

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

**JADILSON WAGNER SILVA DO CARMO**

**GERENCIAMENTO DO CUIDADO DOMICILIAR DO IDOSO  
APÓS ALTA HOSPITALAR.**

**GOVERNADOR VALADARES**

**2014**

**JADILSON WAGNER SILVA DO CARMO**

**GERENCIAMENTO DO CUIDADO DOMICILIAR DO IDOSO  
APÓS ALTA HOSPITALAR**

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<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos

**GOVERNADOR VALADARES**

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

“A minha família que me permitiu durante os momentos de reclusão que a construção deste trabalho acadêmico não fosse de tudo dolorido e sem sentido.”

## **AGRADECIMENTOS**

À minha sobrinha Pammela, que me ajuda em toda pesquisa e por sua busca ao conhecimento.

## **EPÍGRAFE**

“As pessoas idosas que recebem cuidados normalmente não têm a capacidade de serem totalmente independentes e autossuficientes, o que pode levar à frustração e a raiva. O(a) cuidador(a) deve ser capaz de separar a raiva e o ressentimento do idoso e não levar sua frustração para o lado pessoal”.

**Márcio Borges - Geriatra**

## RESUMO

As pessoas idosas, mesmo as que têm boa saúde, debilitam-se vagarosamente por causa das alterações fisiológicas que com o passar do tempo, traz limitações às funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. Tornam-se também, mais suscetíveis a doenças e, decorrente disso, vem à hospitalização. O idoso após alta hospitalar encontra-se frágil, apresenta alto grau de dependência, fraqueza, medo de sofrer quedas, lesões, instabilidade postural entre outras mais. Boa parte da população idosa vive sozinha e realiza suas atividades sem a necessidade de acompanhamento, mas uma parte substancial, precisa de cuidados e orientações permanentes. Neste sentido a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Orizânia-Mg elaborou um plano de intervenção para sistematizar o cuidado multiprofissional domiciliário ao idoso fragilizado, pós-alta hospitalar. Para alcançar este objetivo foi necessário enfrentar vários nós críticos que interferiam no processo de trabalho. Tais medidas vem preencher grande lacuna de assistência à população de idosos dependentes propiciando melhor qualidade vida ao paciente ou mesmo minimizando sofrimentos e organizando a participação da família no cuidado e o processo de trabalho da equipe.

Palavras chave: Cuidador de idoso. Idoso frágil. Atendimento hospitalar. Equipe Multiprofissional

## **ABSTRACT**

Older people, even those with good health, grow weak-slowly because of the physiological changes that over time, brings limitations to the functions of the body, making them increasingly predisposed to addiction to the achievement of self-care, to loss of autonomy and quality of life. They become also more susceptible to disease and, as a result, it comes to hospitalization. The elderly after hospital discharge is fragile, has a high degree of dependence, weakness, fear of falls, injuries, postural instability among other more. Much of the elderly living alone and conducts its activities without the need for monitoring, but a substantial part, needs care and permanent guidelines. In this sense the staff of the Family Health Strategy team (FHT) of Orizânia-Mg prepared a contingency plan for the systematic multidisciplinary home care to the elderly frail, after hospital discharge. To accomplish this it was necessary to face several critical nodes that interfered in the work process. Such measures fills big gap of assistance to the population of dependent elderly providing better quality of life to the patient or even minimizing suffering and organizing family involvement in care and team work process.

Keywords: Caregiver old. Frail elderly. Hospital care. Multidisciplinary Team

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

NASF - Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

SciELO - Scientific Electronic Library Online

PES - Planejamento Estratégico Situacional

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

Tabela 1 - População segundo faixa etária - Orizânia-.....	1
Quadro 1 – População de jovens e idosos em Orizânia. ....	2
Quadro 2 – Dados sobre a população de Orizânia. ....	2
Quadro 3 – Estabelecimentos de saúde em Orizânia. ....	3
Quadro 4 – Operações para resolução dos nós críticos .....	17
Quadro 5 – Identificação dos recursos críticos para desenvolver ações.....	18
Quadro 6 – Análise e viabilidade do plano de ação .....	19
Quadro 7 – Plano operativo.....	20
Quadro 8 – Plano de gestão.....	21

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

6 JUSTIFICATIVA

8 OBJETIVOS

9 METODOLOGIA

10 REVISÃO DE LITERATURA

13 PLANO DE INTERVENÇÃO

22 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo pesquisas do IBGE, realizadas em 2008, a cidade de Orizânia, historicamente pertencia, como distrito, ao município de Divino antes de alcançar sua autonomia político administrativa. O seu primeiro nome foi São Sebastião do Alto Carangola, denominação esta alterada, mais tarde, para Alto de Carangola. Em 1943 passou a ser chamado de distrito de Arrozal e, por último, distrito de Orizânia. O município localiza-se na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais e dista a 320 km da capital do Estado. Possui aproximadamente 7.284 habitantes, sendo que 2.221 habitantes são residentes na área urbana e os outros na zona rural.

