenche os critérios de inclusão, para que ocorra a assistência no domicílio pela EMAD, é necessário o consentimento da família para a existência de um cuidador responsável. Conforme Brasil (2012, p. 43):

A equipe de atenção domiciliar tem a missão de aproximar-se da família a fim de criar vínculo, visualizar o cenário do contexto do lar e convergir para uma clínica ampliada singular e integrada envolvendo não só paciente, mas também os cuidadores e os familiares..

A família não pode ser obrigada a aceitar a assistência prestada no domicílio. É importante que toda a família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas. Deve ser realizada também a formalização da assinatura do termo de consentimento informado por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal (BRASIL, 2012).

As equipes de AD devem implantar o prontuário domiciliar no qual constem todos os registros da equipe. Orienta-se também que sejam realizadas reuniões periódicas com toda a equipe multiprofissional para discussões clínicas e reprogramações de condutas (BRASIL, 2012).

Todas as segundas-feiras são realizadas as reuniões de equipe para discussão de casos e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes em acompanhamento. O PTS é um conjunto de discussões/ações/intervenções, de caráter clínico ou não, com o propósito de dialogar em equipe multiprofissional as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo. É composto por quatro movimentos: definição de hipóteses diagnósticas, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2008).

De acordo com as características da atenção domiciliar, citadas nesse trabalho, o PTS representa um importante instrumento para as equipes de atenção domiciliar utilizarem nos diversos casos e situações com que se deparam diariamente. Para a construção de um PTS é importante a participação de todos os membros da EMAD e EMAP e se possível a participação da Atenção Básica, para que possam atuar conjuntamente para ajudar a entender o sujeito em seu contexto e a definir as ações necessárias para cada caso (BRASIL, 2013).

Nesse momento também é realizada a elaboração da agenda semanal e discussão das novas solicitações de avaliação.

Os profissionais da EMAD e EMAP realizam todos os atendimentos/consultas em domicílio na presença de ao menos um cuidador para receber as orientações dos cuidados que devem ser tomados com o usuário.

Os profissionais de enfermagem e medicina realizam a consulta médica, consulta de enfermagem, procedimentos de enfermagem (administração de medicações, curativos,

aferição de Pressão Arterial e Glicemia, entre outros), orientações e capacitação do cuidador para realização dos cuidados domiciliares. O fisioterapeuta realiza tratamento fisioterapêutico e capacitação do cuidador. O fonoaudiólogo realiza tratamento em fonoaudiologia e capacitação do cuidador e o psicólogo as sessões de psicologia com o usuário, cuidador e família. O serviço ainda conta com o auxílio de profissionais de nutrição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Para fins de organização e melhor funcionamento do programa, alguns critérios foram pré-estabelecidos para a alta do usuário do SAD. Primeiramente a alta pode ocorrer pela melhora clínica e reabilitação, que é quando o idoso alcança a capacidade funcional para a marcha (mesmo que com o uso de dispositivos auxiliares), realize as Atividades de Vida Diária (AVD) e não necessite mais visitas domiciliares, pois possui condições de sair do domicílio. A estabilização do quadro é definida como o controle das condições clínicas, ou seja, quando se tornam pacientes AD1, pode ocorrer também quando o usuário evolui para óbito ou alta administrativa que é quando o paciente/responsável não aceita a inclusão ou muda-se de cidade.

No momento da alta do Programa, a família/cuidador é comunicada sobre os motivos da alta, para que o responsável pelo paciente fique ciente que a partir desse momento o usuário não vai mais ser atendido pela EMAD e EMAP e retorna aos cuidados da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência. A família assina o termo de desligamento do serviço com o responsável/cuidador e é realizada a contrarreferência para a Unidade solicitante.

Para a elaboração desse estudo, os dados foram obtidos através do programa informatizado da SMS de Chapecó, chamado de Win-Saúde. Os relatórios foram emitidos selecionando o ano de 2016 e abrangendo todos os lançamentos relacionados aos atendimentos realizados pelo SAD neste ano a população idosa.

Foi também emitido um relatório para identificação de todos os diagnósticos apresentados pelos idosos no ano de 2016 e identificar o motivo da inclusão e de alta do SAD. A partir da identificação de todos os diagnósticos obtidos no Win-Saúde, categorizamos esses diagnósticos em grupos maiores, quais sejam: Doenças Cardiovasculares, Doenças Ortopédicas, Doenças Neurológicas, Neoplasias, Doenças Respiratórias, Doenças Endócrinas, Doenças do aparelho Digestivo e Lesões de Pele.

Resultados

No ano de 2016, foram atendidos 268 usuários no Programa Saúde em Casa, destes 160 (59,7%) tinham mais de 60 anos e 69,4% apresentaram 70 anos e mais. A distribuição dos idosos quanto ao sexo mostrou-se equilibrada, com um

leve predomínio do sexo masculino (51,3% homens – 48,7 mulheres). Como já descrito acima, o SAD foi criado para o atendimento de usuários com dificuldade de locomoção, restritos ao leito ou lar e que necessitem de cuidados e ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio.

Quanto ao perfil dos idosos atendidos pela AD, destaca-se maior proporção de idosos acima dos 70 anos que

apresentam principalmente doenças cardiovasculares, neurológicas e ortopédicas (tabela 2).

Dentre os motivos de inclusão no SAD, evidenciou-se que os homens chegam para AD por doenças cardiovasculares e neurológicas. Nas mulheres apresentam-se as doenças cardiovasculares e ortopédicas (tabela 2).

Tabela 2. Análise descritiva dos motivos de inclusão de idosos do Programa Saúde em Casa, Chapecó, 2016

Motivos da Inclusão no SAD	Masculino	Feminino	Total*
Doenças Cardiovasculares	40 (58,8%)	28 (41,2%)	68 (42,5%)
Doenças Ortopédicas	08 (25,0%)	25 (75,0%)	33 (20,6%)
Doenças Neurológicas	13 (59,1%)	09 (40,9%)	22 (13,8%)
Neoplasias	08 (57,1%)	06 (42,9%)	14 (8,7%)
Doenças Respiratórias	08 (72,7%)	03 (27,3%)	11(6,9%)
Doenças Endócrinas	02 (50%)	02 (50%)	04 (2,5%)
Doenças do aparelho Digestivo	03 (60%)	02 (40%)	05 (3,1%)
Lesões de Pele	01 (33,3%)	02 (66,7%)	03 (1,9%)

*Percentual representado sobre o total de 160 idosos.

Fonte: Win saúde – Base de dados municipal.

Discussão

Segundo Veras (2012), as doenças crônicas são a principal causa de morbidade e mortalidade associadas ao envelhecimento da população. Os usuários que possuem doenças crônicas precisam de atendimentos mais complexos e de longo prazo, assistidos por profissionais

de diferentes formações e com acesso a medicamentos, equipamentos e serviços necessários de acordo com cada caso e patologia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) inclui como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares, cardiovasculares), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Outras

Tabela 3. Análise descritiva dos motivos de alta dos idosos acompanhados do Programa Saúde em Casa, Chapecó, 2016

Motivo de Alta	Masculino	Feminino	Total*
Melhora clínica / Reabilitação	48 (57,1%)	36 (42,9%)	84 (52,5%)
Manutenção do quadro clínico	19 (40,4%)	28 (59,6%)	47 (29,4%)
Óbito	15 (55,6%)	12 (44,4%)	27 (16,9%)
Saída do município	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02 (1,2%)

*Percentual representado sobre o total de 160 idosos.

Fonte: Win saúde – Base de dados municipal.

condições crônicas contribuem para o aumento da carga de doenças, como as desordens mentais e neurológicas, ósseas e articulares, doenças autoimunes, dentre outras.

As mulheres apresentaram maiores complicações de ordem ortopédica por conta das fraturas de fêmur que são responsáveis pela restrição ao leito, temporária ou

definitiva. A maior ocorrência de fraturas de fêmur em mulheres se explica devido à osteoporose que é mais comum nesse grupo (SOARES et al., 2014). Ao final dos atendimentos, 52,5% dos idosos apresentaram melhora clínica, reabilitação do quadro motor, 29,4% mantiveram o quadro clínico, 16,9% foram a óbito e 1,2% mudaram de município de residência.

Nos desfechos do atendimento em AD, a melhora clínica foi maior em homens (57,1%). Em contrapartida, óbitos também foram maiores em homens (55,6%).

A melhora clínica é definida quando o idoso consegue melhorar a sua autonomia, seja na deambulação com auxílio de órteses ou na realização de atividades de vida diária, como comer ou vestir-se sozinho. É também quando esse idoso está estável clinicamente, mesmo sendo portador de uma doença crônica como hipertensão ou diabetes.

A idade avançada está relacionada com o desenvolvimento de doenças crônicas, mas também não impede que o idoso leve uma vida de forma mais independente e consiga tomar as suas próprias decisões. Podemos considerar um idoso saudável, aquele que mesmo apresentando uma doença crônica, consiga manter a sua independência e realizar o seu autocuidado (VERAS, 2009).

A PNSPI aborda como diretrizes básicas a promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e a manutenção/melhoria da capacidade funcional dos idosos. Tem foco na recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional diminuída (BRASIL, 2006).

Dentre os que estabilizaram o quadro clínico, 59,6% foram mulheres. A manutenção do quadro clínico é quando o idoso, devido à gravidade da doença e as sequelas, não consegue voltar a deambular e precisa de cuidados contínuos de terceiros para a realização das atividades de vida diária, mas que esteja estável clinicamente. Esse idoso se torna um usuário AD1, recebe alta do SAD e fica aos cuidados da UBS. O prognóstico das doenças crônicas não transmissíveis poderá incidir diretamente na perda da autonomia e independência para as atividades cotidianas, o que repercute no aumento da demanda por cuidados contínuos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Os resultados demonstraram que os motivos de encaminhamento para o SAD em idosos são doenças de ordem cardiovascular, neurológica e ortopédica. Estas moléstias podem ser evitadas com a efetiva implementação prática das políticas existentes direcionadas a população idosa. Quando instaladas as deformidades, as orientações aos cuidadores podem proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos e melhores resultados no cuidado.

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2012, p.24).

Nesse sentido, o SAD do município de Chapecó desenvolve ações de promoção, prevenção e reabilitação desses idosos com capacidade funcional diminuída, impossibilitados de realizar o autocuidado ou que necessitem da ajuda de terceiros para realizar as atividades de vida diária.

As equipes que realizam o atendimento das pessoas idosas devem oferecer apoio e atenção a esta população, e com isso tornar possível que os idosos potencialmente sob risco de desenvolver doenças e incapacidades, se forem atendidos de forma integral, tenham a possibilidade de se manterem ativos e independentes (VERAS; CALDAS, 2004).

Conclusão

Nesta pesquisa evidenciou-se que a população idosa foi a de maior demanda por atendimentos do Programa Saúde em Casa em 2016, com destaque para os mais idosos (acima de 70 anos). Pela análise da realidade deste serviço, é notável que se obteve maior resolutividade dos casos. Possivelmente estes resultados positivos ocorreram devido à atuação em equipe, com prática ativa e eficaz da interdisciplinaridade, conceito este massivamente discutido e incentivado pelas políticas de saúde.

Por fim, devido à população idosa ser a maior demanda do SAD, observou a necessidade de pensar em novas ações e estratégias para esse grupo, envolvendo principalmente a família e os cuidadores no processo do cuidado, bem como toda a rede de assistência à saúde de Chapecó na busca de melhores resultados.

Planejar ações, construir protocolos e fluxos de desospitalização são estratégias que devem ser construídas e desenvolvidas pelas equipes de AD, com o objetivo de realizar o atendimento precoce dos pacientes AD2 e AD3 com vistas a prevenir incapacidades, melhorar a qualidade de vida e reabilitar os usuários.

Agradecimentos

Por também atuarem com dedicação na EMAD e EMAP no atendimento aos idosos, expressamos gratidão aos colegas: enfermeiras Caroline Franciele Detoni; Liliane Minuzzi Linhares; Paola Sabino da Silva; médicas Carolina Canton Sandrin, Cristiani Vicentini e Rafaela Haettinger; auxiliares de enfermagem Renilce Luiza Massing, Sônia Maria Rodrigues de Lima, José Luiz Marcon e Leila Borges Vieira da Assumpção; fisioterapeutas Tânia Regina Colusso, Gabriela Lied do Nascimento, Paula Doering e Julia Lopes Kolling; fonoaudióloga Ana Paula Castro Silva Funai; nutricionista Viviane Ribas Miron e psicóloga Gessi Terezinha Borowic.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 103 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/melhor_em_casa>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad_vol2>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

CHAPECÓ (SC). Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. Sistema informatizado Win-Saúde. **Relatório Serviço de Atenção Domiciliar 2016**. Acesso em: 28 ago. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudo da população**, São Paulo, v.27, n.1, p. 232-235, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014>. Acesso em: 12 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução Amélia Leitão. Lisboa, 1.ed, p. 238, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

SOARES, D.S. *et al.* Fraturas de Fêmur em Idosos no Brasil: Análise espaço-temporal de 2008 a 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p. 2669-2678, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02669.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.548-554, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

VERAS, R. P. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **ActaScientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p.3-8, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/16181/pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.423-432, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

A graphic for Telessaúde SC's YouTube channel. It features a background of a laptop and a smartphone. The text is arranged in a central white box and a bottom banner. The top text asks 'Não conseguiu assistir nossa webpalestra ao vivo?' (Didn't manage to attend our live webinar?). Below that, it states 'Está tudo no YouTube do Telessaúde SC!' (Everything is on the YouTube of Telessaúde SC!) and 'São mais de 500 webs disponíveis!' (There are more than 500 webinars available!). At the bottom, there is a logo for Telessaúde Santa Catarina and a YouTube play button icon with the URL 'youtube.com/telessaudeSC'.

Bingo da Saúde Bucal nos Grupos de Idosos

Giovana Galato Santa Rosa¹, Jaqueline Bez Birolo², Mariele Souza³, Maria Luiza Bosa⁴, Monica Bialecki⁴, Rafael Maccari Peruchi⁵, Semina Nakos³, Sinara Crippa Milanez⁶

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades, para a manutenção e melhoria de sua capacidade funcional, garantindo atenção integral à saúde (BRASIL, 2017).

Estudos comprovam que há pouca procura pelos serviços de saúde bucal para idosos, o que pode estar relacionado com a falta de percepção da real situação de saúde oral deste grupo (MESAS; TRELHA; AZEVEDO, 2008).

Os pacientes idosos apresentam um quadro clínico frequentemente caracterizado por edentulismo, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, atrição, lesões na mucosa bucal. Lesões decorrentes do processo de envelhecimento por si, mas principalmente de um conjunto de agravos diferenciados que atingem o idoso de maneiras distintas durante a vida (COCAL DO SUL, 2014).

O trabalho em equipe facilita a troca de informações e permite um olhar mais ampliado para os problemas de saúde bucal que os idosos venham a apresentar. É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos

que cercam o tratamento odontológico na terceira idade, bem como a divulgação de informações entre os próprios cirurgiões-dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral, incluindo principalmente os idosos e seus familiares (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000).

Neste contexto, este trabalho busca apresentar a experiência desenvolvida pelos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) junto aos grupos de idosos atendidos pela Secretaria de Assistência Social do município de Cocal do Sul, localizado no sul do estado de Santa Catarina (SC). Para tanto, adotou-se uma ferramenta lúdica, com o uso de uma adaptação do jogo de bingo. Esta experiência teve por objetivo criar uma ação à saúde bucal do idoso, para tanto, buscou-se fortalecer o vínculo da equipe de Saúde da Família (SF) com os pacientes idosos, fornecer informações e esclarecer dúvidas relacionadas às doenças bucais mais frequentes em idosos (como câncer bucal, xerostomia, cuidados com a prótese, mau hálito, etc.), orientá-los sobre o autoexame bucal, além de estimular a visita mais frequente ao dentista, prevenindo o surgimento de doenças bucais.

Desenvolvimento

Este relato de experiência envolve seis equipes de Saúde Bucal (SB) e funcionários do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

¹Cirurgiã-dentista, equipe de Saúde da Família Centro

²Cirurgiã-dentista, equipe de Saúde da Família Guanabara

³Cirurgiã-dentista, equipe de Saúde da Família Vila Nova

⁴Cirurgiã-dentista, equipe de Saúde da Família Horizonte

⁵Cirurgião-dentista, equipe de Saúde da Família Jardim Elizabeth

⁶Secretária municipal de Saúde de Cocal do Sul

Estatística (IBGE), o município de Cocal do Sul possui 1.384 idosos (IBGE, 2010). Destes idosos, uma parte participa dos seis grupos de idosos distribuídos no município. Estes grupos se reúnem semanalmente nos Centros Comunitários dos bairros. Nestes encontros são realizadas atividades manuais, atividades físicas, além do jogo de bingo. Sabendo que esta última atividade tem uma boa recepção pelos idosos, foi elaborada uma ferramenta de educação em saúde por meio de uma adaptação desse jogo: o “Bingo da Saúde Bucal” (figura 1). Participaram do desenvolvimento desta ferramenta, integrantes das Secretarias da Assistência Social e da Saúde.

Para a adaptação, o número de bolas foi reduzido de 90 para 10, sendo que cada número corresponde a um tema relacionado à saúde bucal pertinente ao idoso. Optou-se em trabalhar com assuntos relacionados a doenças bucais mais frequentes nesta faixa etária, tais como: câncer bucal, doença cárie e doença periodontal, prótese dentária, higiene bucal, xerostomia (boca seca), lesões bucais, relação de doenças sistêmicas com manifestações orais, qualidade de vida, higiene bucal e mau hálito.

A intenção é que ao sortear um dos números, o profissional de odontologia explique sobre o assunto. O

Figura 1. Equipe de saúde bucal organizando as atividades (A) e participando do sorteio dos temas em um dos grupos de idosos (B)



Fonte: Acervo da equipe.

As atividades de educação em saúde nos grupos foram desenvolvidas de forma a envolver toda a equipe de SB, composta por sete dentistas e seis auxiliares. Todos participaram de todas as ações, ocorridas no mês de outubro de 2016. A escolha deste mês foi devido às comemorações da Semana da Saúde Bucal.

Para auxiliar na atividade educativa foram confeccionados três banners, com os números e as imagens dos temas discutidos, servindo como apoio para as atividades.

Além disso, como todo bingo é realizado por meio de

cartelas foram criadas cartelas confeccionadas em EVA contendo seis dos dez números possíveis. Segundo a regra do bingo, o idoso que preenchesse primeiro a cartela ganhava um brinde. Os brindes adotados nessa ação educativa foram confeccionados e doados por pacientes de outros projetos e programas do município, como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e por clubes de mães. Os brindes serviram como estímulo aos participantes dos grupos de idosos (figura 2).

Figura 2. Idosas de um dos grupos jogando: uma preenchendo a cartela, outra recebendo o prêmio



Fonte: Acervo da equipe.

Assim que se sorteava o número, um membro da equipe mostrava no banner as imagens referentes àquele tema, em seguida eram repassadas algumas orientações. Para facilitar a orientação, foi levado aos eventos um macro modelo de arcada dentária, que também foi adotado para nortear quanto à realização da higiene bucal. É importante frisar que o objetivo dessa etapa era repassar as informações de forma clara e objetiva, para não tornar a atividade cansativa. Cabe destacar que, além

de informar sobre o assunto, sempre foram explicadas as causas, o tratamento e as formas de prevenção de cada tema proposto. Antes do sorteio do próximo tema, sempre era aberto um espaço para perguntas (figura 3).

Ao final dos eventos, após a entrega dos brindes, usou-se música e dança como forma de descontração, além de um lanche saudável. O lanche teve como objetivo, além da confraternização, repassar uma mensagem entre a relação da alimentação com a saúde bucal.

Figura 3. Atividade educativa no grupo com demonstração de orientações no macro-modelo e finalizando a ação com dança



Fonte: Acervo da equipe.

Participaram da ação: 230 idosos, divididos em seis grupos, com atividades realizadas nas sedes dos Centros Comunitários, onde eles se reúnem semanalmente. Essa atividade lúdica de educação em saúde, envolvendo toda a equipe de saúde odontológica, permitiu a criação de um vínculo com esses idosos. Este vínculo pode possibilitar maior acesso deste público aos atendimentos nas Unidades de Saúde da Família do município.

Análise dos resultados

Com o envelhecimento, alguns cuidados com a saúde do idoso merecem uma atenção especial. Neste caso, a aproximação desenvolvida por meio da atividade educativa possibilita a criação de um vínculo maior com a equipe de atenção básica. Inclusive, observou-se que vários idosos alegaram que há anos não iam ao dentista, por não terem mais dentes naturais na boca. Dessa forma, ao saberem da importância da saúde bucal além dos dentes, conheceram sua equipe de SB após a atividade realizada e passaram a frequentar regularmente as consultas odontológicas (BRASIL, 2017).

Mesmo com as políticas públicas atuais, os idosos não são capazes de perceber a relação entre a saúde geral e a saúde bucal. Os profissionais da ESF devem compreender o idoso como um todo indissociável, atendendo-o na sua totalidade no que se refere ao estado de saúde bucal e

saúde geral (DUTRA; SANCHEZ, 2015).

Verificou-se que muitos pacientes tinham problemas bucais relacionados com doenças sistêmicas ou o tratamento delas, como é o caso da xerostomia, que é uma diminuição da quantidade de saliva, consequência do uso contínuo de medicamentos como os usados para tratamento de hipertensão, diabetes e antipsicóticos, respirador bucal, entre outras causas (BRASIL, 2017). Esta alteração gera muito desconforto na mucosa bucal, dificuldade para engolir os alimentos, cáries, mau hálito, entre outras doenças. Nestes casos, os idosos foram encaminhados para atendimentos em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de seu bairro, para avaliação e tratamento.

Muitos ouviram falar em autoexame bucal pela primeira vez, e aprenderam com muita facilidade. Algo simples, rápido, precisa somente de um espelho e uma boa iluminação. Esse exame é essencial para a prevenção de câncer bucal, porque busca identificar suas lesões precursoras (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Ressaltamos que o uso de prótese dentária é um fator de risco para a saúde bucal do idoso, se não for adequadamente confeccionada e se não apresentar uma boa adaptação, o risco de usar uma prótese mal adaptada pode causar desde uma irritação até evoluir para um câncer bucal (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011). Além disso, realizaram-se orientações sobre a

conservação, higienização, tempo de uso da prótese e acompanhamento profissional.

Uma das maiores conquistas dessa atividade educativa foi perceber que muitos idosos compreenderam que não são verdadeiras as afirmações: “quem usa dentadura não precisa mais ir ao dentista”; e que “ao ficar idoso você perderá os dentes como se fosse um processo natural”. Ressaltou-se a possibilidade de viver muito e morrer com os dentes na boca, que ter cuidados permanentes com a saúde bucal e visitar regularmente o dentista auxiliam nesta conquista (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

Acredita-se que pela participação dos idosos nesta atividade, muitos possibilitaram a perpetuação de parte das informações fornecidas aos integrantes do seu ciclo social. Ressalta-se que esta é uma das atribuições da

educação em saúde, ou seja, empoderar as pessoas para que estas repassem a orientação aos demais e assim se desenvolva maior autonomia (BRASIL, 2006).

Quanto à recepção das atividades realizadas, observou-se uma boa acolhida por todos os grupos, que demonstraram interesse pelo assunto, apresentaram muitos questionamentos e muitas dúvidas foram esclarecidas. Cabe destacar, que essa atividade possibilitou também a troca de vivências entre todos os participantes, sejam os idosos ou a equipe de SB (figura 4). Destaca-se que os idosos precisam de um olhar diferenciado de toda uma equipe multiprofissional, daí a necessidade de um cuidado mais humanizado, ético e envolvendo toda a equipe de SF, assim como um pleno engajamento dos gestores e pacientes.

Figura 4. Equipe da Saúde Bucal atuando na atividade juntamente com um dos grupos trabalhados



Fonte: Acervo da equipe.

Na percepção dos profissionais da Saúde Bucal foi compreendida a importância, não só de um atendimento focado nos problemas bucais, mas que existem toda uma saúde sistêmica e um contexto social por trás destes pacientes. Por isso, deve-se trabalhar sempre de forma humanizada para alcançar os melhores resultados. Pretende-se realizar a atividade relatada aqui ao menos uma vez ao ano com este público, bem como levar a outros grupos terapêuticos, como é o caso de grupos de pacientes hipertensos e diabéticos.

Como limitação desta experiência, cita-se o fato de que as percepções dos idosos e da equipe tenham sido descritas de forma empírica. Além disso, faz-se referência à necessidade de desenvolver ações que visem à educação em saúde para outros idosos que não participam dos grupos de idosos.

Vale ressaltar ainda que, é possível a adoção desta mesma ferramenta “bingo” com outros temas

importantes para a saúde, como por exemplo, uso de medicamentos e adesão ao tratamento, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou sobre uso de drogas.

Conclusão

Esta experiência demonstrou a importância do uso de ferramentas lúdicas no processo de educação em saúde. Os temas selecionados foram pertinentes à saúde bucal desta população, quando até então existiam poucas iniciativas de cuidado neste sentido no município. Depois desta ação, verificou-se um aumento deste público nas consultas odontológicas e foi visível o grau de esclarecimento destas pessoas sobre como cuidar da saúde bucal.

O trabalho com os grupos de idosos favoreceu uma intervenção na saúde além da doença, verificando-se as

necessidades deste público por meio da interação com a equipe. O sucesso desta atividade foi obtido por meio de ações de planejamento multiprofissional, união das equipes, apoio dos gestores e principalmente a aplicação de uma das ferramentas da promoção da saúde.

Agradecimentos

Por trabalharem com muita dedicação e amor nesta ação, expressamos gratidão às técnicas de Saúde Bucal Pâmela Graciano, Carina de Noni Marchioro, Gisele de Jesus, Mariele Polita, Marlize Martinhago Pandini, Ozair Correa e também à coordenadora da Atenção Básica Giane Carvalho.

