



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA QUALIFICAR  
O ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS  
ANTÔNIO BRASILEIRO, CAUCAIA, CE**

**ANANDA NOGUEIRA LOIOLA**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA QUALIFICAR O  
ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS ANTÔNIO  
BRASILEIRO, CAUCAIA, CE

ANANDA NOGUEIRA LOIOLA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: RAFAEL SOARES DIAS

---

NATAL/RN  
2021

---

---

AD MAIOREM DEI GLORIAM.

---

## **RESUMO**

A promoção da saúde é elemento fundamental das políticas do SUS referentes à atenção primária, e grande parte disto está atrelada ao bom atendimento prestado à população. Este trabalho teve como objetivo promover a qualificação do atendimento da Equipe de Saúde da Família através de estratégias educativas intraconsulta. Como metodologia, para cada temática objeto de intervenção, foi criada uma ferramenta instrutiva para uso do profissional de saúde durante seu contato com o paciente, embasadas em materiais de importantes instituições (Organização Mundial da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) e no autor Flávio Chaimowicz. Os resultados obtidos foram: retificação de erros de prescrição de anticoncepcionais com reforço da vigilância para renovação destes e reforço da triagem da enfermagem; retificação de orientações sobre introdução alimentar e responsabilização dos pais na ministração da dieta aos filhos; e instrução familiar e de agentes de saúde sobre a propiciação de ambiente doméstico seguro aos idosos. Como considerações finais, as três microintervensões resultaram em melhorias da qualidade de saúde da população-alvo, além de contribuírem para maior dedicação da equipe em pontos importantes dos atendimentos, com o fortalecimento dos vínculos de trabalho.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	7
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	10
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
6. REFERÊNCIAS.....	19
7. APÊNDICES.....	20
APÊNDICE A - TABELA ADAPTADA COM CRITÉRIOS PARA A PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	20
APÊNDICE B - CARDÁPIO PARA A INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLETAR A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE.....	22
APÊNDICE C - CARDÁPIO PARA A INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLETAR A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE.....	23
APÊNDICE D - FOLHETO INSTRUTIVO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM DOMICÍLIO.....	24

## 1. INTRODUÇÃO

É de conhecimento público que o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de haver sido idealizado de modo a abranger todas as esferas de carências sociais no âmbito competente à saúde em território brasileiro, em sua vivência prática, enfrenta vastas dificuldades para a concretização deste objetivo maior. Setor ínfimo destas está contido nas temáticas "Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério", "Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento" e "Atenção à Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde", elencados como objetos de pontuais e pertinentes intervenções no decurso do desenvolvimento deste trabalho.

A unidade básica de saúde (UBS) contemplada por estas ações, "Antonio Brasileiro", pertence à localidade Primavera, situada no município de Caucaia, Ceará. É responsável por mais de 3113 pacientes, adscritos nas localidades que são cobertas por agentes comunitários de saúde (ACS), a saber: São Pedro (445 pacientes); Porteiras e Serra do Juá (áreas descobertas); Salgadinho (366 pacientes); Capim Grosso e Boqueirão dos Cunhas (412 pacientes); Primavera I (417 pacientes) e Primavera II (527 pacientes); Deserto e Serra da Conceição (268 pacientes); Boqueirão do Arara (422 pacientes, sendo parte descoberta e sem conhecimento de seu número populacional); Boqueirãozinho I (256 pacientes) e Boqueirãozinho II (descoberta), totalizando 13 localidades.

Os três abrangentes temas citados foram eleitos do módulo de percurso metodológico para interferência com base nos problemas mais proeminentes observados por mim, como médica, ao longo do exercício da rotina de trabalho em equipe na referida UBS, previamente ao início das atividades da especialização.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Revisão ativa de indicação individualizada correta de contraceptivos, pelos profissionais médico e enfermeiro, durante consultas agendadas na UBS Antônio Brasileiro - Caucaia, Ceará

Cerca de 60,0% das mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo; prevalência essa que atinge cerca de 70,0% no Brasil, sendo os anticoncepcionais orais (ACO) e a esterilização feminina os métodos mais comuns (23,0%).<sup>1</sup>

Os contraceptivos hormonais, quando utilizados de forma correta e contínua, proporcionam à mulher um controle consideravelmente efetivo e seguro da sua fecundidade. Entretanto, é de saber prático, e alvo de pesquisas, que a taxa de descontinuação do método é significativa, em maioria devido à ocorrência de efeitos adversos desses medicamentos (57,0%).<sup>1</sup>

É, também, de conhecimento amplo dos profissionais da saúde que o uso de contraceptivos hormonais na presença de algumas comorbidades ou hábitos e situações de vida, pode aumentar o risco de acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), embolia pulmonar, trombose e outros desfechos adversos em mulheres e em seus conceitos (desenvolvimentos de caracteres secundários, por exemplo). Podem contraindicar o uso ou restringir os tipos de contraceptivos hormonais: hipertensão arterial sistêmica, regime de amamentação, período após o parto, diabetes mellitus com ou sem doença vascular, determinada carga tabágica em mulheres a partir de 35 anos, doenças cardiovasculares, história de tromboembolismo, enxaqueca com ou sem aura, dentre outros e, por isto, o Ministério da Saúde e outras agências internacionais adotaram recomendações para o seu uso.<sup>1</sup>

Idealmente, deve haver uma avaliação individualizada de cada paciente a fim de determinar uma coletânea de critérios para a escolha do método contraceptivo, como a história clínico-obstétrica e os hábitos, além da medida de sua pressão arterial. Em alguns países, o acesso ao método é condicionado à avaliação prévia, como é o caso dos Estados Unidos, onde além das contraindicações serem pouco frequentes em mulheres em idade reprodutiva, a prevalência de uso na presença de contraindicação é de aproximadamente 5,0%.<sup>1</sup>

Em dissonância a isto, no Brasil, uma forma comum de aquisição de contraceptivos hormonais é a compra direta nas farmácias sem a obrigatoriedade da prescrição médica, o torna possível o descarte da consulta com um profissional de saúde habilitado que avaliaria todos os seus potenciais riscos para o uso seguro almejado.