Em relação aos aspectos geográficos tem uma área de 121.800 km<sup>2</sup>. Quanto aos aspectos socioeconômicos a como principal atividade econômica a agropecuária de subsistência e familiar, centralizadas na produção de café, sendo a principal fonte de trabalho e renda da população local.

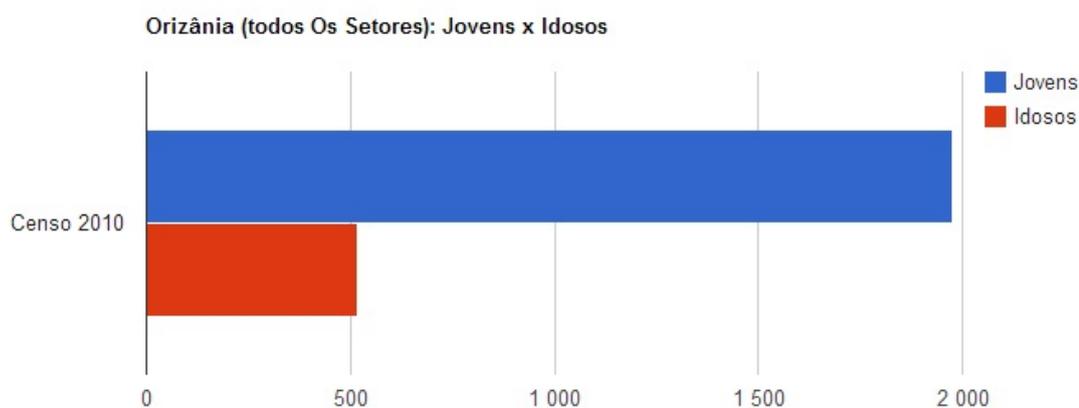
Em se tratando do saneamento básico, 40% da população urbana tem abastecimento de água tratada. 70% da zona urbana recolhimento de esgoto por rede pública, o lixo é recolhido em 70% da zona urbana e parte da zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE ORIZÂNIA, 2008).

Abaixo, alguns dados referentes à faixa etária da população de Orizânia:

**Tabela 1-População segundo faixa etária, Orizânia, MG:**

<b>Faixa etária</b>	<b>População</b>	<b>%</b>
<b>0- 4</b>	<b>554</b>	<b>7,6%</b>
<b>5-14</b>	<b>1974</b>	<b>27.1%</b>
<b>15-64</b>	<b>4793</b>	<b>65.8%</b>
<b>65 e mais</b>	<b>517</b>	<b>7.1%</b>

### Quadro 1 – População de jovens x idosos de Orizânia:



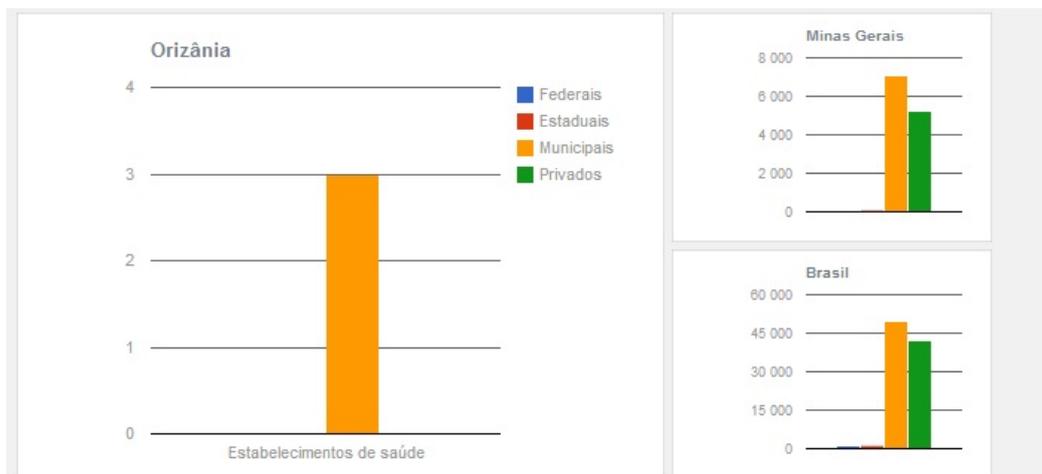
FONTE: © 2013 - População.net.br o maior portal de população do Brasil

### Quadro 2 – Dados sobre a população de Orizânia:

Domicílios particulares permanentes	2561
População residente	7284
População Homens	3697
População Mulheres	3587
Razão de dependência Jovens	41.3%
Razão de dependência idosos	10.8%
Razão de dependência total	52.1%
Índice de envelhecimento	26.2%
Razão de masculino x feminino	103.1%
Razão crianças x mulheres	31.9%
Média de moradores por domicílios	3.3
Proporção de domicílios ocupados	86%
Proporção de domicílios não ocupados	14%

FONTE:© 2013 - População.net.br o maior portal de população do Brasil.

