

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA SYLVIA NARRIMAN ROCHA TAVARES

**A PRÁXIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO
DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE UM PLANO DE
AÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO**

FORTALEZA - CEARÁ

2011

MARIA SYLVIA NARRIMAN ROCHA TAVARES

**A PRÁXIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO
DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE UM PLANO
DE AÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso submetido à coordenação do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Marcos Dionísio
Ribeiro do Nascimento
Coorientador: Prof. Esp. Marcos Henrique
Muniz de Castro

FORTALEZA - CEARÁ

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

T231a Tavares, Maria Sylvia Narriman Rocha

A práxis da atenção à saúde do idoso no âmbito estratégia da saúde da família: proposta de um plano de ação para melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção/ Maria Sylvia Narriman Rocha Tavares. – 2011.

83 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof. Me. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento

Coorientação: Prof. Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro

1. Atenção Primária de Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3. Envelhecimento I. Título.

CDD 305.26

MARIA SYLVIA NARRIMAN ROCHA TAVARES

**A PRÁXIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO
DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE UM PLANO
DE AÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso submetido à coordenação do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Data da aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento - (orientador)

Prof.Esp. Marcos Henrique Muniz de Castro - (1º Avaliador)

Aos meus pais, Heitor e Ruth (in memoriam),
na certeza de que palavras e gestos são
insuficientes para agradecer, do fundo do meu
coração, todos os bens que recebi.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus cósmico, essência invisível, alma do universo, por ter-me dado saúde, força, serenidade e discernimento para realizar este trabalho.

Ao meu companheiro António Miguel, pelo amor, estímulo, presença e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos Domingos Sávio, Saulo Estevão, Rui Filho e Livia Narriman, e aos meus netos Ana Letícia e Emanuel, essências de Deus na minha existência, por compreenderem as minhas ausências e por tornarem a minha vida plena e feliz.

Aos pacientes idosos da Unidade Básica de Saúde da Família de Governador Ferraz, Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho, por serem os meus grandes professores nessa escola chamada vida.

Ao meu tutor, Marcos Henrique Muniz de Castro, querido amigo, pela atenção, esmero, paciência, incentivo, orientação, dedicação e amor às causas nobres do saber e do lidar com o ser humano.

À minha querida e eterna tutora, Rubiane Diógenes Alves, por ter participado da fase inicial da minha aprendizagem, com dedicação e amor.

À equipe gestora do NUTEDS, por ter-me ajudado a concretizar mais uma etapa na minha vida profissional e ter contribuído para o meu crescimento científico e pessoal.

Aos professores conteudistas, drs. Luiz Roberto de Oliveira, Andréa Soares Rocha da Silva, Benedita Pessoa Forte, Poliana Miranda Pinheiro, Tiago Pelúcio Moreira, Raquel Maria Rigotto, Maria Eneida Leitão de Almeida, Ana Karine Macedo Teixeira, Almir de Castro Neves Filho, Maria Vaudelice Mota, Sílvia Bonfim Hypolito, Alberto Novaes Ramos Júnior, Ângela Maria Alves e Souza, Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Cristiana Brasil de Almeida, Maria Helena Lima Sousa e Francisco Ursino da Silva Neto,

por terem conduzido as aulas de forma didática, descontraída e por terem-me transmitido seus conhecimentos seguros, práticos, sólidos e aliados às causas do saber e da humanização da saúde.

À Universidade Federal do Ceará, instituição a quem devo a minha vida acadêmica, base de toda a minha vida profissional. Orgulho-me em fazer parte dessa grande família.

Aos tutores *online* e aos suportes, por terem contribuído para a concretização deste curso.

À bibliotecária da biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, Rosane Maria Costa, pela elaboração da ficha catalográfica deste trabalho.

À Secretaria de Saúde de Tianguá, por acreditar que saúde e qualidade de vida se conseguem com políticas públicas sérias, planejadas e executadas com racionalidade, honestidade e humanidade.

Ao UNASUS, ao Ministério da Saúde, à Secretaria da Saúde do Ceará, ao COSEMS/CE e à UFMG, pelo apoio logístico.

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. A população mundial está envelhecendo e é necessário que o sistema de saúde se organize para atender à demanda de idosos. No âmbito da estratégia da saúde da família, impactos positivos na assistência ao idoso são obtidos quando as ações são planejadas, programadas e executadas no sentido de humanizar a assistência, facilitar o acesso, melhorar a qualidade e a resolutividade dos serviços, promover a saúde e prevenir as doenças. **Objetivo geral:** elaborar uma proposta de plano de ação, com base na práxis da atenção à saúde do idoso em uma unidade básica de saúde da família. **Objetivos específicos:** contribuir para melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção. **Metodologia:** utilizou-se o método Estimativa Rápida para a realização do diagnóstico situacional, que possibilitou identificar os problemas de saúde da população idosa, suas causas e consequências. Observou-se a práxis da atenção à saúde dos idosos, de ambos os sexos, atendidos na unidade nos meses de junho a setembro de 2011. Realizou-se uma pesquisa em livros de medicina e artigos médicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período entre 2001 e 2011, em *sites* da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas (ONU), do Ministério da Saúde (Brasil), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), entre outros, usando-se as palavras-chave: atenção primária de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), envelhecimento. Os artigos foram lidos na íntegra e selecionados os que apresentavam relação direta com o tema abordado. **Resultados:** evidenciou-se que a população idosa encontra dificuldade de acesso aos cuidados de saúde por falta de estrutura da unidade para atender à demanda. **Conclusões:** ações de saúde bem planejadas e executadas contribuem para reduzir as taxas de morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde. Sistema Único de Saúde. Envelhecimento.

ABSTRACT

Aging is a natural process that occurs along humans' life experience, through choices and circumstances. The world population is getting older and it is necessary that the health system gets organized in order to meet older people's demands. Regarding health family strategy, positive impacts in the assistance to older people are achieved when the actions are planned, programmed and performed in order to humanize this assistance, facilitate the access, improve quality and service resolvability and also promote health and prevent diseases. **General objective:**elabotrare an action plan proposal based on the practice of attention to older people's health in a family basic health unit. **Specific objective:** contribute to quality improvement and attention resolvability. **Methodology:** We used the Fast Estimation method to accomplish the situational diagnosis, which enabled the identification of health problems in older people, and also its causes and consequences. The practice of attention to older people's health, male and female, who were seen from June to September, was observed. We developed a research in medicine books and medical articles published in Portuguese, English and Spanish, between the years 2001 and 2011. We also went through websites such as the World Health Organization, United Nations, Ministry of Health, Brazilian Institute of Geography and Statistics, Health Secretary of Ceará, among others. The keywords used were: primary health care, health care system, aging. The articles were fully read and the ones directly related to the topic were selected. **Results:** it was evident that older people finds it difficult to access health care because the health unit does not have structure for meeting their demands. **Conclusions:** the performance ofwell planned health actions can contribute to the reduction of morbimortality and to the improvement of older people's life quality.

Keywords: Primary health care. Health care system. Aging.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1	Estimativa da população idosa no mundo por regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas – 1950 – 2050.....	18
Gráfico 2	Pirâmide etária do Brasil por gênero.....	19
Gráfico 3	Pirâmide etária do Brasil. Projeção da ONU para 2050.....	20
Gráfico 4	Esperança de vida do brasileiro por região.....	21
Gráfico 5	Pirâmide etária de Tianguá por gênero.....	23
Tabela 1	O envelhecimento em Tianguá por gênero.....	23
Tabela 2	Idosos responsáveis pelos domicílios particulares.....	24
Tabela 3	Distribuição percentual das internações hospitalares de idosos em Tianguá por grupo de causas - CID10.....	24
Gráfico 6	Taxa de internação por AVC no Ceará e em Tianguá -2004- 2009.....	25
Tabela 4	Mortalidade hospitalar em Tianguá por gênero – 2010.....	25
Gráfico 7	Taxa de internação hospitalar em idosos por fratura do fêmur - 2006 – 2008.....	29
Tabela 5	Internação hospitalar de idosos do Brasil pelo SUS (2008).....	31
Tabela 6	Mortalidade de idosos no Brasil – 2007.....	32
Tabela 7	Instrumento para Avaliação Multidimensional do Idoso.....	34
Tabela 8	Unidades de saúde de Tianguá ligadas ao SUS – 2009.....	45
Tabela 9	Número de estabelecimentos de saúde em Tianguá por tipo de prestador – 2009.....	46
Tabela 10	Recursos humanos – 2009.....	46
Tabela 11	Índices de desenvolvimento humano de Tianguá.....	47
Gráfico 8	Abastecimento d’água e esgotamento sanitário de Tianguá – 2004 - 2009.....	47
Tabela 12	Pobreza e desigualdade em Tianguá.....	48
Tabela 13	População adscrita da UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.....	49
Tabela 14	População idosa adscrita da UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.....	49
Tabela 15	Idosos dos programas de hipertensão e diabetes – janeiro a setembro/2011.....	49
Tabela 16	Morbilidade em idosos da área adscrita da UBASF.....	50
Tabela 17	Mortalidade em idosos por gênero (CID10), da área adscrita da UBASF.....	50
Tabela 18	Planilha de priorização dos problemas.....	55
Tabela 19	Idosos da área adscrita da UBASF nos meses de junho a setembro/2011.....	56
Tabela 20	Enquete com idosos.....	56
Tabela 21	Grau de satisfação do idoso com a atenção recebida na unidade de saúde	56
Tabela 22	Planilha descritores do problema.....	57
Tabela 23	Planilha desenho das operações.....	60
Tabela 24	Identificação dos recursos críticos.....	67
Tabela 25	Análise da viabilidade do plano.....	69
Tabela 26	Planilha elaboração do plano operativo.....	73