Referências

ALMEIDA, F. C. S. *et al.* Popularização do auto exame de boca: um exemplo de educação não formal – Parte II. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1589-1598, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 60p.

DUTRA, C. E. S. V.; SANCHEZ, H. F. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 179-188, mar. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudos descritivos de uma demanda interdisciplinar. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.61-75, 2008.

COCAL DO SUL (SC). Secretaria Municipal de Saúde de Cocal do Sul. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Cocal do Sul: SMS Cocal do Sul, p.40, 2014.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1099-1109, dez. 2000.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. 76 p.

Alimentação Saudável



LEGUMES E VERDURAS

São plantas ou parte de plantas que servem para o consumo humano, como folhas, flores, frutos, caules, sementes, tubérculos e raízes.

VERDURA: as partes comestíveis do vegetal são folhas, flores e hastes.

LEGUMES: as partes comestíveis são os frutos, as sementes ou as partes que se desenvolvem na terra.

São boas fontes de vitaminas, sais minerais, fibras e água, auxiliando na promoção da saúde e prevenção de doenças.



FRUTAS

São fontes de vitaminas, sais minerais, fibras e água. Importantes para o funcionamento intestinal e no equilíbrio das funções vitais do corpo, na prevenção da obesidade e outras doenças crônicas, como o diabetes, doenças do coração e alguns tipos de câncer.

Para uma alimentação adequada e saudável, é importante consumir frutas variadas diariamente.

#saúde nasredes

SUS

/minsaude

Academia da Saúde de Flor do Sertão: a importância da atividade física na terceira idade integrada ao *Grupo Mexa-se*

Cristiane Carniel¹, Daniel Krantzi²

Introdução

A saúde do idoso representa um dos principais desafios da saúde pública, pois se observa que está acontecendo uma mudança na pirâmide da faixa etária mundial e, em virtude disso, há uma preocupação maior com o idoso e com as condições de acesso às ações de promoção e prevenção que estimulam e efetivam o autocuidado, e assim refletem na qualidade de vida.

Partindo dessa premissa, foi analisado o indicador da taxa de envelhecimento no período de 1991 a 2010 conforme fontes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP) do município de Flor do Sertão, no estado de Santa Catarina (SC). Em 1991, o percentual da taxa de envelhecimento foi de 2,6%, no ano de 2000 era 4,10% e no ano de 2010 foi de 10,52%. Foi constatado que a cada ano o indicador aumentou consideravelmente em razão da população e idade do residente.

Diante do envelhecimento populacional é necessário um planejamento das ações para atender a demanda emergente, sendo assim, as equipes de Atenção Básica (AB) e Saúde da Família (SF), tem o compromisso de realizar uma abordagem que amplie o cuidado integral dos idosos no município de Flor do Sertão.

Segundo Brasil (2007, p. 12),

a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Nesse sentido, foi planejado e constituído o presente trabalho, que está focado em um relato da experiência do *Grupo Mexa-se*, que tem como finalidade realizar ações de promoção e prevenção à saúde dos idosos, tendo como local das atividades a Academia da Saúde, coordenado pela profissional de educação física e fisioterapeuta do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), com participações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF.

Flor do Sertão aderiu ao Programa Academia da Saúde, iniciando as atividades no ano de 2014. Tem a implantação de Pólo dotado de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados com o objetivo de incentivar a prática de atividade física, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas, culturais, educação em saúde, planejamento, gestão, mobilização da comunidade, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis em toda a população florsertanense.

Este trabalho apresenta a experiência vivenciada no *Grupo Mexa-se*, com foco na prática de atividade física e na interação social do idoso, contribuindo para diversos

¹Profissional de Educação Física

²Fisioterapeuta

benefícios de um envelhecimento saudável e ativo que irão minimizar a incidência das doenças crônicas.

Justificativa

O idoso é acometido por doenças crônicas degenerativas em que a atividade física é o melhor tratamento para diminuição do uso medicamentoso, idas às consultas clínicas e especializadas, diminuição de doenças psíquicas, etc.

Desta forma, a proposta do *Grupo Mexa-se* na Academia da Saúde vem ao encontro de ampliar e facilitar as opções de acessibilidade e de participação do idoso, assim contribuindo para que as equipes possam acompanhar e oferecer suporte adequado ao quadro clínico dos participantes.

Nesse sentido, é relevante citar que este trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças é um caminho resolutivo na saúde pública, visto que causa impacto positivo direto nos indicadores epidemiológicos.

Objetivo geral

O *Grupo Mexa-se* tem como objetivo descobrir as potencialidade e trabalhar as vulnerabilidades individuais e coletivas dos idosos, estabelecendo ações preventivas de acompanhamento e cuidado continuado aos participantes.

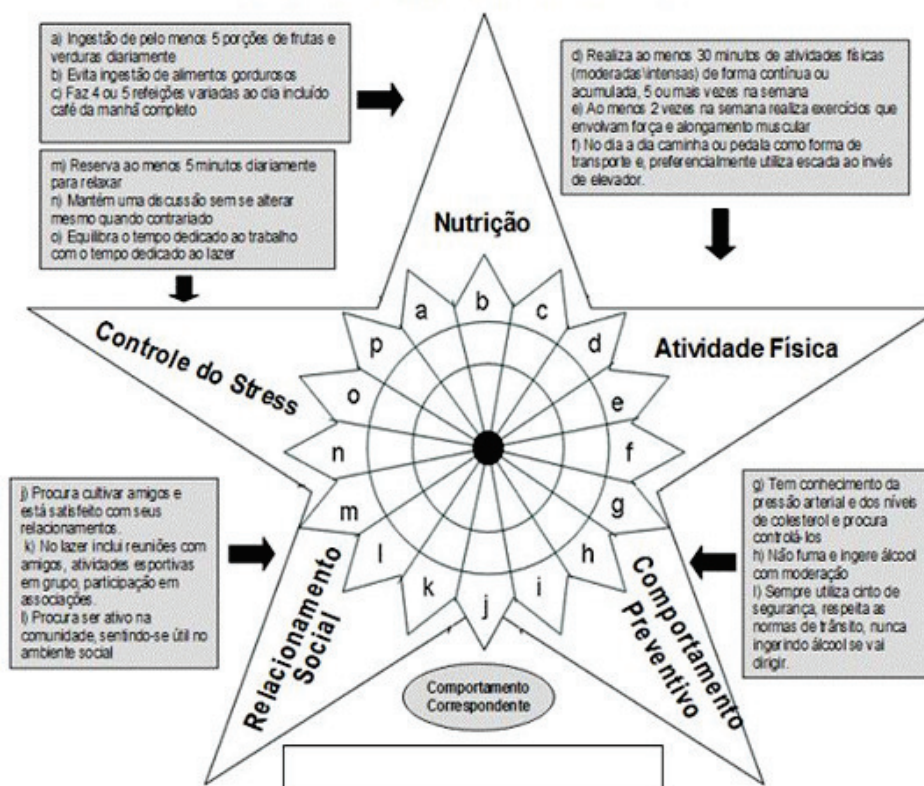
Objetivos específicos

- ▶ Caracterizar o estilo de vida relacionando ao bem-estar individual e coletivo do idoso com ferramentas específicas de coleta de dados;
- ▶ Incentivar a prática regular da atividade física;
- ▶ Conduzir e estimular a mudança de hábitos alimentares mais saudáveis que será acompanhada pela nutricionista do NASF;
- ▶ Incentivar a participação do idoso em atividades de grupos buscando melhorar a capacidade funcional e de autonomia do idoso, diminuindo as doenças depressivas;
- ▶ Prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis.

Metodologia

O trabalho remete-se a um relato de experiências desenvolvidas pela ESF e NASF de Flor do Sertão, desde 2010 até o presente momento. A metodologia de avaliação e monitoramento, que acontece a cada semestre, é feita através do Pentáculo (figura 1), que tem a finalidade de mensurar as mudanças individuais e coletivas dos idosos participantes do *Grupo Mexa-se*.

Figura 1. Modelo de Pentáculo do Bem Estar



Fonte: Nahas, Barros e Francalacci (2000, p. 21).

Desenvolvimento

O presente trabalho está sendo desenvolvido e coordenado pela profissional de educação física da Academia da Saúde e pelo fisioterapeuta do NASF, com colaboração multidisciplinar. E a área temática contemplada é a Saúde da Pessoa Idosa associada a uma melhor qualidade de vida focando na prevenção e no envelhecimento saudável, evitando assim o adoecimento físico e mental dos participantes do *Grupo Mexa-se*.

Em 2010 foi criado o projeto piloto do Programa Mexa-se e inicialmente a estrutura do grupo era basicamente realizar exercícios de alongamento e atividades de musculação, com os aparelhos de ginástica oferecidos pelo Ministério da Saúde (MS). O acompanhamento dos profissionais era semanalmente e a infraestrutura era adaptada, mas foi analisado que a resolutividade era insuficiente para alcançar os objetivos propostos pelo projeto.

Uma estratégia proposta e realizada foi a migração do *Grupo Mexa-se* para o Pólo Academia da Saúde e foi perceptível o aumento de participantes. Hoje o grupo tem

a adesão e a participação de 58 de participantes, sendo 06 do sexo masculino e 48 do sexo feminino.

Para dar início às atividades do *Grupo Mexa-se*, o idoso precisa primeiramente responder a ficha de anamnese junto de seu cadastro para Academia da Saúde, realizar os principais exames (triglicérides, glicemia, colesterol total, colesterol HLD, colesterol LDL e eletrocardiograma). Após tendo os exames em mãos, ele passa por uma avaliação médica para saber se está apto a realizar atividade física, obtendo também orientações de alimentação saudável, com a nutricionista do NASF. Na sequência, poderá agendar seu horário para iniciar suas atividades no *Grupo Mexa-se*, junto à Academia da Saúde.

As atividades são realizadas em dois dias da semana: nas segundas-feiras das 08h às 09h e nas quintas-feiras das 14h às 15h e das 15h às 16h. Os participantes podem optar por dois horários na semana. No início das atividades é aferido os sinais vitais das pessoas (figura 2), caso alguma pressão arterial esteja elevada, acima de 150/90mmHg, é encaminhada à Unidade Básica de Saúde (UBS) para monitoramento e, só após, poderá iniciar as atividades do grupo.

Figura 2. Modelo de Pentáculo do Bem-Estar



Fonte: Acervo da equipe.

O projeto passou a oferecer, além de musculação (figura 3), atividades recreativas, lúdicas (figura 4), dinâmicas de grupo, dança e ginástica de academia, utilizando além dos aparelhos, diversos materiais, como bolas, faixas elásticas, bastão, step, balão, cordas, bambolês, entre outros. As atividades são desenvolvidas nos espaços interno e externo da academia, também no campo e ginásio municipal.

Todas as aulas priorizam a integração e socialização do grupo, melhoria e manutenção das capacidades físicas, funcionais e cognitivas, buscando diminuir a depressão, elevando o bem-estar e a autoestima dos idosos. Através das dinâmicas de grupo, oficinas de jogos, desportos,

vivências lúdicas e outras atividades. Adicionou-se aos benefícios já citados, a reeducação postural, aumento na força muscular, na mobilidade articular, no equilíbrio, melhorias na coordenação, na capacidade aeróbica, respiração e relaxamento.

No início de cada semestre é realizado um diagnóstico com participantes, por meio de uma entrevista sobre o Pentáculo do Bem Estar (PEB) como uma demonstração gráfica dos resultados obtidos com o questionário do perfil do estilo de vida individual, o qual inclui características nutricionais, nível de estresse, atividade física habitual, relacionamento social e comportamentos preventivos, como mostrado na figura 1, no formato de

estrela, com o intuito de facilitar a visualização dos seguimentos abordados e também analisar a qualidade devida do idoso. Após o preenchimento do questionário, o Pentáculo é colorido, com uma cor para cada alternativa;

então, quanto mais colorido o mesmo estiver, significa que melhor está o estilo de vida do idoso. Realiza-se também uma avaliação física contendo os testes de flexibilidade, equilíbrio estático e dinâmico e medidas antropométricas.

Figura 3. Atividade de musculação



Fonte: Acervo da equipe.

Com os ajustes realizados no projeto, percebe-se que os idosos estão mais participativos e demonstrando maior interesse pela sua saúde.

O *Grupo Mexa-se* também proporciona aos idosos, vivências e palestras com outros profissionais do NASF e

ESF, propiciando aos participantes um atendimento diferenciado e completo, oportunizando o cuidado continuado de sua saúde, em parceria com a UBS e outras secretarias municipais.

Figura 4. Atividades recreativas e lúdicas



Fonte: Acervo da equipe.

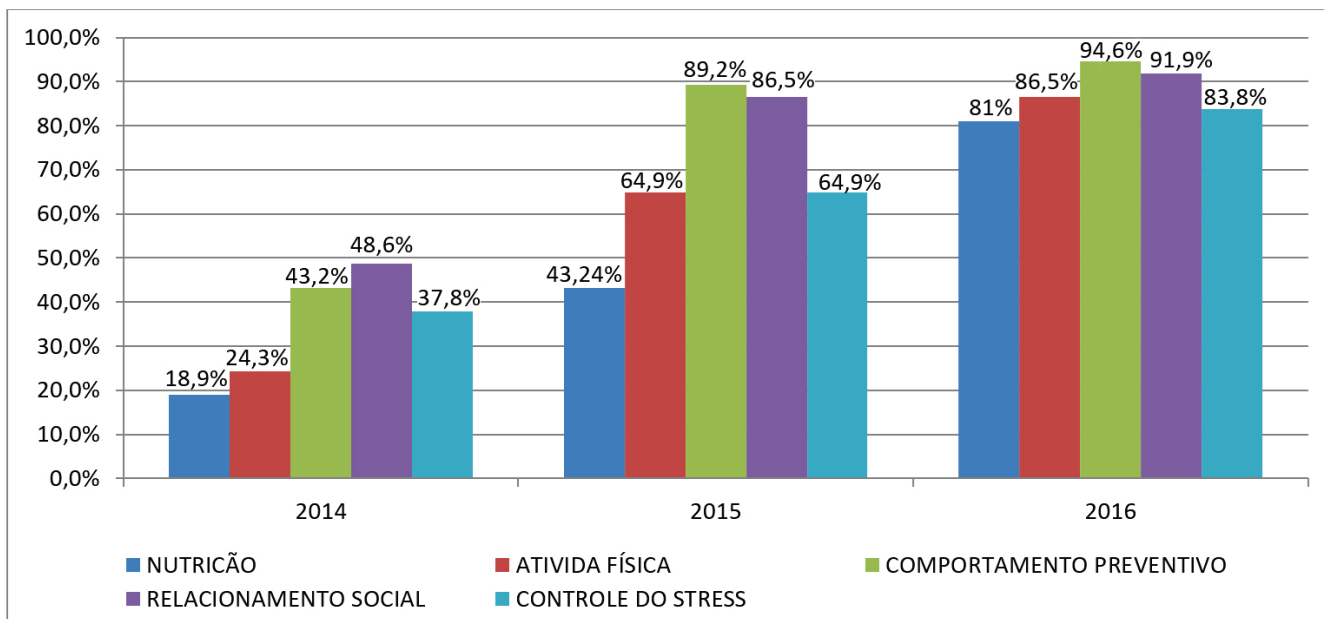
Resultados e discussões

No gráfico 1, observa-se que em 2014, no componente Nutrição, as respostas foram negativas. Apenas 18,9% dos entrevistados relataram que na sua alimentação diária incluíam ao menos 05 porções de frutas e hortaliças, que evitavam ingerir alimentos gordurosos e tinham o hábito de realizar de 04 a 05 refeições diárias, incluindo um bom café da manhã. Para os anos de 2015 e 2016 fica visível perceber o aumento dessa variável. Em 2015 houve um aumento de 43,2% na aquisição de hábitos alimentares saudáveis; já em 2016 essa variável subiu para 81%. Dessa forma, os dados obtidos mostram que os indivíduos

avaliados em 2014 estavam com a saúde nutricional negativa e após essa avaliação, ao longo das atividades do *Grupo Mexa-se*, os avaliados passaram a evitar hábitos alimentares prejudiciais à saúde e adquiriram um estado nutricional adequado. Salienta-se que hábitos alimentares saudáveis são considerados como um dos principais fatores para prevenção de doenças degenerativas.

Nos últimos tempos, a humanidade passou a ter alterações significativas em seus comportamentos alimentares. Passou de uma alimentação equilibrada para uma alimentação desequilibrada, voltada a produtos industrializados, refinados, submetidos a agrotóxicos, pobre em fibras vegetais e ricos em gorduras,

Gráfico 1. Resultados obtidos no Pentágulo do Bem Estar realizado no Grupo Mexa-se nos anos 2014 a 2016



Fonte: Elaborado pelos autores.

principalmente as gorduras saturadas. (EATON et al., 1988 apud NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000, p. 52).

Nesse sentido Fonseca *et al.* (1998 apud JOIA, 2010, p.18) apontam que:

O hábito de omitir refeições, sobretudo o café da manhã, juntamente com o consumo de refeições rápidas (exemplo a substituições de refeições por lanches), fazem parte do estilo de vida sendo considerados comportamentos importantes que podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade. Hábitos saudáveis são um dos determinantes para a prevenção de doenças crônicas, como a obesidade, diabetes e hipertensão, as quais estão entre as que mais oneram as despesas globais no âmbito da saúde.

Para o componente de atividade física, quando questionado se o lazer do avaliado incluía prática de atividade física, pelo menos duas vezes por semana, se ele realizava alongamentos e exercícios com força muscular, se o mesmo procurava caminhar, pedalar como meio de deslocamento e se usavam escadas ao invés de elevador, houve uma melhora nos números de 2014 a 2016. Em 2014, 24,3% dos idosos tinham essas variáveis presentes na rotina deles. Em 2015 passou para 64,9%. Já em 2016 houve um aumento positivo: 86,5% dos idosos passaram a ter uma praticar regular de atividade física.

As evidências que associam níveis satisfatórios de saúde à prática regular de atividade física, de lazer e/ou deslocamento estão bem documentados e parece haver quase um consenso na comunidade científica de que esta se destaca como um dos fatores mais importantes para um estilo de vida saudável. (NAHAS, 2010; SANTOS; ALVES, 2009). Conforme Pate *et al.* (1995 apud NAHAS;

BARROS; FRANCALACCI, 2000) a recomendação para a prática de atividade física é de, no mínimo, 30 minutos diários com intensidade moderada ao menos cinco vezes por semana.

De acordo com ACSM (1998 apud SANTOS; VENÂNCIO, 2006, p. 04), “a atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes.” Os autores supracitados ainda afirmam que é possível relacioná-las as alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de diversas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, a obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras. Por esta razão o sedentarismo aparece como fator de risco para essas doenças.

Diante do comportamento preventivo, pode-se analisar que quando expostas aos idosos as seguintes perguntas: Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los? Não fuma e ingere álcool com moderação? Sempre utiliza cinto de segurança respeita as normas de trânsito, nunca ingerem álcool se vai dirigir?

Os dados aumentaram significativamente de 2014 a 2016. Esse resultado é dado em grau positivo à saúde, pois conhecendo os próprios níveis de pressão arterial e colesterol o controle das taxas fica de fácil prevenção, além disso, o consumo de álcool e cigarro diminuiu gradativamente entre os três anos. Salientando que: em 2014 eram 43,2% dos idosos que tinham o comportamento preventivo presente no seu estilo de vida; em 2015 eram 89,2%; e 2016 foram 94,6%.

Santos e Alves (2009) definem comportamento preventivo como ações individuais ou coletivas,

executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença específica, com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação à mesma.

Salienta-se que:

A hipertensão é uma doença assintomática, e conhecer seus valores, torna seu rastreamento e sua prevenção mais fácil, assim como o controle das taxas de colesterol, que presente na corrente sanguínea aumenta relativamente o risco de doenças cardiovasculares (GOLDBERG; ELLIOT, 2001 *apud* SANTOS; ALVES, 2009, p. 01).

Em alguns estudos foram observados comportamentos preventivos em diferentes camadas da sociedade, constatando que as pessoas que praticam tênis, caminham ou correm, apresentam menos comportamentos agressivos à saúde como: obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e o não uso do cinto de segurança. (COELHO, 2006 *apud* SANTOS; ALVES, 2009, p. 01).

Com relação ao componente Relacionamento Social, 48,6% dos idosos relataram em 2014 que sempre cultivavam amigos e estavam satisfeitos com seus relacionamentos; já no seu lazer, sempre incluíam encontros com os amigos, atividades em grupo, participação em associações ou entidades sociais e sempre procuravam ser ativo na comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. Já em 2015 e 2016 os idosos passaram a ter um melhor relacionamento social, fato esse em que os idosos do *Grupo Mexa-se* se reúnem uma ou duas vezes na semana para fazer atividade física, melhorando assim o convívio social entre eles e a sociedade. No ano de 2015 o aumento foi de 86,5% e em 2016 subiu para 91,9.

Nahas (2010) declara que os relacionamentos sociais representam um dos componentes fundamentais do bem estar espiritual e, por consequência, da qualidade de vida de todos os indivíduos refletindo na qualidade com que o indivíduo se integra consigo mesmo, com as pessoas à sua volta e com a natureza.

Segundo Ferraz e Pereira (2002 *apud* SANTOS; ALVES, 2009, p. 1), diversas investigações mostram que tanto a falta como o excesso nos relacionamentos sociais são fatores que prejudicam o rendimento dos indivíduos e estão relacionados a outros comportamentos inadequados do estilo de vida como abuso de álcool e tabaco, agressividade e violência, bem como, comportamentos sexuais de risco. Ao menos por cinco minutos, a cada dia, devemos nos ater às nossas questões interiores orando, ouvindo nossa música favorita, apreciando uma bela paisagem ou simplesmente relaxando confortavelmente num ambiente calmo. Nossos relacionamentos podem ainda ser melhorados se exercitarmos os “músculos da alma”: otimismo, bom humor, criatividade, curiosidade, persistência, tolerância,

confiança, amor, perdão, entre muitos outros (SANTOS; VENÂNCIO, 2006, p. 06).

O estresse foi considerado por diversos autores como o mau do século 20. No entanto, ele é apenas um mecanismo de adaptação do corpo e da mente aos desafios ambientais. Assim, doses moderadas de estresse são extremamente necessárias para saúde e qualidade de vida, pois tanto o excesso como a falta ocasionam desequilíbrios na saúde do indivíduo (SANTOS; ALVES, 2009).

Dessa forma, verifica-se no gráfico 1, que o componente Controle do Stress no ano de 2014, 37,8% dos idosos participantes do *Grupo Mexa-se* relatavam que reservavam tempo durante o dia para relaxar, conseguiam ter uma discussão sem se alterar e que equilibravam o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. Nos anos seguintes, 2015 e 2016, esse controle ficou mais forte, sendo que até o último ano a porcentagem de idosos que conseguiram manter e melhorar o controle do estresse foi para 83,9%. Salienta-se que as atividades e exercícios realizados no *Grupo Mexa-se* contribuem para a melhora do controle do estresse, sucessivamente melhorando o estilo de vida dos idosos participantes.

De acordo com Nahas (2010), diversas doenças e transtornos de saúde estão associados aos quadros de estresse excessivo: hipertensão arterial, infartos agudos do miocárdio, derrames cerebrais, câncer, úlceras, depressão/distúrbios nervosos, artrite, alergias, dores de cabeça, etc. As mais comuns são as doenças cardíacas que evoluem devido à tensão nervosa decorrente do estresse, situações de agressividade e frustração, tristeza e sensação de impotência. Este autor ainda cita que o estresse é geralmente decorrente do estilo de vida que adotamos e da forma como enfrentamos as adversidades. Decorrente disso, pode-se mudar as maneiras de responder a determinados comportamentos e isso depende de cada pessoa.

Os participantes relataram também mudanças físicas e de saúde durante o programa. A maioria respondeu que sentiu perda de peso, diminuição das dores osteomusculares, aumento da flexibilidade, coordenação, equilíbrio e mais disposição para as atividades diárias.

Com os ajustes realizados no projeto, percebe-se que o grupo tem sido mais participativo, demonstrando maior interesse pelo cuidado de sua saúde, fazendo novas amizades e melhorando sua interação social (figura 5), além do aumento da sua autoestima.

A partir dos resultados do presente trabalho, percebe-se que ter boa condição de saúde não representa apenas um objetivo importante, é um meio para realização de todos os outros objetivos na vida.

As atividades do *Grupo Mexa-se* demonstram que uma nutrição adequada, controle do estresse, atividades

físicas moderadas e suporte social são fundamentais para uma vida saudável. As pessoas precisam incorporar esses elementos no seu dia a dia, precisam entender o grande poder de pequenas mudanças no estilo de vida. As mudanças no estilo de vida não são fáceis de realizar e dependem da nossa vontade, do apoio de familiares e amigos e das informações e oportunidades que são oferecidas.

Figura 5. Interação social



Fonte: Acervo da equipe.

Considerações finais

O Grupo *Mexa-se* tem alcançado os objetivos propostos aos idosos participantes, tanto individual quanto coletivo, buscando sempre minimizar as fragilidades biopsicossociais, as quais, se não forem abordadas de maneira preventiva, culminarão para instaurar patologias na população idosa. Assim, justifica-se a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos com o intuito de tornar estes quadros clínicos reversíveis, vislumbrando neste cenário a satisfação dos resultados propostos a curto e médio prazo, baseados desde o prelúdio de 2014 ao primeiro semestre de 2017.

Temos o desafio de elaborar estratégias para expandir a busca ativa dos idosos e aumentar a adesão de participações no Grupo *Mexa-se*, por isso é importante replanejar continuamente para que a resolutividade e a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção se fortaleçam constituindo uma rede de cuidados.