### Quadro 3 – Estabelecimentos de saúde em Orizânia



Fonte : IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Nota: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência de variável ou onde, por arredondamento, os totais não atingem a unidade de medida.

O Município de Orizânia é marcado por uma população rural que depende integralmente dos serviços de saúde assistencial público. Tem sua base econômica na agropecuária de subsistência e de micro produtores que respondem pelo aquecimento da economia.

A maior parte de sua população localiza-se na zona rural (IBGE, 2011). Sofre com o processo da transição social com considerável aumento da população acima de 60 anos e entre essa população a de muitos idosos (acima de 80 anos) que não encontram um sistema de saúde público eficiente para atender suas demandas o que eleva em muito a taxa de morbidades, mortalidade e de internações prolongadas nos hospitais de referência.

A organização dos serviços de saúde se dá pela ação das equipes de saúde da família – ESF – no total de 03 unidades completas que cobrem todo o território sanitário. A demanda de saúde se dá por grande demanda espontânea que sobrecarrega as unidades levando a pouco planejamento de ações estratégicas para resultados de qualidade. O número de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde encontra-se abaixo da média esperada (DATASUS, 2013) e populações que não tem facilidade de acesso aos postos de saúde são vitimadas e tem evolução arrastada de patologias crônicas, visto a baixa assistência recebida por profissionais de saúde.

Por meio do diagnóstico situacional foi possível detectar problemas que prejudicam a saúde da população os dados levantados foram discutidos em equipe e dentre os problemas o que chamou atenção da equipe foi a falta de um plano de cuidado para identificar, cuidar de idosos que se fragilizam devido a patologia aguda ou de agudização de doenças crônicas no pré-operatório e pós-alta hospitalar.

O cuidador não tem recebido dos profissionais de saúde atenção no sentido de capacitá-los para prestar uma assistência adequada. Ao acompanhar o idoso, há maior possibilidade de comunicação dele com os profissionais da equipe de saúde.

A grande preocupação da equipe de saúde é em relação à assistência que é prestada ao idoso após um período de internação, visto que é uma pessoa, que pelo próprio processo de envelhecer quando associado à doença deixa-o fragilizado, precisando de cuidados especializados.

Para Fried e Walston (2003), a fragilidade é um estado de vulnerabilidade fisiológica, tendo relação com a idade e como consequência, a diminuição da reserva metabólica e da habilidade do organismo de manutenção da homeostase, junto de alterações frequentes no processo de envelhecimento do indivíduo de resistir a desgastes tais como, temperaturas extremas, atividades físicas, quedas, doenças agudas, perdas, luto, isolamento social e outros fatores ambientais.

Muitas vezes o idoso fragilizado não tem condições de realizar as atividades diárias mais simples e necessita de alguém para ajudá-lo seja um familiar disponível, uma amiga ou uma pessoa capacitada para prestar os cuidados. Denomina-se de cuidador de idosos aquele que presta cuidados diários ao idoso dependente.

Para Caldas (1998) as sobrecargas físicas, emocionais e socioeconômicas do cuidador de uma família são imensas. É preciso orientar e preparar os familiares. Treinar o cuidador e supervisionar a execução das atividades assistenciais até que a família se sinta segura para assumi-las. Cuidar do idoso pós-internação é muito importante para obter melhores resultados na sua recuperação e eficácia no tratamento. Muitos idosos se

encontram em situação de fragilidade clínica ou vulnerabilidade social após a internação, necessitando de uma assistência integral 24 horas por dia.

É necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde uma vez que a população idosa brasileira vem crescendo, há cerca de 30 anos, devido à baixa taxa de mortalidade e fecundação. Um dos maiores desafios no século XXI será cuidar de uma população idosa de cerca de 32 milhões, sendo a maioria com baixos níveis socioeconômicos e educacionais (RAMOS, 2005).

O aumento significativo da população idosa nos últimos anos tem provocado profundas transformações na sociedade que tendem a crescer com o passar dos anos. Estas mudanças são sentidas na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e, também, no sistema de saúde (PICCINI *et al.*, 2006). Sendo os profissionais de saúde responsáveis diretos para alcance dos objetivos preconizados pela Política de Saúde do Idoso cabe-lhes buscar conhecimento constante para possibilitar um atendimento sistematizado e de boa qualidade ao paciente idoso.

O desafio é reestruturar o processo de trabalho da ESF utilizando de modo organizado os saberes da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e cirurgião-dentista) articulado com o Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família – (NASF) para atender o paciente idoso.

A reestruturação do processo de trabalho não isenta a grande necessidade da rede de apoio, na ampliação do serviço de saúde na oferta de suporte diagnóstico principalmente laboratorial (coleta de exames de rotina domiciliar) e de logística quanto transporte de pessoas e insumos para execução do atendimento domiciliar ao idoso acamado e fragilizado. Em domicílio, vários saberes se fundem com objetivo principal de oferecer ao paciente idoso a reabilitação do seu agravo de saúde.

