

LÍLIA SOUZA MACIEL

SAÚDE DO IDOSO:
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“VIVER MELHOR”, DIAMANTINA/MG.

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

LÍLIA SOUZA MACIEL

SAÚDE DO IDOSO:
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“VIVER MELHOR”, DIAMANTINA/MG.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Luciana Souza d'Ávila

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

LÍLIA SOUZA MACIEL

SAÚDE DO IDOSO:
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
“VIVER MELHOR”, DIAMANTINA/MG.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Luciana Souza d'Ávila

Banca Examinadora

Prof^a. Luciana Souza d'Ávila - orientadora
Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho

Aprovado em Corinto: 04/02/2012

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que na sua infinita bondade, compreendeu os nossos anseios e nos deu a necessária coragem para atingirmos o nosso objetivo.

Aos meus pais pelo amor incondicional e presença constante em minha vida

À amigas de viagem e curso Andreza, Fabiana, Jumara e Patrícia pelos ótimos momentos compartilhados.

Ao meu esposo Samuel pela paciência e compreensão nos períodos de ausência.

À tutora Silmeiry Angélica Teixeira pela disponibilidade, empatia e sabedoria.

À orientadora Luciana Souza d'Ávila pela competência, dedicação e responsabilidade em ensinar.

Às colegas da Estratégia de Saúde da Família Viver Melhor, que me proporcionam momentos felizes, de crescimento pessoal e profissional.

“Hoje é um outro dia, o ontem virou uma história, alegre ou triste, fomos nós, muito mais, os responsáveis na sua construção. Em cada palavra, em cada sentimento, em cada gesto e em cada ação, estamos construindo tudo ao nosso redor. A qualidade do tijolo é responsabilidade do olheiro, mas as paredes, sejam tortas ou com traços definidos, vão depender da habilidade de nossas mãos, que seja feita, bem feita, com a segurança de um tigre e com os traços de Deus. Que a nossa construção, mesmo molhada com as nossas próprias lágrimas, seja feita com amor e alegria, paredes semi-abertas, voltadas, para o mundo. Paredes, que nos protejam contra as angústias comuns da vida”.

José Vagner Coimbra Maciel

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo propor a sistematização da assistência voltada à saúde do idoso em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Diamantina/MG. Em todo o mundo, a proporção de pessoas idosas está crescendo em um nível mais elevado que o de qualquer outra faixa etária, necessitando de políticas e programas específicos para permitir que as pessoas tenham um envelhecimento ativo, prevenindo incapacidades e doenças crônicas que geram gastos individuais e aos sistemas de saúde. O plano de ação foi elaborado pela autora, ao perceber diversos problemas em relação à atenção ao idoso, na equipe da ESF “Viver Melhor”, durante a realização do módulo “saúde do idoso”. As dificuldades começavam na inadequação da estrutura física da unidade, com consultórios no segundo andar, escadas sem corrimão, espaço insuficiente para atividades de grupo e agenda com atividades inespecíficas e funcionários despreparados para o acolhimento dos idosos, dos cuidadores e dos familiares que buscam a resolução dos seus problemas. A partir dos nós críticos levantados, foi possível realizar o delineamento de operações norteadoras para o alcance dos resultados e produtos esperados e dos recursos necessários à execução do plano operativo. O processo teórico de construção do plano baseou-se em recomendações da literatura e, principalmente, na Linha Guia de Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde. A assistência à saúde dos idosos e familiares deve ser voltada à manutenção da independência e do envelhecimento ativo, e ser um dos focos primordiais de atuação da atenção primária à saúde. Ao otimizar a assistência, será mais fácil alcançar o controle das doenças crônicas não transmissíveis e dos fatores de risco aos agravos à saúde, possibilitando ações estratégicas para prevenção de doenças e promoção de uma vida mais ativa e saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Programa Saúde da Família e Saúde do Idoso.

ABSTRACT

This work aims to propose the systematization of health care for the elderly in a team of the Family Health Strategy (FHS) in Diamantina/MG. Worldwide, the proportion of elderly is growing at a higher level than any other age group, requiring specific policies and programs. These programs allow the people to have an active ageing, preventing disabilities and chronic diseases that generate individual and health system spending. The action plan was elaborated by the author, upon realizing various problems regarding the attention to the elder in health team work in the course of the module “health of the elder”. The difficulties began in the unsuitability of the physical structure of the unit, with consultation rooms on the second floor, stairs without handrails, insufficient space for group activities and schedule based on nonspecific procedures and unprepared staff for the welcoming of the elders, caregivers and relatives who seek to get their problems solved. From the problems raised, it was possible to design the guiding operations for reaching the results and expected products and the necessary resources to implement the operational plan. The theoretical process of building the plan was based on literature recommendations and, specially, in the Guideline of Health Care for Elderly of the Health Secretariat. The assistance to the health of the elders and relatives should be focused on independence maintenance and active ageing, and be one of the main focus of operation to the primary health care. From the optimizing the assistance, will be easier to achieve control of non-transmittable chronic diseases and risk factors for health problems, enabling strategic actions for preventing disease and promoting an active and healthy life.

Keywords: Ageing, Elderly, Health Family Program and Health of the Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEABSF	- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SciELO	- Scientific Electronic Library Online
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
TCC	- Trabalho de Conclusão do Curso
UFVJM	- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1 -	Desenho das ações para resolução dos “nós” críticos da sistematização da assistência em saúde do idoso na equipe da ESF Viver Melhor, Diamantina/MG, 2011.....	27
Quadro 2 -	Plano Operativo para atendimento aos idosos, equipe Viver Melhor, Diamantina/MG, 2011.	29
Figura 1 -	Fluxo de assistência e atendimento ao paciente idoso na equipe da Estratégia de Saúde da Família Viver Melhor, Diamantina, 2011.....	33

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVOS.....	13
2.1 -	Objetivo geral.....	13
2.2 -	Objetivos específicos.....	13
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
3.1 -	Cenário da intervenção.....	14
3.1.1 -	O município de Diamantina.....	14
3.1.2 -	ESF Viver Melhor.....	14
3.2 -	Construção do plano de ação.....	15
4.	A PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO.....	17
4.1 -	Bases teóricas da proposta.....	17
4.1.1 -	Políticas de saúde ao idoso.....	17
4.1.2 -	Alterações fisiológicas do envelhecimento.....	19
4.1.3 -	Outras condições do envelhecimento.....	21
4.1.4 -	Assistência baseada na Saúde da Família e a Linha Guia de Atendimento ao Idoso.....	23
4.2 -	A proposta.....	26
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
	APÊNDICE A – Orçamento previsto para adequação da unidade de saúde “Viver Melhor” e melhorias no atendimento.....	39

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo propor a sistematização da assistência voltada à saúde do idoso, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente sob os cuidados da equipe “Viver Melhor”, do município de Diamantina/MG. Terá como foco a atuação sobre as alterações clínicas do envelhecimento, e como suporte técnico, a Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso, proposta pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007), que tem o intuito de auxiliar as unidades de saúde na organização e planejamento da assistência.