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais da vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças.
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EaD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	O envelhecimento humano.....	16
2.1.1	Considerações gerais.....	16
2.1.2	O envelhecimento no mundo.....	17
2.1.3	O envelhecimento no Brasil.....	19
2.1.3.1	O envelhecimento em Tianguá.....	20
2.1.4	Situação de saúde do idoso.....	26
2.1.4.1	Introdução.....	26
2.1.4.2	Morbidade em idosos.....	27
2.1.4.3	Principais causas de internação hospitalar de idosos no SUS, Brasil (2008).....	30
2.1.4.4	Mortalidade em idosos.....	31
2.1.4.5	Principal causa de mortalidade de idosos no Brasil em 2007.....	31
2.1.5	Avaliação multidimensional do idoso.....	33
2.1.6	Envelhecimento Ativo.	34
2.1.6.1	Introdução.....	34
2.1.6.2	Os fatores determinantes do envelhecimento ativo.....	35
2.2	O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e o Idoso.....	37
2.2.1	Introdução.....	37
2.2.2	Base legal para o desenvolvimento das políticas em atenção ao idoso.....	37
2.3	A estratégia saúde da família e a atenção à saúde do idoso.....	39
3	A EDUCAÇÃO Á DISTANCIA COMO FOMENTADORA DA APRENDIZAGEM DO MÉDICO DE FAMÍLIA.....	41
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	43
4.1	Delineamento do estudo.....	43
4.2	Caracterização do universo.....	43
4.2.1	Rede de saúde de Tianguá – 2009.....	44
4.2.1.1	Unidades de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), por tipo de prestador – 2009.....	45
4.2.1.2	Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento -Dez/2009.....	45
4.2.1.3	Recursos humanos (vínculo) segundo categoria selecionada Dez/2009.....	45
4.2.1.4	Índice de desenvolvimento de Tianguá.....	47
4.2.1.5	Abastecimento d’água e esgotamento sanitário 2009.....	47
4.2.1.6	Pobreza e desigualdade – municípios brasileiros – 2003.....	48
4.2.3	A Unidade Básica de Saúde da Família de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.....	48
4.2.3.1	População adscrita de Governador Ferraz.....	48
4.2.3.2	População idosa adscrita.....	49
4.2.3.3	Idosos do programa de hipertensão e diabetes - janeiro a setembro/2011.....	50
4.2.3.4	Morbidade em idosos por CID10 – junho a setembro 2011.....	50
4.2.3.5	Mortalidade em idosos por gênero CID10 – janeiro a setembro	

	2011.....	50
4.3	Seleção dos sujeitos.....	50
4.4	Questões éticas.....	51
4.5	Estratégias de coleta.....	51
4.6	Tratamento das informações.....	52
5	PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DA ÁREA ADSCRITA DA UBASF DE GOVERNADOR FERRAZ, PADRE FRANCISCO EVALDO C. CARVALHO.....	53
5.1	Introdução.....	53
5.2	Resumo.....	53
5.3	Definição dos problemas.....	53
5.4	Priorização dos problemas.....	54
5.5	Descrição do problema selecionado falta de organização para atender á demanda de idosos.....	55
5.6	Descritores do problema: Falta de organização para atender à demanda de idosos.....	57
5.7	Explicação do problema.....	57
5.8	Seleção dos nós críticos.....	58
5.9	Desenho das operações.....	59
5.10	Identificação dos recursos críticos.....	66
5.11	Análise da viabilidade do plano.....	68
5.12	Elaboração do plano operativo.....	73
6	Considerações finais.....	77
	REFERENCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. É um fenômeno natural, irreversível e mundial (BRASIL, 2006). Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2005), em 2050, pela primeira vez na história, haverá mais idosos do que jovens. O número de pessoas com mais de 60 anos no mundo deverá passar dos atuais 625 milhões para mais de dois bilhões na metade do século. 80% deles vivem em países em desenvolvimento.

De acordo com o IBGE (2010), no Brasil, mais de 21 milhões de pessoas encontram-se na faixa de idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, mais de 11% da população brasileira. Existem no Ceará 1.063 milhão de idosos, o que representa 10,5% da população. Em Tianguá, existem 5.989 idosos, ou seja, 8,69% da população.

O envelhecimento traz grandes desafios para as sociedades contemporâneas. Um dos desafios diz respeito à maior demanda por serviços de saúde e o despreparo dos sistemas de atenção para lidar com essas mudanças (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008). Em relação a essa população envelhecida, prevenir agravos à saúde ganha maior urgência nos tempos modernos, quando uma população em envelhecimento está enfrentando um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e nos custos de tratamento dessas condições (WOOLF, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, é o sistema de saúde nacional, porém coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (SUS estadual) e em cada município (SUS municipal), sendo que a ênfase está no município, principal responsável pela saúde pública de sua população (BRASIL, 2000; 2007).

Assume-se que serviços básicos estruturados, podem resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (BRASIL, 2003). No âmbito da estratégia da saúde da família, impactos positivos na assistência ao idoso são obtidos quando as ações são planejadas, programadas e executadas no sentido de humanizar a assistência, facilitar o acesso, melhorar a qualidade e a resolutividade dos serviços, promover a saúde e prevenir as doenças.

Baseado nesses conhecimentos, foram levantados os seguintes questionamentos: Como é realizada a assistência ao idoso na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) de Governador Ferraz Padre Francisco Evaldo C. Carvalho? Os resultados obtidos

representam impactos positivos na saúde do idoso? Que estratégias podem ser usadas para melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência?

Objetivo geral: elaborar uma proposta de plano de ação, com base na práxis da atenção à saúde do idoso na UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.

Objetivos específicos: contribuir para melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção.

Metodologia: utilizou-se o método Estimativa Rápida para a realização do diagnóstico situacional, que possibilitou identificar os problemas de saúde da população idosa, suas causas e consequências. Observou-se a práxis da atenção à saúde dos idosos, de ambos os sexos, atendidos na unidade nos meses de junho a setembro de 2011. Realizou-se uma pesquisa em livros de medicina e artigos médicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período entre 2001 e 2011, em *sites* da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Ceará, entre outros, usando-se as palavras-chave: atenção primária de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), envelhecimento. Os artigos foram lidos na íntegra e selecionados os que apresentavam relação direta com o tema abordado.

Resultados: evidenciou-se que a população idosa encontra dificuldade de acesso aos cuidados em saúde por falta de estrutura da unidade para atender à demanda.

A relevância do trabalho se dá no momento em que se constata o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, associados a um aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), à maior demanda por serviços de saúde e à evidência de que o sistema de assistência ao idoso precisa se organizar para atender a essa demanda com qualidade e resolutividade, promovendo a saúde e prevenindo as doenças.

Este trabalho contempla os aspectos acima mencionados. Inicia-se, na segunda seção, descrevendo a dinâmica do envelhecimento humano no mundo e no Brasil, a situação de saúde do idoso, o envelhecimento ativo, a avaliação multidimensional do idoso, Sistema Único de Saúde (SUS) e a estratégia da saúde da família. Na terceira seção, aborda a importância da educação a distância para a formação do médico de família. Na quarta seção, fornece uma proposta de plano de ação e sugestões concretas para ações básicas de saúde, que pretendem servir de suporte para melhorar a saúde do idoso da área em estudo. Por fim, na quinta seção, são feitas as considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento humano

2.1.1 Considerações gerais

O envelhecimento da população mundial é uma das principais conquistas da sociedade moderna (OMS, 2007). Esse fenômeno, inicialmente observado de forma lenta e progressiva em países desenvolvidos, passa a ocorrer com enorme velocidade em países em desenvolvimento (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

É reflexo de vários fatores, como a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, progresso da medicina e avanços socioeconômicos e tecnológicos que, juntos, possibilitaram um aumento na expectativa de vida, sendo que esta última varia dependendo da região do planeta.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica cronologicamente como idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

O envelhecimento mundial é um triunfo e um desafio. Esse processo está causando aumento das demandas econômicas e sociais em todos os países (LUNENFELD, 2002).

No Brasil, o impacto social é com alguma frequência mais importante que o biológico (NETTO, 2002). O país passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. Se, por um lado, tem um longo caminho até que as doenças infecciosas estejam totalmente controladas, reduzindo a níveis aceitáveis a mortalidade infantil, por outro lado o desafio maior será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos (Previsão do IBGE para 2025), a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, ao lado de uma prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2002).

A saúde da pessoa mais velha é entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e

independência econômica (RAMOS, 2002). Políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção da saúde ao longo de todo o ciclo da vida e em políticas que atendam às necessidades específicas dessa população. Diretrizes para a atenção à saúde do idoso incluem, além de outras ações: promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, prestação de assistência adequada às necessidades do idoso, reabilitação, educação dos profissionais de saúde no cuidado com o idoso, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, apoio a estudos e pesquisas sobre o envelhecimento (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

2.1.2 O envelhecimento no mundo

Segundo projeções da ONU (2005), na metade do século atual, a população global com 60 anos ou mais está projetada para expandir-se mais de três vezes e deverá atingir quase 2 bilhões em 2050. Até então, 33 países deverão ter mais de 10 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, incluindo cinco países com mais de 50 milhões de idosos: China (437 milhões), Índia (324 milhões), Estados Unidos (107 milhões), Indonésia (70 milhões) e Brasil (58 milhões).

As mulheres têm vivido mais tempo do que os homens em diferentes países e em todas as épocas. No mundo, 75% e 90% das pessoas com mais de 100 anos e 110 anos, respectivamente, são mulheres (AUSTAD, 2006).

Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Isso representa um aumento substancial se comparado a dados de 1975, quando apenas 22 países possuíam uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição. O número atual é de 70 países (OMS, 2005).

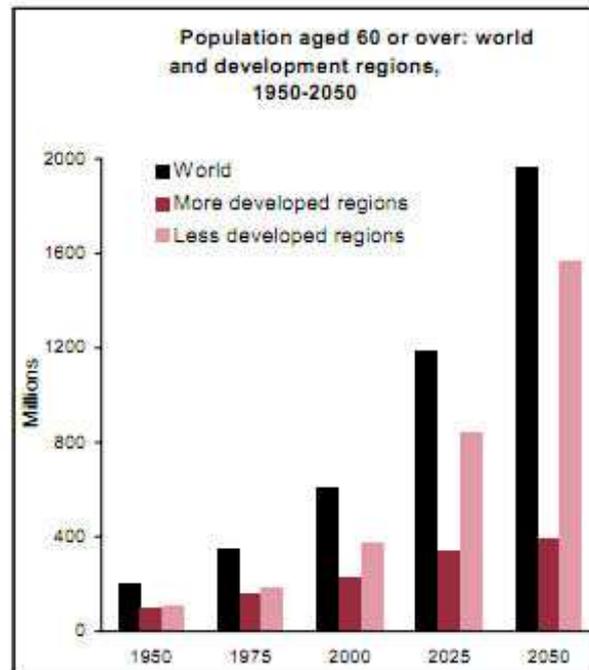


Gráfico 1: Estimativa da população idosa no mundo por regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas – 1950 a 2050.

Fonte: ONU (2005).