A equipe discutiu e foi consenso à elaboração do projeto de intervenção para o atendimento dos idosos pós-alta hospitalar, visto a sua urgência percebida na área de abrangência.

## 2 JUSTIFICATIVA

A preocupação com as pessoas com idade acima de 60 anos vem aumentando no mundo todo nos últimos decênios devido ao aumento da média de vida da população, atribuída às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar (MARIM ;ANGERAMI,2002).

As questões relacionadas aos cuidados de saúde e bem-estar dos indivíduos com mais de sessenta anos tem aumentado e a demanda nos serviços de saúde também devido ao aumento da expectativa de vida da população. “Proporcionar condições de envelhecimento saudável, buscando preservar ao máximo, e por mais tempo possível, a capacidade das funções físicas e mentais da população é objetivo que deve ser buscado pelas políticas de saúde” (SOARES, 2013,p.23). Minimizar o impacto das doenças crônicas, do grau de dependência e manter a qualidade de vida são metas essenciais, não só para os beneficiados mas também para as famílias, promovendo assim um envelhecimento bem sucedido.

Marim e Angerami (2002,p.34) abordam que foi constatado que as pessoas idosas, mesmo as que têm boa saúde, debilitam-se vagarosamente por causa das alterações fisiológicas que com o passar do tempo, traz limitações as funções do organismo, “tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. Tornam-se também, mais suscetíveis a doenças e, decorrente disso, vem à hospitalização”.

Em relação ao idoso que retorna ao lar após um período de internação cabe ao médico e enfermeira da equipe de saúde realizar uma visita domiciliar assim que o idoso retorna ao lar, para avaliarem o seu estado de saúde e identificarem as necessidades para traçarem um plano terapêutico e se necessário solicitarem ajuda ao NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). A identificação precoce dos casos, melhora a qualidade de vida do paciente, diminuindo morbidades, risco para novo evento clínico fatal com melhor prognóstico e adesão ao tratamento pelo paciente, familiares e cuidador.

É importante que os idosos recebam cuidados pós-alta hospitalar para que a recuperação seja mais rápida com menor período acamado para evitar complicações provenientes da imobilidade no leito. Treinar os cuidadores, fortalecer o vínculo com a equipe multiprofissional, estabelecer uma confiança mútua pode facilitar o atendimento dos objetivos propostos no ato de cuidar.

É fundamental o entendimento por parte dos sujeitos do plano de cuidado proposto e compartilhamento de saberes numa relação equilibrada de decisões.

### **3 OBJETIVOS**

Elaborar um plano de intervenção para sistematizar o cuidado multiprofissional domiciliário ao idoso fragilizado, pós-alta hospitalar, no Território Sanitário da ESF – Pró Saúde.

#### 4 METODOLOGIA

A elaboração deste trabalho constou de 03 momentos subsequentes, o primeiro passo foi a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência. Foram coletados pela equipe de saúde, dados referentes à saúde da população, condições sócias econômicas, condições de moradia e saneamento básico e outros. Analisadas todas as informações foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco da população para posteriormente planejar e programar ações preventivas, curativas e reabilitadoras. Em seguida, foram levantados os principais problemas vivenciados pela comunidade.

Pelo diagnóstico situacional foi caracterizada a área de abrangência e identificados os seus problemas.

Priorizado o problema foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o tema para subsidiar a elaboração do referencial teórico bem como facilitar a compreensão do tema proposto. Foi realizado um levantamento bibliográfico em textos, livros e artigos científicos publicados. Os dados foram coletados no site da BVS nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO, nos Manuais do Ministério da Saúde. Foram utilizadas as palavras-chave: atenção ao idoso, idoso frágil e Estratégia Saúde da Família.

No terceiro momento foi o desenvolvimento do plano de intervenção utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar, conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde de autoria de Campos, Faria; Santos, 2010.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Walters (1998) citado por Marim e Angerami (2002, p.34)

Reconhecem que a assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o retorno ao lar. Assim, se por causa de uma enfermidade o idoso precisa ser hospitalizado, o hospital deve prepará-lo o mais eficientemente para que ele possa retornar ao lar em condições físicas, psíquicas e sociais de independência.

O sistema de saúde brasileiro, já vem planejando mudanças para amenizar esta dependência criada no idoso. Novas propostas visando à desospitalização ou uma hospitalização em um tempo bem curto têm surgido. Uma delas é a “internação domiciliar que visa, além da humanização da assistência, a otimização dos leitos hospitalares e a redução dos custos da assistência” (MARIM; ANGERAMI, 2002,p.34).

Neste sentido Piccini *et al.*(2006) acrescentam que para um efetivo cuidado da pessoa idosa é preciso disponibilizar serviços que possibilite o acesso e o acolhimento de maneira adequada, considerando as limitações que a grande maioria de idosos apresenta. Neste sentido, os trabalhadores dos serviços de saúde devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidade e atitudes que possibilitem atender a este grupo de maneira adequada.