O envelhecimento da população é percebido no cotidiano do serviço de saúde onde a autora deste trabalho atua, uma vez que muitos idosos procuram o atendimento por meio da equipe da ESF Viver Melhor, devido a doenças crônicas e a inúmeras queixas, muitas vezes imprecisas, enquanto outros se escondem das próprias fragilidades em casa. Existe uma carência de programas específicos para a população idosa no município de Diamantina e, conseqüentemente, nas ESF's. Percebe-se, porém, o interesse dos profissionais da saúde em conhecer o processo natural e patológico do envelhecimento, e em incentivar o envelhecimento saudável, com o mínimo de agravos e dependências.

Para atuar junto a essa população, a equipe tem como rotina os grupos que reúnem os usuários conforme as patologias (diabetes, hipertensão, asma, entre outras) e grupos de caminhadas/atividades físicas, nos quais os idosos estão inseridos, mas onde, nem sempre, são realizadas discussões sobre a promoção do envelhecimento saudável. O envelhecimento ativo é trabalhado de forma superficial durante os grupos de patologias, porém sem o enfoque necessário à crescente demanda. Além disso, a saúde do idoso não é trabalhada de forma específica na ESF, os grupos educativos e as consultas programadas são voltados aos portadores de patologias ou agravos. A partir desta proposta, ações programáticas específicas e direcionadas às necessidades dos idosos terão o intuito de melhorar sua qualidade de vida, prevenindo agravos e promovendo saúde.

A necessidade de reformulação e readequação dos serviços de saúde vem sendo percebida, de uma forma geral, com o envelhecimento da população. No século passado, era um fato as pessoas morrerem no auge da idade produtiva, porém, atualmente, o cenário é outro, caracterizado pelo aumento progressivo da probabilidade de sobrevivência a partir dos sessenta anos (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas idosas está crescendo em um nível mais elevado que o de qualquer outra faixa etária. Conhece-se, entretanto, pouco sobre a

velocidade e a importância do envelhecimento da população em regiões menos desenvolvidas. Dessa forma, políticas e programas específicos são necessários para permitir que as pessoas tenham um envelhecimento ativo, prevenindo incapacidades e doenças crônicas que geram gastos individuais e aos sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2005).

No Brasil, a partir da década de 60, vem sendo observado um declínio acentuado da fecundidade e um aumento importante na proporção de idosos. Além da redução da fecundidade, observa-se um aumento na expectativa de vida do brasileiro ao nascer, a qual era, no período de 1950 a 1955, de 50,9 anos e de 68,3 anos, entre 2000 e 2005. Estima-se que, entre 2045 e 2050, a expectativa de vida do brasileiro seja de 76,9 anos. Esse aumento da expectativa de vida vem sendo adquirido a partir de avanços tecnológicos na área da medicina, que favoreceram a adoção de medidas capazes de prevenir ou curar muitas doenças até então fatais (GORDILHO *et al.*, 2000; PESSINI, 2002).

Considerando a continuidade do declínio nas taxas de fecundidade e o aumento da longevidade dos brasileiros, as estimativas evidenciam que o número de idosos poderá exceder 30 milhões de pessoas por volta do ano de 2020, chegando a representar quase 13% da população. A análise da evolução da relação idoso/criança mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2008).

Outra mudança vivenciada com o envelhecimento no país é a transição epidemiológica, com alterações significativas no quadro de morbidades. Ocorreu uma diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças cardiovasculares, passando de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem para um perfil de enfermidades crônicas, próprias das faixas mais avançadas. O cenário passa a ser caracterizado pela prevalência de doenças crônicas, múltiplas e duradouras, (GORDILHO *et al.*, 2000; VERAS, 2009).

Além de acarretar elevação da carga de doenças na população, o envelhecimento populacional traz incapacidades e internações hospitalares mais frequentes, sendo que quando hospitalizados, os idosos geram um tempo prolongado de ocupação do leito. As altas taxas de internação resultam dos hábitos de vida inadequados, das lesões em órgãos-alvo e de redução da reserva fisiológica com o passar dos anos, o que, conseqüentemente, eleva o consumo dos recursos do sistema em relação às demais faixas etárias (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009; GORDILHO *et al.*, 2000; VERAS, 2009).

A velocidade do declínio da capacidade funcional nos idosos é determinada por fatores relacionados ao estilo de vida na fase adulta como, por exemplo, fumo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta alimentar, assim como fatores ambientais. Contudo, pode ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e coletivas (OMS, 2005).

Segundo Ramos (2003), entretanto, nem todos os idosos ficam limitados pelas doenças crônicas que possuem e podem ser considerados saudáveis se comparados àqueles com as mesmas doenças, porém com seqüelas e incapacidades associadas. O autor revela que o importante nessa idade é tomar decisões, determinar e executar atividades cotidianas, gerir sua própria vida, enfim, manter a capacidade funcional.

A progressão da idade é marcada por transformações em praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo, sendo necessário distinguir as alterações fisiológicas do envelhecimento (senescência) daquelas do envelhecimento patológico, ou senilidade (MINAS GERAIS, 2007). As pessoas vão adquirindo características específicas que, associadas às doenças freqüentes nessa faixa etária, fazem com que o grupo de idosos se comporte de forma mais complexa, necessitando de um atendimento diferenciado (SOUZA; IGLESIAS, 2002).

Em outras palavras, com comportamentos e necessidades diferenciados do grupo etário jovem, a maioria dos idosos apresenta múltiplos problemas coexistentes, procuram vários especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Para evitar as consultas desnecessárias é preciso, portanto, organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias, incentivando a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde. Um sistema eficiente e organizado à população idosa caracteriza-se como um dos principais desafios a serem enfrentados pelo setor saúde (VERAS, 2009).

As ações na atenção à saúde dos idosos no Brasil se encontram em evolução, sendo que algumas políticas e programas foram criados como forma de garantir proteção, manutenção da capacidade funcional e da autonomia através de atenção digna e saudável. A política Nacional do Idoso, criada em 4 de janeiro de 1994, aprovada pela Lei Nº 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96, foi a primeira intervenção pública frente ao crescimento populacional da faixa etária acima de sessenta anos (BRASIL, 1994). Posteriormente, em 1999, implementou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes norteadoras das ações do setor saúde e direcionamento das responsabilidades institucionais no desenvolvimento das propostas (BRASIL, 1999). O Pacto pela Vida tem como uma de suas prioridades, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral e articulada, sendo assumida pelos gestores do SUS, enquanto compromisso público na construção do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

2. OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

- Propor um plano de ação para sistematizar a assistência voltada à saúde do idoso na equipe da ESF “Viver Melhor”, município de Diamantina/MG.

2.2 – Objetivos específicos

- Descrever as características do envelhecimento populacional e suas políticas específicas.
- Elaborar um plano de ação a fim de: sistematizar a realização dos grupos para orientação e discussão sobre envelhecimento e temas afins; organizar o atendimento individual ao idoso na unidade de saúde e no domicílio; capacitar auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), para um atendimento humanizado, de qualidade, direcionado às características naturais e patológicas do processo de envelhecimento.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 - Cenário da intervenção

3.1.1 – O município de Diamantina

O plano de ação foi elaborado para sistematização do programa de saúde do idoso na ESF Viver Melhor localizada no município de Diamantina/MG.