Trazendo essa questão à realidade do trabalho na unidade básica de saúde (UBS), o conhecimento objetivo por parte dos principais profissionais de saúde da equipe envolvidos no Planejamento Familiar (médico e enfermeiro) das variáveis a serem consideradas na prescrição

de contraceptivos, atrelando-as às características das usuárias, tanto para introdução do método como para reavaliação dos já utilizados, pode contribuir significativamente para a manutenção e otimização da saúde da mulher, ao orientar sua prescrição e administração adequadas à população feminina então adscrita.

Durante este tempo de trabalho na UBS Antônio Brasileiro, desde 28 de junho de 2019 até a presente data, um ano e cinco meses, venho notando, não por intermédio de busca ativa, mas em meio a consultas usuais, que uma quantidade considerável de usuárias da unidade vinham em uso de métodos contraceptivos equivocados, com potencial de dano ou já presente agravo de quadros consistentes na queixa principal ou secundárias da consulta (por exemplo, enxaqueca). Tais prescrições provinham de 1) médicos anteriores da unidade; 2) médicos de outras unidades e 3) uso por conta própria das usuárias e continuavam a serem replicadas ou por profissionais de enfermagem e médicos da UBS ou por autoaquisição pelas usuárias, sem uma adequada revisão periódica de critérios para indicação ou contra-indicação.

Em vista do exposto, decidi aproveitar o ensejo deste trabalho de especialização para tentar abrandar esse tipo de problema. Elaborei, então, uma tabela (apêndice A) adaptada e simplificada do livro "Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde" da OMS (2007), em duas cópias plastificadas, a fim de serem fixadas à vista dos profissionais médicos e enfermeiros - minha equipe ou posteriores -, para que, sempre que possível e conveniente, revisem, em consulta, se o método utilizado pela usuária lhe é adequado ou não. Em não o sendo, deverá ser trocado pelo médico no ato da consulta ou verificado pelo enfermeiro e encaminhado ao profissional médico para a mesma conduta. No que compete à enfermagem, esta atuaria como um importante elemento de triagem e verificação, contribuindo, também, para o fortalecimento do trabalho em equipe.<sup>2</sup>

Realizei, assim, uma reunião com a enfermeira e gerente da unidade, com o objetivo de explicar a importância desta microintervenção que seria introduzida na rotina de trabalho da equipe, a possibilidade de garantir sua longitudinalidade, além de revisar com ela as indicações e contra-indicações ao uso de métodos contraceptivos presentes na tabela adaptada. Durante o período de duas semanas realizamos o que foi previamente explanado, sendo as usuárias atendidas em regime de consulta agendada para planejamento familiar (uma vez na semana) e busca ativa durante consultas dos demais programas (hiperdia, demanda espontânea e geral).

Verificou-se que de doze pacientes em idade fértil (entre 18 e 43 anos), atendidas e avaliadas para planejamento familiar, faziam uso atual de contracepção hormonal (anticoncepcional oral combinado, injetáveis combinados e progestágenos injetáveis), dentre as quais cinco possuíam contra-indicações claras, a saber: hipertensão controlada (duas usuárias), hipertensão elevada e diabetes mellitus não vascular e não dependente de insulina (uma usuária), enxaqueca sem aura (uma usuária) e lúpus eritematoso sistêmico (uma usuária) o que corresponde, apesar da amostra pequena, a 41,66% dos casos atendidos neste intervalo



de tempo. Os novos métodos prescritos, e de preferência das pacientes, foram, respectivamente, DIU de cobre e noretisterona 0,35 mg; noretisterona 0,35 mg; medroxiprogesterona; e DIU de cobre.

Ao fim deste período, restrito apenas para elaboração deste relato, mas que será continuado, reunimo-nos e avaliamos cada uma das doze pacientes, ao cabo de que concluímos ter sido uma experiência exitosa, gratificante e necessária de ser efetivada no dia a dia dos atendimentos na UBS Antonio Brasileiro.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Criação e uso de ferramenta nutricional como meio de retificação de condutas de introdução alimentar equivocadas por pais e correta orientação por parte de profissionais da saúde às famílias de crianças de seis a dois anos de idade na rotina de puericultura da UBS Antônio Brasileiro - Caucaia, Ceará

Nos tempos *in voga*, dos alimentos ultraprocessados - com suas características inerentes de praticidade e acessibilidade -, a nutrição adequada do ser humano, especialmente a do lactente, condicionada aos seus responsáveis, encontra-se em um importante embate entre essas facilidades e a vontade dos pais de proverem o bem nutricional aos seus filhos. O acesso e a busca pelo conhecimento correto e atualizado sobre a alimentação da criança constituem, portanto, ferramentas importantes para este fim.