É importante ressaltar que os resultados positivos estimulam e impulsionam o idoso a ser protagonista da sua saúde e assim desejar um envelhecimento com qualidade de vida. Dessa maneira, constitui-se de extrema relevância a continuidade do Grupo *Mexa-se*, que vai assegurar a efetivação da Política de Saúde Pública do Idoso no município de Flor do Sertão.

Agradecimentos

Por terem também participado em atividades

relatadas neste trabalho, expressamos gratidão às seguintes pessoas: gestora Maristela de Fátima Valler; médica Flávia Barcelos Martins; enfermeiros Sílvia Cristina da Silva e Adriano Pereira; técnicas de enfermagem Angela Giglioli, Andreia Dall Agnoll e Daniela Pizzatto; farmacêutica Francielle Menin Vendrame; cirurgião-dentista Adriano Simionato; técnica em saúde bucal Eliete Mascoski; psicóloga Karin Kelly Massiniani Von Dentz; agente de saúde pública Adriane Bianchet; agente de combate a endemias Aline de Lima; responsável pelo tratamento fora do domicílio (TFD) Patrícia Rissi Bortolini Begnini; agentes comunitárias de saúde Luciane Dgessica Costodio de Lima, Maria de Lourdes Cardoso, Isete Helena Giacomelli Bassani e Liane Maria Silveira Ramos; profissional de educação física Raquel Aparecida de Lima; auxiliar administrativo Débora de Freitas Noronha; auxiliares de serviços gerais Vasselania de Marcos e Rosimeri Gaboardi; motoristas Paulo Sérgio Bortolini, Juarez Carlos Shreiner, Gilberto Dall Agnol e Vanderlei José Zanella; assistente administrativo Marciela Regina Falkoski Schafer e Moacir Schwartz.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- JOIA, L. C. Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 1, p. 16-23. 2010. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/277/271>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2010. 318 p.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágono do bem estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- SANTOS, G. L. A.; VENÂNCIO, S. E. Perfil do estilo de vida de acadêmicos concluintes em educação física no centro universitário do leste de minas gerais Unileste-MG. **Movimentum – Revista Digital de Educação Física**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 1-18, ago./dez. 2006. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/movimentum/Artigos_V1N1_em_pdf/movimentum_santos_glayce.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- SANTOS, J. F. S.; ALVES, V. S. Perfil do estilo de vida relacionado à saúde dos acadêmicos da Unicentro, Campus de Irati, PR. **Revista Digital EFDeportes**, Buenos Aires, a. 13, n. 129, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd129/perfil-do-estilo-de-vida-relacionado-a-saude-dos-academicos.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

Reflexões sobre o Papel da Atenção Básica na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Marcos Aurélio Maeyama¹, Aneline Brusamarelo², Carolina Cardoso³, Dilvane Rita Drech⁴, Loriane Guaresi Cozer⁵, Karla Patrícia de Souza Schmoeler⁶, Kelly Mara Oenning⁷, Rosângela da Silva Avallone Sanchez⁸, Samara Graf do Prado⁹

Introdução

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais. Este segmento representa hoje o estrato da população que mais cresce. Dentro desse grupo, os denominados mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada. Mais de 12% da população brasileira é idosa, o que demanda uma organização do sistema de saúde para atender esse público (BRASIL, 2010).

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi marcado por uma prática de assistência curativista e hospitalocêntrica, baseada no Modelo Biomédico (SILVA; CALDEIRA, 2010). Essa prática hegemônica, parte do pressuposto de saúde como ausência de doença, tendo como explicação única, o biologicismo, portanto, unicausal (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Embora o Modelo Biomédico permita uma abordagem direta sobre o doente, é uma construção teórica que, se solitária, torna-se bastante reducionista. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e prevenção. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento do processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

Devido ao questionamento sobre a

qualidade do resultado desse modelo curativista, na década de 1970, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que em 1988 culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a determinação da reorganização do modelo de atenção, a partir do conceito ampliado de saúde, que incorpora os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos da saúde (CUTOLO, 2006).

O modelo de organização do SUS escolhido pelo MS foi a Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica à Saúde (ABS).

A primeira tentativa de garantir a operacionalização da APS no SUS foi em 1994, com o lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia operacional da Atenção Básica (AB), posteriormente chamada de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (UNASUS, 2010).

Ainda em 1994, foram estabelecidas áreas estratégicas na AB e entre elas, a Saúde do Idoso. Diante do envelhecimento populacional e sua crescente demanda, viu-se necessário a elaboração e adequação de planos e ações para a população idosa, o que culminou, em 2006, na criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Segundo a PNSPI, as políticas de saúde devem garantir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, apontando a AB como protagonista nesse processo (BRASIL, 2010).

Nessa situação, o objetivo geral da pesquisa foi identificar o contexto da

¹Cirurgião-dentista, professor do curso de Medicina da Univali e consultor do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina

²Médica da Atenção Básica do município de Massaranduba e auditora do município de Luís Alves

³Médica plantonista do Hospital do Coração de Balneário Camboriú

⁴Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Jardim Esperança – Itajaí

⁵Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Cordeiros – Itajaí

⁶Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Itaipava – Itajaí

⁷Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Imaruí – Itajaí

⁸Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Nossa Senhora das Graças – Itajaí

⁹Médica, professora do curso de Medicina da Univali e médica da Estratégia Saúde da Família na UBS Praia Brava – Itajaí.

atenção à saúde do idoso nas equipes de Saúde da Família (SF) do município de Itajaí em Santa Catarina (SC).

Metodologia

O estudo foi desenvolvido através de abordagem qualitativa, de cunho descritivo analítico, buscando os significados manifestos e latentes da identificação do contexto do objeto da pesquisa, bem como a proposição de novas formas de reorganização (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi desenvolvida por meio de três oficinas divididas de acordo com a técnica do Arco de Maguerez modificado. O Arco de Maguerez foi elaborado na década de 1970 e é constituído das seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade, esta última não fazendo parte desta pesquisa, pela necessidade de grande tempo para implementação das propostas (COLOMBO; BERBEL, 2007).

As etapas propostas no Arco de Maguerez objetivam a reflexão crítica dos participantes por meio da problematização da realidade sobre o tema a ser discutido (COLOMBO; BERBEL, 2007).

As oficinas foram gravadas e posteriormente transcritas.

O trabalho teve como sujeitos de pesquisa, os profissionais da ABS, integrantes das equipes de SF, participantes da integração ensino-serviço-comunidade do município de Itajaí. Participaram do estudo 05 enfermeiras e 01 médica.

A análise dos dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo temático, considerando as fases de identificação do contexto, problematização, teorização e hipóteses de solução (MINAYO, 2008).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, sendo aprovado sob o Parecer nº 553.300, e foram respeitados os termos de consentimento livre e esclarecidos dos participantes, bem como autorização das instituições envolvidas.

Resultados

Etapa 1

A primeira etapa – observação da realidade e definição do problema – é o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes, que são levados a refletir sobre a realidade em si, e a identificar características, a fim de, mediante os estudos, poderem contribuir para a transformação da realidade observada (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Nesta etapa, objetivamos que os sujeitos de pesquisa identificassem as práticas realizadas em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), expondo como se dá a

construção, o planejamento e a implementação das ações em saúde de um modo geral e principalmente as voltadas ao envelhecimento.

A partir de perguntas disparadoras os entrevistados descreveram os seguintes aspectos:

- Todos os idosos de suas áreas de abrangência, estão devidamente cadastrados no sistema de informação, porém, esse cadastro refere-se ao cadastramento das famílias sob responsabilidade da equipe, e não se trata de cadastro específico;

- Os agentes comunitários de saúde (ACS) em suas visitas mensais aos domicílios de suas micro-áreas, não realizam atividades específicas para as pessoas idosas;

- A atenção à pessoa idosa relatada pelos participantes se dá principalmente pelas atividades destinadas às pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, e outras doenças crônicas, sejam nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou nas atividades de grupos destinadas às pessoas com esses agravos, justificado pelos participantes pelo fato dessas situações serem mais comuns na pessoa idosa;

- Existe priorização na atenção à saúde da pessoa idosa, especialmente quando há necessidade de atendimento na UBS, porém, essas ações estão restritas ao acompanhamento de doenças crônicas ou de demanda espontânea por doença;

- Existe postura de espera pelo usuário e o que ocorre, é que invariavelmente nas situações de doença, a partir dos diagnósticos, é que a equipe passa a realizar o acompanhamento longitudinal, contudo voltado para a doença;

- As equipes de SF não utilizam a caderneta de saúde do idoso para registro de informações, ainda que considerem que ela é um importante instrumento para o acompanhamento da pessoa idosa; não possuem registro específico de acompanhamento da pessoa idosa; e apresentam dificuldades em obter informações, quando seus pacientes (idosos) utilizam outros serviços de saúde, tanto em relação ao tratamento realizado quanto ao seguimento;

- Os profissionais de saúde têm conhecimento sobre a existência da PNSPI, mas nunca realizaram discussão sistemática sobre o assunto e não a utilizam para o planejamento de ações para este público;

- As equipes não realizam diagnóstico situacional relacionado à saúde da pessoa idosa nos territórios, apesar de reconhecerem que existem particularidades na atenção à pessoa idosa.

Em síntese, nota-se que a forma como ocorrem as ações em saúde para a pessoa idosa é fruto de uma concepção saúde-doença que, ditado pelo modelo biomédico, organiza o serviço de saúde centrado na cura da doença de forma individual, pois ela é considerada um

processo puramente biológico (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Etapa 2

Através do diagnóstico realizado na primeira etapa, o objetivo da segunda foi o de realizar discussões e debates entre os participantes a fim de problematizar a situação levantada pelos sujeitos de pesquisa (COLOMBO; BERBEL, 2007), relacionadas à atenção à pessoa idosa na AB.

Para subsidiar as discussões, foi fornecido antecipadamente ao grupo, um texto sobre os atributos da ABS e o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento Saudável, auxiliando também como base para o cumprimento da terceira etapa de teorização do Arco de Magueréz.

Partindo do contexto, e utilizando o referencial teórico da ABS, foram feitos questionamentos para os participantes no sentido de problematizar a prática vigente em relação à atenção à pessoa idosa, descrita na primeira etapa.

Após as discussões foi possível realizar uma breve síntese das reflexões realizadas pelo grupo de participantes:

- Identificação que os problemas de saúde extrapolam a dimensão biológica, e que, portanto, as necessidades de saúde excedem o acompanhamento de doenças, seja da pessoa idosa ou de qualquer outro ciclo populacional;

- Admissão de que muitas necessidades de saúde não são verbalizadas ou nem mesmo identificadas pelas pessoas, famílias e profissionais de saúde;

- Reconhecimento que a oferta de outras ações de cuidado como atenção domiciliar, formação de grupos específicos para a população idosa (que não sejam apenas voltados para a doença) são importantes para atenção integral;

- Identificação da necessidade de articulação intersetorial para o cuidado integral da pessoa idosa;

- Constatação de que é necessária postura proativa para levantamento de necessidades das pessoas idosas para realização de diagnóstico individual e coletivo, com participação ativa das pessoas idosas e famílias;

- Reconhecimento da importância do acompanhamento da pessoa idosa, independente de situação de doença ou procura pelo serviço de saúde, buscando identificar suas necessidades para melhoria de sua qualidade de vida e saúde;

- Admissão da necessidade de se responsabilizar pela pessoa idosa do território, independente de encaminhamento para outros serviços de saúde.

Os participantes identificaram ao final da etapa 02, a inexistência de ações voltadas para as pessoas idosas no âmbito das equipes, indicando aproximação com os atributos da AB como possibilidade de organização das

ações (BRASIL, 2010).

Etapa 3

Após as reflexões realizadas na etapa 02, realizou-se uma breve discussão e apresentação dos atributos da APS (o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado e a orientação comunitária) de forma mais sistemática, com o objetivo de dar suporte e qualidade para a etapa seguinte, na qual os participantes apontariam possibilidades para a organização do processo de trabalho para atenção à pessoa idosa.

A AB deve ser o contato preferencial e a porta de entrada dos usuários, ou seja, a população deve entender esse serviço como sendo o primeiro recurso quando necessário (BRASIL, 2012). Isso implica que essa porta de entrada respeite o princípio da universalidade e que, ainda, seja acessível e acolhedora (UNASUS, 2010). A universalidade pressupõe a garantia do direito ao acesso às ações e serviços, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016). Já a acessibilidade implica a facilitação desse acesso e deve ser entendida como elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção como primeiro contato (UNASUS, 2010). Desta forma, pode ser entendida como a capacidade do usuário de obter cuidados facilmente sempre que necessitar (BRASIL, 2012). Além de facilitar o acesso, este deve ocorrer de forma acolhedora, o que implica um atendimento humanizado e garantia de uma escuta qualificada com o compromisso de atender às necessidades expressas pelo usuário o que nem sempre se resume a uma consulta médica ou atendimento na unidade (MERHY, 1997).

Já a longitudinalidade refere-se à transversalidade do cuidado. Pressupõe a continuidade da atenção, com a criação de vínculo entre os profissionais e usuários, ao longo do tempo e de forma permanente, independentemente de problemas específicos ou do tipo do problema e até mesmo da ausência de problemas (BRASIL, 2012). É uma relação de corresponsabilização dos cuidados, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Por intermédio dessa relação, com o passar do tempo, os profissionais e pacientes passam a se conhecer, gerando uma parceria sustentada na qual os valores e preferências do paciente são levados em consideração (STARFIELD, 2002). Essa relação deve gerar vínculo, confiança e otimização da resolubilidade (UNASUS, 2010).

A integralidade é um dos pilares da construção do SUS e possui várias dimensões: o sentido mais imediato é o de atender às necessidades do outro (CECÍLIO, 2001). Essas necessidades devem ser vistas dentro de um contexto ampliado de ver e conceber o processo saúde-

doença que considere, a partir da determinação social, a interferência do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). Apreender essas necessidades implica na superação da clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade e o contexto (CUNHA, 2004). A apreensão de necessidades ampliadas exige respostas igualmente ampliadas, considerando, portanto, ações de promoção da saúde, proteção de saúde, prevenção de doenças e recuperação (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). Exige, então, trabalho em equipe e abordagem intersetorial, sendo pertinente a todos os setores da sociedade, levando à melhoria das condições de vida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A integralidade envolve ainda a necessidade de se ofertar todos os tipos de serviços de atenção à saúde, o que inclui atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar e apoio diagnóstico (STARFIELD, 2002), trabalhando numa lógica de rede em sincronia.

Na integralidade, a orientação comunitária, a centralidade na família e a competência cultural já estão garantidas, uma vez que as práticas são desenvolvidas a partir das necessidades expressas e do contexto no qual elas estão inseridas, ou seja, considera território, cultura e família.

E por fim, a coordenação do cuidado é a organização dos atributos da APS. É uma gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe e promove resolubilidade (UNASUS, 2010). É necessária a coordenação do cuidado nos níveis assistenciais, de forma que os serviços disponíveis estejam voltados ao alcance de um objetivo comum. As necessidades de saúde são complexas e geralmente não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada, e essa inadequação gera tanto negligência quanto iatrogenia, além de a longitudinalidade perder muito seu potencial e a integralidade ficar comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A coordenação do cuidado implica no reconhecimento de que muitos problemas requerem seguimento constante dentro da rede de atenção, seja no domicílio, na unidade básica de saúde ou em outros serviços, e cabe à equipe garantir a continuidade, assegurando o melhor cuidado possível.

Etapa 4

Na quarta etapa, que se refere a hipóteses de soluções para a reorganização da Saúde do Idoso na AB, cada um dos atributos foi resgatado e discutido separadamente tentando relacioná-lo com a saúde do idoso (COLOMBO;

BERBEL, 2007).

Integralidade

Com relação à integralidade, foi demonstrada pelos participantes a necessidade de trabalhar com as equipes a concepção saúde-doença, de forma mais instrumental que permitisse a superação entre teoria e prática.

Nesse sentido, a discussão sobre necessidades das pessoas idosas passa inicialmente em considerar as características do próprio processo de envelhecimento, relacionado aos aspectos de perda de capacidade funcional, relações familiares, convívio social, situação financeira, entre outras.

A forma de apreender essas necessidades tem relação com a clínica ampliada, que a partir do processo de escuta qualificada, permite entender o contexto dos problemas, não se resumindo as queixas inicialmente expressas pelas pessoas idosas, que quase sempre se resumem em consulta médica, mas ampliando para a perspectiva de cuidado (CUNHA, 2004).

A ampliação da escuta gera a apreensão de outras necessidades, que além da cura de doenças, devem ser ofertadas ações de prevenção e promoção da saúde, visando à melhoria da condição de vida da pessoa idosa (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). As ações de prevenção devem se dirigir aos problemas mais comuns identificados no território, e podem incluir campanhas de vacinação, orientação quanto ao risco de quedas, discussão da sexualidade na terceira idade, alimentação adequada para ciclo de vida, entre outros. Já as ações de promoção da saúde apontam para a importância de articulação com outros setores, pois a melhoria das condições de vida não se restringe ao setor saúde, como por exemplo, o papel da assistência social nos casos de abandono e dificuldades financeiras, ou mesmo a promoção de espaços de socialização como grupo de dança, atividades manuais, entre outras.

Orientação comunitária

A orientação comunitária representa a integralidade no sentido coletivo, uma vez que a orientação é no sentido de singularizar a atenção de acordo com as necessidades locais. Assim, foi proposta pelo grupo a adequação da oferta de serviços, para que seja voltada à necessidade de acordo com o diagnóstico comunitário.

Considerando a integralidade citada anteriormente, o diagnóstico comunitário deve partir do conceito ampliado de saúde a partir da saída de campo, entrevistas com informantes-chaves, neste caso, idosos da área de abrangência, inquéritos sobre necessidades dos idosos que podem ser feitos pelos ACS, dados epidemiológicos disponíveis nos sistemas de informação, conversas com o Conselho Local de Saúde, entre outros (OLIVEIRA,

2006).

Uma das questões levantadas pelo grupo que favorecem a orientação comunitária é a sugestão de fomentar a participação social, pois não é possível atender as necessidades das pessoas sem incluí-las no processo.

Primeiro contato

No que diz respeito à atenção à pessoa idosa, o primeiro contato se mostrou como o atributo mais consolidado, especialmente pela prioridade dada à pessoa idosa em sua chegada, independente de horário, tornando-a a porta de entrada preferencial. Porém, este processo de acolhimento ainda está restrito às situações agudas ou de emergência. Interferir no acolhimento neste sentido parte de mudar a concepção de saúde, portanto, a mudança neste processo de acolhimento é apenas consequência da mudança do olhar sobre saúde que a equipe deve trabalhar, como descrito no item da integralidade.

Além disso, os participantes destacaram a importância de uma prática mais dialógica e horizontal visando à criação de vínculo entre o profissional de saúde, os idosos e seus familiares, para que haja de fato o acolhimento (MERHY, 1997).

Apesar da AB de certa forma já se caracterizar pelo primeiro contato da pessoa idosa, o desafio é que ela amplie seu escopo de ações transformando-a de fato em porta de entrada preferencial numa perspectiva ampliada de saúde. Nesse sentido, a criação de grupos que contemplem outras necessidades dos idosos, também pode fortalecer a Atenção Básica como porta preferencial.

Longitudinalidade

A premissa da longitudinalidade já aponta para que qualquer pessoa da área de abrangência seja acompanhada pela equipe, independente do ciclo de vida. Nesse sentido, as discussões dos participantes foram no sentido de qualificar o acompanhamento de acordo com as necessidades próprias das pessoas idosas, no sentido do envelhecimento saudável.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012, a saúde e o bem-estar da pessoa idosa vão além do fato de estar ou não doente (BRASIL, 2012). Velhice não é sinônimo de doença. O estado de saúde do idoso deve ser traduzido pela sua autonomia, independência e qualidade de vida.

Para tanto, os participantes consideraram que o primeiro aspecto que as equipes devem organizar é o levantamento de todas as pessoas idosas da área de abrangência, com informações que descrevam a situação socio sanitária. Uma proposta levantada pelo grupo foi a criação de uma ficha específica às pessoas idosas para

acompanhamento por parte dos ACS, semelhante às antigas “fichas B”, que alimentavam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), com informações que exprimissem os problemas mais prevalentes das pessoas idosas, combinadas com possibilidades de cuidado (BRASIL, 1998).

Além do acompanhamento realizado pelo ACS, outra proposta colocada pelo grupo é a implementação mais sistemática da Avaliação Global do Idoso, proposta pelo MS. A avaliação global é um importante instrumento de rastreamento dos problemas mais comuns da população em envelhecimento, porém ainda restrito a doenças e perdas funcionais (BRASIL, 2010). Apesar de ser um instrumento importante, não deve ser utilizada como instrumento fechado de investigação, deve servir apenas como um roteiro que auxilie o profissional. A integralidade pede a singularização da atenção. Além do mais, as necessidades também devem considerar a perspectiva do envelhecimento saudável.

Coordenação do cuidado

Para melhorar a coordenação do cuidado, os participantes sugeriram a adoção massiva da caderneta do idoso, como forma de orientar os vários profissionais e serviços que eventualmente possam atender a pessoa idosa.

O uso da caderneta do idoso auxilia a coordenação do cuidado por conter o registro das condições de saúde/doença da pessoa idosa e não dependerem exclusivamente das informações dadas pela própria pessoa ou seu cuidador, facilitando a troca de informação entre a AB e os outros níveis de cuidado para onde esse usuário foi referenciado, evitando possíveis iatrogenias, bem com facilitando a continuidade do cuidado (BRASIL, 2014).

A utilização da caderneta do idoso exige esforço conjunto entre a gestão (fornecimento das cadernetas) e equipes (utilização de fato). Porém, vale lembrar que ela é apenas um instrumento auxiliar, pois a coordenação do cuidado exige um controle maior da equipe sobre o fluxo da pessoa pelo sistema de saúde. Nesse sentido, o grupo não se posicionou quanto ao acompanhamento nos casos de encaminhamento, pois não existe um modelo a ser seguido. Porém, quando um profissional realiza um encaminhamento, ele deve acompanhar todo o processo, desde a garantia do encaminhamento em tempo oportuno, até o retorno do paciente após o atendimento na referência para continuidade do cuidado na AB (UNASUS, 2010). Para tanto, a sugestão é criar mecanismos que aprimorem a comunicação entre os pontos de atenção e fluxos de maneira que favoreçam o itinerário terapêutico dos pacientes no sistema de saúde.

Ainda no que se refere à coordenação do cuidado,

também foi colocada a necessidade de se enfatizar durante as práticas na saúde do idoso a importância do cuidado por parte dos familiares. Porém, também foi destacado que a corresponsabilização só vai existir de fato, quando o cuidador ou a própria pessoa tiverem autonomia para realizar o cuidado. E neste sentido, os participantes destacaram a importância da capacitação para autonomia no cuidado.

Considerações finais

A ausência de organização de ações voltadas especificamente para a saúde da pessoa idosa na Atenção Básica pode ser justificada especialmente pela permanência do Modelo Biomédico como lógica assistencial. Apesar das diretrizes da AB apontarem para um novo modelo de atenção, ainda permanece a lógica de queixa-conduta e de cumprimento de programas historicamente desenvolvidos nas UBS, como por exemplo, a puericultura, o pré-natal, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, entre outros.

Mesmo com o aumento da população idosa, e de recomendações por meio das políticas de saúde, pouco é ofertado para este público específico. Apesar da necessidade deste acompanhamento, não basta a simples inclusão de rotinas pré-estabelecidas, a exemplo do que ocorre com outros ciclos populacionais. É necessário pensar a atenção à pessoa idosa numa perspectiva que considere o envelhecimento saudável e não apenas as doenças mais prevalentes, tendo ainda como referência o conceito ampliado de saúde e a responsabilização das equipes, fortalecendo assim a AB como porta de entrada preferencial.

Neste sentido, a qualificação dos profissionais é de fundamental importância para a transformação das práticas, uma vez que a simples publicação de diretrizes não tem sido capaz de transformar os serviços de saúde. A utilização de recursos educacionais à distância como o Telessaúde, o AvaSUS, o ARES e a Comunidade de Práticas, propiciam o acesso à educação permanente, em tempo e local oportunos de acordo com as necessidades de cada profissional e serviço.

Referências

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p. (Série Pactos pela Saúde 2006,

v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98 p.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COLOMBO, A. A. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina, Ciênc. Soc. Hum.**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 408p.

OLIVEIRA, L. J. C. A territorialização e o planejamento local em saúde. In: CUTOLO, L. R. A. **Manual de terapêutica: assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 66-90.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 158-164, set. 2013.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

Universidade Aberta do SUS (UnaSUS). **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS; Marta Inez Machado Verdi, Marco Aurélio Da Ros, Luiz Roberto Agea Cutolo. Florianópolis: UFSC, 2010. 92 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade).

Experiência de implantação da Saúde do Idoso em Joinville (2013–2017)

Vivian Ellen Tácito Gouvêa¹, Francisca Magalhães Scoralick², Douglas Machado Calheiros³, Francieli Cristini Schultz⁴

Introdução

O Brasil passa por uma mudança importante na sua pirâmide demográfica com um progressivo envelhecimento da sua população. Hoje o segmento acima de 60 anos já representa 12% da população brasileira, o que significa aproximadamente 17,6 milhões de pessoas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa passará a ser de 32 milhões em 2025 e em 2050 representará 30% de nossa população total (IBGE, 2012). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, ao câncer, aos acidentes e à violência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas serão responsáveis por 80% da carga global de doença nos países em desenvolvimento até o ano de 2020 (OMS, 2003).

A população de 60 anos ou mais no Brasil vem aumentando progressivamente, em 1991 representavam 4,8% da população; em 2000 passou a representar 5,9%; 2014 7,6% e estima-se que em 2050 corresponda a 17% da população. Neste contexto, a faixa etária que vem apresentando o maior crescimento é aquela de idosos com 80 anos ou mais. No ano 2000 eram 600 mil homens e 920 mil

mulheres; em 2010 tínhamos 1 milhão de homens e 1,5 milhões de mulheres; e estima-se que em 2050 tenhamos 5,1 milhões de homens e 8,5 milhões de mulheres.