Diamantina encontra-se no alto do Vale do Jequitinhonha, região de planejamento central, a 292 km da Capital Estadual. É sede de Macro e Microrregião. Possui sua economia basicamente ligada às atividades de turismo, comércio e mineração, destacando-se dos municípios vizinhos pelo grande acervo e potencial turístico, oferecendo atrações naturais, culturais e históricas. Foi classificada pela UNESCO como Patrimônio Cultural da Humanidade (DIAMANTINA, 2011).

A população do município, segundo o censo demográfico de 2010, era de 45.880 habitantes, a área da unidade territorial correspondia a 3.891,654 Km², densidade demográfica igual a 11,79 hab/Km² e IDH de 0,748 (IBGE, 2010).

Diamantina dispõe de uma rede de saúde representada pelos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), na atenção primária do município há 12 Unidades Básicas de Saúde, sendo 09 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 03 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Apenas 03 equipes possuem saúde bucal, na modalidade I. A cobertura não atinge 100% dos usuários, portanto novas unidades serão implantadas futuramente (BRASIL, 2011).

3.1.2 – ESF Viver Melhor

A Equipe de Estratégia Saúde da Família “Viver Melhor” se encontra instalada na região Leste da cidade, na encosta da Serra dos Cristais, às margens dos córregos Quatro Vinténs e Rio Grande, tendo como limites: ao Sul, o bairro da Palha, a Oeste, o bairro Arraial dos Forros e o centro da cidade, e ao Norte, o bairro Cidade Nova. A maioria das ruas é pavimentada, mas existem ruas e becos não pavimentados de difícil acesso por serem localizados na Serra.

A implantação da Equipe ocorreu em outubro de 1997. Foi a primeira equipe a ser implementada na cidade, juntamente com a de outro bairro do município. Ao iniciar as atividades, não havia nenhuma sistematização, sendo que o objetivo era de que os profissionais estivessem próximos à comunidade.

A casa dista 1.200m. do centro da cidade (tendo como referência a Catedral Metropolitana). Foi alugada desde abril de 2010 e adaptada, não tendo passado por nenhuma reforma ou adequação, mesmo após várias solicitações. Portanto, a estrutura física é insuficiente para o atendimento humanizado e de qualidade, estando totalmente fora das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A unidade de saúde possui 02 andares. No primeiro andar encontra-se a recepção, e 01 sala onde são realizados vários procedimentos como: curativos, retirada de pontos, micronebulização, teste do pezinho, vacinação, antropometria, aferição de pressão arterial, medicações e glicemia capilar. Há ainda 01 banheiro para os usuários, e 01 cozinha com pequena lavanderia conjugada. No segundo andar, estão os 02 consultórios, um deles com banheiro, uma sala na qual são realizados pequenos grupos operativos e uma varanda, também utilizada para armazenar o lixo contaminado.

A ESF Viver Melhor é composta por dez profissionais responsáveis por uma área de abrangência, que é dividida em seis microáreas. A equipe conta com uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Atualmente na equipe, todos conhecem bem sua área de atuação e existe adscrição de clientela. O cadastramento é feito pelo ACS, no primeiro contato com a família, desde que observada sua permanência na área por um período de três meses. Os dados da família são coletados para o preenchimento da ficha A e atualizados mensalmente.

3.2 – Construção do plano de ação

Durante a realização do módulo “saúde do idoso” pela autora da pesquisa, foram percebidos diversos problemas em relação à atenção ao idoso pela equipe Viver Melhor. As dificuldades começavam na inadequação da estrutura física da unidade, com consultórios no segundo andar, escadas sem corrimão, espaço insuficiente para atividades de grupo e agenda com atividades inespecíficas aos idosos. Alguns funcionários da equipe não estavam preparados para o acolhimento dos idosos, dos cuidadores e dos familiares que buscam a resolução dos seus problemas. E, em relação aos principais acometimentos de saúde dos

idosos da área de abrangência, foram identificados: dificuldades de memória, hipertensão arterial, humor rebaixado, diabetes mellitus e dislipidemias.

Com a identificação de diversos problemas, tornou-se necessário um planejamento de ações que pudessem minimizá-los. As ações corresponderiam à adequação do espaço físico da unidade, sensibilização e capacitação dos profissionais da ESF, agenda de trabalho com atividades específicas a essa população na intenção de garantir um atendimento eficiente, de qualidade e capaz de promover saúde.

Assim, o desenvolvimento do TCC constituiu uma oportunidade de estudos, reflexão e organização do processo de trabalho da equipe, especialmente em saúde do idoso.

No plano de ação, os profissionais envolvidos foram os agentes comunitários de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira, a médica e o coordenador da atenção primária municipal. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está sendo implantado no município e seus profissionais, ainda não foram incluídos no plano de ação por estarem em processo de contratação.

Foram utilizadas para o embasamento teórico, as fontes de pesquisa bibliográfica: módulos do CEABSF, documentos institucionais e oficiais para discussão de políticas e programas relacionados à saúde do idoso e à assistência no SUS, livros-textos e a base de dados da biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sendo considerados na busca dos documentos os seguintes critérios:

- estudos científicos (teses, monografias e artigos publicados em periódicos indexados);
- idioma: português;
- período: 2000 a 2011;
- palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Programa Saúde da Família e Saúde do Idoso.
- relevância do documento para a discussão e
- subsidiar a construção da proposta.

4. A PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO

4.1 – Bases teóricas da proposta

4.1.1 – Políticas de saúde ao idoso

O processo de envelhecimento populacional vem sensibilizando as lideranças políticas e a sociedade para a importância de políticas públicas voltadas para o idoso, mas, até a década de 70, poucas legislações mencionavam o tema, período em que os idosos recebiam, praticamente, apenas a assistência prestada pelas instituições não-governamentais, entidades religiosas e filantrópicas (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Um evento que marcou o início das discussões sobre esse tema em todo o mundo foi a I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, planejada pela Organização das Nações Unidas (ONU), ocorrida na Áustria em 1982, que gerou um Plano de Ação com estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos sociais, econômicos e culturais do processo de envelhecimento populacional. Dentre os princípios desse Plano, destacam-se: a preservação da família como a unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos; e o preparo das populações para os estágios mais tardios da vida, assegurando assistência integral de ordem física, psicológica, cultural, religiosa/espiritual, econômica e de saúde. Ainda, foi estabelecido o incentivo à participação ativa dos idosos na formulação e implementação de políticas; e a atenção especial aos grupos vulneráveis, particularmente aos mais pobres, mulheres e residentes em áreas rurais (RODRIGUES *et al.*, 2007).

A II Assembléia Mundial do Envelhecimento foi realizada em Madri, no ano de 2002, resultando no Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, tendo em vista as mudanças sociais, culturais e tecnológicas ocorridas em todo o mundo (ONU, 2003). Alguns dos temas destacados nesse Plano Internacional foram: o envelhecimento em condições de segurança, a eliminação da discriminação por motivos de gênero, o reconhecimento da importância da estrutura familiar, a assistência à saúde, apoio e proteção social dos idosos, inclusive os cuidados com a saúde preventiva e de reabilitação, entre outros.