A alimentação saudável é aquela que possibilita o crescimento e desenvolvimento adequados e, atualmente, também é um “novo” valor procurado por propiciar, além da manutenção da saúde, a prevenção de doenças crônicas (p. ex., obesidade, diabetes mellitus, espondilite anquilosante, etc.), conforme evidenciam estudos de epigenética. Esta mesma ciência, que avalia como o ambiente - incluindo alimentação e nutrição -, constantemente influencia a expressão genômica, mostra que o aleitamento materno tem efeito protetor e dose-dependente na redução do risco de obesidade na vida adulta.<sup>3</sup>

O leite humano é, portanto, um alimento completo para o lactente: possui substâncias nutritivas e com atividades protetoras e imunomoduladoras, as quais proporcionam, assim, a proteção contra infecções e alergias; estimulam o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e neurológico, dentre outros inúmeros benefícios.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a manutenção do aleitamento materno exclusivo (sem a oferta de água, chás ou quaisquer outros alimentos) até os 6 meses de idade. A partir deste período está indicada a introdução da alimentação complementar com o estímulo à manutenção do aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais.

A alimentação infantil adequada é, então, constituída por dois pilares: a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, da alimentação complementar. É importante enfatizar que só uma alimentação variada oferece à criança a quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e outros nutrientes de que ela necessita, além de contribuir para evitar anorexia crônica e baixa ingestão calórica. São fatores que atrapalham esse processo de transição alimentar o seu início precoce (interfere na manutenção do aleitamento materno), assim como a oferta à criança de comidas com baixo valor nutricional nos intervalos das refeições principais.

Tendo em vista o conhecimento exposto, encontrei dissonâncias importantes entre o que recomendam os principais órgãos brasileiros e internacionais norteadores da alimentação do lactente - SBP, MS e OMS -, e a realidade presenciada na rotina de puericultura na unidade básica de saúde (UBS) Antônio Brasileiro acerca da introdução alimentar infantil, tanto no que se refere ao conhecimento e práticas efetivadas pelas mães dos pacientes (inclusive gestantes em consultas de pré-natal), como nas orientações e incentivos transmitidos a estas mesmas pelo próprio profissional de enfermagem da unidade. Tais dissonâncias eram, a saber: desmame precoce do lactente, início prematuro da alimentação complementar, aleitamento materno predominante e aleitamento materno parcial.

Tendo como objetivo retificar estas condutas equivocadas e demais outras que viessem a ser observadas, elaborei, tendo por base a 3ª edição do livro “Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar” do Departamento Científico de Nutrologia (2012), da Sociedade Brasileira de Pediatria, dois cardápios (apêndices B e C), adaptados e simplificados, com a proposta de serem utilizados durante as consultas de puericultura na unidade: o primeiro sobre a introdução de alimentos complementares a partir dos 6 meses de vida, e o segundo com este mesmo tema, mas para crianças no período etário de um a dois anos de idade.

Os cardápios contemplavam orientações sobre metas de conquistas alimentares com base no mês de vida do lactente (quando introduzir a primeira papa e a segunda; quando mudar a consistência dos alimentos; quando deve ocorrer a mudança para a mesma alimentação que a da família, etc.); sugestões de horários; montagem de pratos com variedade de grupos alimentares (tubérculos e cereais, leguminosas, proteína animal e hortaliças) e as proporções adequadas para cada grupo; alimentos cujo consumo deve ser evitado/desencorajado (por não serem saudáveis, tirarem o apetite da criança e competirem com os alimentos nutritivos); e até quando insistir na oferta do mesmo alimento à criança. Eles foram plastificados (com a intenção de conservá-los para a perpetuação de seu uso por profissionais de saúde vindouros) e explanados ao profissional de enfermagem da unidade, sendo bem recebidos e apreciados como sugestão de seguimento nas consultas de puericultura.

Após cerca de um mês de uso desta ferramenta, tanto eu, como médica, quando a enfermeira, observamos: 1) que várias gestantes e mães de lactentes sabiam qual o tempo ideal em que deveria ser mantido o aleitamento materno, entretanto, poucas sabiam que não deveria ser feita a oferta de água; 2) muitas mães planejavam iniciar a introdução de leite de vaca em pó (pelo menor custo financeiro em comparação às formulas infantis) a partir do quarto mês de vida de seu concepto, ou a partir do sexto mês de vida dele, como opção à oferta do leite materno; 3) algumas intencionavam já iniciar a alimentação complementar a partir do quarto ou quinto mês de vida, fosse pela necessidade de voltar à rotina de trabalho ou por influências

familiares; 4) muitas ofereciam alimentos com baixo teor nutricional às crianças em alimentação complementar; e 5) muitas se sentiam desorientadas sobre que tipos de comida e em que períodos oferta-las aos seus filhos.

Após percebidos os erros de conduta ou intenção, fizemos as orientações adequadas e tentamos criar uma consciência de responsabilização dos pais sobre a alimentação saudável de seus filhos, reforçando o ganho, a curto prazo, de saúde sobre o fortalecimento imunológico da criança e, a longo prazo, da prevenção de comorbidades na vida adulta.

Findo este período de um mês, fizemos uma reunião de equipe (médica e enfermeira gerente da unidade), com a finalidade de apurar qual teria sido a importância e quais os ganhos com a microintervenção realizada, e se esta seria introduzida na grade fixa, em puericultura, da rotina de trabalho da equipe como meio de garantir sua longitudinalidade.