Relatório da ONU (2005) fornece uma descrição das tendências globais de envelhecimento da população e inclui uma série de indicadores do processo de envelhecimento por regiões em desenvolvimento, grandes áreas, regiões e países. O relatório mostra que:

- a) envelhecimento da população não tem precedentes, sem paralelo na história humana, e o século XXI testemunhará o envelhecimento ainda mais rápido do que o século que passou;
- b) envelhecimento da população é generalizado, um fenômeno global que afeta todo homem, mulher e criança, mas os países estão em estágios muito diferentes do processo, e o ritmo da mudança é muito diferente. Países que iniciaram o processo depois terão menos tempo para se adaptar;
- c) envelhecimento da população é permanente: não vamos voltar para as populações jovens que os nossos antepassados conheciam;
- d) envelhecimento da população tem implicações profundas para muitas facetas da vida humana.

2.1.3 O envelhecimento no Brasil

Segundo o IBGE (Censo 2010), o Brasil tem 190.755.799 habitantes. Destes, mais de 21 milhões encontram-se na faixa de idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, mais de 11% da população brasileira. Os brasileiros estão vivendo mais. A expectativa de vida no país aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009. De acordo com esses dados, é esperado que um brasileiro viva pelo menos 73,1 anos.

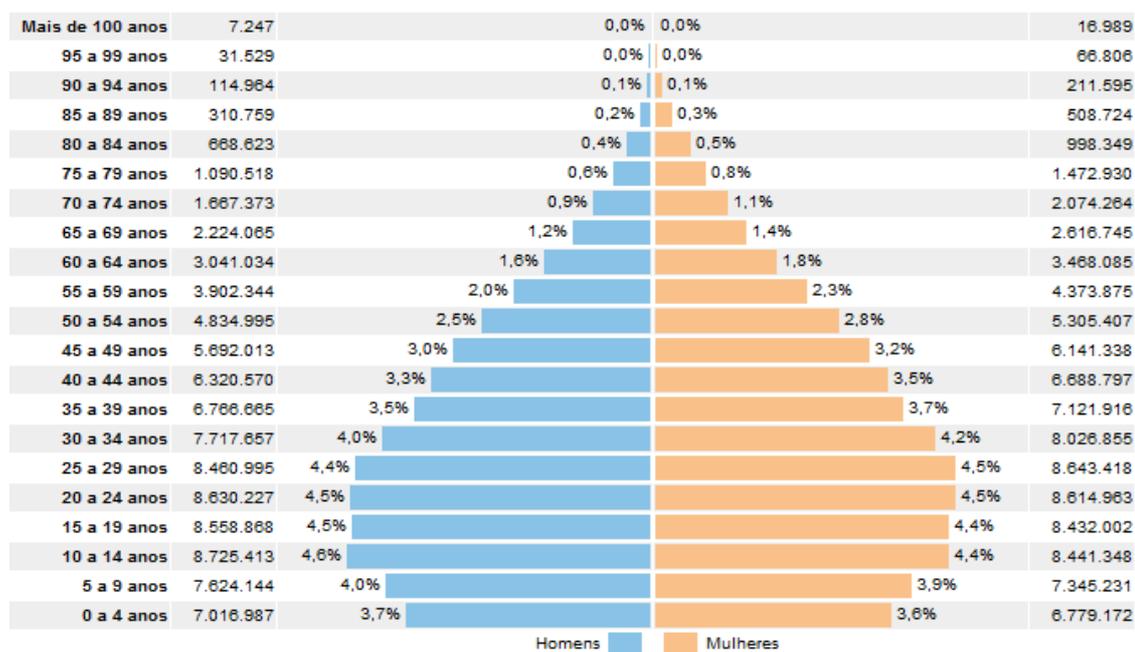
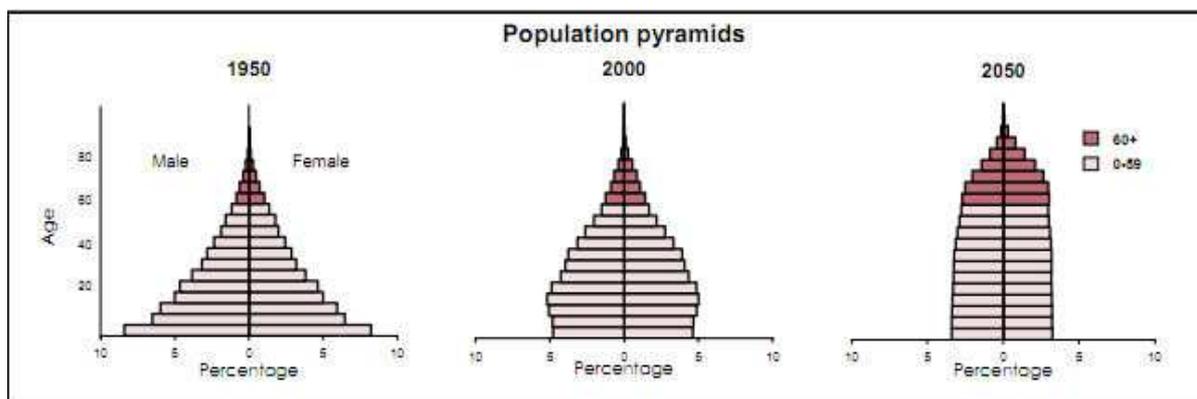


Gráfico 2: Pirâmide etária brasileira por gênero.

Fonte: IBGE (2010).

O país caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Segundo os dados do IBGE (2010) em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 1 a 14 anos existirão 172,7 idosos. “Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 73,1 anos, em 2009, ou seja, mais 27,6 anos de vida. O país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos.”



Population Division, DESA, United Nations

Gráfico 3: Pirâmide etária do Brasil. Projeção da ONU para 2050.
Fone: ONU 2005.

No Brasil, o envelhecimento é também uma questão de gênero. O (IBGE, 2010) aponta que “55,8% da população idosa são formados por mulheres”. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas zonas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (CAMARANO *et al.*, 2004). A feminilização da velhice tem suas implicações em termos de políticas públicas, pois uma grande parte das mulheres é viúva, vive só, sem experiência de trabalho no mercado formal e são menos educadas. Nem sempre a maior longevidade feminina é vista como vantagem. A maior esperança de vida faz com que muitas mulheres idosas passem pela experiência de debilitação biológica devido a doenças crônicas, enquanto os homens morrem antes (CAMARANO, 2002 apud NOGALES, 1998).

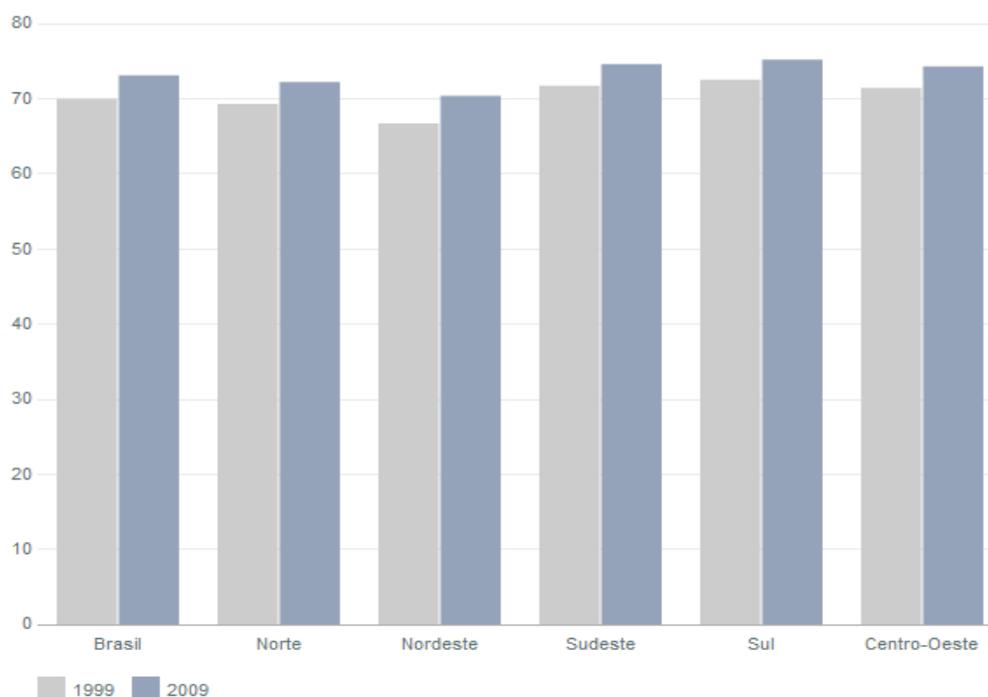
A proporção da população denominada “mais idosa”, muito idosa ou idosos em velhice avançada, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (CAMARANO *et al.*, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (CAMARANO *et al.*, 2004).

A disparidade na esperança de vida é significativa entre as regiões brasileiras. No gráfico abaixo existem informações a respeito dessa expectativa de vida. Dados do IBGE (2010) apontam que a população do Sul tem em média uma expectativa de vida de 75,2 anos, enquanto a do Nordeste, de 70,4 anos. É também no Nordeste que há mais diferenças entre os Estados, chegando a cinco anos entre a unidade federativa com melhor índice (Bahia, com

72,6 anos) e a com pior (Alagoas, com 67,6 anos). Nas demais regiões, a diferença interestadual é de, no máximo, 2,1 anos, no Centro-Oeste.

Entre os Estados, Santa Catarina e Distrito Federal apresentam a maior expectativa de vida, com 75,8 anos em 2009. Na ponta oposta, estão o Maranhão (68,4) e Alagoas (67,6 anos). O Ceará se encontra em 14º no *ranking*, com uma expectativa de 71 anos, sendo que as mulheres vivem 75,4 anos e os homens 66,8 anos (IBGE, 2010).

De cada dez pessoas acima de 60 anos, seis sustentam a casa e três ainda trabalham (CAMARANO, 2002). Em 2009, 43,2% dos idosos do País viviam com uma renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo. Aqueles que tinham renda domiciliar *per capita* entre um e dois salários mínimos eram 29% e, os que passavam de dois salários mínimos, 22,9% (IBGE, 2010).



Fonte: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02)

Gráfico 4: Esperança de vida do brasileiro por região.

Fonte: IBGE/ONU.

“Entre os mais velhos, com 60 anos ou mais: em 1999, 34,4% não sabiam ler nem escrever, em 2009 a taxa aumentou para 42,6%. O Sudeste é o que tem a maior taxa de pessoas com 9 anos ou mais de estudo (21,2%). Na região, 38% dos idosos disseram ter entre 4 e 8 anos de instrução. Considerando os idosos acima de 65 anos, o nível de escolaridade caiu ainda mais e chega a 3,8 anos” (IBGE, 2010).