Já no Brasil, especificamente, em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foi promulgada, em 4 de janeiro de 1994, a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional para o Idoso e tem como objetivo “*assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*” (BRASIL, 1994).

O setor saúde também sentiu a necessidade de legislação específica em atenção ao idoso. Assim, instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). Essa política, segundo Silvestre e Costa Neto (2003), assume que a perda da capacidade funcional é o principal problema que pode acometer o idoso, como consequência de patologias mal controladas e de um estilo de vida inadequado.

“A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (BRASIL, 1999, p.21).

Para o alcance desse propósito, a Política Nacional de Saúde do Idoso ainda definiu as seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Um grande avanço na legislação brasileira ocorreu com a formulação do Estatuto do Idoso, que abrange dos direitos fundamentais até as penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas. Prevê atenção integral ao idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal, igualitário, além de ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças mais comuns (BRASIL, 2003).

Além disso, uma das mudanças que o Brasil passou a experimentar, a partir dos anos 90 foi a reformulação do setor de saúde e revalorização do tema familiar, sendo criado o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família - ESF (PROTTI, 2002). O fortalecimento da atenção primária e da saúde da familiar, por meio da reformulação do setor saúde, inicia-se pela insatisfação por parte dos gestores, dos profissionais de saúde e usuários com o modelo assistencial caracterizado pela prática médica voltada à abordagem hospitalocêntrica, com utilização irracional de recursos tecnológicos, baixa resolubilidade e elevados custos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Na perspectiva de superar as dificuldades do sistema de saúde, em 2006, surge o Pacto pela Saúde, assinado pelos gestores do SUS e constituído por prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela vida estabelece algumas prioridades como: Implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral, promoção da saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira (atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo) e consolidação e qualificação da Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006a).

A ESF caracteriza-se por uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e, recentemente foi integrada à equipe básica, a equipe de saúde bucal. Atualmente, a ESF é responsável pelo acompanhamento de grande parte dos idosos e está alcançando uma extensão de cobertura cada vez maior, transformando-se em uma estratégia fundamental para o desenvolvimento da atenção básica no Brasil. O impacto causado nos indicadores de saúde tem se mostrado muito marcante. A cobertura em termos de número de equipes passou de 8,6 mil no ano de 2000 para 26 mil em junho de 2006 (BRASIL, 2006c).

No Estado de Minas Gerais, especificamente, foi criada, em agosto de 2002, a Coordenadoria de Atenção ao Idoso, com proposta de elaboração, coordenação, execução de projetos e implantação das políticas públicas para a população idosa do Estado (MINAS GERAIS, 2007).

4.1.2 – Alterações fisiológicas do envelhecimento

Com o envelhecimento, além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal também sofre modificações importantes: a gordura corporal vai aumentando; o tecido adiposo diminui nos membros e aumenta no tronco; a água corporal total diminui, provocando susceptibilidade a graves complicações consequentes das perdas líquidas e maior dificuldade à reposição do volume perdido; e redução do metabolismo basal (MINAS GERAIS, 2007).

Alterações no sistema músculo-esquelético

Ocorre diminuição da massa e da densidade óssea. Os tendões e ligamentos se tornam menos elásticos, contribuindo para uma maior incidência de rupturas. A cartilagem e os ligamentos da coluna vertebral e costelas são mais propensos a se tornarem calcificados e menos elásticos (MINAKER, 2005).

Segundo Duarte (2001), a massa muscular sofre redução progressiva, assim como, a força, o tônus e a velocidade de contração muscular.

Alterações no sistema respiratório

No sistema respiratório, observa-se o aumento da rigidez da parede torácica, dos ligamentos e articulações, com perda da retração elástica. Há também o declínio da capacidade respiratória máxima em aproximadamente 40%, resultado em fadiga ou falta de ar quando o sistema respiratório está sob tensão, por exemplo, com a presença de uma doença importante ou durante a realização de atividade física. Ainda, há a diminuição dos reflexos pulmonares, como a tosse e a função ciliar, além da diminuição das trocas gasosas, do acúmulo de secreções e da dificuldade de expectoração, o que predispõe os idosos às infecções (DUARTE, 2001; MINAKER, 2005).

Alterações no sistema cardiovascular

No envelhecimento, também ocorrem espessamento e endurecimento da parede ventricular esquerda, com retardo no enchimento cardíaco, aumento do peso do coração e das fibras colágenas no espaço intersticial (DI DIO, 1999). Para Minaker (2005), a arteriosclerose ocorre à medida que as paredes arteriais se tornam mais espessas, calcificam e perdem sua elasticidade. Além disso, existe maior predisposição dos vasos em envelhecimento à aterosclerose.

Alterações no sistema nervoso

Após os 60 anos, o cérebro encolhe em 5 a 10%, devido a uma diminuição do córtex cerebral. Observa-se ainda um declínio progressivo na síntese de neurotransmissores e

receptores correspondentes. Uma alteração funcional importante é a redução nos tempos de reação, resultado de uma condução nervosa ou transináptica mais lenta (MINAKER, 2005).

O padrão de sono se altera, os idosos estão mais despertos à noite e passam maior tempo no leito, diminuem o sono profundo em 50%, acordam com maior facilidade e demoram mais para adormecer (DUARTE, 2001).

A acuidade visual tende a diminuir com a idade. O espessamento e a rigidez do cristalino diminuem a capacidade em focalizar objetos próximos, levando à presbiopia do envelhecimento e gerando maior percepção de brilho, pela dispersão da luz. Ainda, a produção de lágrimas fica diminuída, causando sensação de areosidade ocular. Cerca de 25% dos idosos apresentam perda auditiva com a idade, sendo os homens os mais acometidos. Há perda dos sons de alta frequência e maior dificuldade na distinção de consoantes e vozes agudas, em comparação com as vogais e sons graves (MINAKER, 2005).

Alterações no sistema gastrointestinal

Paralelamente, o sistema gastrointestinal também sofre alterações com o avançar da idade. O paladar e o olfato declinam, com limiares mais elevados para sal, doces e certas proteínas. A mucosa gástrica secreta menos ácido, podendo diminuir a absorção de nutrientes, associado ao retardo do esvaziamento gástrico que leva a uma falsa sensação de saciedade. No fígado, ocorre perda de hepatócitos, resultando em redução no processamento de medicamentos, por isso as doses medicamentosas são ajustadas e os níveis sanguíneos devem ser monitorados no paciente idoso (MINAKER, 2005). De acordo com Duarte (2001), o intestino sofre redução da motilidade e deterioração da superfície de absorção, além do tônus muscular do esfíncter interno do intestino grosso diminuir.

4.1.3 – Outras condições do envelhecimento

As doenças crônicas como diabetes, hipertensão, artrite e cardiopatias são muito prevalentes nos idosos. As doenças mentais mais comuns são o alcoolismo, a demência e a depressão. Aproximadamente 80% dos idosos têm no mínimo uma doença crônica, ficando mais vulneráveis às incapacidades (ROACH, 2003). Em todo o mundo, a doença crônica não transmissível mais frequente é a hipertensão arterial. Nos idosos, sua frequência aumenta bastante levando a complicações sérias como os acidentes vasculares cerebrais (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

O diabetes também é comum em idosos e está associado a custos pessoais e econômicos consideráveis. Gasta-se muito com internações, principalmente na assistência às complicações cardiovasculares. Os desafios na atenção à saúde do idoso diabético são: evitar os sintomas e as complicações da hiperglicemia e da hipoglicemia; minimizar ou retardar as complicações micro e macrovasculares e maximizar as funções da vida diária (CARUSO; SILLIMAN, 2001).