Concluimos que foi uma experiência bastante enriquecedora para a equipe, juntamente aos seus principais endereçados (pais e filhos pequenos), a qual propiciou além da possibilidade da constituição de indivíduos nutricionalmente saudáveis, uma maior segurança e autonomia dos pais na ministração da dieta dos filhos, além do fortalecimento do trabalho de equipe e do vínculo populacional. Certamente é uma ferramenta que será integrada às práticas da UBS Antônio Brasileiro.

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Promoção da prevenção de quedas entre idosos da comunidade por meio da implementação do hábito de uso de folheto com itens de checagem e orientações acerca da organização e estruturação das casas por agentes de saúde comunitária e equipe de saúde da família durante visitas domiciliares da UBS Antônio Brasileiro - Caucaia, Ceará

Diante do aumento da longevidade humana e da conseqüente valorização da cultura de bem estar geral, ter a posse de independência funcional e de autonomia tornou-se uma das principais metas para se vivenciar um processo de envelhecimento saudável e satisfatório e, para isto, um dos mais notáveis fatores envolvidos é a prevenção de quedas na população idosa.

Mais de um terço das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda ao ano e aquelas que caem mais de uma vez têm cerca de três vezes mais chances de cair novamente. A frequência de quedas nos maiores de 65 anos de idade é de aproximadamente 28% a 35% ao ano, subindo para 32% a 42% entre aqueles com mais de 70 anos, constituindo-se, portanto, em uma variável diretamente proporcional à idade - e ao nível de fragilidade. Ainda, idosos que vivem em casas de repouso caem com maior frequência dos que os que vivem em comunidade.<sup>4</sup>

As quedas são resultantes de uma complexa interação de fatores de risco, os quais podem ser divididos em quatro categorias: a biológica, a comportamental, a ambiental e a socioeconômica.

Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos como idade, gênero e raça (não modificáveis), e as associadas às mudanças devidas ao próprio envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, além das comorbidades crônicas.

Os fatores de risco comportamentais dizem respeito às ações humanas, tais como a polifarmácia, o abuso de álcool e o sedentarismo, e são potencialmente modificáveis.

Os fatores de risco ambientais incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca (doméstico e público).

Por fim, os fatores de risco socioeconômicos são: baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, acesso limitado ao cuidado de saúde e assistência social, e falta de recursos da comunidade.

Em suma, de forma simplificada, um episódio de queda é o resultado de uma interação de fatores intrínsecos - decorrentes das alterações fisiológicas do próprio processo de envelhecimento e das patologias múltiplas associadas -, e de fatores extrínsecos - ligados aos riscos ambientais -, somado aos fatores comportamentais - relacionados com o uso e a percepção do espaço por parte do idoso frente à demanda imposta pelo ambiente e sua

capacidade funcional real.

Dentre todos estes fatores descritos, os relacionados ao ambiente físico, os chamados “obstáculos ambientais”, são a causa mais comum de quedas entre idosos, respondendo por cerca de 30% a 50% desses eventos. Muitos dos riscos na residência e no ambiente público interagem com outros fatores de risco como uma menor acuidade visual ou um equilíbrio mais precário, contribuindo para quedas e consequentes lesões.<sup>4</sup>

Na comunidade, a maioria das quedas ocorre dentro do próprio ambiente doméstico, em lugares banais, como escadas, quartos, salas, na cozinha ou nos banheiros, em decorrência, por exemplo, de tapetes e fios elétricos soltos e soleiras inadequadas nas portas. As escadas podem ser problemáticas caso identificada a presença de características de insegurança, como degraus irregulares, muito altos ou muitos estreitos, superfícies escorregadias, quinas não marcadas, corrimões descontínuos ou mal ajustados para a empunhadura, e iluminação inadequada ou excessiva.

Os estudos brasileiros apresentam variações quanto ao setor da residência onde as quedas são mais frequentes: um estudo retrospectivo realizado com 56 idosos que sofreram fratura de quadril secundária à queda constatou como principais locais de ocorrência de quedas, em ordem de maior prevalência: a cozinha e as escadas; a sala, o banheiro, o quarto e o quintal; e por último, o corredor. Por sua vez, foram observados em outra pesquisa os seguintes resultados: quarto 36,36%; quintal 22,73%; sala 13,64%; banheiro 9,08%; e cozinha 4,55%.<sup>5</sup>

Fatores relacionados ao ambiente público também são causas frequentes de quedas na velhice. Mesmo percursos bem conhecidos podem levar a quedas, como consequência de um desenho arquitetônico inadequado, com pouca atenção aos fatores de segurança. Os principais fatores problemáticos são calçadas rachadas ou irregulares, obstáculos sem sinalização clara, superfícies escorregadias e iluminação inadequada.<sup>4</sup>

As lesões decorrentes de quedas na população idosa são responsáveis pela sexta causa de morte nessa faixa etária. Cerca de 5% das quedas resultam em lesões graves e ocasionam mais de 200 mil hospitalizações por fratura de quadril a cada ano.<sup>5</sup>

As principais causas subjacentes das admissões aos hospitais relacionadas a este fator são: fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores. A saber, a duração deste tipo de internação é mais prolongada do que as ligadas a outros ferimentos, estendendo-se para cerca de 20 dias no caso das fraturas de quadril, com taxa de óbito, em período de um ano depois, de cerca de 20% para este caso específico. Além disto, as quedas podem também acarretar a chamada “síndrome pós-queda”, que se constitui na dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levam a restrições ainda maiores das atividades diárias.<sup>4</sup>

Desta forma, mostra-se evidente o fato de que lesões decorrentes de quedas geram

significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos, além de custos substanciais relacionados ao tratamento e reabilitação destes indivíduos, tonando clara a necessidade de se valorizar a implantação de medidas que possibilitem a longevidade com melhor qualidade de vida por meio, dentre outros aspectos, da prevenção de quedas entre os idosos.