O profissional da equipe de saúde deve trabalhar com autonomia e independência da pessoa idosa, proporcionando estímulo para o autocuidado, mesmo estando o idoso em condições de fragilidade, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo. Além dos cuidados, o plano de cuidado do idoso fragilizado, deve ser pautado na assistência individualizada, na segurança e privacidade do idoso no lar, proporcionando um ambiente favorável à novas tarefas estabelecidas (BORGES; TELLES, 2010.pp, 349-360).

Como é do nosso conhecimento o idoso após alta hospitalar encontra-se frágil, apresenta alto grau de dependência, fraqueza, medo de sofrer quedas, lesões, instabilidade postural entre outros mais. Boa parte da população idosa vive sozinha e realiza suas atividades sem a necessidade de acompanhamento, mas uma parte substancial, precisa de cuidados e orientações permanentes.

Cuidados são caracterizados por demasiada cautela, desvelo; inspirar cuidados. Cuidado também é uma atitude de relação amorosa, amigável, suave. Pode ser também, a vivência e a relação entre a necessidade de ser cuidado e a predisposição de cuidar (BOFF, 1999).

Quem tem assumido a responsabilidade pelo cuidado do idoso é algum familiar vizinho, amigo ou um cuidador contratado pela familiar para cuidar do idoso.

Duarte YAO (1997) citado Marim e Angerami (2002) denomina de cuidador formal, aquela pessoa que é contratada para cuidar do idoso, estabelecendo-se nesse caso um vínculo empregatício.

O cuidador do idoso, precisa estar preparado e atento para as orientações recebidas pela equipe da ESF, ter habilidade e suporte emocional, paciência e principalmente gostar do que faz para prestar cuidados de forma adequada.

“Tendo em vista que os idosos já transpuseram a barreira da preservação funcional e cognitiva, desenvolvendo diversos quadros de dependências principalmente a dependência para as atividades de vida diária” (LOURENÇO, 2014,sp).

A equipe deve avaliar o grau de dependência do idoso para a realização das atividades de vida diária e outros cuidados visando o atendimento adequado, elaborar um plano de cuidados que deve prever também as orientações e desenvolvimento de habilidades do cuidador para assumir a complexa assistência exigida, principalmente quando o idoso é portador de condições de saúde que exigem cuidados maiores.

Nos tempos atuais as famílias têm vivenciado dificuldades que limitam a tomarem para si os cuidados do parente idoso, por serem famílias menos numerosas, a inserção da mulher no mercado de trabalho fora de casa e casais separados necessitando de um cuidador para realizar as atividades rotineiras da vida diária, mas que naquele momento o idoso está incapacitado para exercê-las sozinho. As ações relacionadas com as atividades de vida diária como, por exemplo, ajuda no banho, alimentação, auxílio na deambulação,

cuidados com cabelos, unhas, dentes e pele, com benefícios ao seu bem-estar e qualidade de vida (MARIM ; ANGERAMI, 2002).

A equipe da ESF vai avaliar a necessidade da participação de outros profissionais tais como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo integrante do NASF; com a finalidade de proporcionar ao idoso, reabilitação, tornando-o mais ativo, produtivo e independente. Destaca-se a importância do cuidador para realizar as atividades orientadas pelos profissionais em suas ausências.

“Sabemos da enorme carga que o cuidado ao idoso representa tanto do ponto de vista físico quanto emocional, decorrente do grau de dependência que exige atenção, carinho e cuidado físico” (MARIM ; ANGERAMI 2002,p.39).

Para implantar o plano de intervenção para sistematizar o cuidado multiprofissional domiciliário ao idoso fragilizado, pós-alta hospitalar necessita de atuação interdisciplinar, que enfoque os múltiplos aspectos como a saúde, bem-estar e qualidade de vida do idoso, no seu contexto social, considerando principalmente sua família com a participação ativa do cuidador.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para Campos; Faria e Santos (2010) o plano de intervenção é um instrumento que possibilita a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados para resolver um problema vivenciado pela equipe de saúde no atendimento da demanda. É constituído por passos sequenciais respaldos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES). Antes de iniciá-lo deve-se considerar a viabilidade da equipe de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

Foram traçados os objetivos do plano de intervenção:

- Identificar o idoso frágil que necessita reabilitação no pós-alta de internação hospitalar.
- Implementar a cobertura a população de idoso frágil em domicílio para o cuidado multiprofissional.
- Capacitar o cuidador informal e familiar.

### ➤ **Primeiro passo: Identificação dos problemas.**

Pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde na área de abrangência foram identificados vários problemas.

- Necessidade de capacitação da equipe para prestar atendimento domiciliar ao idoso.
- Necessidade de capacitação dos cuidadores familiar e prestador de serviço.
- Aporte difícil de idosos frágeis aos postos de saúde.
- Locomoção dificultada pela falta de veículos.
- Falta assistência domiciliar após alta hospitalar.