De acordo com Ramos (2002), o maior desafio do processo de envelhecimento populacional será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos (Projeção IBGE para 2025), a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Trata-se de problemas bem mais complexos, porque não existem ainda medidas preventivas de alta eficiência; as medidas existentes são, em geral, educativas, envolvendo mudanças de hábitos de vida, tarefa tão difícil quanto mais baixo o nível socioeconômico e o grau de escolaridade da população-alvo. No tocante ao tratamento, as perspectivas são ainda mais sombrias já que, praticamente nenhuma das DCNT que afetam o adulto e o idoso é passível de cura. No entanto, doenças precocemente identificadas e adequadamente tratadas podem permitir ao paciente uma boa qualidade de vida e uma diminuição mínima na sua expectativa de vida. Quanto mais eficiente for o sistema de detecção precoce, no diagnóstico preciso e no tratamento adequado, maior a sobrevivência do paciente livre de complicações, porém maior será o investimento em longo prazo para que essa situação se mantenha (RAMOS, 2002).

2.1.3.1 O envelhecimento em Tianguá

Uma das formas mais utilizadas de se verificar o envelhecimento de uma população é através da pirâmide etária. Esta apresenta a distribuição etária por sexo da população de Tianguá, de acordo com o censo 2010 (IBGE, 2010). A pirâmide abaixo demonstra que:

População total de Tianguá é de 68.892 habitantes;

População idosa de Tianguá: 5.989 idosos;

Porcentagem da população idosa: 8,69%.

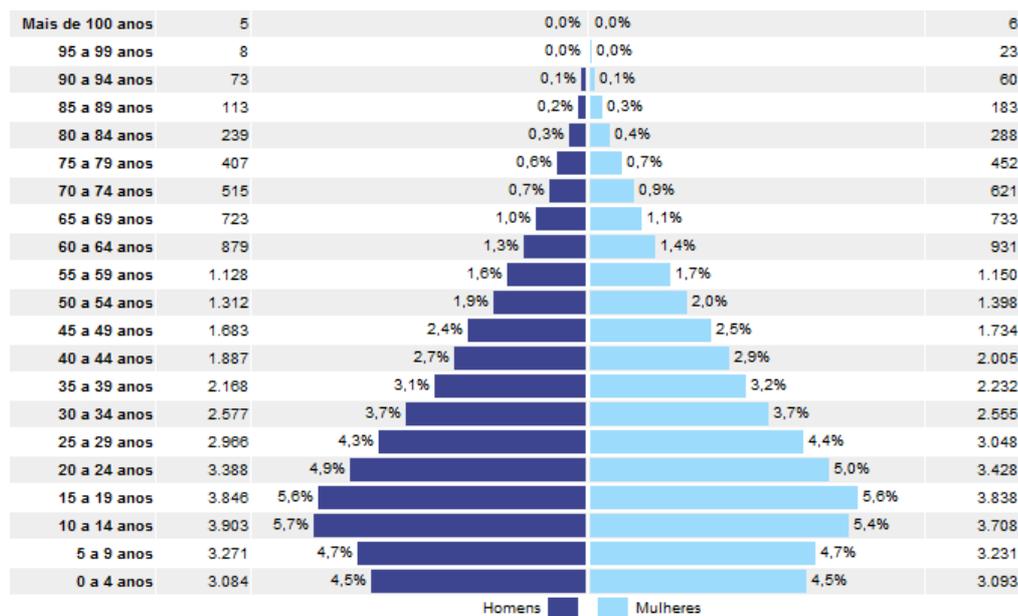


Gráfico 5: Pirâmide etária de Tianguá por gênero.
Fonte: IBGE (2010).

Como se pode verificar, em Tianguá, o envelhecimento é também uma questão de gênero: 55,05% da população idosa são mulheres e 44,94%, homens.

Idade (anos)	Homens	Mulheres
60 – 64	879	931
65 – 69	723	733
70 - 74	515	621
75 – 79	407	452
80 – 84	239	288
85 - 89	113	183
90 - 94	73	60
95 – 99	08	23
100 anos ou mais	05	06
Total de idosos	2.692	3.297

Tabela 1: O envelhecimento em Tianguá por gênero.
Fonte: IBGE (2010).

Segundo o IBGE (2010), em Tianguá há 3.900 idosos responsáveis pelos domicílios particulares, o que indica que 65,11% da população idosa respondem pelos domicílios particulares. Isto se deve à instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo

despendido na escola e à maior fragilidade das relações afetivas (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

Idosos responsáveis pelos domicílios particulares	Faixa etária		
	60 – 64 anos	65 - 69	70 anos ou mais
Total	1.161	896	1.843

Tabela 2: Idosos responsáveis pelos domicílios particulares

Fonte: IBGE (2010).

Os dados ainda informam que existem em Tianguá 2.517 idosos alfabetizados (de um total de 5.989 idosos) , o que corresponde a 42,02% da população idosa.

As estatísticas de morbidade hospitalar exibem as doenças ou grupo de doenças que requerem maior atenção à saúde das pessoas acometidas e o seu monitoramento, permite avaliar e redimensionar as ações de saúde (SESA, 2008).

	Grupos de causas	60 anos ou mais
1	Doenças do aparelho circulatório	31,0
2	Doenças do aparelho respiratório	18,9
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,1
4	Neoplasias (tumores)	7,4
5	Doenças do aparelho digestivo	7,4
6	Lesões envenenamentos e algumas outras conseq.. causas externas	6,0
7	Doenças do aparelho geniturinário	3,7
8	Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	3,5
9	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,5
10	Sint sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	2,2

Tabela 3: Distribuição percentual das internações hospitalares de idosos em Tianguá por grupo de causas - CID10

Fonte: SIH/SUS (2005).

A taxa de internação por AVC é uma forma indireta de avaliação da disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva e também é útil para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a

atenção à saúde do adulto (BRASIL, 2009). Tianguá apresenta uma tendência de estabilidade e discreto declínio em 2009.

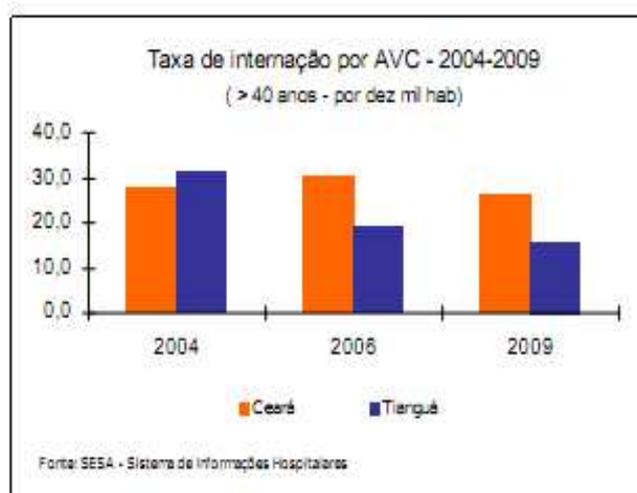


Gráfico 6: Taxa de internação por AVC no Ceará e em Tianguá (2004 – 2009).
Fonte: SESA/SIH.

As dez principais causas de mortalidade estão citadas no quadro a seguir:

	Grupos de causas	Homens	Mulheres	Total
1	Doenças do aparelho circulatório	07	07	14
2	Doenças do aparelho respiratório	07	07	14
3	Neoplasias (tumores)	09	02	11
4	Doenças do aparelho digestivo	06	03	09
5	Lesões/envenenamentos e causas externas	04	-	04
6	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	02	02	04
7	Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos, transtornos imunológicos	-	01	01
8	Sintomas e sinais achados anormais exame clínico laboratorial	01	-	01
9	Doenças pele e do tec. subcut.	-	01	01
10	Doenças do ap. geniturinário	-	01	01

Tabela 4: Mortalidade hospitalar em Tianguá por gênero – 2010.

Fonte: Ministério da Saúde – Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – 2010.

De acordo com o Centro de Referência Especializada da Assistência Social/Tianguá (CRES-TIANGUÁ), em 2010 foram registrados naquela instituição 8 casos de idosos vítimas de violência intrafamiliar e 27 casos de idosos vítimas de negligência ou abandono. Em Tianguá, há vários grupos de idosos, em bairros como Centro, Estádio e outros, que proporcionam aos idosos momentos de lazer e integração.

2.1.4 Situação de saúde do idoso

2.1.4.1 Introdução

O estar saudável se refere à ausência de patologias ou de problemas na parte física, mental, emocional e sexual do organismo. Está associado a um estado funcional adequado para que o indivíduo possa desempenhar bem as atividades cotidianas (PEREIRA; GOMES, 2004).

A situação de saúde é geralmente descrita em termos da mortalidade e da morbidade de uma dada população (LIMA-COSTA ; CAMARANO, 2008).

Auto-avaliação da saúde é a avaliação subjetiva de uma pessoa do seu próprio bem-estar. A auto-avaliação da saúde tem demonstrado estar associada a um vasto leque de medidas de saúde mais específicos, tais como função sensorial, saúde funcional, cognição, doença e disfunção sexual (OSTBYE *et al.*, 2006).

De acordo com o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), “apenas 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%. A hipertensão foi a enfermidade que mais se destacou, com proporções em torno de 50%. Dores na coluna e artrite ou reumatismo atingiram respectivamente 35,1% e 24,2% das pessoas de 60 anos ou mais”.

Enquanto 77,4% dos idosos declararam sofrer de doenças crônicas, 45,5% afirmaram que seu estado de saúde era “muito bom” ou “bom”. Apenas 12,6% disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, e, entre estes últimos, destacaram-se aqueles com 75 anos ou mais, os pretos ou pardos e os que viviam com renda familiar de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* (PNAD, 2008). O percentual de idosos que não conseguiam ou tinham grande dificuldade em caminhar 100 metros passou de 12,2% (2003) para 13,6% (2008). Esse aumento pode ser explicado pela elevação da esperança de vida (entre aqueles com 75 anos

ou mais, o percentual dos que declararam dificuldade ou incapacidade era de 27,2%). Como as mulheres são maioria neste grupo, 15,9% das mulheres declararam ter dificuldade de caminhar 100 metros, contra 10,9% dos homens (PNAD, 2008).