Tendo em vista o explanado, elaborei oito unidades de um folheto plastificado (apêndice D) sobre prevenção de quedas no ambiente domiciliar, que foram distribuídas para cada agente de saúde comunitária (ACS), que perfazem oito do total de treze localidades cobertas pela UBS Antonio Brasileiro (demais áreas estão descobertas).

Os folhetos foram elaborados tendo por base a 2ª edição do livro “Saúde do Idoso”, do autor Flávio Chaimowicz, e o material de apoio de orientações do módulo “Atenção Domiciliar: Situações Clínicas Comuns em Idosos” do site da UNA-SUS. Neles, foram inseridas orientações sobre como organizar e adaptar cada cômodo de uma casa: banheiro, corredor, sala, cozinha e quarto; e pontos a se atentar, a fim de serem evitados acidentes com o idoso, como se desfazer de tapetes ou fixá-los ao piso, não deixar fios soltos pela casa, limpar líquidos no chão imediatamente, etc.<sup>6,7</sup>

O objetivo era de que este material fosse utilizado como uma checagem junto às famílias, durante cada visita dos agentes comunitários de saúde às casas, independentemente da visita conjunta à equipe, e incorporado às suas rotinas de trabalho, até que a organização e adequação das moradias estivessem o mais próximo possível do ideal de segurança contra quedas.

Tivemos a oportunidade de avaliar esta intervenção pelo período médio de um mês, apenas durante as visitas conjuntas à equipe, haja vista que, diante da atual situação de pandemia pela COVID-19, as atividades de visitas dos agentes de saúde foram suspensas, exceto quando requeridas pela equipe. Também podemos realizar um número restrito de visitas pelo mesmo motivo, e apenas aos que requeriam um acompanhamento mais cuidadoso ou urgente.

Foram avaliadas cinco casas, sendo contemplados oito idosos (três viviam no mesmo domicílio). Não foram checados os seguintes elementos, por não existirem nas casas visitadas: escadas (nenhuma das casas eram construções verticais) e porta do box nos banheiros. Verificamos que: 1) a altura dos vasos sanitários de todas as casas estava adequada, pois os usuários conseguiam apoiar os pés totalmente no chão; todavia, apenas uma casa contava com suportes de PVC para apoio ao levantar-se do assento sanitário; 2) a iluminação de todos os cômodos das casas era inadequada (de fraca intensidade); 3) não havia extensões pelas áreas de circulação das casas; 4) três casas contavam com tapetes soltos nas salas e quartos; 5) sete dos oito idosos portavam calçado inadequado (chinelas sem cabresto); 6) em três casas havia circulação intensa de animais, principalmente de gatos, na parte interna das casas; 7) todas as camas eram baixas demais, dificultando o ato de levantar-se; 8) encontramos, em todas as

casas, desnivelamentos ou batentes entre os cômodos, especialmente entre a área íntima e as áreas de banheiros e cozinhas.

Dadas as devidas orientações e soluções para cada caso, encontramos uma boa recepção às instruções, por parte dos familiares. As agentes de saúde também demonstraram satisfação com a nova atividade implementada e, como equipe, firmamos o acordo de mantê-la tanto na rotina dos ACS, assim que possível, quanto nas visitas posteriores, realizadas pela equipe, aos pacientes idosos, garantindo, assim a longitudinalidade da intervenção e promoção de saúde aos usuários, por meio da propiciação de uma maior segurança e, conseqüentemente, autonomia e maior nível possível de independência funcional dentro das realidades físicas e cognitivas dos beneficiados.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em "Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério", fora implementada à rotina de atendimentos de consultas agendadas dos profissionais médico e enfermeiro, uma ferramenta - tabelas embasadas no manual "Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde" da OMS (2007) -, para a revisão ativa de indicação individualizada de contraceptivos às usuárias adscritas.

Durante o período de execução deste trabalho, verificou-se que muitas pacientes em idade fértil faziam uso atual de contracepção hormonal, dentre as quais um número considerável possuía contraindicações ou fatores restritivos claros ao uso, como hipertensão, diabetes mellitus, enxaqueca, etc.

Esta medida, então, propiciou à equipe retificar tais erros, atentar-se à necessidade de vigilância constante quanto à renovação deste tipo de medicamento e realçou, também, a função de triagem da enfermagem neste contexto, que contribuiu expressivamente para o sucesso desta ação.

Em "Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento", fora criado um instrumento - cardápios adaptados da 3ª edição do livro "Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar" da Sociedade Brasileira de Pediatria -, para a retificação de condutas de introdução alimentar, tanto de pais como de profissionais da saúde da própria unidade durante a rotina de puericultura.