No município de Joinville este cenário não é diferente. A população de idosos representa quase 10% da população total (SMS JOINVILLE, 2015) e o perfil de morbimortalidade do município caracteriza-se pelo predomínio das doenças crônicas degenerativas (também denominadas doenças crônicas não transmissíveis). Essas condições crônicas são prevalentes na idade avançada e frequentemente estão associadas. Ainda que não sejam fatais, essas comorbidades podem gerar incapacidade e comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (MENDES, 2011).

Na população idosa o conceito de saúde é abrangente e não se restringe apenas à presença ou ausência de doença, inclui a estimativa do grau de independência e autonomia. A avaliação do idoso deve ser multidimensional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar (MORAES, 2012).

A decisão de inserir o Programa Saúde do Idoso nas equipes de saúde da Atenção Básica (AB) do município de Joinville fundamenta-se na aprovação do Estatuto do Idoso, de 2003, e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, pelo governo federal (BRASIL, 2003, 2006a). O

¹Enfermeira responsável pelo Programa Saúde do Idoso

²Médica geriatra responsável pelo Programa Saúde do Idoso

³Enfermeiro, diretor da Atenção Básica

⁴Advogada, secretária municipal de Saúde de Joinville

Programa Saúde do Idoso é uma das atuais prioridades das Políticas Públicas de Saúde.

Justificativa

Identificamos que no município de Joinville a população de idosos representa aproximadamente 10% da população total (SMS JOINVILLE, 2015) e com perfil de morbimortalidade com o predomínio de doenças crônicas degenerativas. Apesar da disponibilidade no município de médicos especialistas na atenção à saúde do idoso (geriatras), torna-se fundamental a reorganização das formas de atendimento à população e capacitação da equipe de saúde já que o entendimento do envelhecimento e das particularidades desta faixa etária é essencial para a sua saúde, e que a porta de entrada do usuário idoso é a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde ocorre seu primeiro atendimento.

Objetivo geral

Implantar continuamente as diretrizes para atenção integral à saúde do idoso, com vistas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, valorização da autonomia e preservação da independência física e psíquica, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem.

Objetivos específicos

- ▶ Capacitar as equipes para o cumprimento do Estatuto do Idoso;
- ▶ Capacitar os profissionais da saúde por meio do Caderno nº 19 do Ministério da Saúde – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b);
- ▶ Elaborar um manual para o município com fluxos para atendimento;
- ▶ Capacitar as equipes para atendimento qualificado ao idoso.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da Diretoria de AB da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, do período de janeiro de 2013 a março de 2017.

Desenvolvimento

Em 2013, a diretoria de atenção primária à saúde junto ao secretário da saúde de Joinville e à coordenação do núcleo de apoio técnico, entendendo o contexto do envelhecimento populacional, designou para uma enfermeira e uma médica geriatra, a responsabilidade pela implantação do Programa Saúde do Idoso no

município de Joinville, a fim de cumprir a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI) e, principalmente, qualifica o atendimento a esta população (BRASIL, 1994).

Na ocasião, para conhecer e compreender como as unidades estavam organizadas, foi enviado um questionário a todas as unidades básicas de saúde com os seguintes questionamentos: número de clínicos/unidade; número de vagas diárias para atendimento ao idoso; acolhimento diário; grupos de idosos; mapeamento de idosos acamados; priorização do idoso no atendimento; reserva de vagas na odontologia; e se possui o Caderno nº 19 de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. A partir destas informações, iniciaram-se os planejamentos anuais para que se pudessem atingir os objetivos.

Inicialmente passamos a participar ativamente do Conselho Municipal do Idoso (CONDI) e, em abril de 2014, foi inaugurada a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no município de Joinville com a peça teatral *Entardecer*, realizada pelo Grupo de Teatro Dionísios:

“Nino, Maria e Ubert encontram-se em algum lugar; qualquer lugar entre a lembrança e o esquecimento. Uma janela entre o que foi e o que poderia ser, e os sons de passado que se aninham em nosso presente. Fios de tempo que nos fazem vivos pela lembrança. O espaço da memória e do esquecimento, o vivido e o contado revivido, re-significado. Existiu mesmo? Aconteceu mesmo? Contamos o que fomos ou o que poderíamos ter sido? Vida que foi ou poderia ser. Ou pode ainda ser. Entre o entardecer e o breu da noite, muita luz ainda há, mesmo que filtrada pelo tempo. Pra amanhecer é preciso antes entardecer...” (*Entardecer* - Grupo de Teatro Dionísios).

Em setembro do mesmo ano ocorreu a IV Conferência Municipal dos Direitos do Idoso: "Protagonismo e empoderamento da pessoa idosa - Por um Brasil de todas as idades", onde atuamos com orientações e folders para os idosos participantes.

Em outubro de 2014, em parceria com o CONDI, fizemos capacitações para as instituições de longa permanência em diferentes áreas da assistência aos idosos e passamos a acompanhar as fiscalizações quanto ao cumprimento da legislação com a vigilância sanitária e ministério público.

Considerando a importância do conhecimento das particularidades do idoso, foram realizadas capacitações para as agentes de saúde pública em relação ao estatuto do idoso e capacitação para os profissionais da saúde de nível superior quanto ao Caderno nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (MS), sendo disponibilizado um exemplar para cada unidade de saúde, além da disponibilidade na intranet. Também foi realizada uma capacitação sobre violência contra os idosos para enfermeiros e médicos.

Em 2015 iniciamos com atividades de aprimoramento dos processos de trabalho e educação permanente focadas nos médicos e enfermeiros nas regionais de saúde, com o principal objetivo de trocar experiências e apoiar a realização de atividades conforme as capacitações anteriores.

Neste mesmo ano ocorreu o Congresso Sul Brasileiro de Geriatria e Gerontologia em Joinville, promovido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) de Santa Catarina (SC), e a secretaria adquiriu 50 inscrições para que os servidores pudessem participar e se atualizar. Em parceria com a SBGG foi realizada programação durante o congresso voltada para médicos do Programa de Saúde e Família no atendimento da pessoa idosa.

Em 2016 lançamos um manual municipal denominado Manual de Atenção à Saúde do Idoso onde foram incluídas orientações sobre as principais síndromes geriátricas, sobre a classificação de vulnerabilidade do idoso sugerida pela Caderneta do Idoso e sobre a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), além do fluxo de atendimento por risco. Foram disponibilizadas as Cadernetas de Saúde do Idoso para o município após capacitação sobre a mesma. Outra ação ainda em 2016 foi o início do matriciamento nas UBS.

Em 2017 foi dada continuidade ao matriciamento e iniciou-se a elaboração de um novo projeto em parceria com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em uma unidade de saúde de Pirabeiraba (UBS Rio da Prata). O objetivo deste projeto é o atendimento interdisciplinar e a elaboração de projetos terapêuticos conjuntos entre equipe da unidade, NASF e a médica geriatra, com vistas a qualificar o atendimento da equipe de saúde para a abordagem do idoso frágil. Estabelecemos como critérios de inclusão, indivíduos com 60 ou mais, com indicadores de fragilidade pela escala de vulnerabilidade ou com a presença de: polipatologias; imobilidade; instabilidade postural, incapacidade cognitiva; idosos com história de internações frequentes (três ou mais internações em um ano); idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica; insuficiência familiar; portadores de fraturas de fêmur ou vertebrais.

Resultados

O diagnóstico situacional realizado em 2014 nos forneceu as seguintes informações: 20% das UBS conheciam o Caderno nº 19; 74% das unidades deixavam pelo menos 01 ou 02 vagas exclusivas para os idosos por médico; aproximadamente 20% das unidades possuíam algum tipo de grupo voltado para os idosos; 69% das unidades tinham registros sobre os acamados e possuíam um cronograma de visitas periódicas e 13% das unidades

realizavam algum tipo de avaliação para os idosos. Com base nestas informações elaboramos capacitações direcionadas às fragilidades identificadas, inicialmente com a finalidade de conhecer o Estatuto do Idoso, a Política de Atenção à População Idosa e o Caderno nº19, do MS, que 80% dos profissionais não conheciam.

Apesar de apenas 26% das unidades não priorizarem o atendimento aos idosos, os outros 74% priorizavam com restrição, uma vez que não absorviam toda a demanda que procurava a unidade. Assim, iniciou-se durante as capacitações e matriciamentos o apoio às equipes para organizarem grupos aos atendimentos dos idosos, bem como de promoção à saúde, a fim de melhorar as condições de saúde e o acesso.

Apenas 13% das equipes realizavam algum tipo de avaliação específica para idosos com a utilização de algum instrumento. As orientações realizadas por meio das capacitações do Caderno nº 19, do manual do município e da caderneta do idoso contemplou orientações quanto à utilização de instrumentos, principalmente baseados na avaliação geriátrica ampla, como ferramenta de trabalho para o atendimento ao idoso. Também elaboramos folders sobre prevenção de quedas, uso de prótese e alimentação saudável, para que as equipes pudessem utilizar durante as consultas.

Sabe-se que a violência contra os idosos é uma situação frequente e que exige intervenções de diferentes secretarias, para tal, elaborou-se dentro do manual um roteiro para notificação e denúncia das violências.

Em 2016, matriciou-se 21 unidades das 56 unidades do município.

Considerações finais

Temos avançado na política municipal de atendimento ao idoso e devemos avançar cada vez mais, principalmente nos aspectos preventivos relacionados à manutenção da independência. Em 2017, além de continuar com as ações iniciadas no ano anterior, o objetivo principal é elaborar indicadores para o Programa Saúde do Idoso na gestão 2018-2021.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 05 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

(Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad19.pdf>. Acesso em 21 ago. 2015

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 21 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445776/mod_resource/content/1/Redes_de_Atencao_-_mendes2.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

MORAES, E. N. Avaliação Multidimensional do Idoso. In: **Atenção à Saúde do Idoso**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2012. p 23-47. Disponível em: <<http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. 105 p. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE (SMS JOINVILLE). Gerência de Unidade de Atenção Básica. **População Residente por Unidade de Saúde, por bairro, faixa etária e sexo**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/ses/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

Solicite uma teleconsultoria!

- 1 Acesse o site do Telessaúde SC e clique no botão Login, no canto direito da página
- 2 Escreva seu login e senha para acessar a área restrita do site
- 3 Após inserir login e senha no site, selecione o ícone "Teleconsultoria" na barra superior
- 4 Essa é a sua página geral da Teleconsultoria. Para cadastrar uma nova pergunta clique em Solicitar Teleconsultoria
- 5 Preencha todos os campos para escrever sua dúvida completa. Depois, selecione o tipo de Teleconsultoria

Você pode também adicionar anexos. Ao final, clique em Enviar Dúvida

Então, é só aguardar!

Se sua dúvida for respondida de maneira assíncrona, em até 72h úteis você receberá um e-mail notificando. Acesse o portal para fazer a leitura da resposta!

+55 48 3664-7282
+55 48 3721-4448

telessaude.sc@saude.sc.gov.br
<http://telessaude.ufsc.br>

Apoio Matricial com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos da Pessoa Idosa

Camila Tomé Pires¹, Daiana Hackbarth², Deise Paim Córdova³

Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

A equipe NASF foi implantada no município de Lages em janeiro de 2010, pela modalidade tipo 1. Inicialmente as cinco categorias profissionais que formavam as quatro equipes de NASF eram Educação Física, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social; a composição atual conta com profissionais de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social de forma a adequar a equipe às necessidades da população.

Cada equipe NASF apoia de três a quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), em média com 07 equipes da Estratégia Saúde da Família (equipe ESF), de acordo com a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, conforme a sua área de abrangência, a principal ferramenta utilizada pelas equipes de NASF em Lages é o apoio matricial, nele são pactuados com as equipe ESF desde atendimentos individuais aos casos mais complexos até as atividades coletivas a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes (BRASIL, 2012).

Através do apoio às equipes, o trabalho em conjunto possibilita ampliar a rede de cuidados e corresponsabilizar o paciente de seu tratamento. Diante disso, a atuação

do NASF propõe-se que:

A Atenção Básica precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos. Isso inclui o adensamento de tecnologias do cuidado, a ampliação das ações e a articulação de profissionais e especialidades que possam apoiar matricialmente, as equipes de AB no cuidado à população nos territórios. (BRASIL, 2014, p. 15).

Nesse viés, são acordadas ações que levem em consideração, também, a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. Nesses espaços são discutidos casos envolvendo a manutenção da saúde desse público, bem como são pactuadas ações coletivas, tais como os grupos de promoção à saúde. Ainda, nessas discussões, percebe-se um grande número de pessoas idosas negligenciadas por suas famílias no que tange ao acesso a direitos e cuidados básicos de qualidade de vida.

Justificativa

No contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma questão emergente e importante é a busca efetiva da consolidação de suas diretrizes na realidade brasileira.

Assim, a Atenção Básica (AB) vem como uma estratégia de organizar a demanda em saúde, objetivando reorientar o modelo assistencial a saúde com priorização do processo de trabalho baseado em um cuidado horizontal e acolhimento humanizado, conferindo aos profissionais da AB uma nova forma de

¹Psicóloga

²Assistente social

³Profissional de Educação Física

atuação – multiprofissional e interdisciplinar – respeitando as necessidades de saúde da população.

Entende-se, assim, que a AB é fortalecida com o apoio de uma equipe multiprofissional como a do NASF, oportunizando ampliar e qualificar sua atenção e gestão à saúde. E o apoio matricial apresenta-se como uma ferramenta que visa à ampliação das ações e a autonomia qualificada das equipes ESF, favorecendo o trabalho em rede e a integralidade da atenção.

Objetivos

▶ Implantar uma proposta de atuação multiprofissional por meio do apoio matricial entre os profissionais do NASF e da ESF;

▶ Ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão do cuidado em saúde, salientando a atenção à pessoa idosa.

Desenvolvimento

Cada equipe NASF organiza-se para as reuniões de apoio matricial quinzenais ou mensais com suas UBS apoiadas, com duração média de uma hora. Nela, as equipes elencam as principais demandas da comunidade e da própria equipe, sendo utilizada uma variada gama de ferramentas, trazidas pelas equipes multiprofissionais (NASF, ESF, ESB) no sentido de contemplar as demandas levantadas.

Dentre as principais ferramentas utilizadas podemos destacar: discussão de caso, visita domiciliar, projeto terapêutico singular, atividades coletivas de educação em saúde, grupos terapêuticos, ações de educação permanente, encaminhamentos para a rede de atenção à saúde e para outros pontos da rede de atenção, em especial da assistência social.

A atuação do NASF na formação de grupos tem sido relevante ao desenvolvimento dos trabalhos. Os grupos, compostos na maioria por idosos, reúnem-se basicamente nos salões comunitários das igrejas ou nas próprias unidades. Os encontros (figuras 1, 2 e 3) acontecem semanalmente com duração de 2 horas.

Figura 1. Grupo Atividade Física e Saúde – Salão Comunitário Igreja do Rosário



Fonte: Acervo da equipe.

Figura 2. Grupo Atividade Física e Saúde – Academia da Saúde do bairro Popular



Fonte: Acervo da equipe.

Os grupos propiciam momentos de encontro, convivência, lazer, estabelecendo um vínculo. Quando um dos participantes falta, os outros indagam e investigam, mostrando desta forma relação de afeto e bem querer.

Figura 2. Grupo Atividade Física e Saúde – Academia da Saúde do bairro Popular



Fonte: Acervo da equipe.

Os grupos são constituídos por pessoas de meia-idade e idosos, muitas com sua saúde já comprometida. Os encontros possibilitam aos integrantes interagirem trazendo suas experiências relacionadas ao vício e também perceberem as situações que envolvem esse processo. Desta forma os participantes encontram novos hábitos, melhoram sua saúde física e conseguem trabalhar as questões emocionais de maneira grupal.

É importante destacar que esses momentos visam o aumento da autonomia das equipes da ESF frente ao manejo das situações percebidas nos territórios de abrangência. Nesse espaço, a ênfase é o compartilhamento de práticas e saberes, de forma horizontal, entre as equipes de referência ESF e equipe de apoio NASF, de modo a ampliar as possibilidades de intervenções na AB.

Os encontros do Grupo de Cessação ao Tabagismo (figura 4), com a atuação dos profissionais do NASF, seguem o que a Cartilha do Ministério da Saúde preconiza. Inicialmente são quatro encontros semanais

que, posteriormente, tornam-se quinzenais e mensais.

Figura 4. Grupo de Cessação ao Tabagismo – Salão Comunitário Nossa Senhora das Graças



Fonte: Acervo da equipe.

Também conduzidos por profissionais do NASF, nos grupos de educação em saúde são abordados temas específicos (figura 5), além de também haver confraternização em datas festivas (figura 6) estimulando a convivência.

Figura 5. Atividade educativa – Salão Comunitário Igreja do Rosário



Fonte: Acervo da equipe.

Figura 6. Confraternização Natalina com grupos atendidos pelos NASF



Fonte: Acervo da equipe.

Resultados e discussão

Os principais resultados alcançados referem-se à horizontalidade do cuidado por parte das equipes envolvidas no matriciamento de cada caso estudado, grande cobertura de visitas domiciliares aos pacientes acamados/domiciliados por parte dos profissionais do NASF, inúmeras discussões intersetoriais de situações

mais complexas, realização de grupos atendendo os vários públicos do território, tais como: tabagismo, terapia comunitária, reeducação alimentar, saúde mental, trabalhos manuais, adolescentes, atividade física, gestantes, hiperdia, dentre outras práticas, a exemplo das hortas comunitárias.

A atuação do NASF no município possibilita ampliar as discussões e movimentar as Unidades, promovendo reflexões acerca da demanda dos grupos nos casos, principalmente os relacionados à saúde mental. Ainda se observa o receio em atender a esses pacientes. O matriciamento propõe o estudo e o entendimento da doença que acomete o paciente e traz uma segurança relacionada ao manejo de toda a equipe.

Nas unidades de saúde em que se realizam os grupos observamos a necessidade que os profissionais destes ambientes possam estar disponíveis e abertos para juntos trabalhar e, principalmente, serem parceiros para sensibilizar a população da importância em participar. É importante lembrar que os grupos devem partir sempre da demanda advinda de cada público das UBS. Observa-se que a territorialização deve ser o principal fator a ser trabalhado para iniciar este trabalho de forma grupal.

Os grupos de atividade física e terapia comunitária demonstram uma prevalência de idosos indicando uma preocupação com o cuidado físico e mental.

Considerações finais

A implantação do matriciamento possibilitou maior vínculo entre os profissionais fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde. A partir disso, pode-se observar que os profissionais do NASF e da ESF compreenderam com maior clareza o seu processo de trabalho por meio do apoio matricial, produzindo mudanças de atitudes e maior compartilhamento das responsabilidades na gestão do cuidado.

De forma geral, destacam-se as mudanças no cotidiano da prática profissional e o impacto sobre o processo de trabalho do NASF, enquanto equipe de apoio e da ESF como equipe de referência ordenadora do cuidado para os usuários, uma vez que passaram a utilizar o matriciamento para efetividade dos serviços e para aproximar a qualificação do cuidado em saúde aos princípios e diretrizes do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

- NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acesso em: 10 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_

ALONGUE-SE

A cada hora de trabalho pare e faça um alongamento. Pode ser feito na própria cadeira.

Aproveite que está sentado para esticar as pernas, braços e punhos. Faça movimentos circulares com a cabeça para relaxar o pescoço.

O alongamento, além de aumentar a disposição, evita encurtamentos musculares que podem levar a dores.

SUBA ESCADAS

Ao chegar no trabalho, ao invés de subir de elevador, dê preferência às escadas. Caso o andar seja muito alto, suba alguns lances de elevador e complete o trajeto subindo uns degraus. Esse tipo de exercício ajuda a perder peso e aumenta a resistência muscular.

Essa dica, no entanto, não é indicada para pessoas que sofrem com problemas no joelho e nas articulações.

CAMINHE OU PEDALE

Antes mesmo de chegar ao escritório já é possível praticar alguma atividade física.

Deixar o carro de lado e se locomover de bicicleta ou aumentar a caminhada até chegar ao trabalho melhoram o condicionamento físico e exercitam a parte cardiovascular.

NO TRABALHO, A DICA É:

MOVIMENTE-SE!

Jornadas longas de trabalho. Muito tempo sentado, na mesma posição. Postura ruim, ambiente sem ergometria. Confira como driblar esses problemas.

minsaude

Grupo Ativa-Mente: trabalhando a saúde mental de idosos do Lar Bem Viver

Fabiola Schmit da Silva¹, Josiane Karina Borck²

Introdução

Luiz Alves é um município de pequeno porte localizado no Vale do Itajaí, em Santa Catarina (SC). Conforme levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Luiz Alves no último censo foi de 10.438 pessoas, sendo estimado para o ano de 2017, uma população de 12.413 pessoas. Destes, 963 pessoas são idosas (IBGE, 2010).

O município oferece à população serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Hospital HOSCOLA - Fundação Médica Assistencial ao Trabalhador Rural de Luiz Alves, uma Unidade de Saúde Central, sendo esta provida de serviços especializados, como ortopedia, ginecologia, pediatria, cirurgia vascular, entre outros. Ainda há quatro equipes de Saúde da Família (SF) que contemplam 100% de cobertura da área territorial.

Desde o ano de 2014, as equipes de SF são apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas como Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, que atuam compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) é de responsabilidade das equipes de Saúde da Família o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população,

promovendo uma melhor qualidade de vida aos usuários. (BRASIL, 2006). Partindo deste princípio, a equipe de SF Ribeirão Máximo e Braço Serafim, em parceria com o NASF, criou no início de 2015, o *Grupo Ativa-Mente* com o objetivo de trabalhar a saúde mental dos idosos do Lar Bem Viver, visando desenvolver atividades que contribuam de forma promocional à saúde dos idosos lá institucionalizados.

À medida que a população envelhece, aumenta a procura por instituição para idosos e o Brasil não está estruturalmente preparado para receber essa demanda. A institucionalização é uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o ancião a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nas casas asilares (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

No Brasil, as instituições de longa permanência apresentam uma realidade precária, pois estão muito abaixo das condições mínimas para o envelhecimento bem-sucedido. Assim, conforme as pessoas envelhecem e consequentemente diminuem suas capacidades físicas e mentais, torna-se uma pressão maior e constante sobre seu comportamento cotidiano. A institucionalização tornou-se uma realidade atual, pois acolhe uma demanda maior de idosos gerada por fatores demográficos, sociais e de saúde

¹Enfermeira

²Auxiliar de Enfermagem

(TOMASINI e Alves, 2007; *apud* BENTES, PEDROSO, MACIEL, 2012).

Em relação às demandas demográficas, sociais e de saúde, a população idosa vem aumentando gradativamente, com o passar dos anos, e estudos do IBGE mostram que até 2025 o Brasil terá uma população de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, colocando o país na 6ª posição em número de pessoas idosas. No aspecto econômico, tradicionalmente, o velho é visto como um peso, por não ser produtivo, não trabalhar mais e consumir mais serviços de saúde, previdenciário, podendo se transformar em uma carga para família e para o Estado. O envelhecimento pode ser considerado uma problemática social na lógica capitalista, pois esta camada da sociedade é vista como forma de trabalho morto (AMADO, 2012).

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são apreensões relevantes atualmente, pois exigem dos profissionais de saúde um preparo e um compromisso com o bem-estar do idoso, garantindo assim o atendimento de suas necessidades. A equipe de Saúde da Família Ribeirão Máximo e Braço Serafim acreditam que toda essa problemática vivenciada pelo idoso, sobretudo quando institucionalizado, possa comprometer de diferentes maneiras a sua qualidade de vida, então as ações da equipe são voltadas para esta população-alvo.

Justificativa

Com o declínio progressivo das suas capacidades, principalmente a nível físico, e também devido ao impacto do envelhecimento, o idoso vai alterando os seus hábitos e rotinas diárias, substituindo-as por ocupações que exijam um menor grau de atividade. Esta diminuição da atividade, ou mesmo inatividade, pode acarretar sérias consequências, tais como redução da capacidade de concentração, coordenação e reação, que por sua vez levam ao surgimento de processos de autodesvalorização, diminuição da autoestima, apatia, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão. Visto isso, e com o intuito de contribuir no cuidado de idosos em uma Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI) da área de abrangência, a Equipe de Estratégia Saúde da Família 002 Ribeirão Máximo e Braço Serafim instituiu o *Grupo Ativa-Mente*, destacando a extrema importância de proporcionar aos idosos, atividades que desenvolvam as capacidades físicas e mentais, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Mazuim (2005), em estudo com idosos lúcidos, constatou que, antes de serem institucionalizados, tanto os homens quanto as mulheres realizavam atividades rotineiras, o que favorecia a manutenção da autonomia e independência; após a institucionalização, em virtude da escassa atividade sugerida, muitos perdiam a capacidade

funcional. Esses resultados sugerem que, a persistir a maneira como a grande maioria das instituições trata seus velhos, a tendência é que os mesmos se tornem pessoas dependentes e incapacitadas.

Objetivo geral

Contribuir para o bem-estar e qualidade de vida de idosos institucionalizados no Lar Bem Viver.

Objetivos específicos

- ▶ Desenvolver atividades lúdicas e momentos de recreação para os idosos do Lar Bem Viver;
- ▶ Proporcionar convivência social, valorizando autoestima, saberes e experiências vividas pelos idosos institucionalizados;
- ▶ Estimular o potencial motor, afetivo e cognitivo dos idosos;
- ▶ Realizar ações de promoção saúde e prevenção de doenças durante o envelhecimento.