2.1.4.2 Morbidade em idosos

Muitos dos nossos anciãos estão lidando com pelo menos uma das seguintes condições, e muitos estão lidando com duas ou mais das seguintes condições:

a) doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial, doença vascular, insuficiência cardíaca congestiva e doença arterial coronariana);

A hipertensão arterial, presente em mais de 60% dos idosos, encontra-se frequentemente associada a outras doenças, também altamente prevalentes nessa faixa etária, como a arteriosclerose e o diabetes mellitus, conferindo a essa população alto risco para a morbimortalidade cardiovascular e exigindo portanto uma correta identificação do problema e uma apropriada abordagem terapêutica (BRANDÃO *et al.*, 2002).

b) comprometimento cognitivo – a partir dos 60 anos, a prevalência de demência é de 5% e duplica a cada cinco anos, chegando a 30 a 50% nos pacientes com 85 anos ou mais (MORAES; DAKER, 2008). As funções cognitivas podem ser comprometidas de forma única ou múltipla. Todas as síndromes demenciais podem se iniciar com o transtorno cognitivo leve. A heterogeneidade do termo demonstra a importância do diagnóstico pré-clínico das diversas demências (Alzheimer, vascular, fronto-temporal, corpos de Lewy, etc), dependendo do tipo de função cognitiva comprometida (MORAES; DAKER, 2008).

O diagnóstico de incapacidade cognitiva deve ser seguido pela diferenciação entre depressão, *delirium*, demência e doença mental (esquizofrenia, parafrenia, oligofrenia, etc). Esse diagnóstico diferencial pode trazer dificuldades, particularmente quando a história pregressa do idoso é desconhecida. Além disso, não é rara a coexistência entre elas (MORAES; DAKER, 2008).

c) incontinência (urina e fezes) – cerca de 30% dos idosos têm algum grau de incontinência, sobretudo urinária;

d) artrite e osteoporose – a dor osteoarticular é a segunda maior queixa dos idosos que procuram a atenção básica; é um dos líderes no *ranking* dos fatores que interferem desfavoravelmente na qualidade de vida do idoso;

e) diabetes – no Brasil, dados do DATASUS (2000) relatam que o diabetes é a quarta principal causa de morte na população acima de 60 anos e contribuinte das duas principais causas de óbito: cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral (MORAES; AZAMBUJA, 2008);

f) problemas respiratórios – a pneumonia adquirida na comunidade é de ocorrência comum mais frequente nas faixas etárias extremas da vida, com morbimortalidade elevada (PEDROSO; MIRANDA, 2008). No Brasil, a incidência de pneumonia, entre os idosos, é de 1.920.000 casos por ano. Entre os idosos apresenta as seguintes características: a prevalência é variável com a faixa etária, sendo de 30,3%, entre 64 e 74 anos; 41,8% entre 75 e 84 anos e 27,8% naqueles com mais de 85 anos (PEDROSO; MIRANDA, 2008). Em relação à DPOC, preconiza-se que no Brasil acometa 20% da população idosa (MORAES *et al.*, 2008). O principal agente agressor da árvore respiratória é o fumo, responsável pela maioria dos casos de DPOC (MORAES *et al.*, 2008).

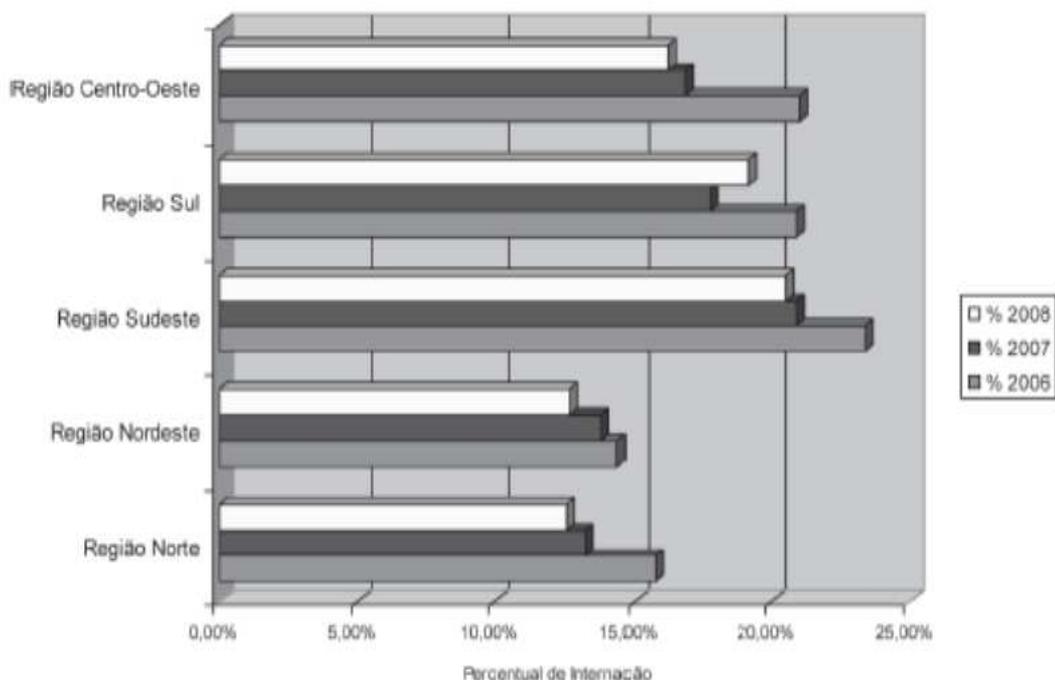
O manejo da DPOC no idoso tem como agravantes a presença de incapacidade cognitiva, perda da coordenação e força muscular, déficit auditivo e visual, etc., capazes de dificultar a realização de espirometria e o uso das drogas inalatórias. Além disso, o idoso é mais vulnerável às reações adversas das drogas comumente utilizadas. O uso de AINE pode agravar a broncoaspiração (MORAES *et al.*, 2008).

g) depressão – até 30% dos idosos que frequentam uma unidade de cuidados primários podem ter sintomas depressivos. A doença depressiva abrange os sentimentos, o pensamento, o funcionamento corporal, o comportamento, a capacidade para lidar com as decisões e pressões do dia a dia. Compromete o desempenho do indivíduo e afeta sua qualidade de vida. Envolve o ser humano em todas as suas dimensões: psicológica, biológica e social. Tem importantes repercussões sociais e econômicas (SILVA; CUNHA, 2008).

A prevalência de depressão maior varia de 10% nos idosos residentes na comunidade a 30% nos institucionalizados. Por sua vez, a depressão menor ou subsindrômica é tão prevalente quanto a depressão maior e as repercussões funcionais podem ser significativas (MORAES; DAKER, 2008).

h) “quedas – estudos sobre a incidência de quedas em idosos estimam que 28% a 35% dos indivíduos com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez no período de um ano. Entre os

maiores de 75 anos, a incidência varia de 32% a 42 %” (MEGALE; MORAES, 2008). “Aproximadamente 15% das quedas ocasionam trauma importante, 5% a 10% fraturas” (GUIMARÃES; CUNHA, 2004). “As fraturas do colo do fêmur ocorrem em até 1% das quedas e são causas de significativa morbidade e mortalidade em idosos, além de gastos com a saúde” (MEGALE; MORAES, 2008).



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, 2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br> acessado em: 15 de outubro de 2009.

Gráfico 7: Taxa de internação hospitalar em idosos por fratura do fêmur - 2006 - 2008.

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS, 2009.

i) câncer – o surgimento de neoplasias guarda estreita relação com o envelhecimento. Acompanhando a mesma tendência observada no mundo, os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele não-melanoma, seriam os de próstata e de pulmão no sexo masculino e de mama e de colo do útero para o sexo feminino (CARMO *et al.*, 2008);

j) problemas auditivos e oculares – até 2/3 apresentam deficiência auditiva; catarata é uma condição tratável;

l) capacidade funcional – grande parte dos idosos têm algum grau de dependência, isto é, precisam de ajuda para realizar as AVD (que incluem atividades como alimentar-se e tomar banho) e AIVD (que incluem atividades como ir às compras e preparar alimentos);

m) iatrogenia – é um dos cinco gigantes da geriatria; as múltiplas patologias fazem com que os idosos consumam mais medicamentos (GUIMARÃES, 2004);

Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso, desde a dificuldade no estabelecimento de diagnósticos etiológicos e funcionais, a tomada de decisões, até a prescrição final. Trata-se, portanto, da principal síndrome geriátrica potencialmente reversível ou até mesmo curável (MORAES *et al.*, 2008).

n) doenças da tireóide – no idoso costuma ter apresentação silenciosa, de alto impacto. A incidência aumenta a partir dos 60 anos, com frequência de 0,5% a 5% nos casos de hipotireoidismo franco e de 15% a 20% nos casos de hipotireoidismo subclínico, sendo mais frequente em mulheres e na raça branca. Uma em cada 10 mulheres com mais de 65 anos apresenta sinais leves de hipotireoidismo (MOTTI, 2007).

O hipotireoidismo é responsável por aproximadamente 6% dos casos de demências reversíveis. A base fisiopatológica da encefalopatia permanece desconhecida. Os achados neuropsiquiátricos no idoso são, inicialmente, inespecíficos e o início dos sintomas pode ser abrupto ou insidioso. Há lentificação do pensamento ou ação, apatia, deterioração na personalidade, perda global da função intelectual e sonolência excessiva. Quadros mais graves incluem paranóia, alucinações e psicose (MORAES *et al.*, 2008).

2.1.4.3 Principais causas de internação hospitalar de idosos no SUS, Brasil (2008).

Segundo Moraes; Silva (2008), a hipertensão arterial contribui para elevar a morbimortalidade cardiovascular e está relacionada às diversas causas de perda da autonomia e independência. Todas as grandes síndromes geriátricas estão, direta ou indiretamente, associadas à hipertensão arterial. É responsável por 62% dos acidentes vasculares cerebrais e 49% dos eventos coronarianos. Estima-se a incidência de Acidente vascular cerebral AVC em 30 por 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e em 1.230 por 100.000 habitantes acima de 75 anos. Com o aumento da expectativa de vida em praticamente todos os países do mundo e notadamente no Brasil, a compreensão e o manejo correto das doenças cardiovasculares ganham importância crucial nos aspectos preventivo, diagnóstico e terapêutico. Nesse contexto, a atenção básica de saúde exerce uma função central, integrando um processo permanente de assistência, que inclui prevenção, proteção, cura e reabilitação, envolvendo a cooperação com outros setores, para enfrentar essa grave moléstia que assola a nossa população.