Nos idosos, a depressão pode se manifestar de forma inespecífica e atípica, dificultando o diagnóstico clínico. Os fatores de risco que contribuem ou desencadeiam a depressão são vários e se entrecruzam, tais como: isolamento, comunicação ineficaz, dificuldades nas relações pessoais, conflitos familiares, dificuldades financeiras e outros fatores estressantes do dia a dia. O tratamento baseia-se em atendimentos individuais, atendimentos em grupos, envolvendo familiares e a comunidade. Uma estratégia interessante são as atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro ou outras instituições locais com o intuito de fortalecer laços e propiciar as trocas sociais, promovendo a integração entre indivíduo, família, comunidade e serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

A capacidade de aprendizagem e memória são reduzidas com o passar dos anos e acentua-se, pelo desuso, consumo de álcool e medicamentos, pela solidão, isolamento, por doenças como a depressão e diversos fatores psicológicos (OMS, 2005).

O uso do tabaco é o fator de risco das doenças não transmissíveis mais importante e modificável para jovens e idosos. Fumar aumenta o risco de doenças como o câncer de pulmão e está relacionado a fatores que reduzem a capacidade funcional. Além disso, o risco de contrair alguma doença associada ao fumo aumenta com a duração e a quantidade da exposição (OMS, 2005).

O abuso do álcool pelo idoso é considerado de elevado risco por causa das mudanças fisiológicas na distribuição e no metabolismo do álcool pelos medicamentos prescritos e não-prescritos, pela presença de comorbidades e por provocar um aumento do risco de queda e de acidentes (MURPHY; CICILLINE, 2001). As quedas são comuns e podem afetar de forma negativa a qualidade de vida dos idosos e, como consequência, frequentemente, acarretam fraturas, imobilidade, medo de cair novamente, abandono de atividades e mudança de hábitos (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Outro problema relevante para a saúde pública refere-se aos maus tratos contra os idosos, tornando-se necessário a implementação de medidas educativas e de mobilização social para esclarecê-los sobre direitos, orientar quanto à atitude apropriada a adotar diante da agressão, facilitar a denúncia e a obtenção de apoio (MELO *et al.*, 2006). As mulheres idosas

correm mais riscos de sofrerem maus tratos físicos e psicológicos, devido às atitudes sociais discriminatórias e à não realização dos direitos humanos da mulher (ONU, 2003).

A ESF tem como um dos seus princípios, a abordagem das mudanças fisiológicas do envelhecimento e a descoberta prematura dos fatores de risco geradores de patologias, assim, torna-se responsável pelas discussões nos núcleos familiares e com o grupo de idosos, como forma de fortalecer a integridade física e mental de cada indivíduo (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

4.1.4 - Assistência baseada na Saúde da Família e a Linha Guia de Atendimento ao Idoso

A Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso foi proposta pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado, por meio da Coordenadoria de Atenção ao Idoso com o objetivo de servir de subsídio técnico aos profissionais da Atenção Primária, fornecendo informações e a discussão do cuidado enquanto um direito de cidadania (MINAS GERAIS, 2007).

Assim, a linha guia, instrumento adotado em todo o Estado, serve como base teórica, subsídio legal e roteiro para organizar o fluxo de trabalho na ESF e o planejamento das atividades. O planejamento das ações tem o propósito de viabilizar o acesso dos idosos à Unidade de Saúde da Família, permitindo o alcance da integralidade e a continuidade do cuidado; o acompanhamento das patologias e prevenção dos agravos, possibilitando os encaminhamentos que se fizerem necessários; a educação em saúde; as ações coletivas e a participação da comunidade em relação à saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2007).

A atenção à pessoa idosa deve basear-se na resolutividade, melhoria da qualidade da assistência e envolvimento de todos os profissionais da rede. Uma vez que existe carência de médicos especialistas (geriatras), a assistência se dará pelo médico clínico e demais membros da equipe de saúde (MINAS GERAIS, 2007). O objetivo da assistência é a avaliação funcional, visando à manutenção da independência e da autonomia, ficando de lado a abordagem médica tradicional, que reúne sinais e sintomas em um único diagnóstico (VERAS, 2009).

Por meio de uma visão interdisciplinar, devem-se trabalhar mais a saúde que a doença, quebrando paradigmas, e é preciso conhecer a realidade das famílias que moram na área de abrangência incluindo seus aspectos físicos, mentais, demográficos e sociais, além de identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de vulnerabilidade (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A Unidade de Saúde da Família tem maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Tem a função de prestar assistência contínua à comunidade por meio de atividades de promoção e vigilância em saúde, planejamento, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família (BRASIL, 2001). E, para conhecer os usuários cadastrados maiores de 60 anos com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, é importante realizar um diagnóstico dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais os idosos da área de abrangência estão expostos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Importante, também, é identificar os idosos de risco (idosos frágeis), pela caracterização da presença de um perfil de fragilização, que leva a redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, aumenta a procura pelos serviços de saúde (LOURENÇO *et al.*, 2005; MINAS GERAIS, 2007):

- Idosos com 80 anos ou mais
- Idosos com 60 anos ou mais apresentando:
 - Polipatologias (5 diagnósticos ou mais)
 - Polifarmácia (5 ou mais drogas/dia)
 - Imobilidade total ou parcial
 - Incontinência urinária ou fecal
 - Instabilidade postural (quedas de repetição)
 - Incapacidade cognitiva
 - Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
 - Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
 - Insuficiência familiar (Idosos em situação de vulnerabilidade social).

Para a continuidade do acompanhamento clínico e adesão aos hábitos saudáveis e ao envelhecimento ativo, a equipe de saúde deve realizar um acolhimento embasado na recepção técnica, na escuta qualificada e na priorização das atividades (MINAS GERAIS, 2007). Os grupos educativos, por sua vez, contribuem no processo de saúde, por serem um espaço de discussão, de troca de experiências, de aprendizado sobre as patologias e um momento de encontrar outras pessoas e se integrar (PROTTI, 2002). Para Gordilho *et al.* (2000), temas que incentivem os hábitos de vida saudável e a eliminação de comportamentos nocivos devem fazer parte de processos educativos e informativos continuados. Dentre os hábitos saudáveis destacados pelo autor, estão: alimentação adequada e balanceada, prática de atividades físicas,

interação social, atividade ocupacional prazerosa, busca pela redução do estresse, ausência dos hábitos nocivos (tabagismo, alcoolismo e automedicação).

Dessa forma, a assistência ao idoso deve basear-se na avaliação global, multidisciplinar, incluindo ações de educação em saúde que englobem prevenção de agravos e reabilitação preventiva ou corretiva. As atividades merecem envolver além do idoso, seu cuidador e familiares garantindo-lhes orientação e apoio constantes (MINAS GERAIS, 2007). Segundo Chamoiwicz *et al.* (2009), o envelhecimento saudável no Brasil somente se tornará uma realidade para os idosos quando uma parcela maior da população participar de forma intensiva dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Para Lourenço *et al.* (2005), muitos gestores da saúde têm noção da importância das ações de saúde voltadas aos idosos saudáveis associadas a programas qualificados para os já doentes, mas poucos batalham pela sua implementação.