Desenvolvimento

O Lar Bem Viver está localizado na Estrada Geral do Alto Serafim, em Luís Alves. Inaugurado em 17 de junho de 2013 para o acolhimento de idosos, tem como missão, visão e valores, respectivamente: *“Queremos que a casa para o idoso Bem Viver se aproxime muito de um LAR, composto por amor, carinho, conversas, alegria, tranquilidade e tudo mais que um LAR pode oferecer”*; *“Oferecer a melhor estrutura física para cuidar do idoso com carinho, amor, num ambiente tranqüilo e saudável”*; e *“Cuidar de forma ética da saúde mental e física do idoso, respeitando sua individualidade, sua cultura e sua história de vida”*.

Atualmente residem no lar 28 idosos com variado grau de dependência. A casa conta com uma equipe de profissionais constituída por médico, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicóloga, profissional de educação física, cuidadores, auxiliares de serviços gerais e cozinheira.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento e a diminuição das capacidades física, sensorial e perceptivas, podem afetar de forma direta a

vida das pessoas idosas. De acordo com a UFMA (2014, p.36):

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.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 19 e com base no princípio de territorialização, as equipes de SF devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas da sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas. No entanto, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006).

O conceito de Envelhecimento Ativo se instituiu no Brasil mais recentemente na perspectiva de criação de ambientes de promoção da saúde e diálogo entre os diferentes setores e na inserção dos determinantes sociais no processo do envelhecimento (BRASÍLIA, 2005, *apud* CAVALCANTI, 2013). Esta concepção do envelhecer se ancora, então, no entendimento da saúde enquanto uma produção social, ou seja, uma série de produções econômicas e não-econômicas que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, culturais, econômicas e organizativas. Nesse

sentido, a saúde erige como produto social de todas essas relações, rompendo com o seu próprio setor, fazendo-se presente nos demais (MENDES, 1996, *apud* CAVALCANTI, 2013).

Resultados esperados

O Grupo *Ativa-Mente* foi criado em 2015, durante a participação da equipe no curso “Caminhos do Cuidado - Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)” proporcionado pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola do Grupo Hospitalar Conceição, em parceria com a Escola de Formação em Saúde e a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de Blumenau - SC, onde, durante o período de realização do curso (26/01 a 03/03/2015), a equipe deveria desenvolver um projeto de promoção à saúde na comunidade. Logo, optou-se em desenvolver atividades com idosos institucionalizados em uma ILPI da área de abrangência da equipe.

Pensando na promoção da saúde e prevenção de doenças dos idosos do Lar Bem Viver, foi elaborado um cronograma de atividades lúdicas e cognitivas (quadro 1), atividades de datas comemorativas (quadro 2) e atividades motoras (quadro 3) a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe. As atividades têm duração média de 01h30min, são realizadas quinzenalmente na instituição, no período de março a dezembro de 2017, respeitando a necessidade de cada idoso, logo, o tempo de execução pode variar.

Quadro 1. Atividades lúdicas e cognitivas

Execução	Atividade	Recursos Utilizados
ESF	Encontro 1 e 13: “Dia do Cassino Royali” Estimulação dos idosos com jogos diversos	Diversos jogos
ESF	Encontro 2: “O Coelho está a caminho” Confeção manual de decoração de páscoa para montagem de uma árvore.	Canetinhas, tinta de tecido de cores variadas, pinceis, fitas coloridas, cola, EVA, galho seco, cola, casca de ovo
ESF	Encontro 6: “Cinema em Casa” Tarde com apresentação de filmes	Pipoca, bebidas, DVD, filme
ESF	Encontro 7 e 14: “Tarde da Beleza” Desenvolvimento de massagens corporais e cuidados com as unhas das mãos e dos pés	Acetona, lixa de unha, cortador de unha, esmaltes, cremes, algodão
ESF	Encontro 11: “Cinema em Casa” Tarde com apresentação de vídeo com o tema de dia dos pais	Pipoca, bebidas, DVD e filme

ESF e Membros da Comunidade	Encontro 16: “Tarde de Convivência” Tarde de convivência com os membros da comunidade	Aparelho de som e pen drive ou CD com música
ESF	Encontro 17: “Hoje é Dia de Bingo” Realização de bingo com entrega de brindes	Cartela de bingo, milho, pacotinhos com balas, chocolates e pirulitos

Fonte: ESF 002.

Quadro 2. Atividades de datas comemorativas

Execução	Atividade	Recursos Utilizados
ESF	Encontro 3: “Celebração de Páscoa” Celebração sobre o significado da Páscoa	Livro de cantos, mensagens e orações sobre o tema
ESF	Encontro 5: “Celebração Dia das Mães” Desenvolvimento de desenhos/pinturas sobre o dia das mães	Desenhos impressos sobre a celebração do dia das mães, lápis de cor, canetinha, folha A4
ESF	Encontro 9 “Celebração dia dos Avôs” Comemoração do dia dos avôs	Livro de cantos, mensagens e orações sobre o tema
ESF	Encontro 12: “Celebração Dia dos Pais” Desenvolvimento de desenhos/pinturas sobre o dia das mães	Desenhos impressos sobre a celebração do dia dos pais, lápis de cor, canetinha, folha A4
ESF	Encontro 18: “O Papai Noel está Chegando” Confecção manual de objetos de natal para montagem de árvore natalina	Fitas, cola, purpurina, tinta, enfeites diversos de natal, cola quente, bolinhas de isopor, caixinhas de fósforo vazias
ESF	Encontro 19: “Encerrando o Ano de 2017” Confraternização com todos os membros da Instituição e realização de amigo oculto com os idosos	Café colonial e brindes

Fonte: ESF 002.

Quadro 3. Atividades motoras

Execução	Atividade	Recursos Utilizados
ESF e Cuidadores da Instituição	Encontro 4 e 10: “Sorriso da Gente” Aula prática de cuidado com a saúde bucal do idoso para os cuidadores da Instituição	Materiais odontológicos ilustrativos, escova de dente, pasta de dente
ESF e Professor de Educação Física da Instituição	Encontro 8 e 15: “Encontro Dança Comigo” Tarde dançante com práticas de Alongamento	Aparelho de som e pen drive ou CD com música

Fonte: ESF 002.

Após o término do primeiro semestre, no ano de 2015, foi aplicado um instrumento avaliativo elaborado pela equipe para os funcionários da instituição. O instrumento contava com alguns questionamentos como:

1. De que forma as atividades desenvolvidas pelo *Grupo Ativa-Mente* contribuiu para o bem-estar dos idosos?

2. As atividades desenvolvidas corresponderam às expectativas da Instituição?

3. Quais as atividades que se destacaram, ou ainda que contribuíram mais eficazmente para os idosos?

4. Você acha que as atividades do *Grupo Ativa-Mente* deveriam continuar sendo realizadas na Instituição? Por quê?

5. Deixe sua sugestão.

Os funcionários responderam, de forma geral, que os idosos se mostraram participativos nas atividades propostas, sendo que foi perceptível a diminuição de sintomas como desânimo e tristeza. Relataram também que esse estímulo proposto pela equipe de SF é de grande importância, uma vez que os funcionários muitas vezes não conseguem atender a demanda da casa com atividades lúdicas. Disseram ainda que as atividades mais apreciadas pelos idosos são as que envolvem dança, música e jogos, pois assim conseguem se divertir e, inconscientemente, desenvolvem a parte motora e mental.

Resultados esperados

O ritmo acelerado no crescimento da população idosa em todo mundo, implica consequências sérias que afetam diretamente os serviços de assistência social e de saúde da população geriátrica, agravados com a precariedade dos convênios médicos e do baixo salário da aposentadoria. Somado a isso, observa-se o problema da família, pois os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições popularmente denominadas ILPI, casas de repouso ou instituições geriátricas (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

O desgaste, as perdas e os declínios são inevitáveis e desencadeiam desafios adaptativos para o idoso, em particular quando institucionalizado nas instituições de longa permanência, pois longe das rotinas habituais sente-se perdido no tempo e no espaço, entretanto, esse fenômeno pode também acontecer na sua residência junto à família (BENTES; PEDROSO; MACIEL, 2012).

Com a aplicação das atividades propostas, a equipe de SF Ribeirão Máximo e Braço Serafim conseguiu construir um vínculo afetivo com idosos e com os profissionais do Lar, o que gera grande satisfação aos envolvidos. Percebe-se que a equipe alcançou seus objetivos de realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças durante o envelhecimento, e junto a ILPI desenvolve atividades

lúdicas e momentos de recreação para os idosos do Lar Bem Viver, onde proporciona convivência social, valoriza autoestima, saberes e experiências dos idosos institucionalizados, além de estimular o potencial motor, afetivo e cognitivo.

Na pesquisa de Freitas e Scheicher (2010) conclui-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados tende a ser ruim, principalmente em instituições que não ofertam ações de recreação e/ou fisioterapia, por isso a importância em planejar e ofertar tais ações nas instituições.

Com o término de 2017, a equipe se propôs a fazer uma programação para que em 2018 seja novamente desenvolvido um projeto, visando à recreação, estimulação e os momentos de convivência entre os idosos e a própria equipe de Saúde da Família.

Agradecimentos

Pelas atuações nas atividades desenvolvidas e relatadas neste trabalho, expressamos gratidão à equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família Ribeirão Máximo e Braço Serafim, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves. Médica Alessandra Coppini; cirurgiã-dentista Elaine Aparecida Schweitzer; auxiliares de Enfermagem Liliane Carla Vieira Goedert e Teresinha Goedert Bork; agentes comunitárias de saúde Ediléia Ferreira de Brito Hass, Fabrícia Regina Machado, Maique Jaqueline Wagner Reichert, Maria Ana Pereira, Michele Regina Theiss Volles e Valdirene Machado.

Referências

- AMADO, T.S. Institucionalização da pessoa idosa: entre as condições familiares e diretos em construção. Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial a obtenção do título de bacharel. Florianópolis, p.20, fev.2012.
- BENTES, A.C.O.; PEDROSO, J.S.; MACIEL, C.A.B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, Canoas, n.38-39, dez.2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.
- CAVALCANTI, A. D. Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde. *Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 159-174, 2013.
- FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401, dez. 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 05/2018.
- MAZUIM, C. R. **Idoso institucionalizado**: suporte, abrigo ou segregação? Canoas: Ulbra, 2005. 34p.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. São Luís: UFMA, 2014. 42 p.

Acompanhamento domiciliar farmacoterapêutico e terapêutico ocupacional para pessoas idosas em Pomerode

Ana Carolina Maria Rabelo¹, Lígia Hoepfner², Maira Beatriz Kamke Herzog³

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) pressupõe um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades, é uma forma de organização propícia para a efetivação de novas abordagens do cuidado e de intervenção nos diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS) (BRITO, 2013).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes profissionais de saúde e especialidades, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica (AB). Atua de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2017a). Seu trabalho se estabelece a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais nos territórios e também das dificuldades encontradas pelos profissionais das equipes. O apoio matricial é o principal referencial teórico-metodológico utilizado pelos profissionais do NASF.

Justificativa

A eSF estava com uma demanda reprimida de pessoas idosas domiciliada. Frente a esta realidade, iniciou-se atendimentos de terapia ocupacional (TO) e farmacêutico do NASF no domicílio com a eSF isoladamente, humanizando o cuidado.

Posteriormente, percebeu-se a

importância de unir o *Programa Remédio a Domicílio* aos atendimentos de TO, para as pessoas idosas domiciliadas de forma compartilhada com as eSF para qualificar o cuidado às mesmas.

Objetivo

Criar estratégias para qualificar o atendimento no domicílio para idosos domiciliados e residentes no município de Pomerode.

Desenvolvimento

O processo de autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ-AB), realizado pela eSF e NASF, apontou uma deficiência no atendimento de usuários com condições crônicas, idosos e domiciliados do município.

Para dar início ao projeto, realizou-se reuniões de discussões entre NASF e eSF de Pomerode. Nas discussões, identificou-se a necessidade de aprimorar o acompanhamento farmacoterapêutico para pessoas com condições crônicas e domiciliadas, bem como ações e serviços de TO, de reabilitações ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e clínicas conveniadas. Também foi elaborado um instrumento para o levantamento de demanda e averiguar quantos usuários em Pomerode necessitariam dos atendimentos.

Diante da realidade, foi proposto um mapeamento de ações e serviços de AB, de TO, reabilitação e assistência farmacêutica ofertados no município.

¹Terapeuta ocupacional

²Farmacêutica

³Enfermeira e coordenadora do NASF-AB

A partir de então, optou-se por criar um projeto com ações de acompanhamento farmacoterapêutico e de terapêutica ocupacional de forma compartilhada com o NASF. Para isso, foi iniciada uma discussão para criar um projeto de lei e um protocolo para a implantação do *Programa Remédio a Domicílio* no município.

O programa tem por objetivo ampliar o acesso ao serviço farmacêutico para usuários restritos ao leito, promovendo o uso racional dos medicamentos e melhoria da qualidade da atenção nos domicílios cadastrados e vinculados às eSF. O foco do projeto consistia no fornecimento domiciliar de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de uso contínuo, constantes da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Pomerode.

Em outubro de 2015, foi publicada a lei que institui o programa *Programa Remédio a Domicílio* no município e, em janeiro de 2016, foi publicado o decreto municipal que define as diretrizes para gestão e funcionamento do programa. A partir de fevereiro de 2016, o profissional TO iniciou suas atividades no NASF. Visto que, a demanda de reabilitação estava deficitária, este profissional então implementou ações nas áreas de reabilitação física e

cognitiva atendendo, principalmente, os idosos domiciliados. Sua atuação teve como foco a reabilitação biopsicossocial e componentes de desempenho, utilizando a atividade física como recurso terapêutico. Foram realizados atendimentos compartilhados no domicílio, apoio matricial e oficinas terapêuticas com os usuários e seus cuidadores.

Em março de 2016, o NASF realizou um encontro com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o objetivo de orientá-los e capacitá-los, para que no momento da visita domiciliar identificassem algum morador com deficiência física e/ou cognitiva e assim identificar a demanda. As eSF receberam apoio matricial do NASF para a implementação do serviço em reabilitação e acompanhamento farmacêutico domiciliar.

Resultados e discussão

Entre abril e novembro de 2016 foram realizados 125 atendimentos domiciliares (quadro 1) pela farmacêutica e terapeuta ocupacional em atendimentos compartilhados (figuras 1, 2 e 3) com profissionais da eSF, do NASF e da Policlínica (clínica de especialidades).

Quadro 1. Procedimentos realizados e perfil dos usuários atendidos de abril a novembro de 2016

	Terapeuta Ocupacional	Farmacêutica
Procedimentos		
Consulta/Atendimento Domiciliar	90	33
Avaliação de atividades de vida diária	1	0
Visita Domiciliar Pós Óbito	0	1
Sexo		
Feminino	26	12
Masculino	25	6
Faixa etária		
0-10	5	0
11-20	4	0
21-30	0	0
31-40	0	0
41-50	6	1
51-60	10	5
61-70	5	2
71-80	11	5
81-90	10	5

Fonte: Elaborado pela equipe.

Foram necessários uma farmacêutica, uma TO, um ACS, um enfermeiro ou técnico de enfermagem da UBS em cada atendimento. Os materiais e equipamentos utilizados foram os já disponibilizados pela eSF e NASF, tais como: carro da equipe NASF ou UBS, medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de uso contínuo, constantes da Relação Municipal de

Medicamentos (REMUME) de Pomerode, entre outros. Foram utilizados recursos financeiros do NASF do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, repassado pelo Governo Federal, e também o recurso próprio do município. A Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, orienta que algumas ações e serviços de saúde realizados na AB podem ser financiados pelo

Figura 1. Atendimento compartilhado: farmacêutica e terapeuta ocupacional do NASF



Fonte: Acervo da equipe.

recurso federal (materiais, equipamento, materiais para campanhas como brinquedos, papéis, folhas, canetinhas, etc.) e outros precisam de aporte municipal (BRASIL, 2017b).

Segundo o levantamento de demanda, realizado para o projeto de acompanhamento domiciliar, foram listados os principais agravos de saúde (quadro 2).

Quadro 2. Principais agravos de saúde segundo levantamento realizado pelos ACS

Principais agravos de saúde	
Acidente Vascular Cerebral	13
Doença degenerativa	8
Úlcera venosa	2
Obesidade	2
Infarto Agudo do Miocárdio	2
Depressão	1

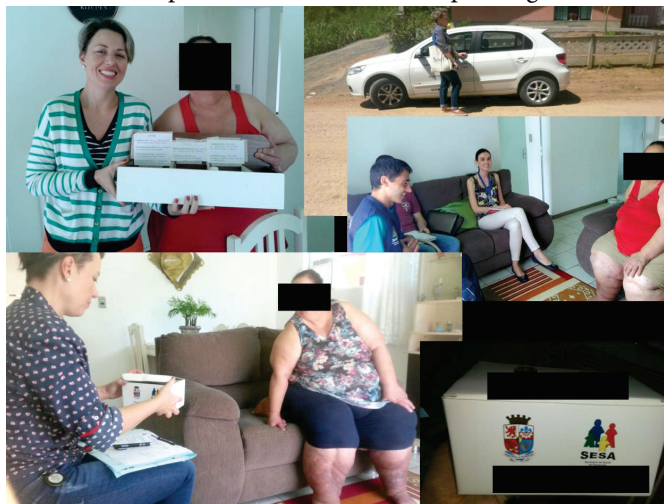
Fonte: Elaborado pela equipe.

A experiência contribuiu para a integração com a rede assistencial de saúde, promovendo a integração horizontal entre a e AB e outros serviços e equipamentos sociais e de saúde. O atendimento domiciliar tem

fragilidades importantes, principalmente com relação ao cotidiano de trabalho das eSF, devido a conflitos organizacionais e assistenciais que afetam o processo de trabalho e a realização das atividades. A demanda espontânea nas UBS "engole" as outras atividades e os profissionais não conseguem dar conta das necessidades dos usuários. Os NASF constituem-se um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que ampliam o escopo de suas ações e, por meio do compartilhamento de saberes, desenvolve também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014).

Priorizar o atendimento no domicílio pode significar uma contradição. Mas, de acordo com o princípio da equidade e universalidade de acesso, tais práticas de saúde são importantes, pois diante a realidade do município de Pomerode, quem estava precisando de mais cuidado continuado, não estava conseguindo ter acesso a este por causa de suas limitações físicas, e o serviço mantinha oculta essa necessidade já que tais usuários não eram capazes de bater à porta do serviço, reivindicando seu direito à saúde (CAÇADOR, 2012).

Figura 2. Atendimento compartilhado: farmacêutica e psicóloga do NASF; e ACS da eSF

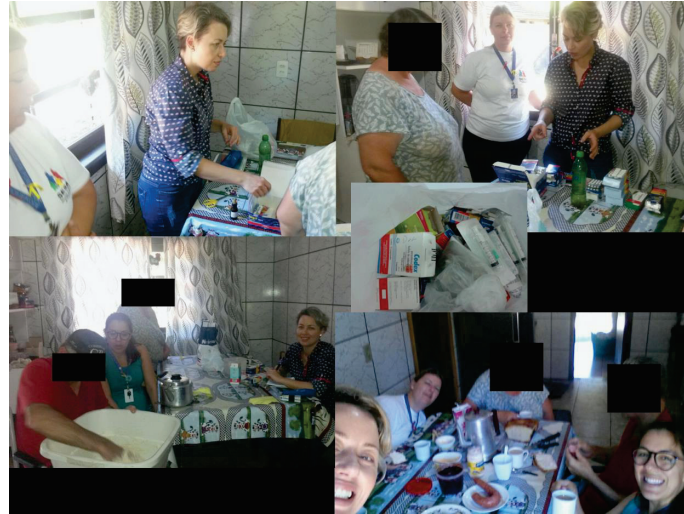


Fonte: Acervo da equipe.

O domicílio é um local privilegiado para o atendimento e fortalecimento do vínculo da eSF e do NASF com o usuário, é um espaço rico de diálogo entre profissional de saúde e o usuário, de construção da

autonomia do usuário, bem como para produção de novos saberes. Além disso, visa dar cuidado continuado àqueles indivíduos que não têm condições de se deslocarem para a UBS (BRITO, 2013).

Figura 3. Atendimento compartilhado: farmacêutica e terapeuta ocupacional do NASF; e ACS da eSF



Fonte: Acervo da equipe.

Considerações finais

Esta experiência permite inferir que a estruturação da Atenção Domiciliar ainda é um processo em construção, apresentando lacunas importantes no que se refere à capacidade de superar práticas fragmentadas de assistência à saúde. Constitui-se, uma estratégia organizacional ainda não consolidada no cotidiano dos serviços, que apresenta fragilidades a serem enfrentadas, principalmente relacionadas à complementaridade dos serviços e interdependência entre eles. É necessário repensar e propor estratégias para a superação de lacunas existentes.

Diversos foram os desafios encontrados, como falta de articulação das equipes de referência, corresponsabilização do usuário, cuidadores e eSF, necessidade de mais profissionais nas equipes, tanto do NASF como das equipes de referência, para a ampliação do serviço ofertado aos usuários domiciliados.

Para a continuidade e ampliação da experiência relatada é necessária a construção de pactos de trabalho colaborativo entre as equipes de referência e NASF incluindo a definição/revisão de papéis dos profissionais na atenção compartilhada, critérios de prioridade para o apoio, fluxos assistenciais e protocolos locais de atenção domiciliar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, p. 68-76, ed. 183, seç. 1, n. 183, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, p. 91-92, ed. Extra, seç. 1, n. 248-D, 2017b.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017.

ÇAÇADOR, B. S. Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família. 2012. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Grupo Pilates e Saúde de Taió: autonomia funcional e qualidade de vida à terceira idade

Davi da Silva Duarte¹

Introdução

O Brasil caminha a passos largos rumo a um perfil demográfico mais envelhecido, fenômeno que implica na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, da previdência e da assistência social (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, acompanhando o processo de senescência, existem as perdas fisiológicas. O ser humano, ao longo da vida, é acometido pela redução de densidade óssea, diminuição de força muscular, perda de capacidade cardiorrespiratória, deficiência dos equilíbrios estáticos e dinâmicos, entre outros. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (CAPORICCI; NETO, 2011).

Além disso, a falta de conhecimento sobre saúde afeta negativamente a vida da população idosa. O indivíduo que não é orientado e empoderado sobre seu problema, não saberá das possibilidades e alternativas para reversão das causas de seus desconfortos e, conseqüentemente, prevenir alterações em seu estado de saúde, adotando hábitos mais saudáveis (TEIXEIRA, 2002).

A presente produção textual propõe-se a levantar uma discussão acerca dos efeitos benéficos dos exercícios terapêuticos, em especial do Método Pilates, e das demais atividades de educação em saúde, por meio

do relato de experiência de uma atividade coletiva, específica para idosos, realizada na Atenção Básica (AB).

Esta combinação de cuidados, quando introduzidas na AB, promete fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir um envelhecimento de qualidade aos brasileiros.

Justificativa

O envelhecimento da população mundial, incluindo a brasileira, foi uma grande conquista da humanidade no último século. Mas somente o aumento no número de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para viver com qualidade. Essa conquista resulta em demandas trazidas pela parcela idosa no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

Ao mesmo passo, de nada serve a um indivíduo sua sonhada chegada à terceira idade se a sua qualidade de vida e a sua autonomia funcional estão prejudicadas. A busca pela independência e pelo bem-viver faz parte da longa caminhada rumo a uma velhice feliz.

O artigo 2º da lei que dispõe sobre o Estatuto do Idoso menciona que:

“O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003)”.

¹Fisioterapeuta do NASF

No trabalho das equipes da AB, as ações coletivas de saúde na comunidade, as atividades de grupo e a participação nas redes sociais dos usuários são alguns dos recursos para atuação nas dimensões cultural e social. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas reforça o princípio da integralidade do cuidado, uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político (ALVES, 2005).

Assim, o Método Pilates se configura como uma estratégia interessante para o aumento de flexibilidade, de força e de equilíbrio em idosos, com potencial efeito de redução das perdas funcionais associadas ao envelhecimento (CURI, 2009). Este método pode ser utilizado pelo fisioterapeuta em diferentes populações e disfunções, apresentando benefícios variados e poucas contraindicações. Mesmo quando estas existem, as condições individuais devem ser respeitadas, apenas exigindo adaptações e cuidados (SILVA; MANNRICH, 2009).

Além disso, as demais atividades de educação em saúde, concomitantes à prática de Pilates, também são importantes. Neste espaço, são valorizadas as trocas interpessoais, as iniciativas da população e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular mediante tutoria e facilitação de profissionais da saúde (CARMO, 2009).

O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre os profissionais e a pessoa idosa, sendo um espaço de aumento de autoestima, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. A abordagem coletiva é uma realidade no cotidiano das equipes de AB (NEUWALD; ALVARENGA, 2005).

Logo, os cuidados às pessoas idosas devem visar à promoção da saúde, reabilitação psicossocial, melhora cognitiva e aumento da capacidade funcional. Estes pontos servem como ferramentas para ajudar a lidar com suas dificuldades (BRASIL, 2010). E a associação entre esses pontos pode aumentar o potencial de resposta.

A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde dos indivíduos. Portanto, os exercícios terapêuticos coletivos e as demais atividades de educação em saúde podem ser utilizados como ferramentas na obtenção de tais objetivos.

Objetivo

Propor e desenvolver uma atividade coletiva que combinasse os exercícios terapêuticos do Método Pilates com as demais condutas de educação em saúde aos idosos do município de Taió, no estado de Santa Catarina (SC), a

fim de promover modificações positivas na qualidade de vida e na autonomia funcionais dos participantes.

Metodologia

Este trabalho trata de um relato de experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na criação e na condução de um grupo de Pilates específico para os idosos do município de Taió/SC.

Seu público alvo foi indivíduos acima de 60 anos, considerados idosos segundo a Organização Mundial de Saúde, com quadros crônicos estabilizados, autossuficientes nas necessidades humanas básicas, em condições físicas satisfatórias, e que concordassem em participar voluntariamente desta modalidade de atendimento. Também foram aceitos idosos em condição de manutenção do quadro e/ou de prevenção e recondicionamento funcional.