Para compreensão do que significa problema, Campos; Faria; Santos, (2010) explicam que é a insatisfação de uma pessoa frente a componentes da realidade que ele quer e pode modificar. Para planejar uma ação direcionada é necessário identificar os problemas como o ponto inicial.

➤ **Segundo passo: Priorização do problema.**

Campos; Faria e Santos, (2010) quando abordam o planejamento estratégico situacional citam três critérios de seleção que devem ser utilizados para analisar os problemas levantados que são: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a situação apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe. O problema priorizado foi a falta de plano de cuidado para identificar, cuidar de idosos que se fragilizam devido a patologia aguda ou de agudização de doenças crônicas no pré-operatório e pós-alta hospitalar.

➤ **Terceiro passo: Descrição do problema.**

A assistência oferecida ao paciente idoso no ambiente hospitalar cria dependências que podem dificultar o seu retorno ao lar. Muitos idosos vão para casa sem condições até mesmo para realizar cuidados considerados básicos como tomar os medicamentos sozinhos, alimentação e realizar atividades rotineiras devido ao seu grau de fragilidade. Além disso, quem normalmente assume a continuidade dos cuidados é algum membro da família do idoso. A família desconhece os procedimentos que tem que ser realizados com o idoso e os cuidados necessários está totalmente despreparada. Vai apresentar muitas dificuldades para as tomadas e decisões e as realizações das ações necessárias a seu atendimento ficam prejudicadas. O idoso começa a ser descuidado não por negligência da família, mas por falta de informação e até mesmo por falta de estrutura da família e recursos financeiros. Vão surgir outras complicações que a família ou cuidador não conseguem interagir.

➤ **Quarto Passo: Explicação do problema.**

Após a alta, algumas atividades diárias mudam e isso requer uma reorganização familiar. Quando o idoso frágil recebe a alta hospitalar ao chegar em casa se depara com uma infraestrutura precária e para atender suas necessidades. Geralmente, pelo despreparo familiar é recorrente maus tratos e cuidados indevidos. Os cuidados inadequados podem agravar o quadro do idoso e ou podem acarretar doenças como pneumonia, comprometimento cognitivo leve, dores, infecções, depressão, lombalgia, quedas, desnutrição, úlceras por pressão e dificuldade para andar.

Algumas doenças, quando associadas à hospitalização, encaminham-se para o desenvolvimento de incapacidades. O repouso prolongado no leito, de forma incessante, pode agravar a situação da saúde do idoso, tornando-o mais frágil.

➤ **Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”.**

Após a análise das principais causas, são selecionadas aquelas que precisam ser enfrentadas, denominadas de nós críticos.

[...] é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65).

Posso concluir que existem causas geradoras do problema: Falta de assistência domiciliar sistematizada para os idosos após alta hospitalar:

➤ **Comprometimento ineficaz da equipe**

Unidade de Saúde não tem acomodações para gerenciamento de novas atividades de assistência domiciliar. Insumos e tecnologias não disponíveis na unidade básica de saúde:

- 1. Acúmulo de tarefas a cumprir**
- 2. Precária educação continuada sobre o tema**
- 3. Apoio diagnóstico-laboratorial deficiente**
- 4. Transporte ineficaz.**
- 5. Falta de informação dos cuidadores**
- 6. Precária assistência domiciliar**

Todos esses nós críticos convergem para um ponto que deve ser reestruturado que é o processo de trabalho. Se o problema for analisado conclui que ele traz inúmeras consequências aos pacientes pela falta de uma assistência adequada que é gerada pelo motivo: falta de orientação aos cuidadores e familiares diante de suas dificuldades de abordagem ao idoso e na execução do atendimento.

➤ **Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos.**

Campos; Faria e Santos (2010, p.70), descrevem que “como podemos enfrentar os nós críticos” devem-se definir operações ou projetos para cada nó crítico, com os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários para realização:

#### Quadro 4 - Operações para resolução dos nós críticos

➤ **Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.**

<b>Operações para resolução dos nós críticos</b>				
<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos</b>
<b>Processo de trabalho</b>	<p><b>Organização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Qualificar a equipe</li> <li>-Conseguir carros especializados no transporte dos idosos junto à prefeitura</li> <li>-organizar a agenda de atendimentos</li> <li>-promover educação continuada para equipe.</li> <li>- estruturar o apoio diagnóstico-laboratorial</li> </ul> <p>Avaliar o idoso até 48 horas após alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistematizar a assistência domiciliar para os idosos após alta hospitalar</li> <li>- Formar a equipe multiprofissional e</li> </ul> <p>Serviços de apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar protocolos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- equipe qualificada mais comprometida e cooperativa com o cuidado domiciliar.</li> <li>- Transporte disponível para realização das visitas domiciliares.</li> <li>- Agenda organizada priorizando 01 dia na semana para atendimento dos idosos e monitoramento dos cuidadores.</li> <li>- Coleta domiciliar de exames dos idosos quando necessário.</li> <li>-Idoso avaliado e plano de cuidados elaborado e discutido com o cuidador.</li> </ul> <p>-Sistematização da assistência domiciliar do idoso após alta-hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linha de cuidado para atendimento de idosos implantada.</li> </ul> <p>Protocolos elaborados</p> <p>Participação do NASF</p>	<p>-100% de cobertura de atendimento multiprofissional de idosos frágeis em domicílio de pós-alta hospitalar.</p> <p>-</p>	<p><b>Organizacional – Político –</b></p> <p>Apresentação do programa de gestão de idosos frágeis para lideranças do município e resultados esperados. Incluir no planejamento anual da secretaria municipal de saúde.</p> <p><b>Cognitivo –</b></p> <p>campanhas educacionais sobre saúde do idoso</p>
<b>Nível de informação dos cuidadores</b>	<p><b>Cuidar Melhor</b></p> <p>Capacitar cuidadores e familiares sobre os cuidados de forma integral ao idoso</p> <p>Monitorar e orientar o cuidador 01 vez por semana.</p> <p>Esclarecer as dúvidas.</p>	<p>Cuidadores e familiares capacitados para prestar cuidado ao idoso de forma adequada.</p> <p>Agendamento em dia fixo uma vez por semana para acompanhar o cuidador e avaliar o estado de saúde do idoso</p>	<p>Melhoria dos cuidados prestados em domicílio, na condição de vida do idoso após a alta hospitalar</p>	<p><b>Organizacional –</b></p> <p>estruturar curso de cuidador multiprofissional</p> <p><b>Cognitivo –</b></p> <p>Divulgação de curso de cuidador na área da ESF. Cartilha sobre cuidados com idoso</p> <p><b>Político –</b></p> <p>apresentação do curso para mobilização e sistematizar as ações junto à secretaria municipal de saúde</p> <p><b>Econômico –</b></p> <p>planilha de custos para material de escritório, Xerox, pequenos consumos.</p>

### Quadro 5 – Identificação dos recursos críticos

➤ **Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos**

<b>Nós Críticos</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>Estrutura do serviço deficiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidade de Saúde não tem acomodações para gerenciamento de novas atividades de assistência domiciliar</li> <li>- Insumos e tecnologias não disponíveis na unidade básica de saúde</li> </ul>
<b>Processo de Trabalho inadequado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alta demanda para serviços não agendados comprometendo o planejamento de novas atividades da equipe de saúde</li> <li>-Rede não interligadas de informação com dificuldade de captação e identificação do paciente no pós alta de internação hospitalar</li> <li>-Padrão de Atendimento para assistência domiciliar restrito</li> <li>-Baixa capacidade de investimento em RH para treinamento e novas contratações</li> </ul>
<b>Limitação logística de Apoio diagnóstico – laboratorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Laboratório não tem estrutura para colher exames em domicilio com cobertura de 100% pacientes no programa de atendimento em domicilio do pós alta- hospitalar</li> <li>-Custo dos serviços executados</li> </ul>
<b>Limitação logística de Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Frota de veículo insuficiente para atender nova demanda de domicílio</li> <li>-Incapacidade para aquisição de novos veículos adaptados para prestação de serviço em domicilio.</li> </ul>

Fonte: o próprio autor.

➤ **Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano.**

O êxito de um projeto está interdependente da motivação das pessoas envolvidas. Na análise da viabilidade do plano é necessário avaliar a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Entendemos por motivação o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 6 – Análise e viabilidade do plano de ação -2014**

<b>Análise e viabilidade do plano de ação</b>				
<b>Projeto</b>	<b>Recurso crítico</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Organização</b>	<b>Organizacional –</b> Processo de trabalho  <b>Político –</b> Aumento de custo	Secretário municipal de saúde  Prefeito	Diminuir custo final de cuidado do idoso frágil. Maior satisfação por parte dos pacientes/familiares do serviço ofertado pelo município	Criar setor de gestão para executar o programa para idoso frágil
<b>Cuidador Melhor</b>	<b>Organizacional –</b> processo de trabalho <b>Político –</b> definir novas prioridades <b>Econômico –</b> Diminui custo efetivo de internações e exames complexos.	Enfermeira coordenadora da Estratégia saúde da família	Satisfação de pacientes e familiares de idoso frágil vinculado à ESF	Mapeamento de idoso frágil na ficha A mensalmente pelos agentes de saúde. Estruturar e ofertar curso de cuidador de idosos à todos os envolvidos no cuidado, visando melhorar a qualificação do cuidado.

➤ **Nono passo: Elaboração do plano operativo.**

Campos; Faria; Santos (2010) explicam que a finalidade do plano operativo é designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações.