A qualidade da assistência é um reflexo da atuação dos seus profissionais, assim, todos que lidam direta ou indiretamente com a Estratégia de Saúde da Família precisam estar atentos às necessidades de capacitação e formação de seus profissionais, visando melhorias na atenção à saúde, no aspecto à competência, humanização e resolutividade (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Além da capacitação, os profissionais precisam estar sensibilizados para a temática do envelhecimento, procurando uma articulação familiar para tornar o espaço de trabalho mais saudável (PROTTI, 2002).

Conhecer a realidade, identificar os “nós críticos” e construir um plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam muito trabalho da equipe de saúde, mas é uma forma de enfrentar os problemas de maneira sistematizada e com maior possibilidade de sucesso (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Paralelamente, fazem parte desse processo, o acompanhamento e a avaliação permanente do impacto das ações sobre o diagnóstico das condições de vida e saúde da pessoa idosa realizado no início do planejamento. Assim, será possível monitorar, aprimorar e atingir a situação desejada (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O direcionamento das ações desenvolvidas pela ESF às reais necessidades da população idosa local permite conhecer melhor essa crescente camada social e proporcionar uma assistência em saúde humanizada, eficiente e de qualidade.

A partir desses princípios, foi elaborada uma proposta de reorganização da atenção à saúde dos idosos para implementação na ESF Viver Melhor. Por meio desse plano de ação, a equipe em foco terá a oportunidade de organizar o processo de trabalho, de forma que o acesso seja igualitário, com estratificação de riscos, fluxo de referência e contra-referência,

relevando o aprimoramento profissional, a promoção da saúde e da qualidade do envelhecimento.

4.2 – A proposta

Para a organização do processo de trabalho da equipe e o acompanhamento de todos os idosos da área de abrangência, realizou-se um levantamento dos “nós críticos”, ou seja, as causas do problema, “*falta de sistematização da assistência em saúde do idoso na ESF Viver Melhor*”, passíveis de atuação e dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A partir dos nós críticos levantados, foi possível realizar o delineamento de operações norteadoras para o alcance dos resultados, dos produtos esperados e dos recursos necessários à sua execução. O desenho das ações e o plano operativo estão descritos, respectivamente, nos quadros 1 e 2.

O processo teórico de construção do plano de ação baseou-se em recomendações da literatura e, principalmente, na Linha Guia de Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde.

Quadro 1 – Desenho das ações para resolução dos “nós” críticos da sistematização da assistência em saúde do idoso na equipe da ESF Viver Melhor, Diamantina/MG, 2011 (continua)

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Estrutura física inadequada	Casa Arrumada Buscar adaptação do espaço físico	- Unidade com consultório no andar térreo - Acessibilidade aos idosos	- Gestores sensibilizados e empenhados na adequação da unidade.	Político: articular com gestores as mudanças necessárias para que um consultório fique no andar térreo. Financeiros: instalação de lavabos, pias, fechadura nas portas, instalação de divisórias para repartir a sala de procedimentos (Apêndice A).
Falta de qualificação profissional	Conhecer Proporcionar orientações e discussões em equipe sobre o envelhecimento	- Equipe melhor informada sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento. - Acolhimento eficaz	- Capacitação dos ACS's e técnica de enfermagem sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento e como realizar o acolhimento.	Político: articulação intersetorial (parceria com a faculdade de enfermagem); Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: adequação da agenda
Ausência de atividade educativa específica ao idoso	Grupo Ativa Idade Realizar atividades educativas para a população idosa da área de abrangência	- Idosos mais informados, participativos e preparados para o auto-cuidado e o envelhecimento saudável.	- Grupos operativos com assiduidade e participação efetiva dos idosos.	Político: articulação intersetorial (parceria com a faculdade de nutrição, fisioterapia, farmácia, enfermagem e odontologia e educação física); Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: para organizar os grupos Financeiros: aquisição de recursos áudio-visuais, álbum seriado, folhetos educativos e colchonetes (Apêndice A).

Quadro 1 – Desenho de operações para resolução dos “nós” críticos da sistematização da assistência em saúde do idoso na ESF Viver Melhor, Diamantina/MG, 2011 (continuação).

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<p>Processo de trabalho da ESF insatisfatório em saúde do idoso</p>	<p>Cuidar Sistematizar o processo de trabalho como preconizado pela Secretaria Estadual de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dos idosos cadastrados na ESF; - 100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco; - 100% dos idosos de risco habitual realizam: (01 consulta médica/ ano e 01 consulta enfermagem/ ano); - 100% dos idosos de alto risco realizam: (03 consultas médicas/ ano e 03 consultas enfermagem/ ano). - 100% dos idosos acamados da área de abrangência recebem visitas domiciliares: (06 consultas médicas/ano, 06 consultas enfermagem/ ano e 01 visita pelo ACS ao mês). 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do atendimento baseado na Linha Guia de Saúde do Idoso; - Profissionais capacitados; - Busca ativa dos idosos faltosos ao programa. 	<p>Cognitivos: orientação dos profissionais quanto ao protocolo de atendimentos; Organizacional: adequação da agenda de trabalho.</p>

Quadro 2 – Plano Operativo para atendimento aos idosos, equipe Viver Melhor, Diamantina/MG, 2011.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Casa Arrumada	Unidade com consultório no andar térreo Acessibilidade aos idosos	Gestores sensibilizados e empenhados na adequação da unidade.	Apresentar o projeto	- Enfermeira da ESF - Coordenador da Atenção Primária	Janeiro de 2012
Conhecer	Equipe melhor informada sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento. Acolhimento eficaz	Capacitação dos ACS's e técnica de enfermagem sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento e como realizar o acolhimento.		- Enfermeira e médica da ESF	Janeiro a Julho de 2012
Grupo Ativa Idade	Idosos mais informados, participativos e preparados para o auto-cuidado e o envelhecimento saudável.	Grupos operativos com assiduidade e participação efetiva dos idosos.		- Enfermeira e técnica de enfermagem	Janeiro a Dezembro de 2012
Cuidar	- 100% dos idosos cadastrados na ESF; - 100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco; - 100% dos idosos de risco habitual realizam: (01 consulta médica/ ano e 01 consulta enfermagem/ ano); - 100% dos idosos de alto risco realizam: (03 consultas médicas/ ano e 03 consultas enfermagem/ ano). - 100% dos idosos acamados da área de abrangência recebem visitas domiciliares: (06 consultas médicas/ano, 06 consultas enfermagem/ ano e 01 visita pelo ACS ao mês).	Implantação do atendimento baseado na Linha Guia de Saúde do Idoso; Profissionais capacitados; Busca ativa dos idosos faltosos ao programa.	Apresentar o projeto	- Enfermeira e médica da ESF Coordenador da Atenção Primária	Janeiro a Dezembro de 2012

Operações:

Casa Arrumada

A unidade funciona em casa alugada e sem qualquer adaptação para o funcionamento como estabelecimento de saúde. Existe uma proposta de construção de uma ESF no bairro nos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, mas, enquanto isso, algumas adaptações são necessárias e urgentes para atender melhor ao idoso, assim como a toda comunidade.