Em relação à sua área temática, enquadra-se principalmente na Promoção da Saúde: atividades de grupo, ações educativas, técnicas e experiências coletivas, terapia comunitária.

Também se realizou uma revisão de literatura, com o intuito de melhor embasar a escrita deste relato. Selecionaram-se materiais que apresentassem discussões teóricas e relatos de experiências sobre o Método Pilates na AB, bem como demais ações de educação em saúde, sempre com o foco na autonomia funcional e na qualidade de vida de idosos. A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: Bireme e LILACS, bem como no Google Acadêmico.

Desenvolvimento

É de conhecimento que exercícios, quando bem orientados, trazem efeitos positivos à saúde. Contudo, algumas pessoas têm dificuldades para tomar a decisão de adotar um estilo de vida mais ativo e saudável. Pensando nisso, foram planejadas ações coletivas, visando beneficiar os usuários do SUS com a prática de exercícios.

O *Grupo Pilates e Saúde* foi idealizado pelo NASF de Taió, em ação coordenada pelo fisioterapeuta, contando com a colaboração de outros profissionais da AB do município: psicóloga, farmacêutica, fonoaudióloga, enfermeira e nutricionista.

Assim, buscou-se reforçar a importância do trabalho conjunto entre NASF e equipe de Saúde da Família (SF). De acordo com as orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o NASF deve planejar e atuar sempre em conjunto com as equipes de SF que apoia (BRASIL, 2015). Em Taió há 01 equipe NASF, a qual apoia as 06 equipes de SF existentes.

Inicialmente, o projeto deste grupo foi apresentado à Gestão em Saúde do município de Taió, que deu o aval

para a sua realização. Posteriormente, foi amplamente divulgado nos clubes de idosos, nas rádios, nas redes sociais e nos jornais impressos. Desta forma, os voluntários entraram em contato com o organizador para maiores explicações e realização das matrículas.

Desde 2011, ano de início de seu funcionamento, o Grupo tem se fortalecido, através de mudanças que visaram a melhoria da sua qualidade. Atualmente nas atividades, são acolhidos 25 idosos pertencentes a todas as equipes de SF. Os encontros são semanais, em período vespertino, e tem duração de 1 hora, em que 40 minutos são utilizados para a realização dos exercícios terapêuticos e os 20 minutos restantes são destinados às demais condutas de educação em saúde.

As atividades são realizadas na Casa da Cultura de Taió, em parceria com a Secretaria de Educação, Cultura e Esporte. Neste local, há uma sala de dança com um ambiente acolhedor, limpo, com piso térmico, espelhos, banheiros, ventiladores, colchonetes, água e aparelhagem de som.

No primeiro encontro, todos os participantes são abordados a fim de repassar-lhes maiores detalhes em relação ao funcionamento do Grupo. Também é solicitado que obtenham uma liberação por escrito do médico da família da sua área de abrangência, a fim de aumentar o vínculo dos mesmos com a AB e de realizar sua avaliação de saúde.

É válido ressaltar que algumas pessoas relatam nunca ter ido à sua Unidade Básica de Saúde (UBS), e outras, não possuem o hábito de realizar um acompanhamento com a sua equipe de SF. Contudo, devido ao vínculo desenvolvido entre os participantes e o coordenador do Grupo, eles são orientados a realizar um

acompanhamento periódico do seu estado geral de saúde, especialmente quando referem alguma queixa.

Sobre as normas de segurança e de conforto para a participação no Grupo, é solicitado vestir roupas confortáveis para possibilitar a execução dos exercícios, fazer lanche leve antes dos exercícios para evitar jejum prolongado, administrar medicamentos para controlar doenças crônicas não transmissíveis, levar toalha de rosto e de banho para cobrir os colchonetes, portar garrafinha de água para fomentar a hidratação e realizar os exercícios preferencialmente descalços para aprimorar o equilíbrio e fortalecimento dos músculos dos pés e das pernas.

Além disso, todos os participantes preenchem seus nomes em uma lista de chamada, para controle de assiduidade, aumento de adesão às propostas e para fins de comprovação de produção dos profissionais de saúde envolvidos.

Em relação aos exercícios, propostos pelo organizador, são pré-estabelecidos e não personalizados, acompanhados com música, aplicados coletivamente utilizando o Método Pilates (figura 1). Durante esta atividade, é focado o aprimoramento de força, de flexibilidade, de equilíbrio, de respiração e de concentração, bem como melhora da consciência corporal e da postura (PICOLLI, 2010). Vale ressaltar que estas valências físicas são fundamentais para o aumento e/ou manutenção da funcionalidade. Os participantes realizam os exercícios de pés descalços, em diferentes decúbitos e sem o auxílio de equipamentos. Isso torna o Pilates mais acessível à comunidade, podendo ser reproduzido em domicílio.

Figura. Método Pilates



Fonte: Acervo da equipe.

Outros profissionais também participam dos encontros, com a finalidade de prevenir doenças e promover saúde. Por meio de conversas e dinâmicas de grupo, enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêuticas e psicóloga levam informações aos participantes. Nesses momentos de interação, os saberes populares dos idosos sempre são valorizados e utilizados como incentivo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Sobre a educação em saúde, seguimos o preconizado pelo conceito ampliado de saúde e abordamos temas diversificados (figura 2). Os assuntos são explorados a partir da Metodologia da Problematização, onde incitamos os participantes a observarem sua realidade de modo crítico, a partir dos seus conhecimentos prévios, relacionando-a com a temática abordada (BERBEL, 1998).

Figura 2. Educação em saúde com a fonoaudióloga



Fonte: Acervo da equipe.

O *Grupo Pilates e Saúde*, ao longo dos seus encontros, desenvolveu algumas atividades diferenciadas. Pode ser apontada uma festa junina, onde todos os participantes se trajaram de caipira e levaram pratos típicos desta festividade. Já os profissionais de saúde responsabilizaram-se pela decoração do espaço, pelo planejamento de uma aula temática e pelo preparo de um quentão funcional.

Também houve uma palestra sobre doenças de inverno e fitoterápicos que auxiliam nestes casos. A conversa foi regida por uma das participantes do Grupo, membro da Pastoral da Saúde e ampla conhecedora de fitoterápicos, a qual foi auxiliada pela profissional farmacêutica. Nesta ocasião, também foram demonstrados os diversos tipos de plantas e ensinadas receitas.

Noutro momento, a nutricionista demonstrou as quantidades de açúcares e de gorduras “escondidas” em alimentos processados e ultraprocessados (figura 3). A aquisição deste conhecimento se torna relevante a fim de evitar o desenvolvimento e/ou a descompensação de morbidades através de boas práticas alimentares.

Em outra ocasião, num dos encerramentos de final de

ano, foi proposto o preparo de um suco verde, acompanhado de outros pratos funcionais trazidos pelos participantes. Além disso, foi feito um amigo secreto.

Figura 3. Orientações nutricionais sobre alimentos processados e ultraprocessados



Fonte: Acervo da equipe.

Por fim, além dos relatos espontâneos obtidos ao longo dos encontros, periodicamente é solicitado aos participantes que respondam a algumas perguntas em relação ao Grupo, objetivando avaliar as dinâmicas e, caso necessário, melhorá-las. O questionário é entregue à clientela, para que respondam em domicílio, devolvendo-o anonimamente.

Resultados

A avaliação de qualidade de vida de um idoso deve levar em consideração o contexto em que está inserido, o momento de vida do indivíduo e suas expressões subjetivas de bem-estar. É fundamental que entendamos o conteúdo da qualidade de vida da população da terceira idade, pois estes dados possibilitam o direcionamento de políticas públicas. O desenvolvimento de iniciativas deve visar à prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como a reabilitação nos vários contextos que envolvem um idoso: físico, psicológico e social (RIBEIRO, 2011).

É importante que conheçamos a população que estamos abordando. A compreensão do perfil desses indivíduos e dos motivos que os sensibilizam a iniciar e manter a prática de exercícios terapêuticos é ferramenta significativa para auxiliar na redefinição de políticas públicas voltadas à população idosa.

Através das análises dos relatos colhidos no ano de 2016, as maiores das participantes relatam dores e desconfortos de intensidades fracas e médias em diferentes estruturas corporais. Estes problemas surgem através da combinação de fatores como senescência,

sedentarismo, redução de função muscular e/ou desequilíbrios articulares.

Em relação à estrutura do grupo, os participantes assinalaram entre “bom” e “ótimo” os quesitos horários, local, organização das aulas e divulgação das atividades.

Sobre o organizador, os indivíduos alternaram suas respostas entre “bom” e “ótimo” sobre as seguintes características: clareza nas explicações, domínio do conteúdo, correção dos exercícios e interação com os participantes.

Em resposta à pergunta “o que você mais gosta no grupo?”, mencionaram em sua maioria o relacionamento interpessoal, seguido pelos exercícios terapêuticos. Podemos observar suas opiniões através dos seguintes relatos:

“Gosto da expressão de cada amigo na hora das conversas”.

“Gosto de fazer os exercícios, que me ajudaram na minha coordenação, fazendo eu me sentir bem fisicamente”.

“Gosto do rumo que se torna agradável e pela liberdade que o profissional passa para que eu me sintam bem”.

“Gosto das perguntas do bate-papo”.

Mediante a indagação “o que você menos gosta no grupo?”, queixaram-se sobre o tempo de duração das dinâmicas ser insuficiente. Como endosso, é apresentado o seguinte dizer: *“não gosto quando acaba nosso horário, pois me sinto muito bem nesse lugar”.* A maioria dos indivíduos não mencionou queixas relativas às atividades.

Ao serem questionados sobre a maior mudança em sua vida após participar do *Grupo Pilates e Saúde*, os participantes elegeram prioritariamente o aumento de disposição e agilidade, seguido de ganho de flexibilidade, redução das dores, melhora no relacionamento interpessoal e aumento de autoestima:

“Sinto mais disposição para as minhas atividades e menos dores pelo corpo”.

“Meu corpo mudou para melhor, os exercícios me ajudam bastante”.

“Foram as mudanças físicas e mentais, com estética e autoestima”.

Quando questionados se conseguiram alcançar os objetivos que buscavam antes de iniciarem suas atividades no Grupo, os participantes foram positivamente unânimes nas suas respostas, complementando com os seguintes dizeres:

“Estou com melhor qualidade de vida”.

“Percebi que tenho oportunidade e possibilidade de ter flexibilidade, agilidade e disposição”.

“Inovo minha vida física e espiritual”.

“Tive uma boa melhora nas pernas, até mesmo minha coluna está bem”.

E finalizando, quando indagados sobre sugestões para melhoramentos do *Grupo Pilates e Saúde*, os participantes

solicitaram que as atividades fossem realizadas três vezes por semana e com a manutenção do profissional fisioterapeuta.

Discussão

Com a execução do binômio “exercícios terapêuticos” e “educação em saúde” é possível obter o aumento de autonomia funcional e de qualidade de vida, mediante mensurações subjetivas.

Os exercícios terapêuticos, conforme amplamente divulgados, porém não tão amplamente praticados, configuram como uma excelente estratégia para driblar os efeitos negativos do processo de envelhecimento. Idosos ativos gozam de diversos benefícios ao aderirem às práticas corporais.

Lacourt e Marini (2006) realizaram uma revisão sobre os principais fatores envolvidos com o prejuízo da função muscular associado ao envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida dos indivíduos idosos. Verificaram, portanto, que tanto a força muscular quanto a resistência e a potência sofrem significativa redução com o avançar da idade e que este prejuízo da função muscular pode ser considerado um dos principais fatores que interferem na qualidade de vida do idoso.

Matsudo e Matsudo (1992) relatam que a atividade física regular na terceira idade proporciona múltiplos efeitos benéficos em nível antropométrico, neuromuscular, metabólico e psicológico, o que além de servir na prevenção e tratamento das doenças comuns desta etapa da vida (hipertensão arterial, enfermidade coronariana, osteoporose, etc.), melhora significativamente a qualidade de vida do indivíduo e sua independência.

Portanto, a inserção dos exercícios terapêuticos do Método Pilates nas ações de saúde da AB garante a popularização dele, até então elitizado, bem como a democratização de seus efeitos positivos ao corpo humano. Infelizmente, na maioria dos casos, quando um profissional decide abordar este tipo de metodologia com a comunidade, não recebe treinamento por parte da gestão em saúde. Logo, o custeio deste método, por vezes é suportado pelo profissional.

Um importante exemplo a ser mencionado, e que corrobora as informações anteriores, é o estudo de Rodrigues *et al.* (2010), no qual o objetivo foi avaliar o efeito do Método Pilates na autonomia funcional de idosas. As voluntárias foram submetidas 10 exercícios, por oito semanas, duas vezes por semana. Em sua avaliação final, a prática do método gerou, pois, melhora significativa do desempenho funcional das idosas estudadas.

As abordagens de educação em saúde, carinhosamente chamadas pelos participantes de “bate-

papo”, são tratadas através da metodologia da problematização. Desta forma, todos os indivíduos têm a oportunidade de expressar seus conhecimentos prévios, analisá-los através da mediação de profissionais e, caso necessário, reconstruí-los. Mesmo que não tenha sido avaliado, é esperado que os participantes tenham se empoderado destas informações ao longo dos encontros, introjetando-as nos seus hábitos de vida.

O artigo de Melo *et al.* (2009) tece considerações sobre a educação em saúde como agente promotor da qualidade de vida, a fim de atingir ações e condições conducentes à saúde do idoso no contexto brasileiro. Verificou que o trabalho educacional tem como desafio a integração de conhecimentos dispersos das áreas humanas e biológicas aos saberes populares, pressupondo novas interfaces de atuação no modelo de assistência à saúde.

Segundo Melo *et al.* (2009), a educação em saúde desponta como um elo entre os desejos e expectativas dessa população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

Conclusões

O Método Pilates assegurou o aumento de funcionalidade dos voluntários, bem como da qualidade de vida dos mesmos. As demais atividades de educação em saúde também auxiliaram na obtenção de tais resultados. Portanto, o desenvolvimento de práticas corporais e educativas se mostrou benéfico, concretizando o princípio da integralidade, englobando o sistema “mente e corpo”.

Mediante busca bibliográfica, notou-se uma grande escassez de artigos relativos à aplicação do Método Pilates em conjunto com outras propostas de educação em saúde na coletividade. Esta constatação é lamentável, na medida em que a combinação dessas condutas traria diversos benefícios para o SUS.

Ao se promover saúde, conseqüentemente se previne doenças, reduz-se o número de indivíduos na busca pelas atenções secundárias e terciárias de saúde, mais onerosas aos cofres públicos quando comparadas à criação de grupos de Pilates e Saúde na AB.

Logo, através desta atividade coletiva e de educação em saúde, os idosos construíram novos pensamentos e modificaram seu cotidiano. Relataram que gostam da interação e da união entre os participantes, das músicas e dos exercícios. Em relação aos resultados obtidos, mencionaram mais flexibilidade, menos dores, mais disposição, mais agilidade e melhora na autoestima e na postura.

Portanto, a implantação de atividades coletivas e de educação em saúde na AB, focada no cuidado coletivo, bem como a produção literária sobre este tipo de trabalho

e a documentação dos resultados obtidos mediante aplicação na comunidade, devem ser fomentados. Assim, estas práticas ganham força perante os gestores e equipes de atenção à saúde, garantindo benefícios à população usuária do SUS e contribuindo à comunidade acadêmica.

Agradecimentos

Por colaborarem em suas áreas de atuação nas atividades do *Grupo Pilates e Saúde*, expresso gratidão aos colegas: psicóloga Aline Vizenteiner Thives de Macedo, farmacêuticas Caroline Neitzke Tambosi e Liliani Correa Nunes, fonoaudióloga Cinthia Cristina Eble Keske, enfermeira Jéssica Purnhagen, nutricionista Susana Lago, professores Cláudia Regina Lima Duarte da Silva (FURB) e Luis Otávio Matsuda (UNIDAVI).

Referências

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 9 abr. 2017.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 116 p.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad19.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 9 abr. 2017.
- CAPORICCI, S.; NETO, M. F. O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. **Motricidade**, Ribeiro de Pena, v. 7, n. 2, p. 15-24, 2011. Disponível em: <http://cidesd.utad.pt/motricidade/arquivo/2011_vol7_n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2017.
- CARMO, C. M. **Efeito de um programa progressivo de exercícios de reabilitação funcional e de orientação de auto cuidado sobre a dor, mobilidade e equilíbrio em portadores**

de artrite reumatóide. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Faculdade de Medicina São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-29042009-113254/publico/Carolinamdocarmo.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

CURI, V. S. A influência do método Pilates nas atividades de vida diária de idosas. 2009. 69 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/2591/1/412197.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p.114-121, jul. 2006. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/51/44>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MATSUDO, S. M. ; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *R. Bras. Ci. Mov.*, Brasília, v. 6, n. 4, p.19-30, out. 1992. Disponível em: <<https://bit.ly/2JqjXy>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1579-1586, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

NEUWALD, M. F.; ALVARENGA, L. F. Fisioterapia e educação em saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS. *Boletim da Saúde*, v. 19, n. 2, p. 73-82, jul./dez. 2005. Acesso em: <<https://bit.ly/2CO4R2m>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

PICOLLI, F. Efeitos do treinamento proporcionado pelo método Pilates clássico nas aptidões físicas em mulheres saudáveis: um ensaio clínico controlado. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30921/00780558.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

RIBEIRO, K. T. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo. Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. 2011. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2ERUJZ4>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

RODRIGUES, B. G. S. et al. Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 300-305, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n4/03.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

SILVA, A. C. L. G.; MANNRICH, G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. *Fisioter. Mov.*, v. 22, n. 3, p. 449-455, set. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2Db9K6r>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2yFuGyD>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

As melhores companhias em uma horta

Alecrim, sálvia e tomilho

Por requererem os mesmos cuidados, os três vão muito bem juntos e podem ser plantados tanto em canteiros quanto em vasos

Fonte: Revista Natureza



minsauade

Louro e alecrim-rasteiro

O alecrim-rasteiro cresce rente ao solo e tem raízes rasas, enquanto o louro cresce para cima e tem raízes profundas



Eles podem ser plantados juntos, para economizar espaço, sem que um atrapalhe o outro

Manjeriço e tomate

Esses dois foram feitos um para o outro:

além de terem características de cultivo parecidas – gostam de sol e de bastante água – o aroma do manjeriço afasta pragas e insetos do tomate



O mais indicado é plantar o tempero no começo e no fim das fileiras de tomate

Alface e cenoura

A dupla que é sucesso na salada também se dá bem na horta!

Assim como o louro e o alecrim-rasteiro, elas não competem por espaço – enquanto a raiz da cenoura é profunda, a da alface é mais superficial



As propriedades alopatóicas compatíveis favorecem o cultivo combinado dos dois vegetais



Experiência de um Grupo de Orientações a Cuidadores de Idosos na cidade de Timbó

Fernanda Vicenzi Pavan¹, Ana Paula de Oliveira¹, Olívia Brait¹, Michele de Almeida Alves Riboli², Ana Karolina Longo Boaventura³, Luíze Amanda Salvador³, Ademir Luiz Manfrini⁴, Leila Fátima Floriani Claudino dos Santos⁴, Maira Lúcia Cipriani⁵, Rúbia Graziela Tomasoni⁶, Silvana Longo⁷

Introdução

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, (CARVALHO & GARCIA, 2003). Segundo o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, o aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, nas últimas décadas do século passado, mudaram o perfil demográfico do Brasil. Rapidamente, deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento tornou-se questão fundamental para as políticas públicas (BRASIL, 2003b). No Brasil, é definida como idosa a pessoa quem tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003a).

Os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população. Esta proporção chegará a 14% em 2025 (32 milhões de pessoas idosas), segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) prevê que em 25 anos chegaremos a ter 15% da população total composta por pessoas com 60 anos ou mais. Segundo o Estatuto do Idoso, artigo 3, parágrafo I “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”, ainda no parágrafo II no mesmo artigo, “que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos” (BRASIL, 2003a).

Neste contexto, Políticas Públicas de Saúde direcionadas a esta população são relevantes. Assegurar a atenção à população acima de 60 anos de idade tem dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública – as pessoas idosas com alto grau de dependência funcional. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades, tendo como uma das metas ampliar a sua participação social (LOLLAR; CREWS, 2002). Por isso mesmo, é de suma importância oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

Quanto ao local de moradia, as pessoas idosas podem estar no ambiente familiar ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Destaca-se que cuidados institucionais não são práticas generalizadas nas sociedades latinas além do que, é consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência das pessoas idosas em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Esta incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde (VERBRUGGE; JETTE, 1994). Ela

¹Fisioterapeuta

²Psicóloga

³Nutricionista

⁴Profissional de Educação Física

⁵Farmacêutica

⁶Assistente social

⁷Fonoaudióloga

também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (HÉBERT, 2003). Ressalta-se que a incapacidade é mais um processo do que um estado estático (IEZZONI, 2002). Outro termo utilizado é a dependência, que é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (HÉBERT, 2003).

Considera-se pessoa idosa frágil ou em situação de fragilidade aquela que vive em ILPI, encontra-se acamada, esteve hospitalizada recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional ou viva situações de violência doméstica (BRASIL, 2006).

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a favorecer o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com a pessoa idosa frágil e sua família.

Cabe enfatizar que a existência de uma fragilidade ou incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (NÉRI; SOMMERHALDER, 2002).

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado (BRASIL, 2008).

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que define o cuidador como alguém que

“cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Para Leonardo Boff (1999), tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Assim, “o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentada. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia, da convivência” (BOFF, 1999).

Justificativa

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são

colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. A presença do cuidador nos domicílios tem sido mais freqüente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares, sem contar a diminuição de custos para a família e ao Estado (SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011).

No município de Timbó, em Santa Catarina (SC), existem 5.997 pessoas com idade acima de 60 anos, para uma população de 41.692 habitantes (DATASUS, 2015).

O grupo de orientações a cuidadores de idosos foi uma necessidade percebida pelos fisioterapeutas do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) em 2011, durante visitas domiciliares.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde das pessoas idosas e a importância do ambiente no qual está inserido. Entretanto, em Timbó, percebe-se em algumas situações, cuidadores com dificuldade em desenvolver ações e cuidados que promovam a autonomia e o protagonismo das pessoas idosas.

O cuidador, geralmente leigo, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparado podendo enfrentar situações bastante delicadas e estressantes. Daí a necessidade de desenvolver ações de capacitação com os cuidadores preparando-os para o cuidado, afim de que estes possam contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas.

Objetivos

► Orientar comunidade em geral (cuidadores ou não) e agentes comunitários de saúde (ACS) do município de Timbó – SC para desenvolver práticas provedoras de saúde na atenção à pessoa idosa;

► Esclarecer, de modo simples, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, estimulando o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade.

Objetivos específicos

► Sensibilizar os cuidadores para o cuidado integral e de qualidade;

► Facilitar a inserção/reinserção social de pessoas idosas com limitações funcionais;

► Diminuir a dependência da pessoa idosa;

► Aumentar a autonomia das pessoas idosas

▶ Promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

Desenvolvimento

O grupo de orientações a cuidadores de pessoas idosas teve início no segundo semestre do ano de 2011. Desde 2012, os encontros são realizados duas vezes por ano, no primeiro e segundo semestres. Os participantes são ACS e pessoas da comunidade, que, em geral, já cuidaram de alguma pessoa da família.

São realizados um total de 06 encontros por grupo, com duração de 03 horas. Utiliza-se recursos como multimídia, vídeos curtos, folders desenvolvidos pela SMS, uso de materiais que possibilitem uma experiência como pessoa idosa. Limita-se as inscrições para até 20 pessoas por grupo, a fim de proporcionar um ambiente mais criativo e reflexivo.

Os mediadores dos encontros são profissionais da SMS de Timbó e Corpo de Bombeiros. O Corpo de Bombeiros foi convidado a participar dos encontros desde 2012, a partir de sugestões dos próprios participantes, que sentiam falta dos conteúdos de primeiros-socorros. Cada encontro é mediado por dois profissionais de formação profissional diferente. Abaixo estão relacionados os profissionais e seus respectivos temas:

- ▶ Bombeiros: primeiros socorros;
- ▶ Médico geriatra: alterações fisiológicas e patológicas no envelhecimento, prevenção de doenças e qualidade de vida;
- ▶ Enfermeiro: higiene corporal, vestimenta, prevenção e cuidado de úlceras de pressão, prevenção e cuidado de assaduras, cuidados com ostomia;
- ▶ Dentista: cuidados com a boca (doenças bucais, cárie, sangramento de gengivas, feridas, cuidados com a prótese);
- ▶ Nutricionista: alimentação saudável, orientação alimentar para aliviar sintomas como náuseas e vômitos, dificuldade para engolir, intestino preso, alimentação por sonda;
- ▶ Farmacêutico: cuidados com a medicação, separação de medicamentos e material curativo, sugestões de organização, plano de medicação diária;
- ▶ Assistente Social: serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada, maus tratos (o que o cuidador pode fazer em situações de maus tratos);
- ▶ Fisioterapeuta: acomodando a pessoa na cama (deitada de costas, de lado, de bruços), mudanças de decúbito, transferências (da cama para cadeira de rodas,...), auxiliando a pessoa cuidada a caminhar; adaptações ambientais;
- ▶ Fonoaudiólogo: aspectos da deglutição, fala,

mastigação;

▶ Psicólogo: cuidados psicológicos entre cuidador e cuidador, dificuldade de comunicação após um acidente vascular cerebral e ou decorrente de demência, como enfrentar a dificuldade memória, dicas para ajudá-los, reconhecer o fim, cuidando do cuidador;

▶ Profissional de Educação Física: importância da atividade física regular, orientações de exercícios para o cuidador.

A divulgação do grupo é realizada por meio de murais nas Unidades de Saúde da Família, pelas equipes de saúde nas ações na comunidade, com cartazes na Policlínica de Referências, convites deixados em padarias, supermercados e divulgação na rádio mais ouvida da cidade.