	Capítulo CID-10	Nº de Internações	%
1)	IX. Doenças do aparelho circulatório	599.735	27,4
2)	X. Doenças do aparelho respiratório	358.856	16,4
3)	XI. Doenças do aparelho digestivo	227.330	10,4
4)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	176.759	8,1
5)	II. Neoplasias (tumores)	172.445	7,9
6)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	138.400	6,3
7)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	121.506	5,6
8)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	115.850	5,3
9)	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	46.973	2,1
10)	VI. Doenças do sistema nervoso	44.432	2,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br> acessado em: 21 ago. 2009.

Tabela 5: Internação hospitalar de idosos do Brasil pelo SUS (2008).

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. 2008.

2.1.4.4 Mortalidade em idosos

Segundo Fried (2009), a mortalidade em idosos decorre de múltiplas causas, mesmo que uma destas possa ser considerada a principal. Um estudo considerando fatores em cinco anos para idosos constatou que vários tipos de índices de saúde são correlatos: características sociodemográficas, hábitos de saúde, fatores de risco cardiovascular, doenças clínicas e subclínicas, incapacidade física e comprometimento cognitivo.

2.1.4.5 Principal causa de mortalidade de idosos no Brasil em 2007.

Os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. Quando são analisadas as causas específicas, a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar. Um dos mais importantes motivos é a alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado

dessa doença, tendo em vista que a hipertensão arterial é o principal fator modificável da doença cerebrovascular (BRASIL, 2006).

	Capítulo CID-10	Nº de Óbitos	%
1)	IX. Doenças do aparelho circulatório	236.731	37,7
2)	II. Neoplasias (tumores)	105.129	16,7
3)	X. Doenças do aparelho respiratório	81.777	13,0
4)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	52.504	8,4
5)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	46.837	7,5
6)	XI. Doenças do aparelho digestivo	29.428	4,7
7)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18.946	3,0
8)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18.827	3,0
9)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.717	2,2
10)	VI. Doenças do sistema nervoso	12.827	2,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br> acessado em: 21 ago. 2009.

Tabela 6: Mortalidade de idosos no Brasil – 2007.

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS. 2008.

Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2008, as principais causas de óbito entre os idosos brasileiros, recaíram sobre as doenças do aparelho circulatório (36%), o câncer (14,7%) e as doenças do aparelho respiratório (12,6%), correspondendo, essas três causas, a mais de 60% do total de óbitos, bem como de despesas com assistência hospitalar no SUS, totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (BRASIL, 2008).

No Ceará, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos em pessoas com mais de 70 anos, particularmente as lesões cerebrovasculares e hipertensão (SESA, 2008).

É intuitivo que os pacientes se beneficiem mais com esforços contracorrentes para prevenir as doenças do que com o seu tratamento depois que os sintomas emergem. Paradoxalmente, como se pode notar, este último consome vastos recursos em uma empreitada que, frequentemente, é impotente para alterar o curso da doença, prolongar a sobrevida ou impedir a dor e o sofrimento de complicações (WOOLF, 2009).

2.1.5 Avaliação multidimensional do idoso

A avaliação multidimensional é um processo que envolve o idoso, a família e a comunidade onde está inserido. Na avaliação do idoso (organismo e psiquismo), busca-se quantificar o grau de comprometimento funcional global (diagnóstico funcional) e identificar a presença de deficiências e/ou disfunções/doenças nos sistemas fisiológicos principais (diagnóstico etiológico ou doenças). A dimensão familiar (suporte familiar) e social (suporte social) devem ser avaliadas rotineiramente (MORAES *et al.*, 2008). Essa avaliação deverá ser multidimensional, interdisciplinar, tanto das capacidades como dos problemas médicos, psicossociais e funcionais, permitindo classificar o paciente quanto à fragilidade, capacidade funcional e habilidade de autocuidado, além de quantificar o impacto da idade e das comorbidades num determinado indivíduo (FREITAS *et al.*, 2002).

Vários estudos confirmam os benefícios da Avaliação Multidimensional. Entre eles estão maior precisão diagnóstica, melhora do estado funcional e mental, diminuição da mortalidade, diminuição de internação hospitalar e de institucionalização, além de maior satisfação com o atendimento. Apesar de o maior benefício ser identificado entre os idosos frágeis e os doentes, a maioria dos idosos é beneficiada pela Avaliação Multidimensional, especialmente nos programas que incluem a avaliação, a reabilitação e o acompanhamento de longo prazo (FREITAS *et al.*, 2002).

Na avaliação do idoso, é imperioso criar um ambiente no qual o paciente se sinta seguro e, tanto quanto possível, transmitir uma visão otimista, sem que se ultrapasse os limites da realidade (GUIMARÃES; CAMARGOS, 2004). É necessário saber ouvir o idoso, deixá-lo expressar o que sente na sua própria linguagem. Não há um tempo específico para a avaliação, pois cada paciente tem o seu tempo e cabe à equipe perceber as necessidades individuais de cada idoso.

Na *web*, encontram-se vários modelos de protocolos de avaliação multidimensional do idoso, dentre eles os das Secretarias de Saúde de Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal. O Ceará, conforme dados colhidos na *web*, ainda se encontra em um estágio de estruturação e implantação da Política de Atenção à Saúde do Idoso.

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO	
Dimensões a serem avaliadas	Instrumentos de avaliação
Identificação	Anamnese
Queixa(s) Principal(is)	Anamnese
Sistemas Fisiológicos Principais	Anamnese e exame físico dos aparelhos/sistemas
Avaliação da Cavidade Oral	Exame da cavidade oral
Atividades de Vida Diária Básicas (Autocuidado)	Índice de Katz
Atividades de Vida Diária Instrumentais	Escala de Lawton-Brody / Escala de Pfeffer
Mobilidade	Timed up and go test e Get up and go test Teste de Romberg - Nudge test - Suporte unipodálico
Avaliação Cognitiva	Mini-Mental - Fluência Verbal - Lista de 10 palavras Reconhecimento de Figuras - Teste do Relógio
Avaliação do Humor	Escala Geriátrica de Depressão
Comunicação: Acuidade visual	Snellen simplificado
Comunicação: Acuidade auditiva	Teste do sussurro
Comunicação: Voz	Avaliação da voz
Avaliação Nutricional	Mini-Avaliação Nutricional
Avaliação de Medicamentos	Listagem dos Medicamentos
História Pessoal Atual e Progressa	Anamnese familiar
Avaliação Sociofamiliar	Anamnese familiar
Avaliação Ambiental	Avaliação de riscos ambientais

Tabela 7: Instrumento para Avaliação Multidimensional do Idoso
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006).

2.1.6 Envelhecimento ativo

2.1.6.1 Introdução

A noção de que o envelhecimento requer tratamento é baseada na crença de que envelhecer é indesejável. Nas últimas décadas, o envelhecimento tem recebido uma conotação negativa e se tornou sinônimo de deterioração, doença e morte (HAYFLICK, 2000).

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não-idosas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio a incapacidade e à dependência (PASCHOAL, 2000; 2002). O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor,

para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade (PASCHOAL, 2002).

Rowe e Kahn (1997) definiram “envelhecimento saudável, mais conhecido como envelhecimento bem sucedido”, como a prevenção de doenças e deficiências, a manutenção das funções físicas e cognitivas e o engajamento em atividades sociais e produtivas.

O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (OMS; OPAS, 2005).

Se mais e mais pessoas atingirem a idade avançada com boa saúde – e se mantiverem saudáveis por mais tempo – os benefícios serão compartilhados por todos. Portanto, a promoção do envelhecimento saudável e a prevenção de incapacidades em todas as pessoas idosas devem assumir um papel central na assistência médica e investigação, bem como na formulação de políticas sociais e de saúde. Programas eficazes de promoção do envelhecimento saudável irão garantir uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde e sociais e melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, permitindo-lhes manter-se independentes e produtivas (LUNENFELD, 2002).

2.1.6.2 Os fatores determinantes do envelhecimento ativo

Segundo a OMS; OPAS (2005), o envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem indivíduos, famílias e países. Não é possível atribuir uma causa direta a qualquer um dos fatores determinantes; entretanto, as evidências substanciais sobre o que determina saúde sugerem que todos estes fatores (e a interação entre eles) são bons indícios de como indivíduos e as populações envelhecem.

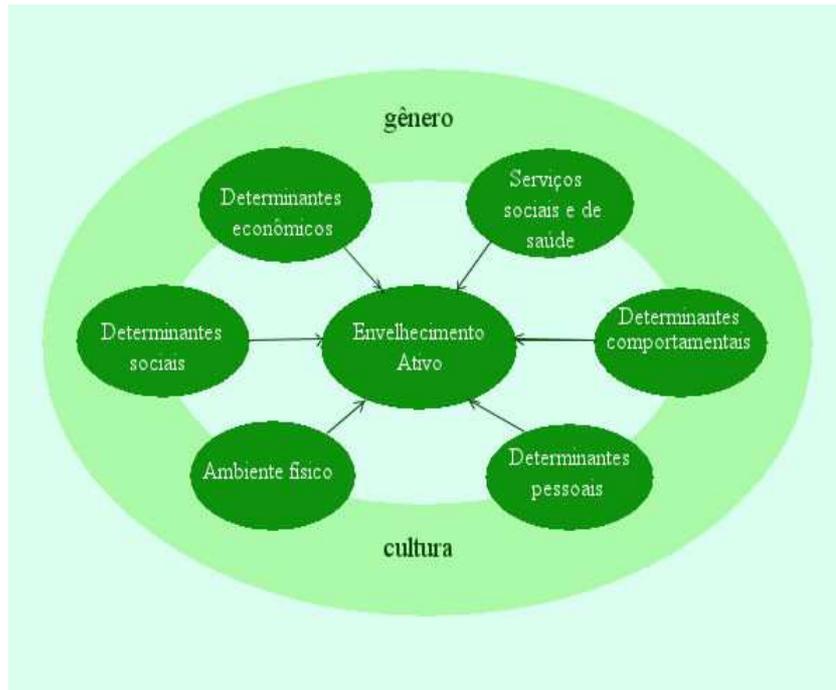


Figura 1: Fatores determinantes do envelhecimento ativo.
Fonte: OMS; OPAS (2005).

Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce (OMS; OPAS, 2005).

As políticas de saúde voltadas para o envelhecimento, nesta concepção, devem basear-se nos fatores que determinam um envelhecimento ativo. São estes: o gênero e a cultura, que influenciam todos os demais; a saúde e os sistemas de serviço social, que devem trabalhar numa perspectiva de curso de vida, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados primários e de longo prazo de qualidade; os determinantes comportamentais, que incluem o estilo de vida saudável e o autocuidado em todas as épocas da vida; os determinantes pessoais, que englobam a biologia, genética e os fatores psicológicos; os relacionados ao ambiente físico (moradia, água, ar e alimentos); os relacionados ao ambiente social, que incluem apoio social, maus tratos e abuso, e educação, e, por fim, os determinantes econômicos, que englobam a renda, o trabalho e a proteção social (OMS; OPAS, 2005).