Inicialmente, será solicitada à Secretaria Municipal de Saúde a transferência de um consultório para o andar térreo, no intuito de facilitar o acesso dos usuários ao atendimento médico e de enfermagem. Outras modificações dizem respeito à instalação de tira antiderrapante e corrimão nas escadas, instalação de pias, porta papel toalha, porta sabão líquido e aquisição de cadeiras, lençóis e camisolas.

Conhecer

A técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) receberão treinamento referente ao tema envelhecimento e quanto à abordagem aos idosos inseridos no programa, seus cuidadores e familiares. As discussões serão dirigidas, quinzenalmente, pela médica e enfermeira num período de seis meses. Espera-se, com esses estudos e discussões, agregar conhecimentos, quebrar paradigmas e fortalecer o vínculo entre toda a equipe e a população idosa. Além da teoria, serão debatidos alguns casos referentes aos idosos da área de abrangência. Alguns temas propostos a princípio serão:

- Acolhimento e promoção de vínculos;
- Conceitos do envelhecimento;
- Políticas de Saúde do Idoso;
- Alterações do envelhecimento;
- As Síndromes Geriátricas;
- Principais patologias;
- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Prevenção de quedas e fraturas.

Grupo Ativa Idade

Todos os idosos serão convidados a participarem de grupos de orientações e discussões sobre envelhecimento, com alguns temas pré-estabelecidos e outros sugeridos pelos próprios participantes.

Os grupos de educação em saúde serão constituídos por cerca de 20 idosos, acontecerão quinzenalmente e/ou de acordo com a demanda, na unidade de saúde da família e se necessário, em espaços sugeridos pela comunidade e contará com a colaboração de toda a equipe de saúde da família e de alunos da Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Serão utilizados álbuns seriados, cartazes, apresentações em PowerPoint e dinâmicas. Poderão ser construídas peças teatrais, realização de passeios culturais, brincadeiras, confraternizações entre outras atividades que proporcionem a socialização.

Cuidar

O processo de trabalho será pautado na Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso e delineado na Figura 1.

Os integrantes da equipe de saúde serão responsáveis pelo acolhimento do usuário, pelo estabelecimento de vínculos e direcionamento para as ações específicas.

Todos os idosos da área de abrangência deverão estar cadastrados pelos ACS's e recebendo pelo menos um acompanhamento mensal dos mesmos. Os idosos, seus cuidadores e/ou familiares serão acolhidos pela equipe durante visita domiciliar ou ao comparecerem à unidade de saúde, por demanda espontânea ou agendamento. Ao iniciar este projeto, todos os idosos estarão sendo considerados como se estivessem comparecendo em um primeiro atendimento. Passarão por uma primeira consulta médica para avaliação do grau de risco e planejamento dos cuidados específicos e das atividades em saúde. As consultas subsequentes serão agendadas seguindo a escala de classificação de risco e intercalando entre consulta médica e de enfermagem da seguinte forma:

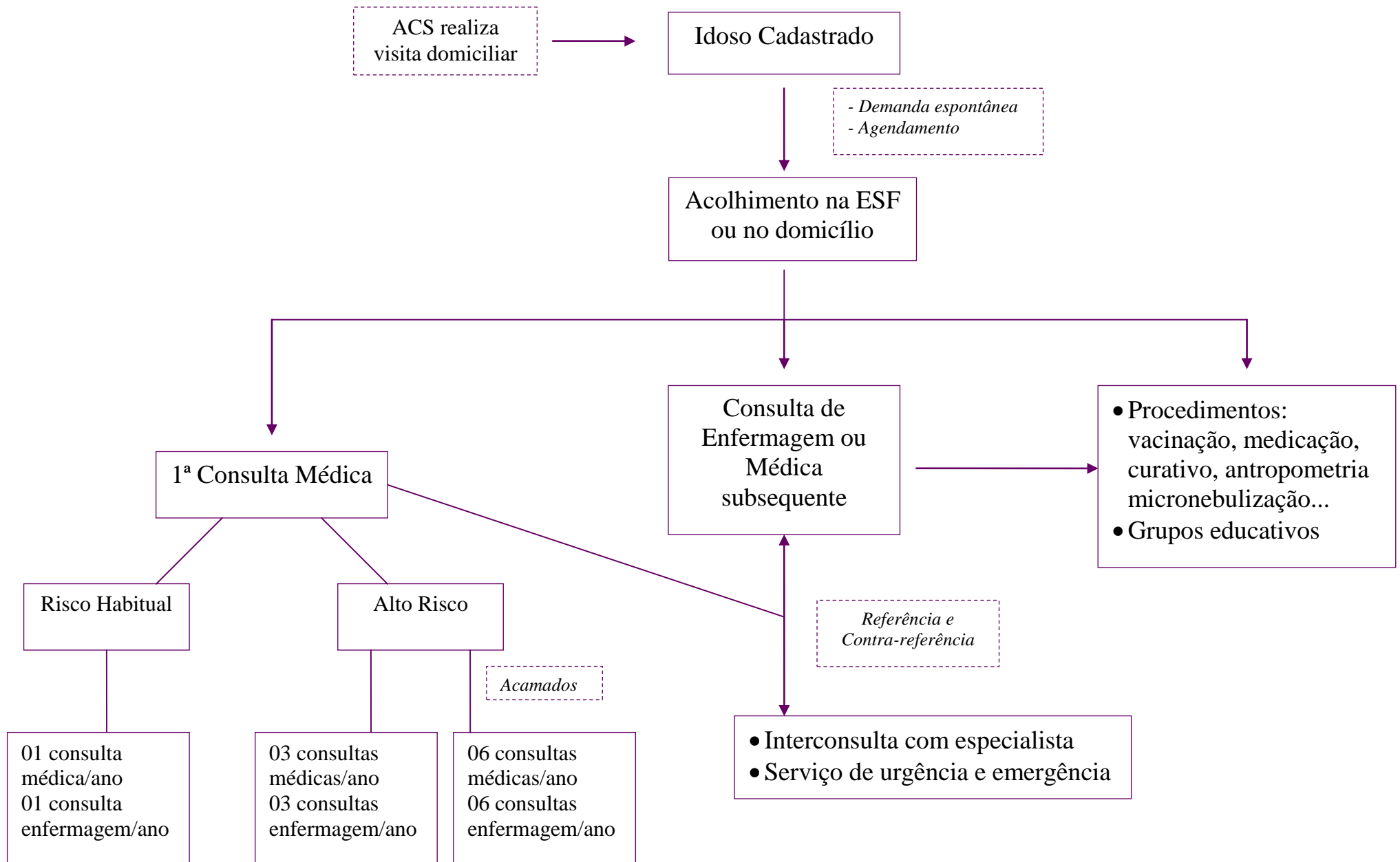
- Risco Habitual - 01 consulta médica/ano e 01 consulta enfermagem/ano;
- Alto Risco - 03 consultas médicas/ano e 03 consultas enfermagem/ano, sendo que os acamados receberão 06 consultas médicas/ano e 06 consultas enfermagem/ano, em domicílio.