As inscrições são realizadas pessoalmente em qualquer um dos dois NASF que o município possui, onde os interessados falam sobre as suas expectativas. Os profissionais então esclarecem os objetivos do grupo de orientações e o interessado assina o formulário de inscrição.

O grupo de orientações a cuidadores de pessoas idosas acontece às segundas-feiras, das 08h às 11h, na sala de reuniões da Policlínica de Referências de Timbó, por se tratar de um ponto central e de fácil acesso na área urbana do município.

Resultados e discussão

Os resultados foram observados nas visitas domiciliares pela equipe de saúde. É notável a segurança do cuidador no que se refere à atenção à pessoa cuidada. Observa-se melhores cuidados com as mudanças de decúbito, com a pele e com a rotina de exercícios.

Acredita-se que esses resultados são alcançados porque os cuidadores foram instrumentalizados no grupo de orientações e portanto, sabem para quê serve cada atividade a ser realizada com a pessoa cuidada, transformando sua prática, como pode-se observar no seguinte depoimento:

[...] tenho consciência que pequei algumas vezes por falta de conhecimento. Por isso estou grata por esse aprendizado. (P5)

Apreendi coisas que pareciam simples mas que não estava correto, por exemplo, os remédios que minha paciente tomava, todos juntos e ainda com café ou refrigerante. (P2)

Alguns cuidadores relatam maior segurança após participarem do grupo e reconhecem a importância de manterem seu próprio cuidado:

Gostei porque ele (o grupo) esclareceu várias dúvidas de como poder passar segurança ao idoso [...] também foi muito bom aprender a me cuidar. (P1)

Alguns cuidadores ainda relatam a importância de preencher o tempo das pessoas idosas com atividades físicas e atenção, envolvendo sempre a afetividade:

Como é importante não deixá-los (os idosos) acomodados mas exercitando eles para o seu próprio bem-estar. (P3)

Se eu praticar tudo o que foi passado para nós através das aulas, terei o dia preenchido com atividades físicas, musculares e com muito mais carinho e amor [...] (P4)

Considerações finais

Com o aumento da proporção de brasileiros com mais de 60 anos há que se voltar o olhar para o cuidado integral destas pessoas e valorizar suas potencialidades.

Com o grupo de orientações a cuidadores de pessoas idosas conseguiu-se mobilizar os cuidadores para voltarem seus cuidados às práticas promotoras de saúde, proporcionando às pessoas cuidadas maior autonomia e menor dependência.

Além disso, a capacitação em grupo é uma importante estratégia que pode permitir que os cuidadores sintam-se parte fundamental do processo de cuidado e também que possam ressignificar seu próprio trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 70p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://docplayer.com.br/6613-Ministerio-da-saude-estatuto-do-idoso-serie-e-legislacao-de-saude-1-a-edicao-2-a-reimpressao.html>>. Acesso em: 23 jan. 2017

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003b. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 jan. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 02 fev. 2017

CAMPINAS (SP). Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS CAMPINAS). **Manual para Cuidadores Informais de Idosos**: guia prático. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas, 2004. 102 p. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO087.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da População Brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 725-733, mai./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 855-863, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a17v16s1.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

LOLLAR, D. J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. *Annual Reviews in Public Health*, 24, 195-208, 2003.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?/ Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 8. p. 253-292.

VERBRUGGE, L.M.; JETTE, A.M. (1994) The Disablement Process. **Social Science and Medicine**, 38, 1-14. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1). Acesso em: 24 jan. 2017

HÉBERT, R. La perte d'autonomie. **Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie**. V.3, p. 33-40, jan- fev./2003.

IEZZONI, L.I. Using Administrative Data to Study Persons With Disabilities. **The Milbank Quarterly**, 80 (2): 347-379, 2002.

NERI, A.L. & SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador**. Em A. L. Neri (Org.), Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais (pp. 9-63). Campinas, SP: Alínea, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: MEC, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso em 15 jan. 2017

PASSO A PASSO ÀS VERSÕES ON-LINE DA REVISTA

NOTÍCIAS EM DESTAQUE



Comunicado: Vigilância Epidemiológica de SC divulga resultado da campanha de vacinação contra poliomielite e sarampo

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES), informa que a

SERVIÇOS DISPONÍVEIS

- > SERVIÇOS PARA O CIDADÃO
- > GESTORES DA SAÚDE
- > PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- > SERVIDORES DA SES
- > PRESTADORES DE SERVIÇOS

1 Ao acessar a página www.saude.sc.gov.br, no menu lateral, clique em **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Serviços > Profissionais de Saúde

Profissionais de saúde

2 Na página **Profissionais de Saúde**, clique em **Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde**.

- > Assistência Farmacêutica - DIAF
- > **Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde**
- > Celebração de Convênios
- > Comitê de Segurança do Paciente das Unidades Próprias da SES/SC - COSEP

Serviços > Gestores da Saúde > Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde

▶ ATENÇÃO BÁSICA - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Publicado: 07 Maio 2018

A Atenção Primária a Saúde envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

É a Estratégia Saúde da Família (ESF) escolhida como reordenadora do modelo assistencial e vem, desde 1994, consolidando o sistema e coordenadora do cuidado, e assim, firma-se como fundamental na estruturação das redes de atenção. A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para o acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

3 Na página **Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde**, clique em **Revista Catarinense de Saúde da Família**.

GEABS

- > Estrutura/Contatos
- > **Revista Catarinense SF**
- > Informativo AB
- > Câmara Técnica da AB
- > Telessaúde/SC

Núcleo de Monitoramento e Avaliação

- > Cofinanciamento AB
- > Monitoramento e Avaliação

Núcleo de Tutoria

- > Estratégia Saúde da Família (ESF, eSB, ACS, Nasf AB)
- > Núcleo Ampliado Saúde da Família-AB
- > Programa Nacional de Melhoria

Resultado Busca > Revista Catarinense de Saúde da Família > Revista Catarinense de Saúde da Família

REVISTA CATARINENSE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Publicado: 07 Dezembro 2016

- > 14ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 13ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 12ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 11ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 10ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 9ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 8ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 7ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 6ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 5ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 4ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 3ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 2ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > 1ª - Revista Catarinense de Saúde da Família
- > Critérios para publicação de trabalhos na Revista Catarinense de Saúde da Família

4 Agora é clicar na **edição da Revista Catarinense de Saúde da Família** que você deseja ler, pesquisar ou baixar (salvar o arquivo em PDF).

O Acolhimento como estratégia de inserção da Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde

Honorina da Silva¹, Josué Cruz²

Introdução

A saúde tornou-se direito de todos os cidadãos brasileiros a partir de sua inserção na Constituição Federal de 1988, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990, que reconhece a saúde enquanto direito humano, promovendo ainda a necessidade de instituir uma rede ampliada de serviços de saúde e o acesso a dispositivos de cuidado à saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 1990).

Esse direito fundamental – a saúde – foi fruto de um percurso marcado por movimentos sociais importantes, como o movimento sanitário brasileiro, que teve seu apogeu na década de 1980 e como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e, para o foco do trabalho apresentado neste relato, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se iniciou no final da década de 1970.

Esse último movimento citado, por sua vez, foi significativamente importante para transformações na forma de atenção à saúde dos sujeitos com sofrimento psíquico. Sabe-se que, a partir dos novos conceitos e concepções da saúde, esta deixou de ser apenas a ausência de doença. Longe disso, está articulada à história de vida dos sujeitos, deixando de ser uma luta contra a doença, mas para além disso, uma forma de atenção ao próprio modo que o sujeito vive e se relaciona com a vida. Por consequência, a atenção aos portadores de intenso sofrimento psíquico que se dava

prioritariamente de forma hospitalar e a partir dos dispositivos sustentados a partir de uma disciplina, a psiquiatria, passou a ser desenvolvida por equipe multiprofissional, em serviços substitutivos, fundamentalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e, mais recentemente, incorporada nos processos de trabalho das equipes dos serviços de Atenção Básica (AB).

Com o aumento de lugares para acompanhamento de saúde, sabe-se que milhões de brasileiros acessam os serviços públicos de saúde, cientes ou não de seus direitos, com suas necessidades peculiares e demandas particulares. É a partir de suas próprias demandas que um sujeito/usuário se encontra com os serviços do SUS.

Nessa busca de auxílio para alguma questão de saúde, o usuário do SUS depara-se com serviços com sua organização específica e que apresentam regras e normas para acesso. Com suas dores e anseios, o sujeito/usuário trilha os caminhos institucionais para o acesso, que dizem respeito a qualquer um, mas com questões que o caracterizam como único. No encontro dessas duas realidades, a dos serviços de saúde e a vida de cada sujeito/usuário, é que se estabelecem relações que caracterizam as interações mais ou menos qualificadas, e, é nesse contexto, que se dá a discussão sobre o dispositivo de acolhimento.

Inquietado com questões que remetem ao acolhimento desses sujeitos/usuários, um pequeno coletivo de profissionais de um Ambulatório Geral de Saúde em AB da

¹Socióloga e assistente social

²Psicólogo e psicanalista

cidade de Blumenau, em Santa Catarina (SC), criou um Espaço de Acolhimento específico, lugar de livre ingresso, sem pré-requisitos de encaminhamentos, e que pode ser acessado por qualquer cidadão que tenha uma questão de saúde.

As práticas desenvolvidas no Espaço de Acolhimento pautam-se em princípios da clínica ampliada e da escuta qualificada (BRASIL, 2013a). Elas ocorrem por meio de ações em saúde mental na AB, pautando-se no reconhecimento da singularidade e pluralidade como constitutivas das experiências humanas, e, por conseguinte, da subjetividade. Neste sentido, o espaço de acolhimento dá vez e voz aos sujeitos/usuários e sem a necessidade de apoiar-se na dicotomia físico/mental, afirma-se como um dispositivo de produção de subjetividades.

Essas ações de acolhimento têm se demonstrado um recurso importante para os usuários que aderem à proposta, como também para os profissionais que participam direta e indiretamente do processo.

Justificativa

Frente a uma crescente demanda direcionada aos serviços de referência em Saúde Mental, os CAPS e a escassez de dispositivos de atenção à saúde mental na AB, identificou-se a necessidade de ampliar o acesso aos sujeitos que procuram auxílio para essa área no ambulatório geral de saúde. Afora os atendimentos psicológicos e atendimentos esporádicos de outros profissionais que focam a saúde mental; alguns grupos de promoção de saúde que abordam questões da saúde mental de forma indireta; e os encaminhamentos aos CAPS, constatou-se a inexistência de outros dispositivos que tomassem o cuidado às demandas de saúde mental como foco de intervenção, fato que por si só evidenciou a necessidade de criar novas práticas com o intuito de qualificar a atenção e ampliar o acesso dos usuários.

Os modelos de atendimentos centrados apenas no saber biomédico não conseguem abordar as várias facetas que constituem a complexidade do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Para que isso ocorra, as demandas em saúde mental devem ser objeto de escuta qualificada pelos profissionais de saúde da AB em todos os períodos e funcionamentos dos serviços. Faz-se necessário que todos os profissionais que atuam na AB incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental, na prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade e a singularidade das pessoas, no território (BRASIL, 2013b).

A iniciativa de criação do dispositivo de acolhimento pretende ampliar e reforçar a importância da escuta, progressivamente, durante todo o período de

funcionamento da unidade, com o objetivo central de oferecer atendimento integral às pessoas com demandas em saúde mental, no território. Além disso, espera-se que os resultados do projeto ocasionem o envolvimento progressivo dos demais profissionais de saúde do ambulatório geral nesta lógica de atenção.

Objetivo geral

Ampliar o reconhecimento e o acesso das demandas em Saúde Mental na Atenção Básica a partir de uma estratégia de acolhimento.

Objetivos específicos

- ▶ Fortalecer o acolhimento/escuta como estratégia essencial de cuidado na atenção às pessoas em sofrimento psíquico;
- ▶ Estimular a participação dos profissionais do ambulatório geral de saúde nos espaços de formação em saúde mental;
- ▶ Ampliar e fortalecer a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, na Atenção Básica, referenciando para os outros níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município, quando necessário e ou indicado;
- ▶ Possibilitar que a atenção em saúde mental seja para além de práticas prescritivas e centradas no modelo queixa-conduta.

Desenvolvimento

O Espaço de Acolhimento em Saúde Mental do ambulatório geral de saúde na AB do município de Blumenau iniciou-se com um grupo de trabalhadores, representantes da Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social. Inquietados com o cotidiano das ações e serviços, e, percebendo os limites quanto às ações direcionadas às demandas em saúde mental no ambulatório geral, passaram a procurar na literatura atual subsídios teóricos que instrumentalizassem a criação de novos dispositivos de atenção à saúde, na perspectiva do acolhimento. Após reuniões, discussões da realidade do território e do papel deste ambulatório nesse contexto e das teorias estudadas, este grupo de trabalhadores implantou o Espaço de Acolhimento em Saúde Mental.

O percurso de estudo e discussão de teorias e experiências realizadas em outros municípios corria paralelamente a problematização da realidade local, considerando as características do público que acessa os serviços do ambulatório, as formas de intervenção realizadas pelos profissionais, a relação destas com outros equipamentos públicos que visam o cuidado com os usuários/cidadãos e um permanente questionamento

sobre o ambulatório como instituição neste contexto.

Identificou-se que o ambulatório de saúde situado na região sul da cidade de Blumenau, área populosa, com aproximadamente sessenta mil habitantes, atua neste território junto de mais 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse número de equipes não garante cobertura de todo o território. Ambulatório geral é uma nomenclatura específica do município e tem duas funções precípuas: ser um ambulatório geral de referência – contando com algumas áreas médicas como: clínica geral, pediatria e ginecologia, bem como outras categorias profissionais, sendo: psicologia, fonoaudiologia, serviço social, fisioterapia, farmácia, nutrição e odontologia – e ser porta de entrada para a população que ainda se encontra fora da cobertura territorial dos serviços da ESF, fazendo a função da AB.

Ainda, nesse processo inicial de apropriação da problemática “atenção à saúde mental” no ambulatório geral, viu-se que parte significativa das demandas atendidas pelos diversos profissionais remete diretamente ao campo da saúde mental e que as formas de atenção à essas situações eram reduzidas a um pequeno número de ações, caracterizadas por consultas e atendimentos individuais, prescrição de medicamentos, participação em grupos de caráter educativo onde as demandas de sofrimento psíquico aparecem mas nem sempre são tomadas como foco e prioridade de intervenção e encaminhamentos aos CAPS II, Álcool e drogas e infantojuvenil.

Por fim, e como conclusão desse processo diagnóstico que justificou o Espaço de Acolhimento em Saúde Mental e já se caracterizou como o próprio início do projeto, notou-se limitações e dificuldades quanto ao estabelecimento de parcerias com outros equipamentos públicos e comunitários, como escolas, Centros de Educação Infantil (CEI), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), comunidades terapêuticas, igrejas, distrito municipal (estrutura de descentralização do poder executivo), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Saúde do Idoso, etc. Frente a todas estas constatações, o grupo de profissionais entendeu que a criação do Espaço de Acolhimento ampliaria a capacidade de se responsabilizar pelas demandas de saúde mental e ao mesmo tempo tencionaria um movimento de responsabilização dos profissionais pela realidade de seu território.

Definida a criação do espaço de acolhimento e após esse período de estudos e construção da proposta, iniciou-se o projeto com encontros semanais, com horários fixos e acesso livre. A fim de divulgar o projeto, foram enviados e-mails às ESF da região e divulgada a proposta e o funcionamento do projeto por mais de 01 ano nas reuniões semanais de matriciamento em 08 equipes da

ESF. Ainda em relação à parceria com outras instituições, de acordo com a chegada de demandas de saúde mental ao ambulatório geral, especialmente ao serviço de psicologia, foi explicado ao Conselho Tutelar, aos CRAS, aos CEI, aos CAPS e às escolas como poderiam auxiliar no acesso dos usuários a esse tipo de atenção.

A divulgação nesses equipamentos públicos não foi pontual, ocorreu de forma constante e frequente, entendendo que uma mudança de paradigma envolve paciência e investimento, inclusive pelo fato de alguns usuários não aceitarem de imediato sua participação em um dispositivo que pelo menos em parte, envolve participação coletiva. Mas, tão importante quanto o envolvimento com os parceiros de outras instituições foi à criação de laços diferenciados com os profissionais do próprio ambulatório geral, resultando na abordagem desses de forma individualizada, explicando os objetivos do projeto e enfrentamento das dificuldades dos profissionais da recepção do ambulatório, principais divulgadores do projeto. Foram especialmente esses profissionais que tiveram que assumir o papel de apresentar essa possibilidade de atenção à saúde dos usuários como viável, visto que estes últimos, com raras exceções, vinham procurar somente consultas individuais.

Durante algum tempo, e em parte isto ainda persiste, percebe-se que muitas pessoas com demandas relacionadas à saúde mental tinham tão somente suas consultas agendadas para o médico na recepção da unidade. Existia também uma dificuldade de comunicar aos usuários encaminhados que não se tratava pura e simplesmente uma atividade de grupo. Tentamos a todo o momento descaracterizar essa representação. Não era um grupo com objetivos e ações específicas. É um espaço de acolhimento, composto por um momento coletivo, onde inclusive, no início da reunião alerta-se a não necessidade de expor questões caso não estivessem à vontade para trazer algum assunto pois, em sequência, se possibilitam momentos de atendimento individual. O espaço procura não se engessar somente nas atividades das segundas, às nove horas. Este é o horário fixo de encontro, sendo que algumas questões, por conta de sua urgência, demandavam ações que desde o início considerava recursos fora dos encontros.

Os encontros ocorrem todas as segundas-feiras, às nove horas, com duração de uma hora e quinze minutos, sendo reservado espaço para atendimentos individuais após a reunião, a partir de demandas reconhecidas de encontros anteriores e ou de questões emergentes ocorridas na própria reunião. Destacam-se nessa organização a participação em média de doze usuários por encontro, sendo de livre escolha a participação, seja ela sistemática (toda segunda-feira) ou alternada,

conforme decisão do usuário. Nesse fator participação, também temos usuários que participam em um único momento, não retornando mais, e usuários que estabelecem vínculo com o espaço participando dos encontros por tempo indeterminado. Estes momentos são dedicados à formação de laços, a avaliação e diagnóstico de situações, alinhavados acordos, realizados encaminhamentos, definidas estratégias que constituem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e mesmo intervenções pontuais a partir de elementos surgidos no encontro coletivo ou que apareceram no atendimento individual.

Por conta desse contexto e com o ingresso na equipe de mais profissionais assistentes sociais e psicólogos, devido à ampliação do quadro técnico, está se organizando outro espaço de encontro no período vespertino, ampliando ainda mais o acesso de usuários aos dispositivos de cuidado e acolhimento em sua saúde mental.

Resultados e discussão

Vê-se que tal iniciativa, o espaço dos encontros de acolhimento, tem descaracterizado o serviço de atendimento aos casos que envolvem intenso sofrimento psíquico no ambulatório geral. Antes, havia a preponderância das consultas individuais com algumas especialidades. Depois, para além dessas, que não deixaram de existir, há o espaço de recepção em saúde mental, um dispositivo com responsabilidade da equipe multiprofissional.

Tal mudança de perspectiva evoca um tensionamento na mudança de paradigma sobre os atendimentos, focados na responsabilização coletiva dos profissionais e na multi ou interdisciplinaridade, mas também explicita os limites da presente proposta: apenas três categorias profissionais se envolveram de forma direta no processo. Entretanto, várias outras participam de forma mais discreta.

Nota-se também que o Espaço de Acolhimento ampliou a capacidade de reconhecer e receber demandas relacionadas à saúde mental. Mais usuários acessaram recursos para lidarem de forma diferenciada com seu processo saúde-doença. Além dos casos em que as demandas eram explícitas de saúde mental, outras situações, que vieram ao ambulatório geral por conta de outros tipos de demandas, mas que geraram sofrimento (e suas diversas formas de expressão: estresse, tensão, medo, ansiedade, angústia, tristeza, desespero, angústia, lutos, etc...) começaram a ser efetivamente acolhidas.

Os encaminhamentos para dentro e fora desse espaço de saúde passou a ser desencadeado somente a partir de escuta e mediante a necessidade de possibilitar o acesso a recursos que não se encontram no ambulatório geral

(articulação com a rede intersetorial). Ao invés do repasse da responsabilidade, assume-se o lugar de protagonismo no cuidado da saúde do sujeito/usuário, próprio da atenção básica de saúde.

O dispositivo também tem possibilitado questionar qual tipo de acesso é ofertado pelo serviço. O acesso implica na garantia de direitos dos cidadãos, mas, não deve ser tomado apenas do ponto de vista quantitativo. É necessário questionar a qualidade de tal acesso e a que ele serve em termos de produção de saúde. Trata-se de um acesso a dispositivos prontos que podem, ou não, ser utilizados, relegando ao sujeito/usuário um papel passivo, ou para além disso, o acesso a um lugar de cidadão e sujeito/usuário, que implica numa posição ativa no contato com os serviços e profissionais de saúde.

A abordagem do processo saúde-doença adquiriu contornos específicos. Ao invés de tratar o sintoma manifesto ou *stricto sensu*, tratar a doença, acolhe-se a demanda que é endereçada a alguém e é este lugar específico que deve ser ocupado pelo profissional de saúde que se dispõe a acolher: como aquele para quem a demanda foi endereçada. É a partir desse lugar que é possível reconhecer elementos constituintes da singularidade de cada sujeito. Amplia-se, nesse sentido, o papel do profissional de saúde: ele não se ocupa da entidade abstrata chamada doença (que existe à revelia da vida do sujeito/usuário). Ocupa-se com o reconhecimento de uma demanda e dos fatores que a constituíram: elementos conscientes e manifestos; e inconscientes e não-ditos manifestados através da fala do usuário, entrelaçados aos destinos engendrados em sua própria história.

A escuta que se atém à doença fica no plano da queixa/conduta. Ao chegar a uma instituição de saúde, o sujeito/usuário explicita um mal-estar, um sofrimento – queixa-se de algo. Dar resposta à queixa é correr o risco de medicalizar aquilo que foi explicitamente anunciado. Mas, junto desta exposição de motivos por acessar um serviço de saúde, o sujeito/usuário traz elementos de sua história, que estruturam um emaranhado caracterizado pela reclamação (queixa) e um pedido endereçado àquele profissional de saúde, trazendo as marcas do sujeito/usuário que se anuncia. Aí já se está no plano da demanda. Logo, escutar a queixa é diferente de escutar o sujeito. A fala deve ser privilegiada para fazer aparecer outra dimensão da queixa, a fim de singularizar o pedido de ajuda (FIGUEIREDO, 1997).

Ao acolher a demanda e não respondê-la imediatamente, amplia-se o alcance das intervenções e as possibilidades em termos de tecnologias leves produzidas na relação com o usuário (MERHY, 2000), deixando de priorizar a supressão do sintoma para produzir novas possibilidades relacionadas à vida, através da criação de

novos laços sociais, inclusive aqueles ligados a sua própria doença.

O acolhimento permite, a partir da escuta qualificada, reconhecer elementos da história e posições subjetivas de cada sujeito. Diferente do lugar comum – e genérico – de usuário (anônimo) do sistema de saúde constrói-se a partir da relação com o sujeito/usuário, um lugar excepcional, demarcado pelo reconhecimento de estilos próprios de viver a vida. Assume-se, na prática, um modo de atuar focado na ótica sujeito/usuário/centrada. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 6).

A escuta dos usuários centra-se em reconhecer a singularidade constituinte de suas vidas e o quanto os relatos que envolvem sofrimento psíquico apresentam-se enquanto urgência ou implicam em processos de desorganização que caracterizam desamparo. A essas situações tenta-se responder com a oferta de recursos imediatos. Estes, por sua vez, podem ser encontrados nos próprios encontros, onde as identificações e os questionamentos existenciais propiciam encaminhar situações resolutivas ou implicam no acesso a recursos a partir de conversas individualizadas. Neste sentido, não importa que os sujeitos participem ativamente da dinâmica grupal. Sua participação não é avaliada enquanto desempenho e nem pela assunção de papéis explícitos nas reuniões. Considera-se sua participação como um modo de se expressar frente a outros. Mesmo não falando no espaço coletivo, vê-se nos atendimentos individuais que as falas de outros, por vezes, tocam o sujeito que as escuta.

Para os profissionais, essa experiência de acolhimento tem possibilitado a realização de práticas produtivas e inovadoras. Além de envolver diretamente os profissionais que participam do espaço semanalmente, tem provocado discussões entre outros profissionais do ambulatório geral que encaminham usuários e que divulgam a proposta. Para fora deste serviço, verifica-se que profissionais das equipes de ESF da região contam com o espaço de acolhimento como mais um recurso para as situações de saúde mental, bem como a equipe de matriciamento apresenta para as unidades de saúde matriciadas o espaço como uma referência de acolhimento em saúde mental.

Conclusão

O dispositivo de atenção à saúde mental criado no ambulatório geral de saúde cumpre a função de

repcionar e de acolher os sujeitos/usuários, visto que os conceitos, concepções e instrumentos utilizados no trabalho permitem reconhecer essa realidade. A escuta qualificada possibilita a formação de vínculo e a identificação e manejo com elementos que caracterizam a singularidade do sujeito/usuário recepcionado.

O espaço tem propiciado aos usuários do ambulatório geral novas possibilidades de lidar com os fatores de sua subjetividade. O reconhecimento de particularidades dos fenômenos que afetam diretamente a vida tem ensejado atos de enfrentamento e busca por novas possibilidades em lidar com as consequências de seus sintomas e, além disso, de modo geral, com as coisas da vida. Nessa ação se observa que o número de participantes no encontro semanal tem crescido e que em parte se mantém assíduos e em parte se alternam.