Durante o período de cerca de um mês de uso desta ferramenta, conseguimos fazer as orientações adequadas, possibilitando a constituição de indivíduos nutricionalmente saudáveis, além de estimular uma consciência de responsabilização dos pais sobre a alimentação saudável de seus filhos e de favorecer uma maior segurança e autonomia deles na ministração da dieta.

Em "Atenção à Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde", implementamos o uso de um material - baseado na 2ª edição do livro "Saúde do Idoso", do autor Flávio Chaimowicz, e no módulo "Atenção Domiciliar: Situações Clínicas Comuns em Idosos" do site da UNA-SUS -, com itens de checagem e orientações acerca da organização e estruturação das casas por agentes de saúde comunitária e demais membros da equipe de saúde da família, durante as visitas domiciliares para que se prevenissem as quedas entre idosos.

Durante a avaliação desta intervenção, verificamos diversos fatores de insegurança na moradia dos idosos, sendo, então, dadas as devidas orientações e soluções para cada caso, com um bom acolhimento por parte dos familiares e demonstração de satisfação com a nova atividade implementada por parte dos agentes de saúde da equipe. Conseguimos, assim, propiciar de uma maior segurança, além de autonomia e maior nível possível de independência

funcional aos idosos da comunidade, dentro de suas realidades.

Em todas estas microintervenções, encontramos como principal dificuldade conseguir abranger o maior número de beneficiados possível, haja vista o atual contexto mundial em que vivemos (pandemia pela COVID-19), que reduziu o número de usuários nestes programas.

Estas três experiências resultaram apenas em melhorias da qualidade da vida presente, e certamente a longo prazo, da população endereçada, a qual recebeu da equipe uma maior atenção e dedicação em pontos importantes dos atendimentos que estavam desapercibidos em sua condução. Referente à equipe, extraímos o fortalecimento dos vínculos de trabalho e da percepção sobre a promoção da saúde, que é elemento primordial das políticas do SUS referentes à atenção básica à saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Corrêa, D. A. S. et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Belo Horizonte, 51:1, p. 1-10. 2017.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. 2007. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf?sequence=6)>. Acesso em: 2020.
3. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia, 3 ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf)>. Acesso em: 2021.
5. Manuela Gomes Messias e Robson da Fonseca Neves. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, vol.12 no.2, p. 275-282. Maio/agosto de 2009.
6. Prevenção de quedas no ambiente domiciliar. Departamento de Medicina Social, UFPEL. Disponível em: <[https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/prevencao\\_de\\_quedas.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/prevencao_de_quedas.pdf)>. Acesso em: 2021.
7. CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do idoso: 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE A - TABELA ADAPTADA COM CRITÉRIOS PARA A PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

PROBLEMA DE SAÚDE	Anticoncepcionais orais combinados	Injetáveis mensais	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas só de progestágeno	Injetáveis só de progestágeno	Implantes	Pílulas anticoncepcionais de emergência	DIU com cobre	DIU com levonorgestrel
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">                     S = SIM                      N = NÃO                      * = Observação                 </div>									
<b>CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA</b>									
<b>Amamentando</b>									
< 6 semanas após o parto	N						S	*	*
≥ 6 semanas a < 6 meses após o parto (em amamentação exclusiva)	N	N	N	S	S	S	S	*	*
≥ 6 meses após o parto	S	S	S	S	S	S	S	*	*
<b>Não amamentando pós parto</b>									
< 21 dias	N	N	N	S	S	S	S	*	*
≥ 21 dias	S	S	S	S	S	S	S	*	*
<b>Pós aborto</b>									
1º T	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2º T	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Logo após aborto séptico	S	S	S	S	S	S	S	N	N
<b>Gravidez ectópica anterior</b>	S	S	S	S	S	S	S	S	S
<b>Fumo</b>									
Idade < 35 anos	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Idade ≥ 35 anos									
< 15 cigarros/dia	N	S	N	S	S	S	S	S	S
≥ 15 cigarros/dia	N	N	N	S	S	S	S	S	S
<b>Medição de PA não disponível</b>	S	S	S	S	S	S	S	S	S
<b>DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS</b>									
<b>DISTÚRBO DEPRESSIVO</b>	S	S	S	S	S	S	S	S	S
<b>PROBLEMAS ENDOCRINOLÓGICOS</b>									
<b>DM</b>									
<b>Sem complicações</b>									
Não dependente de insulina	S	S	S	S	S	S	S	S (mais indicado)	S
Dependente de insulina	S	S	S	S	S	S	S	S (mais indicado)	S
Com danos a rins, olhos ou nervos	N	N	N	S	N	S	S	S (mais indicado)	S
DM com > 20 anos de duração	N	N	N	S	N	S	S	S (mais indicado)	S
<b>INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS</b>									
<b>RIFAMPICINA</b>	N	S	N	N	S	N	S	S	S
<b>FENITOÍNA, CARBAMAZEPINA, BARBITÚRICOS, TOPIRAMATO, OXCARBAMAZEPINA</b>	N	S	N	N	S	N	S	S	S

\*Há menos de 48h pós parto somente DIU de cobre OU ≥ 4 semanas, ambos.