O Programa da OMS, “Envelhecimento e Curso de Vida”, tem como metas a abordagem baseada na comunidade, como *locus* para as intervenções, com ênfase no respeito aos contextos e influências culturais, nas questões éticas relacionadas ao bem estar, na atenção às diferenças de gênero e fortalecimento do vínculo entre gerações. Este programa delineia um profissional de saúde com uma formação diferenciada, entendendo saúde como promoção, prevenção e integração na comunidade, trazendo um desafio para os órgãos formadores de recursos humanos e formuladores de políticas sociais (OMS; OPAS, 2005).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e o idoso

2.2.1 Introdução

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2006).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2009). Em seu âmbito, coexistem subsistemas em cada estado (SUS estadual) e em cada município (SUS municipal), sendo que a ênfase está no município, principal responsável pela saúde pública de sua população (BRASIL, 2000; 2007). Em relação aos idosos, cabe, portanto, à **gestão municipal** da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dessa população em seu território.

2.2.2 Base legal para o desenvolvimento das políticas em atenção ao idoso

A Constituição Federal em vigor (1988), denominada “Constituição Cidadã”, ao contrário das Constituições anteriores (1946 e 1967), incluiu a velhice como um fator de atenções obrigatórias, como registra o Artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na sociedade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Antes de 1994, não havia uma Política de Atenção ao Idoso no Brasil. O marco histórico jurídico foi a assinatura da LEI FEDERAL nº 8.842 de 04/01/94, dispondo sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), e a criação do Conselho do Idoso, com sua regulamentação assinada pelo Presidente da República em 03/07/96 e publicada no Diário Oficial da União em 04/07/96, e que envolve ações específicas e conjuntas de sete Ministérios (BRASIL, 2002). Apenas cinco anos depois foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº. 1.395 de 09/12/1999.)

A Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Portaria SAS/BRASIL nº 249, de 12 de abril de 2002, aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e as Orientações Gerais para a Assistência ao Idoso.

A Portaria nº. 703 de 12/04/2002 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer.

A Portaria nº. 738 de 12/04/2002 estabeleceu a Assistência Domiciliar Geriátrica.

O Estatuto do Idoso foi criado pela LEI N.º 10.741, DE 1.º de outubro de 2003. É considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (MS, 2006). Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, o estatuto inovou em diversos pontos, inclusive na área penal, impondo penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade (CENTRO DE DIREITOS HUMANOS, 2005).

A Portaria/GM nº 399, publicada em 22/02/2006, apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira é explicitada. Assim, neste documento um compromisso é assumido entre os gestores do SUS, em torno de prioridades que de fato apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006).

Através da Portaria nº 1.395 de dezembro de 1999, o Ministério da Saúde do Brasil institui a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). A PNSI foi aprovada somente em outubro de 2006, através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. A finalidade primordial da PNSI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos

indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Esta Portaria traz um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas, em 2002 (BRASIL, 2006).

Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Segundo Ponciano (2010), o Brasil tem as leis mais avançadas de proteção ao idoso, mas elas não são cumpridas. A política que se ocupa de dar garantias de boa qualidade de vida aos idosos ainda está longe de estender-se a todos os que compõem a faixa da chamada idade avançada. Há que se criar novos modelos que se imponham e obriguem a observância dos preceitos transcritos nas leis que garantem tornar a vida da pessoa idosa mais amena nos seus mais variados aspectos (ARAÚJO, 2011).

Mesmo que as garantias previstas na LEI 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, ainda não encontrem condições ideais para sua efetivação, devido à heterogeneidade das realidades regionais e dos idosos de nosso país e pelas dificuldades de integração das diversas políticas que tratam das pessoas idosas nas três esferas de gestão, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz em suas diretrizes condições necessárias para melhorar tal situação (BRASIL, 2006).

2.3 A estratégia saúde da família e a atenção à saúde do idoso

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 1994; 2006), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

A estratégia da saúde da família é uma importante modalidade de assistência à saúde que deve garantir a primeira entrada do idoso no sistema de saúde, por meio das unidades básicas de saúde. A adscrição das famílias, incluindo-se então o idoso, à equipe de saúde proporciona um vínculo importante que garante a qualidade na assistência à saúde (MORAES *et al.*, 2008). Um dos pontos mais fortes do Programa de Saúde da Família (PSF) é a busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde (BRASIL, 2002).

Entre as atribuições da equipe da atenção básica, incluem-se o conhecimento da realidade das famílias, a identificação dos agravos mais comuns à saúde do idoso, a execução de procedimentos de vigilância à saúde, a realização de visitas domiciliares de acordo com o planejamento, a prestação de assistência à população idosa, a organização de grupos de educação para a saúde e a promoção de ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (MORAES *et al.*, 2008).

A estratégia da saúde da família é uma importante forma de atenção à saúde capaz de reduzir a morbimortalidade da população idosa e garantir melhorias na qualidade de vida dessa população (MORAES *et al.*, 2008). Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros (BRASIL; PNSI, 2006). A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL; PNSI, 2006). A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de auto ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (BRASIL; PNSI, 2006).

3 A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA COMO FOMENTADORA DA APRENDIZAGEM DO MÉDICO DE FAMÍLIA

É seguro prever que estudos sobre processos e desfechos em assistência médica se tornarão cada vez mais onipresentes com a disponibilidade cada vez maior de dados eletrônicos e técnicas estatísticas cada vez mais sofisticados (FIHN, 2009).



Foto 1: Aula inaugural do curso de especialização em Saúde da Família – UFC/NUTEDS.Turma de Tianguá. Faculdade de Medicina de Sobral – Ceará.

Fonte: própria autora.

É correto se afirmar que os processo de educação e aprendizagem passam por contantes transformações, dentre elas o surgimento de novas modalidades de ensino, como a “Educação a Distância (EaD)”. Ao profissional de saúde, a EaD permite uma aprendizagem de forma prática e flexível, através de encontros virtuais pela Internet, pesquisa de textos, interação com os demais componentes do corpo discente, discussão de questões em fóruns ou em salas virtuais, divulgação de trabalhos científicos, dentre outros, com o auxílio de uma equipe capacitada para lhe dar suporte adequado. Os benefícios são muitos, dentre eles citam-se: a flexibilização dos horários; a possibilidade de atender a um público maior, público que, sem a EaD, talvez não tenha oportunidades para voltar a estudar; importante ferramenta de inclusão social; aprendizagem/reciclagem dos profissionais que moram e trabalham distante dos grandes centros urbanos, dentre outros. As dificuldades existem no momento em que a Internet ainda funciona de modo precário no interior do Ceará e não chega, ou chega com muitas falhas, às paragens mais distantes do município, o que é, sem dúvida, um fator limitante do processo.

É importante o papel do médico como fomentador da saúde e da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Os seus objetivos devem ser direcionados à melhoria da saúde, sem deixar de contemplar vários objetivos sociais correlatos, fatores que podem atuar de modo favorável para melhorar os desfechos clínicos. Muitos desafios surgem na vida do médico do interior, e um deles é minimizar a ineficiência, ou a insuficiência no seu trabalho diário. À medida que a Medicina progride, outras áreas do conhecimento humano também o fazem de modo bastante dinâmico, como é o caso das tecnologias. Cabe, então, ao médico se integrar, de forma apropriada e sistemática, à permanente atualização dos conhecimentos gerados de forma cada vez mais intensa pela ciência e cultura humana.

Com essa visão de médica do Programa de Saúde da Família de cidade do interior, que sente na pele as dificuldades financeiras de se deslocar para os grandes centros urbanos, em busca de conhecimento, percebe os prejuízos ocasionados pela ausência da profissional na unidade básica de saúde por muitos dias, e com o advento da (EaD), surgem oportunidades preciosas de crescer profissionalmente, através do estudo e do aperfeiçoamento contínuos, de forma prática e econômica.

Vivemos um período de grandes desafios no ensino focado na aprendizagem. Podemos encontrar novos caminhos de integração do humano e do tecnológico; do racional, sensorial, emocional e do ético; integração do presencial e do virtual; da escola, do trabalho e da vida (MORAN, 1999). Nesse contexto, apresenta-se este trabalho, fruto de dois anos de intensa aprendizagem, sob a orientação de uma equipe técnica de profissionais que conduziram as aulas de forma didática, descontraída e transmitiram seus conhecimentos seguros, práticos, sólidos e aliados às causas do saber e da humanização da saúde.

Espera-se desenvolver uma atenção básica de saúde que realmente expresse os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização, resolutividade e participação popular. Espera-se que esse projeto (a EaD) cresça em todos os recantos do país, contribua, cada dia mais, para o aperfeiçoamento do profissional de saúde e, em última análise, contribua para melhorar os indicadores de saúde da população brasileira.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

A primeira etapa deste trabalho consistiu em observar a práxis da atenção à saúde do idoso da Unidade Básica de Saúde da Família de Governador Ferraz, Padre Francisco Evaldo C. Carvalho, durante os meses de junho a setembro de 2011. A etapa de convivência com a população-alvo não foi dispensada. Utilizou-se o método Estimativa Rápida para a realização do diagnóstico situacional, que possibilitou identificar os problemas de saúde da população idosa, suas causas e consequências.

A segunda etapa do trabalho consistiu em realizar uma pesquisa em livros de Medicina e artigos médicos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período entre 2001 e 2011, em *sites* da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Ceará, entre outros, usando-se as palavras-chave: saúde da família, (SUS), idoso, envelhecimento, atenção básica. Os artigos foram lidos na íntegra e selecionados os que apresentavam relação direta com o tema abordado. Tal etapa contribuiu para nortear a pesquisa.

4.2 Caracterização do universo

Tianguá é um município do estado brasileiro do Ceará. Localiza-se na microrregião da Ibiapaba, mesorregião do Noroeste cearense.

Sua área é de 908,89 km² e sua altitude de 775,92 m.s.n.m. Tem como municípios limítrofes:

- a) ao Norte: Moraújo, Granja e Viçosa do Ceará;
- b) ao Sul: Ubajara;
- c) a Leste: Ubajara, Frecheirinha, Coreaú e Moraújo e
- d) a Oeste: Viçosa do Ceará e Estado do Piauí.