Se necessário, ocorrerão encaminhamentos aos serviços especializados e de urgência/emergência. Os procedimentos técnicos serão realizados na unidade ou no domicílio.

A busca ativa dos faltosos aos grupos educativos e atendimentos individuais será realizada por toda a equipe e principalmente pelos ACS's durante as visitas domiciliares.

Após a implantação da proposta, o mesmo será avaliado mensalmente por meio da adesão dos usuários aos grupos educativos, consultas médicas, de enfermagem e discussões sobre o andamento do programa nas reuniões da equipe.

Figura 1 - Fluxo de assistência e atendimento ao paciente idoso na equipe da Estratégia de Saúde da Família Viver Melhor, Diamantina, 2011 (elaboração própria).



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todo o mundo, as discussões sobre o envelhecimento são recentes, mas evoluem à medida que o impacto passa a ser percebido pela sociedade e governantes. No Brasil, políticas e programas estão sendo criados com o propósito de garantir assistência integral e promover o envelhecimento saudável com manutenção da capacidade funcional, autonomia e redução de dependências.

O aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de fecundidade da população favorecem a crescente proporção de idosos em todo o mundo, e esse envelhecimento populacional, por sua vez, acarreta alta prevalência de doenças crônicas, incapacidades, maior frequência de hospitalizações, com elevada permanência no leito, gerando altos gastos pessoais, aos familiares e, principalmente, ao sistema público de saúde.

Apesar dos aspectos sócio-econômico-culturais e comportamentais serem extremamente relevantes, o foco deste trabalho se voltou, principalmente, para as questões relacionadas às alterações clínicas oriundas do processo de envelhecimento e suas conseqüências.

Existe uma carência de programas específicos para a população idosa no município de Diamantina e, conseqüentemente, nas ESF's. Profissionais e gestores precisam ser sensibilizados para a questão do envelhecimento, assim como, precisam buscar parcerias, recursos e implementação de serviços para atuação de equipe multiprofissional e qualificada.

Alguns profissionais estão sendo contratados para a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa equipe atuará de forma integrada à Saúde da Família ampliando sua capacidade de resolutividade, por meio de ações como: educação permanente às equipes de ESF's, educação em saúde para a população e suporte às ações da atenção básica. O NASF, em Diamantina, será composto por fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e educador físico. Assim que implementado, o NASF fornecerá um apoio fundamental nas ações voltadas aos idosos, com abordagem multidisciplinar e condizente à realidade local. Além disso, a partir de sua implantação, o NASF contribuirá para o aperfeiçoamento das ações instituídas e para uma abordagem ao idoso de forma mais integral.

Com a proposta de reorganização da atenção em saúde dos idosos na ESF Viver Melhor, a equipe terá a oportunidade de organizar o processo de trabalho, de forma que o acesso seja igualitário, com estratificação de riscos, fluxo de referência e contra-referência, relevando o aprimoramento profissional, a promoção da saúde e da qualidade do

envelhecimento. A contribuição para a equipe será grandiosa, pois vislumbra a reestruturação de uma atenção “sufocada” pela demanda espontânea, sem critérios de agendamento e com pouco tempo para o planejamento de ações.

A assistência à saúde dos idosos e familiares deve ser voltada à manutenção da independência e do envelhecimento ativo, e ser um dos focos primordiais de atuação da atenção primária à saúde. Ao otimizar a assistência, será mais fácil alcançar o controle das doenças crônicas não transmissíveis, dos fatores de risco aos agravos à saúde, possibilitando ações estratégicas para prevenção de doenças e promoção de uma vida mais ativa e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1994. Seção 1, p. 77-79.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001, 131p.

BRASIL. Lei Nº10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de outubro de 2003.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 192p.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Informações Estatísticas e Base de dados. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 15 set. 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed 2010. 114 p.

CARUSO, L. B.; SILLIMAN, R. A. Diabetes Mellitus no paciente idoso. In: GALLO, J. J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A.; MURPHY, J. B. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.377-383.

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.172p.

DIAMANTINA. Prefeitura Municipal. O município. Disponível em: <www.diamantina.mg.gov.br>. Acesso em: 15 set. 2011.

DI DIO, L. J. A. Anatomia do Envelhecimento. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 8. p.48-53.

DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.185-196.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1575-1585, nov.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2011.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ, 2000, 92p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050** – Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 93p. (Estudos & Pesquisas. Informação Demográfica e Sócio-Econômica 24).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 16 nov. 2011.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 set. 2011

MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 dez. 2011.

MINAKER, K. L. Seqüelas clínicas comuns do envelhecimento. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. eds. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 120-127.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa - Atenção à Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. 186p.

MURPHY, J. B.; CICCILLINE, M. Medidas preventivas para os idosos. In: GALLO, J. J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A; MURPHY, J. B. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.30-38.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Plano de ação internacional para o envelhecimento; 2002.** Tradução de Arlene Santos. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60p.

PESSINI, L. Envelhecimento e saúde: Ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.457-463, out.-dez. 2002.

PROTTI, S. T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família.** 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.793-798, mai.-jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2011.

RIBEIRO, A. P. SOUZA, E. R., ATIE, S., SOUZA, A. C., SCHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>.

ROACH, S. Características da população idosa. In: _____. **Introdução à Enfermagem Gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap.1, p.01-09.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2011.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.839-847, jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 set. 2011.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R.G. Trauma no idoso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000100037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2011

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 set. 2011.

APÊNDICE A – Orçamento previsto para adequação da unidade de saúde “Viver Melhor” e melhorias no atendimento.

	ITEM	CUSTO PREVISTO	JUSTIFICATIVA
Equipamentos e material permanente	Cadeiras acolchoadas	R\$ 1.000,00 (20 unidades)	Acomodação nos grupos educativos e sala de espera proporcionando conforto ao usuário.
	Colchonetes	R\$ 400,00 (20 unidades)	Realização de exercícios físicos, dinâmicas, relaxamento e demais atividades, proporcionando conforto e segurança ao usuário.
	Projektor Multimídia Data Show	R\$ 1.700,00	Projeções em grupos educativos e palestras, permitindo a exposição de gravuras, fotos, mensagens e vídeos
Serviços de terceiros com material incluso	Instalação de quatro lavabos	R\$ 300,00	Higienização das mãos antes e a após os procedimentos técnicos
	Instalação de uma pia	R\$ 140,00	Realização de limpeza das feridas
	Instalação de divisórias para repartir a sala de procedimentos de enfermagem	R\$ 660,00	Redução da contaminação cruzada, organização do ambiente privacidade e conforto dos usuários.
	Instalação de corrimão em escada	R\$ 450,00	Facilitar acesso e garantir segurança aos usuários
Outras despesas	Manutenção de equipamentos	R\$ 2.000,00	Assistência técnica dos equipamentos.
	Fechadura nas portas	R\$120,00 (4 unidades)	Manter privacidade em atendimentos
	Álbum seriado, folhetos educativos	R\$ 280,00	Facilitar a didática nas ações educativas
TOTAL ORÇAMENTO		R\$ 7.050,00	