PROBLEMA DE SAÚDE	Anticoncepcionais orais combinados		Injetáveis mensais		Adesivo combinado e anel vaginal combinado		Pílulas só de progestágeno		Injetáveis só de progestágeno		Implantes		Pílulas anticoncepcionais de emergência		DIU com cobre		DIU com levonorgestrel	
<b>DOENÇAS NEUROLÓGICAS</b>																		
<b>DORES DE CABEÇA</b>	Iniciar	Continuar	Iniciar	Continuar	Iniciar	Continuar	Iniciar	Continuar	Iniciar	Continuar	Iniciar	Continuar					Iniciar	Continuar
Não enxaquecosa	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Enxaqueca																		
sem aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C
< 35 anos	S	N	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
≥ 35 anos	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
com aura	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	S	S	S	S	S	N
<b>DOENÇA CARDIOVASCULAR</b>																		
Múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular arterial (idade avançada, fumo, DM e HAS)	N		N		N		S		N		S		S		S		S	
<b>HAS</b>																		
HAS onde a PA não pode ser avaliada	N		N		N		S		S		S		S		S		S	
HAS controlada e PA pode ser avaliada	N		N		N		S		S		S		S		S		S	
<b>PA ELEVADA</b>																		
PAS (140-159) ou PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 100	N		N		N		S		S		S		S		S		S	
Doença vascular	N		N		N		S		N		S		S		S		S	
História de TVP/EP	N		N		N		S		S		S				S		S	
<b>Varizes</b>																		
	S		S		S		S		S		S		S		S		S	
IAM prévio	N		N		N		S		N		S		N		S		N	
AVC prévio	N		N		N		S		N		S		N		S		S	
Dislipidemias	depende (severidade e outros FR cardiovasculares)						S		S		S		S		S		S	

# APÊNDICE B - CARDÁPIO PARA A INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLETAR A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE

## ALIMENTAÇÃO - A PARTIR DE 6 MESES

**Refeição principal da manhã (6h)** - leite materno

**Lanche da manhã (9h)** - fruta (de acordo com a estação)

**Almoço (12h)** - Escolha um representante dos grupos principais A, B, C e dois representantes do grupo D

**A - TUBÉRCULOS E CEREAIS:** arroz, milho, macarrão, batata, mandioca, inhame, cará

**B - LEGUMINOSAS:** feijão, soja, ervilhas, lentilhas, grã-de-bico

**C - PROTEÍNA ANIMAL:** CARNE BOVINA, VÍSCERAS, CARNE DE AVES, CARNE SUÍNA, CARNE DE PEIXE, OVOS

**D - HORTALIÇAS:**

**Legumes - vegetais cuja parte comestível não são folhas:** cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela, pimentão.

**Verduras - vegetais cuja parte comestível são as folhas:** alface, agrião, taioba, espinafre, repolho, acelga, couve, rúcula.

**OBS:**

<sup>1</sup>Oferecer cada grupo separado, de acordo com o desenho do prato abaixo, para que a criança possa provar e conhecer o gosto de cada alimento.

<sup>2</sup>Oferecer o alimento amassado ou cortado em pedacinhos, mas não peneirando nem liquidificando, para que sejam aproveitadas as fibras. A consistência deve ser progressivamente elevada! As crianças que não recebem alimentos em pedaços até os 10 meses apresentam maior dificuldade de aceitação de alimentos sólidos.

<sup>3</sup>Colocar uma colher de sobremesa de azeite em cima da refeição pronta, pois o azeite é uma gordura boa, o que deixa a alimentação mais saudável e nutritiva.

<sup>4</sup>Não temperar a comida com temperos industrializados, como SAZON, CALDO KNORR, ETC. Preferir temperar a comidinha com alho, cebola, salsinha, cebolinha e outras ervas.

Tabela 2. Esquema de introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno exclusivo
Do 6º ao 24º mês	Leite materno complementado
No 6º mês	Frutas (amassadas ou raspadas) Primeira papa da refeição principal (com ovo inteiro cozido e peixe)
Do 7º ao 8º mês	Segunda papa principal
Do 9º ao 11º mês	Gradativamente, passar para a refeição da família com ajuste da consistência
No 12º mês	Comida da família (observar adequação)



**Lanche da tarde (15h)** - Fruta (mesmas orientações do lanche da manhã)

**Jantar (18-19h)** -

**Ceia (antes de dormir)** - Leite materno



Criança **amentada** (6-11m): estará recebendo 3 refeições com alimentos complementares ao dia (2 papas principais e 1 de frutas)

Criança **sem aleitamento materno:** é recomendado que receba cinco refeições (2 papas principais e 3 de leite, além das frutas).

# APÊNDICE C - CARDÁPIO PARA A INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLETAR A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE

## ALIMENTAÇÃO - A PARTIR DE 1 ANO

**Refeição principal da manhã (6h)** - leite + suco ou fruta (preferir fruta) + tapioca ou cuscuz com queijo ou ovo

OBS:

<sup>1</sup>Evitar margarina (fonte de gordura nociva ao organismo).

<sup>2</sup>Evitar embutidos, como presunto, peito de peru, salsicha, linguiça, salame, mortadela.

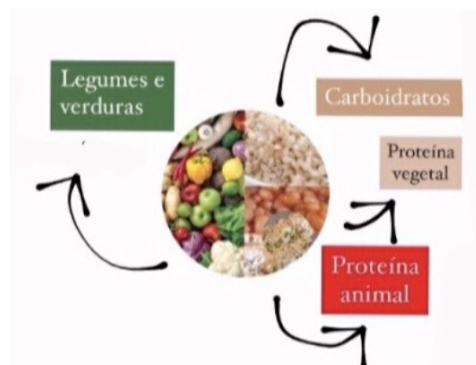
<sup>3</sup>Evitar café.