**Quadro 7 – Plano Operativo**

<b>Plano operativo no Posto Santo Antônio</b>					
<b>Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Organização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- equipe qualificada mais comprometida e cooperativa com o cuidado domiciliar.</li> <li>- Transporte para realização das visitas domiciliares.</li> <li>- Agenda organizada priorizando 01 dia na semana para atendimento dos idosos e monitoramento dos cuidadores.</li> <li>- Coleta domiciliar de exames dos idosos quando necessário.</li> </ul> Sistematização da assistência domiciliar do idoso após alta hospitalar.	-100% de cobertura de atendimento multiprofissional de idosos frágeis em domicílio de pós-alta hospitalar. -	Identificar redes de apoio.  Efetivar sistema de referência e contra referência  Aquisição de veiculo	Prefeito municipal, secretário municipal de saúde, Enfermeira coordenadora do ESF	4 Meses
<b>Cuidador Melhor</b>	Cuidadores e familiares capacitados para prestar cuidado ao idoso de forma adequada.	Melhoria dos cuidados prestados em domicilio, na condição de vida do idoso após a alta hospitalar	-----	Enfermeira coordenador da ESF	3 meses

➤ **Décimo passo: Plano de gestão.**

É o momento tático operacional, descreve-se a gestão do plano, “cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos” (CAMPOS, FARIA ; SANTOS, 2010,p.75)

**Quadro 8 - Plano de Gestão-2014**

<b>Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Organização</b>	Inclusão no plano atual o programa de gestão de cuidados de idoso frágil – definição da rede de assistência	Programa de gestão de cuidados de idosos frágeis com 10% de execução do plano de cuidado em domicílio.	Identificar parceiros no hospital para definir alta de referência à unidade de saúde.  Padronizar visita do ACS pela busca ativa e repassar imediatamente a informação ao gestor do cuidado.	Enfermeiro e médico	3 meses
<b>Cuidador Melhor</b>	1 curso por semestre/ano de cuidador de idosos para população do território da ESF	Banco de dados com dados de cuidadores em Orizânia	Cadastrar todos os participantes  Divulgação do serviço entre usuários	Enfermeiro coordenador da ESF	3 meses
	100% de cobertura de coleta domiciliar/exame de rotina		Elaborar procedimento operacional padrão de atendimento em domicílio/laboratório	Bioquímico	6 meses

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho mostrou que há uma grande necessidade de capacitar cuidadores e familiares, no cuidado de idosos em domicílio após alta hospitalar. Necessita também de uma equipe interdisciplinar, que tenha como objetivo os múltiplos aspectos como a saúde, bem-estar e qualidade de vida do idoso, no seu contexto social, considerando principalmente sua família.

É preciso reconhecer as necessidades do idoso no ambiente hospitalar, que envolvem apoio emocional, físico e bem-estar. No ambiente hospitalar, o cuidado com o idoso deve ser dobrado, tendo em vista que são mais vulneráveis às enfermidades. É necessária uma mudança de valores e uma maior humanização estratégica dos profissionais ou familiares envolvidos nessa nova etapa pós hospitalares.

Com a implantação do projeto, espera-se uma equipe consciente e comprometida com o cuidado do idoso no domicílio, com as orientações que são passadas para os cuidadores de forma clara e disponibilidade no acompanhamento semanal do idoso. Este trabalho é de grande relevância, pois possibilitará aos profissionais da equipe saúde novas estratégias de abordagem do paciente idoso e seus familiares e cuidadores envolvendo-os no processo de cuidar.

## REFERÊNCIAS

BOOF.L. A Saber cuidar a ética do humano- compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang&codmun=314587&search=minas-gerais>> Acesso em: 15 de abril de 2015.

CALDAS, C.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO BORGES, Maria Marta Marques de; TELLES, José Luiz. O CUIDADO DO IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010. Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000300002&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 abr. 2015

DATASUS,Portal da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> Acesso em 26/02/2015

FRIED, L.P., WALSTON, J. "**Frailty and Failure to thrive**". In: HAZZARD, W.R.,BLASS, J.P., HALTER, J.B., et al (edit) " Principles of geriatric medicine and gerontology" 5<sup>a</sup> ed. New York:MacGraw- Hill;2003.

HELMAN,P.R.W; Elizabete Viana de Freitas. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. ed.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2006

LOURENÇO,R.A., **A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos**. Revista do Hospital Pedro Ernesto, v.13,n.4.Out|dez. 2014

Marin MJS, Angerami ELS. **Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar.** Rev Esc Enferm.USP 2002; 36(1):33-41.

OLIVEIRA, A.C. F. **Baixa adesão ao autocuidado em portadores de hipertensão arterial de uma unidade de saúde do município de Lagoa Santa.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013

PICCINI, R. X. et al . **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 Mar. 2014.

RAMOS, L.R. **A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional.** In: Ramos LR, Neto JT, editors. Guia de Geriatria e Gerontologia. Barueri: Manole; 2005.

SOARES.C,S. **Idosos com demência: impacto na qualidade de vida dos cuidadores leigos.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013

Walters KR. **Discharge planning: an exploratory study of the process of discharge planning on geriatric wards.** J Adv Nurs 1987; 12(1): 71-83. (8) Duarte YAO.