As experiências de acolhimento têm evidenciado alguns limites e dificuldades. Em primeiro lugar, geram a necessidade de revisão frequente das práticas e referenciais teóricos dos profissionais de saúde envolvidos no processo, visto que algumas estratégias de abordagem de situações são construídas nos encontros entre profissionais e sujeito/usuários, e, para que sejam implementadas, especialmente aquelas que não fazem parte da rotina de trabalho dos profissionais, carecem de novos conceitos para fundamentar as ações e modificar as práticas enrijecidas na caminhada histórica da saúde pública.

Em segundo lugar, apesar de reconhecer que de modo geral os profissionais do ambulatório geral estão mais sensibilizados com a proposta, deparamo-nos com o desafio em incluir os demais profissionais do ambulatório geral no projeto, pois implica em tencionar mudanças no processo de trabalho, envolvendo um claro enfrentamento da lógica biomédica e dos encaminhamentos pautados nas referências e contrarreferências escritas em papel timbrado, sem pactuação de compromissos e responsabilizações frente ao problema de saúde do sujeito/usuário.

Além disso, vê-se a necessidade de fazer com que a ação deixe de ser iniciativa de alguns profissionais, para ser um dispositivo articulado com o processo de trabalho e organização do ambulatório geral como um todo. O fazer profissional articulado e centrado nas demandas reais dos sujeitos/usuários promoverão a articulação com a amplitude e a dimensão das tarefas pertinentes da atenção básica de saúde, incluindo aqui o tema exposto de saúde mental.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017. 514 p. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/ano/CF.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176p. (Cadernos de Atenção Básica nº 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 fev. 2017.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 184 p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ana_Figueiredo19/publication/277658247_Vastas_Confusoes_e_atendimentos_imperfeitos_a_clinica_psicanalitica_no_ambulatorio_publico/links/559d32ae08ae04e36508b3c2/Vastas-Confusoes-e-atendimentos-imperfeitos-a-clinica-psicanalitica-no-ambulatorio-publico.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>>. Acesso em: 17 abr. 2017.



Precisamos de pessoas do seu tipo. #doesangue

Tabela de doação de sangue - Quem doa pra quem

Tipo sanguíneo	Doa para...	Recebe de...
A +	A + AB+	A+ A- O+ O-
B +	B + AB+	B+ B- O+ O-
AB +	AB+	AB+ AB- A+ A- B+ B- O+ O-
O +	A+ B+ AB+ O+	O+ O-
A -	A- A+ AB- AB+	A- O-
B -	B- B+ AB- AB+	B- O-
AB -	AB- AB+	AB- A- B- O-
O -	A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-	O-

Doador Universal: O- Receptor Universal: AB+



saiba mais

DOAÇÃO DE SANGUE

Intervalos para doação de sangue



#saúde nasredes

SUS

/minsauade

Projeto Criança Sorridente

Bruna Lunelli¹, Leila Lidia Rosa²

Introdução

Bombinhas é um município do litoral de SC, está entre os destinos mais belos do país. Sua população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), é de 18.623 habitantes. Na área de saúde pública, Bombinhas conta com 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com Estratégia da Saúde da Família (ESF) e um Pronto Atendimento para Urgências e Emergências. O município se destaca pela qualidade da assistência prestada à saúde da população, com boa pontuação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em SC, no ano de 2015.

Justificativa

Dar atenção à saúde bucal em crianças torna-se importante devido ao fato da experiência de cáries na dentição decídua ser considerada como o mais forte preditor da doença na dentição permanente (CREEDON; O'MULLANE, 2001; LLI, Y.; WANG, 2002; SKEIE *et al.*, 2006). No entanto, a maioria dos serviços e indivíduos tem dado ênfase ao tratamento odontológico na fase infantojuvenil, deixando de lado o que poderia ser priorizado na infância, com medidas de prevenção e promoção de saúde o mais precocemente possível.

A escola deve ser considerada um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em

faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. Apesar disso, poucos programas têm trabalhado de forma multidisciplinar, envolvendo a participação dos professores como agentes multiplicadores de conhecimentos em saúde bucal (VASCONCELOS *et al.*, 2001).

No Brasil, a cárie e as doenças periodontais ainda atingem índices muito superiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim sendo, o grande desafio da odontologia atual é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população. Sabe-se que o conhecimento científico atual assegura a possibilidade de prevenção da cárie dentária empregando-se esse conhecimento em crianças. Desde o nascimento, é possível vê-las passar pela dentição decídua e completar a dentição permanente sem experimentar esta doença (BELLINI, 1991; TAMIETTI *et al.*, 1998). Entretanto, são baixos os índices de higiene bucal das crianças em idade escolar, indicando uma deficiência quanto aos cuidados preventivos nessa faixa etária (SILVA *et al.*, 1985), o que reforça a necessidade de trabalhar junto a estas crianças e seus responsáveis, através de metodologias adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional.

¹Cirurgiã-dentista

²Auxiliar de Saúde Bucal

Nos dias de hoje, devido às atribuições do dia a dia, muitos pais deixam de dar atenção e auxílio para os filhos na hora da higiene bucal, e até mesmo não procuram o dentista para evitar faltarem no trabalho ou a criança na escola, deixando para procurar a UBS só na emergência, dificultando o atendimento do cirurgião-dentista e prejudicando a criança. Baseando-se nesses motivos, o *Projeto Criança Sorridente* foi criado em horário diferenciado para facilitar a adesão por parte dos pacientes, evitando que os responsáveis deixem a criança apresentar alguma sintomatologia dolorosa para iniciar o tratamento e também diminuindo as faltas nas consultas odontológicas.

Objetivo

Melhorar a qualidade de vida das crianças atendidas na UBS, conscientizando a importância da Saúde Bucal através de Promoção e Prevenção da Saúde.

Desenvolvimento

O início do projeto se deu no mês de agosto de 2015 atendendo crianças de 0 a 11 anos, pertencentes à ESF na UBS do bairro Zimbros, onde foi proposto atendimento semanalmente após o horário de expediente da unidade, facilitando a adesão por parte dos responsáveis, diminuindo as faltas das crianças na escola e dos pais no trabalho. O trabalho é desenvolvido pela cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal, contando com o apoio dos três Centros Educacionais Municipais inseridos na região de abrangência da equipe: Centro de Educação Infantil Arco-íris; Centro de Educação Infantil Peter Pan; e Escola Municipal Manoel José da Silva.

São realizadas visitas no início do ano letivo, aonde os escolares de 0 a 11 anos participam de uma triagem. São realizados exames clínicos na própria escola utilizando os seguintes métodos:

a) A criança senta numa cadeira, em local com boa iluminação. Com um abaixador de língua descartável e uma lanterna, a cirurgiã-dentista realiza avaliação visual da cavidade bucal (figura 1).

Figura 1. Realização do exame clínico individual nas escolas



Fonte: Acervo da equipe.

b) Ao ser observada qualquer alteração nos dentes ou tecidos moles, os responsáveis são notificados, através de um bilhete, que devem procurar a UBS para agendamento do procedimento (figura 2).

Figura 2. Atendimento na UBS



Fonte: Acervo da equipe.

A Equipe de Saúde Bucal além deste Projeto, também realiza semanalmente ações de promoção e prevenção da saúde nos Centros Educacionais pertencentes a sua área de abrangência. As ações incluem: escovação supervisionada; aplicação de gel fluoretado; distribuição de escovas dentais; e palestras educacionais sobre Higiene Bucal.

Considerações finais

Na prática, têm-se observado bons resultados desde a implantação do projeto. A comunidade relata satisfação, principalmente ao horário em que o mesmo ocorre, facilitando a procura e diminuindo as faltas na agenda. Através do projeto, a UBS pode oferecer um horário diferenciado sem alteração no funcionamento dela e proporcionar mais vagas para o atendimento odontológico. Nos primeiros 06 meses de implantação foram realizados mais de 100 atendimentos infantis. O projeto possibilitou a melhoria do serviço oferecido à comunidade e também facilitou o acesso ao atendimento odontológico infantil.

Agradecimentos

Agradecemos ao enfermeiro da UBS Zimbros, Jocyceilo Nogueira Franco, às auxiliares de saúde bucal, Maike Sheila Brito e Ariana Socorro Pinheiro Vaz, à Administração Municipal em especial ao Secretário Municipal de Saúde de Bombinhas, Paulo Henrique Dalago Müller, pelo apoio prestado para a realização deste trabalho.

Referências

BELLINI, H. T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. **Bibliot Cien / ABOPREV**, v.3, n.5, p. 2-7, mai. 1991.

CREEDON, M. I.; O'MULLANE, D. M. Factors affecting cáries levels amongst 5-year-old children in Country Kerry, Ireland. **Community Dent Health**, Brownlow Hill, v.18, n. 2, p.72-78, jun. 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, 2017. **Estimativa de população - 2017**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

LI, Y.; WANG, W. Predicting caries in permanent teeth from cáries in primary teeth: an eight-year cohort study. **J Dent Res**, Michigan, v. 81, n. 8 p. 561-566, ago. 2002.

SILVA, H. C. *et al.* Avaliação do paciente sobre práticas de Preventivas em Odontologia. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v.7, n.5, p.47-53, jun. 1985.

SKEIE, M.S. *et al.* The relationship between cáries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. **Int J Paediatr Dent**, Medford, v.16, n. 3, p.152-160, mai. 2006.

TAMIETTI, M. B. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 01, p.33-45, jan./jun.1998.

VASCONCELOS, R. *et al.* Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol**, São José dos Campos, v.4, n.3, set./dez. 2001.

*Dúvidas na sua rotina de trabalho?
Solicite uma teleconsulta!*



**TELECONSULTORIA
ASSÍNCRONA**

**Respostas em até 72h, baseadas
na melhor evidência científica
disponível.**



**TELECONSULTORIA
SÍNCRONA**

Conversas em tempo real!

**FIQUE LIGADO: esse serviço é disponível para
todas as categorias profissionais!**

Estamos juntos para uma Atenção Básica mais resolutiva!



Arte Gestacional e humanização do pré-natal: atuação de enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família

Isabel Cristina dos Santos¹, Jacqueline Aedinet Pruner Polidoro¹, Ana Luiza Marchi¹

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem influenciado notavelmente a ampliação das ações de saúde na população brasileira. O modelo de atenção centrado na APS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é proposta no Brasil como forma de reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da Atenção Básica (AB), apostando no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Conforme a ESF foi se organizando ao longo do tempo, ações foram sendo desenvolvidas para sua efetivação. Uma das ações prioritárias na Estratégia Saúde da Família é a atenção à mulher e família no pré-natal. Esta tem papel decisivo no resultado da gestação, visando à promoção da saúde da gestante e do feto, identificando as situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Infelizmente, o modelo de pré-natal adotado hoje no Brasil vem de encontro a um modelo biologicista, mecânico e

muitas vezes intervencionista, no qual a mulher não é vista como protagonista do momento. Neste caso, a autonomia do profissional da saúde se torna evidente e a verticalização da relação profissional-paciente faz com que a autonomia e o empoderamento da gestante diminuam. Neste sentido, desde os anos setenta, têm acontecido vários movimentos de mobilização das mulheres, para a melhoria de políticas públicas de atenção à saúde e o resgate de seu protagonismo (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou a estratégia Rede Cegonha, que tem por meta a implementação de uma rede de cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada ao pré-natal e parto (BRASIL, 2011a). A humanização no atendimento ao pré-natal está relacionada não apenas em receber a mulher na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas essencialmente no modo como esta grávida é acolhida, considerando sua autonomia, potencialidades e auxiliando no processo de gestação e parto e no entendimento deste novo ciclo (SOUZA; SILVA, 2010).

Diante do exposto, enfermeiras de uma equipe de ESF do município de Itapema, em Santa Catarina, foram instigadas a pensar em estratégias que colaborassem para uma atenção ao pré-natal de forma humanizada. A estratégia selecionada foi o Ultrassom Natural que ficou conhecido no Brasil por meio da parteira mexicana Naoli Vinaver. Este é um registro artístico utilizando uma pintura que mostra como

¹Enfermeira

está a posição do bebê dentro do útero da mãe. Esta Arte Gestacional, lúdica e imaginária, é uma forma bela e sensível de representar o bebê que se encontra no ventre materno, possibilitando o vínculo e conexão da mulher e família com o bebê que está para chegar.

Objetivo

Promover atenção às mulheres no pré-natal de uma forma humanizada, por meio da Arte Gestacional, em uma ESF no município de Itapema – SC.

Objetivos específicos

- ▶ Estimular a presença das mulheres grávidas nas consultas de pré-natal;
- ▶ Fortalecer o vínculo das mulheres grávidas com os profissionais de saúde da ESF;
- ▶ Promover um momento de proximidade entre a mulher, seu filho e a família.

Desenvolvimento

Um dos desafios da atenção à mulher grávida na ESF, é a melhora na qualidade da assistência ao pré-natal. Essa melhoria demanda de uma reorientação do modelo

assistencial que, muitas vezes, se restringe apenas à inserção de gestantes num processo burocrático.

Pensando em possibilitar mudança neste processo de atenção, a Arte Gestacional está sendo aplicada como uma das estratégias de humanização e melhoria de atenção às mulheres no pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família, situada no município de Itapema, Região de Saúde do Vale do Itajaí, estado de Santa Catarina, desde setembro de 2015.

A técnica é iniciada com a palpação da barriga da mulher grávida (Manobras de Leopold) que, em conjunto com a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, permite a localização da posição do bebê. Baseado na posição, com tintas próprias para a pele, laváveis e atóxicas, é realizado um desenho de forma lúdica do bebê que se encontra no ventre materno (Figura 1). A pintura é feita a partir de 30 semanas de gestação, quando a barriga encontra-se de um tamanho ideal para a técnica, embora possa ser feita em qualquer idade gestacional.

A mulher é estimulada a vir acompanhada por pessoas que ela estima, que, caso sintam-se confortáveis, podem ajudar na aplicação da técnica. Aproveita-se o momento para discutir dúvidas, medos, alegrias e angústias, favorecendo o vínculo entre a gestante, família e profissional.

Figura 1. Arte lúdica ilustra o bebê no ventre da mãe



Fonte: Acervo da equipe.

Resultados e discussões

Até o momento cerca de 60 mulheres grávidas participaram da Arte Gestacional. Além do vínculo estreitado e da alegria presenciada, muitas dúvidas são sanadas enquanto se realiza esta técnica e são percebidas a partir das falas das participantes, descritas a seguir:

“Muito obrigada por esse momento vivido por mim e pelo meu marido. Nossa, tirei muitas dúvidas, principalmente em relação ao parto” – M.F.L. 29 anos.

“Ai que lindo, senti como se eu tivesse com minha filha nos braços” – C.D. 27 anos.

Realizou-se o matriciamento de duas ESF de outras UBS do município, compartilhando saberes sobre a Arte Gestacional. O matriciamento é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma

proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011b). Neste sentido, obteve-se a oportunidade de construção de conhecimento compartilhado, matriciando para a realização da Arte Gestacional, enfermeiras do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/UNIVALI (Figura 2).

Considerações finais

Considera-se que a Arte Gestacional proporciona um momento interativo e oportuno, no qual as mulheres grávidas se sentem mais tranquilas e relaxadas e conseguem expressar os seus medos e receios a cerca da gestação, trabalho de parto, amamentação, hospitalização e mudanças que vão acontecer em suas vidas e famílias após o nascimento do bebê. A participação da família

Figura 2. Construção compartilhada de conhecimento pedagógico-terapêutico



Fonte: Acervo da equipe.

também é importante nesse processo porque fortalece o vínculo afetivo.

Esta vivência demonstra que é possível construir alternativas para um novo modelo de atenção humanizado fortalecendo o protagonismo das mulheres. Mesmo ainda que pequena, esta estratégia pode servir como passo inicial para a mudança, pois percebe-se, por meio das falas das mulheres participantes, a importância de um pré-natal qualificado e humanizado e a relevância do vínculo construído.

Agradecimentos

Por também terem participado de alguma forma das atividades narradas neste relato, rendemos nossa gratidão às seguintes colegas profissionais de saúde: a médica Anelise Darabas dos Santos; as agentes comunitárias de saúde Conceição Aparecida Teixeira, Maria Aparecida Lopes, Kelly Cristine Digmayer Borba e Salete Boitt Balbinot; as técnicas de enfermagem Luciana Bazílio e Marlene Maria Pereira

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Para entender a gestão do SUS, v. 8). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 21 set. 2016.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, 236p. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental/>>. Acesso em: 22 set. 2016.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 87-94, 31, mar. 2014.

SOUZA, B. L. P.; SILVA, M. A. **Humanização no atendimento ao pré-natal**. 2010. 46 f. Monografia (Técnico em Enfermagem) - Curso Técnico em Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Capetinga, 2010.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

Quando meu bebê precisa fazer os testes da Triagem Neonatal:

- TESTE DO PEZINHO:** PREFERENCIALMENTE ENTRE O 3º E O 5º DIA DE VIDA.
- TESTE DO OLHINHO:** LOGO APÓS O NASCIMENTO OU NA PRIMEIRA CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO.
- TESTE DO CORAÇÃOZINHO:** ENTRE 24H E 48H APÓS O NASCIMENTO.
- TESTE DA ORELHINHA:** ENTRE O 2º E O 3º DIA DE VIDA.

Toda criança que nasce no Brasil tem o direito de realizar gratuitamente a Triagem Neonatal.

VIVA MAIS SUS

Projeto *Estevãoteca*

Eliziane de Lourdes Reinert¹, Carina Regina Schmitz¹

Introdução

Nos dias atuais, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), temos um percentual de 9% de brasileiros não-alfabetizados, o que equivale a dizer que aproximadamente 18 milhões de brasileiros não sabem ler e escrever (IBGE, 2016). Observamos em atividades na Unidade, bem como em atendimento no consultório, um nível de cognição deficitária na população atendida pela Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) Estevão de Matos. São cerca de 20% de gente analfabeta (1.208 pessoas) na faixa etária de sete a cem anos, o que resulta em uma não aderência aos tratamentos e no uso incorreto de medicações, dificultando o processo terapêutico e de cura. A UBSF Estevão de Matos resolveu então incentivar a criatividade e a leitura (SMS JOINVILLE, 2016).

De acordo com Mateus *et al.* (2013), a contação de história instiga a imaginação, a criatividade, a oralidade, incentiva o gosto pela leitura, contribui na formação da personalidade da criança envolvendo o social e o afetivo.

Segundo Coelho e Machado (2016), a leitura serve ao propósito de levar o indivíduo a descobrir novos mundos, a interpretar a escrita de forma sistematizada e conclusa. A leitura é essencial para a inserção do ser humano na sociedade, o incentivo à leitura começa muito cedo na infância, onde a criança começa a descobrir o mundo da imaginação e descobertas. O indivíduo que não busca por compreender a escrita, se

fecha e se torna prisioneiro em si. Entretanto, a leitura é libertadora a partir do momento que a mesma passa a ser realizada de maneira reflexiva.

Este trabalho apresenta o relato de experiência de incentivo à leitura, alfabetismo e aumento de cognição. O projeto *Estevãoteca* disponibiliza um espaço de leitura infantil e adulto na sala de espera da UBSF Estevão de Matos. Como incentivo do projeto, há contação de história, incentivando adultos e crianças à leitura.

Objetivo geral

Disponibilizar um espaço para leitura na sala de espera da UBSF Estevão de Matos, como estímulo à alfabetização e aumento da cognição.

Objetivos específicos

- ▶ Resgatar e valorizar a cultura;
- ▶ Incentivar a leitura;
- ▶ Incentivar a criatividade;
- ▶ Diminuir a ansiedade e ociosidade enquanto se aguarda o atendimento.

Justificativa

O processo do ensino da leitura, por meio da formalidade escolar, contribui com o conhecer e ajuda a formar indivíduos aptos a enfrentar a vida social.

Bamberger (2002, p.24) *apud* Coelho e Machado (2016, p.6) explicam que na idade pré-escolar e nos primeiros anos de escola, contar e ler história em voz alta e falar sobre

¹Enfermeiras da Unidade Básica Saúde da Família Estevão de Matos, Joinville

livros de gravuras é importantíssimo para o desenvolvimento do vocabulário, e mais importante ainda para a motivação da leitura.

É dentro dessa perspectiva inovadora que a UBSF Estevão de Matos montou uma pequena *Estevãoteca*, ou seja, um pequeno espaço na sala de espera onde são disponibilizados livros infantis e adultos para leitura.

Desenvolvimento

Em 2015, nas reuniões de equipe onde se debateu sobre os atendimentos e planos terapêuticos, observou-se que o nível cognitivo é deficitário, refletindo na dificuldade dos tratamentos abordados, bem como no processo saúde-doença.

Visando incentivar a leitura, aumentar a criatividade e desenvolvimento cognitivo, obteve-se a ideia de um pequeno espaço para uma biblioteca, onde crianças e adultos pudessem ler e assim diminuir a ansiedade da espera pela consulta.

Buscamos parcerias e foi conseguida uma doação de livros com o Banco Itaú, na qual ganhamos 50 livros infantis em 2015 e recebemos mais 50 livros no ano de 2016.

Com a parceria dos agentes comunitários de saúde (ACS) foi montada uma tenda de leitura, ganhou-se um tapete de EVA do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e foi organizado o espaço da *Estevãoteca* (figura 1), que teve até um dia de lançamento.

Figura 1. Equipe de saúde no lançamento da Estevãoteca



Fonte: Acervo da equipe.

A inauguração contou com os funcionários fantasiados de personagens infantis, numa parceria de

empréstimo das fantasias com o Centro de Educação Infantil Alegria de Viver. Houve contação de história para as crianças de uma creche da área de abrangência da Unidade (figura 2).

Atualmente, temos uma mesinha de leitura para crianças e uma pequena estante de material reciclável para armazenar os livros. As crianças observam os livros e solicitam para os pais lerem os mesmos, pintam desenhos e soltam a imaginação, mergulhando em um mundo de beleza e criatividade.

Figura 2. Crianças interagindo com a equipe de saúde



Fonte: Acervo da equipe.

Resultados

Os resultados alcançados foram além das expectativas da equipe. O fruto deste trabalho poderá ser visto em longo prazo, pois a semente está plantada.

Sabemos que pessoas instruídas e criativas conseguem aumentar seu nível socioeconômico, aumentando assim sua qualidade de vida.

Deseja-se que este projeto se estenda na cidade como um momento de cultura e incentivo à imaginação.

Considerações finais

O relato de experiência da *Estevãoteca* da UBSF Estevão de Matos está associado ao incentivo à cultura e não ao tratamento medicamentoso, utilizando a cultura popular empírica de atividades artísticas à medicina alopática. Entende-se que todo indivíduo participa de sua própria saúde ou doença em todos os momentos, mediante suas crenças, sentimentos e atitudes diante da vida, assim como, mediante o emprego de terapias adequadas. A compreensão de que esta participação é um primeiro passo para a manutenção da saúde passa pelo entendimento de que uma doença não é apenas um problema físico, mas um conjunto que compreende tanto o físico, o mental e o espiritual, envolvendo o contexto social em que o sujeito esteja inserido. Se este conjunto do indivíduo não estiver em equilíbrio, as intervenções físicas não terão êxito.

Tem-se que considerar o ser humano em sua totalidade e não apenas em suas doenças. Deve-se levar em conta suas crenças e seus valores, os quais são

transmitidos através da sua cultura. Estes interferem em seu cotidiano, na forma de agir e reagir nas ocorrências da vida. Observa-se, entretanto, que a cada dia se descuida mais do indivíduo como pessoa, e se cuida mais de sua doença.

Cabe a todos os profissionais de saúde realizar a promoção de saúde, a mudança e a criação de novos hábitos, inserindo novos saberes no cotidiano da população; mudando assim, com o passar do tempo, a cultura, a forma de agir e pensar da população, fazendo que se modifique seu meio cultural e intelectual na qual está inserido. Pois é através da instrução que se modifica uma sociedade.

Agradecimentos

Pelo apoio dispensado à viabilização deste trabalho, nossa gratidão aos demais colegas profissionais da equipe: médicos Cesar Carvalho e Stephanie Stanger; enfermeira Juliete Rochenbak; técnicos de enfermagem Adriana Flores, Andreia Schier, Kelly Germano, Adilson Brummer, Carla Ribeiro e Fernanda Ribeiro; agentes comunitários de saúde Nelson A. Rosa, Marli Pavanati, Selma A. M. Souza, Maria Rosinalva N. S. Fagundes, Cristiane Alflen, Simone F. da Silva, Judite V. Kovaleski, Elisete Crisante e Zelir Morandin.

Referências

BAMBERGER, Richard. **Como incentivar o hábito de leitura**. 7. Ed. São Paulo: Editora Ática, 2002 APUD COELHO, K.; MACHADO, A. M. A importância da leitura na educação infantil: um estudo teórico. 2016. Disponível em: <http://fapb.edu.br/media/files/35/35_1941.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados de analfabetismo da população brasileira 2016**. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/educacao.html>>. Acesso em: 23 nov. 2016

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE (SMS JOINVILLE). **População cadastrada por escolaridade - Joinville/SC**. 2016. Disponível em: <<https://intranetsaude.joinville.sc.gov.br/>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MATEUS, A. N. B. *et al.* A importância da contação de história como prática educativa na educação infantil. *Pedagogia em ação*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p.57-69, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/artic/viewFile/8477/7227>>. Acesso em: 23 nov. 2016.



Webpalestras do Telessaúde SC

Ao vivo, todas as quartas e quintas, às 15h!

Participe!

Fóruns de Discussão

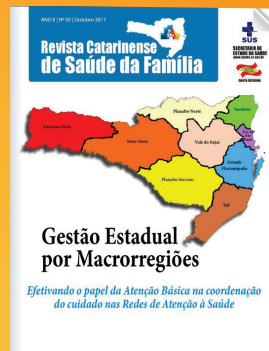
Venha compartilhar experiências com outros profissionais de saúde!

Todas as semanas!

Para ambos acesse:
telessaude.ufsc.br
e confira nossa agenda!



Revista Catarinense de Saúde da Família



Mantendo o foco na Atenção Primária à Saúde