**Lanche da manhã (9h)** - fruta (de acordo com a estação)

OBS:

<sup>1</sup>Evitar alimentos industrializados, como biscoitos, iogurtes coloridos, achocolatados, sucos de caixinha, salgadinhos, dentre outros. Preferir o iogurte branco natural sem corante (ex.: Nestlé, embalagem azul)

**Almoço (12h)** - Escolha um representante dos grupos principais A, B, C e dois representantes do grupo D



cebola, salsinha, cebolinha e outras ervas.

**Lanche da tarde (15h)** - Fruta (mesmas orientações do lanche da manhã)

**Jantar (18-19h)** - Igual almoço

**Ceia (antes de dormir)** - Fruta ou mingau de aveia com leite

**A - TUBÉRCULOS E CEREAIS:** arroz, milho, macarrão, batata, mandioca, inhame, cará

**B - LEGUMINOSAS:** feijão, soja, ervilhas, lentilhas, grã-de-bico

**C - PROTEÍNA ANIMAL:** CARNE BOVINA, VÍSCERAS, CARNE DE AVES, CARNE SUÍNA, CARNE DE PEIXE, OVOS

**D - HORTALIÇAS:**

**Legumes - vegetais cuja parte comestível não são folhas:** cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela, pimentão.

**Verduras - vegetais cuja parte comestível são as folhas:** alface, agrião, taioba, espinafre, repolho, acelga, couve, rúcula.

OBS:

<sup>1</sup>Colocar uma colher de sobremesa de azeite em cima da refeição pronta, pois o azeite é uma gordura boa, o que deixa a alimentação mais saudável e nutritiva.

<sup>2</sup>Não temperar a comida com temperos industrializados, como SAZON, CALDO KNORR, ETC. Preferir temperar a comidinha com alho,

# APÊNDICE D - FOLHETO INSTRUTIVO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM DOMICÍLIO

1

## PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO

**BANHEIRO** É o lugar com maior incidência de acidentes graves pois costuma ficar úmido e escorregadio

**1** **Altura do vaso sanitário**  
O vaso está na altura adequada quando o idoso consegue apoiar totalmente seus pés no chão. DICA: Utilize assentos removíveis para adequar a altura e coloque barras de apoio bilaterais para auxiliar o idoso a sentar-se.

**2** **Barras de apoio**  
Auxiliam a movimentação dos idosos no domicílio. Dica: Para reduzir custos, utilize tubos de PVC (1m a 2m) preenchidos com argamassa de cimento e areia de modo a garantir maior resistência do material.

**3** **Porta do box**  
Projete a abertura da porta do box para fora, isso facilita o socorro em caso de quedas. DICA: Dê preferência aos boxes de material inquebrável ou opte por cortinas plásticas.

**4** **Tapetes soltos**  
Os tapetes no banheiro devem ser evitados. Não sendo possível, os mesmos devem ser antiderrapantes ou fixados no piso, evitando assim o seu deslocamento.

**5** **Sabonete solto no piso do box**  
Para que o sabonete não escorregue facilmente das mãos do idoso, uma dica é colocá-lo dentro de uma meia fina de nylon e amarrá-la na torneira.

## CORREDOR

Os corredores também merecem atenção, o caminho deve estar livre e bem iluminado para evitar tropeços.

**1** **Objetos ou móveis no meio do caminho**  
Organize os móveis evitando posicioná-los na área de trânsito dos idosos. Dica: Independentemente do posicionamento dos móveis as quinas precisam ser escondidas. Elas podem ser tapadas com bolinhas de borracha feitas especialmente para isso.

**2** **Falta de iluminação adequada**  
Ambientes mal iluminados favorecem a ocorrência de quedas. DICAS: - Instale interruptores de luz na entrada das dependências. - Utilize interruptores que brilham no escuro.

**3** **Extensão ou fio de lâmpada atravessando o corredor**  
Fios e extensões devem ficar fora da área de trânsito dos idosos. DICA: Fixar os fios e extensões na parede com fita adesiva.

## SALA

Fixe os móveis ao chão ou às paredes e proteja as quinas.

**1** **Sempre utilizar corrimãos.**  
Evite escadas longas e com curvas. Adote corrimão nos dois lados da escada, começando antes da escada e terminando um pouco depois. DICA: Mantenha as luzes acesas nas áreas de acesso às escadas e instale corrimãos com 90 cm de altura nas escadas e rampas.

**2** **Tapetes soltos**  
Evite o uso de tapetes na decoração da casa. Não sendo possível opte pelos de cerdas curtas e fixe-os no chão com auxílio de fita adesiva antiderrapante para evitar que escorreguem.

**3** **Mesas muito baixas**  
Evite mesas muito baixas, elas dificultando o acesso do idoso aos objetos. Mesas com tampo de vidro também devem ser evitadas, além do risco de quebrar e causar acidentes, a transparência do vidro dificulta a noção de profundidade.

**4** **Evite o uso de chinelo e sapatos mal calçados ou soltos**  
O idoso deve utilizar calçados fechados, adequados para o tamanho do pé e que tenham solado antiderrapante.



## COZINHA

Para evitar acidentes e quedas, procure manter os objetos de uso frequente em locais de fácil acesso.



## QUARTO

O quarto é um dos ambientes mais utilizado pelo idoso. Alguns cuidados facilitam o dia-a-dia, gerando conforto e segurança.