Figura 2: Mapa do Ceará. Localização do Município de Tianguá – Ceará.

Fonte: Wikimedia Commons, 2006.

Com um clima quente tropical semi-árido, brando e tropical, quente sub-úmido (FUNCEME; IPECE, 2010), possui uma flora rica em biodiversidade de espécies vegetais, com destaque para a floresta subperenifólia tropical plúvio-nebular (vegetação de matas úmidas, com copas arbóreas e caules bem desenvolvidos). Sua temperatura média é de 22 a 24 ° C, variando para média mínima de 18° C, com pluviometria média anual de 1.210,3 mm e período chuvoso de janeiro a maio (IPECE, 2010). Tianguá, como todos os municípios da região da Ibiapaba, possui vegetação densa de mata tropical, contando com muitas cachoeiras (Cana Verde, São Gonçalo, Sete Quedas, Mangabeira, Rocha da Rosa, Marinema de Baixo, dentre outras) (WIKIPEDIA). Os indicadores socioeconômicos, embora tenham melhorado, evidenciam desigualdades sociais com desdobramentos na saúde pública.

4.2.1 Rede de saúde de Tianguá – 2009

4.2.1.1 Unidades de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), por tipo de prestador – 2009

O SUS opera agora com base numa mistura entre público e privado que abrange modalidades “associadas”, de caráter privado, tais como cooperativas, organizações sociais, fundações e entidades filantrópicas “de apoio”, organizações não-governamentais

(ONGs), etc. Esse conjunto de entidades tem configuração ditada por uma coesão que é de tipo político e exige uma negociação permanente com variados agentes institucionais e corporações profissionais (BRASIL, 2002).

Tipo de prestador	Unidades de Saúde Ligadas ao SUS	
	Quantidade	%
Total	37	100,0
Pública	32	86,49
Privada	5	13,5

Tabela 8: Unidades de saúde de Tianguá ligadas ao SUS – 2009.

Fonte: Secretaria da Saúde do estado do Ceará (SESA).

4.2.1.2 Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento -Dez/2009.

Ao analisar a capacidade instalada dos serviços públicos por nível de complexidade percebe-se que não existem os serviços de Pronto Atendimento Médico. O atendimento médico é parte de atividades dos Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família. O fato se deve à inserção de programas voltados para a prevenção das doenças, como imunização, puericultura, planejamento familiar, diabetes, hipertensão nestas unidades.

A falta de um Pronto Atendimento faz com que a população procure o Hospital Madalena Nunes, hospital polo, de caráter filantrópico, mantido pela Sociedade Beneficente São Camilo. A Policlínica de Tianguá, que já consta nas unidades de saúde ligadas ao SUS, está em fase de construção, portanto, ainda não iniciou as suas atividades. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja existência não consta nos dados da SESA, foi fundado em 2010 e está em pleno funcionamento.

Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	-	1
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	-	-
Centro de Apoio a Saúde da Família	-	-	-	-	-
Centro de Parto Normal	-	-	-	-	-
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	20	-	-	-	20
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	2	-	6	-	8
Consultório Isolado	1	-	12	-	13
Cooperativa	-	-	-	-	-
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	-	-	-	-	-
Hospital Dia	-	-	-	-	-
Hospital Especializado	-	-	-	-	-
Hospital Geral	-	1	-	-	1
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	-	-	-	-
Policlínica	1	-	2	-	3
Posto de Saúde	5	-	1	-	6
Pronto Socorro Especializado	-	-	-	-	-
Pronto Socorro Geral	-	-	-	-	-
Secretaria de Saúde	2	-	-	-	2
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	-	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	-	-	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	-	2	-	2
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	-	1
Unidade Móvel Fluvial	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	-	-	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
Total	33	1	23	-	57

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Número total de estabelecimentos, prestando ou não serviços ao SUS

Tabela 9: Número de estabelecimentos de saúde em Tianguá por tipo de prestador – 2009.

Fonte: CNES.

4.2.1.3 Recursos humanos (vínculo) segundo categoria selecionada – Dez/2009

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	86	75	11	1,3	1,1
.. Anestesiata	4	4	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	10	10	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	24	21	3	0,3	0,3
.. Gineco Obstetra	11	10	1	0,2	0,1
.. Médico de Família	11	11	-	0,2	0,2
.. Pediatra	7	4	3	0,1	0,1
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	3	1	2	0,0	0,0
Cirurgião dentista	23	13	10	0,3	0,2
Enfermeiro	37	37	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	2	2	-	0,0	0,0
Fonoaudiólogo	2	2	-	0,0	0,0
Nutricionista	2	1	1	0,0	0,0
Farmacêutico	6	4	2	0,1	0,1
Assistente social	2	2	-	0,0	0,0
Psicólogo	2	2	-	0,0	0,0
Auxiliar de Enfermagem	18	18	-	0,3	0,3
Técnico de Enfermagem	73	73	-	1,1	1,1

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Tabela 10: Recursos humanos – 2009.

Fonte: CNES.

4.2.1.4 Índice de desenvolvimento de Tianguá

No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estão equacionados três sub-índices direcionados às análises educacionais, renda e de longevidade de uma população. A metodologia de cálculo do IDH envolve a transformação destas três dimensões em índices de longevidade, educação e renda, que variam entre zero (pior) e um (melhor), e a combinação destes índices em um indicador síntese. Quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região (PNUD).

Índices	Valor	Posição no ranking
Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) – 2008	44,84	11
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – 2000	0,640	72
Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDS-O) -2007	0,415	32
Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDS-R) -2007	0,492	23

Tabela 11: Índices de desenvolvimento humano de Tianguá.

Fonte: IPECE/PNUD.

Em Tianguá, de 1991 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo reduziu em 18,0%; para alcançar meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 39,2% (IBGE, 2010).

4.2.1.5 Abastecimento d'água e esgotamento sanitário – 2009

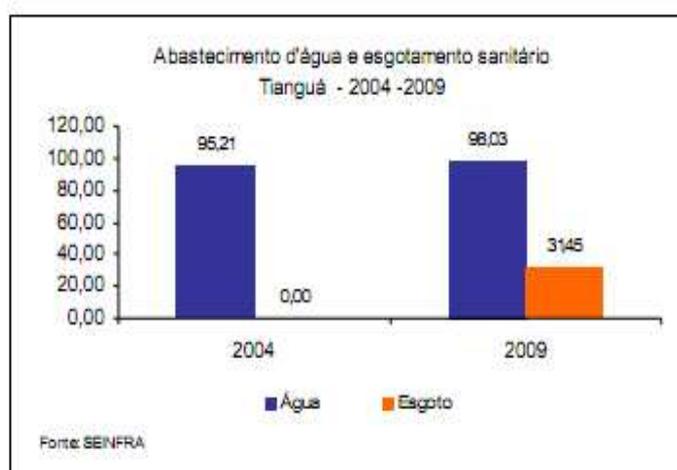


Gráfico 8: Abastecimento d'água e esgotamento sanitário de Tianguá – 2004 – 2009.

Fonte: SEINFRA.

4.2.1.6 Pobreza e desigualdade – municípios brasileiros – 2003.

Incidência de pobreza	52,98%
Limite inferior da incidência de pobreza	48,70%
Limite superior da incidência de pobreza	57,26%
Incidência da pobreza subjetiva	58,70%
Limite inferior da incidência da pobreza subjetiva	55,62%
Limite superior da incidência da pobreza subjetiva	61,78%
Índice de Gini	0,42
Limite inferior do índice de Gini	0,39
Limite superior do índice de Gini	0,44

Tabela 12: Pobreza e desigualdade em Tianguá.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002/2003.¹

4.2.3 A Unidade Básica de Saúde da Família de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho

Localizada no bairro Governador Ferraz, a UBASF Pe. Francisco Evaldo C.Carvalho atende a população dos bairros Governador Ferraz, Subestação, Valparaíso, Jaburu, BR, Sítio Pedra Fina, Pedro Paulo e Frecheira de Baixo. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2011), em agosto/2011 havia 1.606 famílias cadastradas. Na área de abrangência da UBASF em apreço, até agosto 2011, existiam 488 idosos, ou seja, 8,19% da população, sendo 236 homens e 252 mulheres. A população total assistida pela referida unidade, até agosto/2011, era de 5.958 pessoas. Quanto à cobertura vacinal contra influenza, foram vacinados 336 idosos (60 anos ou mais), no mês de abril/2011.

A equipe de saúde da família (ESF) em questão conta com: um médico; um enfermeiro; um dentista; oito agentes comunitários de saúde; três técnicos de enfermagem; um auxiliar dentário; um auxiliar de serviços gerais; dois vigilantes.

4.2.3.1 População adscrita de Governador Ferraz

¹ Nota: A estimativa do consumo para a geração destes indicadores foi obtida utilizando o método da estimativa de pequenas áreas dos autores Elbers, Lanjouw e Lanjouw (2002).

Sexo	Faixa etária (anos)										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	17	145	109	174	325	344	1.091	239	194	236	2.874
Feminino	22	171	119	180	313	321	1.162	332	212	252	3.024
Total	39	316	228	354	638	665	2.253	571	406	488	5.958

Tabela 13: População adscrita da UBASF de Governador Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.
Fonte: própria autora.

4.2.3.2 População idosa adscrita

População de Idosos	60 anos ou mais
Mulheres	252
Homens	236
Total	488

Tabela 14: População idosa adscrita da UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho.
Fonte: SIAB, 2011.

4.2.3.3 Idosos do programa de hipertensão e diabetes - janeiro a setembro/2011

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Hipertensos	66	54	56	-	89	51	33	76	43
Diabéticos	12	09	10	-	10	09	04	08	05

Tabela 15: Idosos dos programas de hipertensão e diabetes – janeiro a setembro/2011.
Fonte: Secretaria de Saúde de Tianguá – Vigilância Epidemiológica (janeiro a setembro/2011).

4.2.3.4 Morbidade em idosos por CID10 – junho a setembro 2011

Apresentam-se as moléstias por ordem de frequência. Total de idosos atendidos na UBASF, de 01 de junho a 31 de setembro/2011: 242 idosos.

	Grupos de causas	%
1	Doenças do aparelho circulatório	42,0
2	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	14,7
3	Transtornos mentais e comportamentais	7,8
4	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7,5
5	Doenças do aparelho digestivo	6,4
6	Doenças do aparelho respiratório	4,0
7	Neoplasias (tumores)	3,7
8	Doenças do aparelho geniturinário	3,7
9	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,8
10	Doenças infecciosas e parasitárias	2,4

Tabela 16: Morbidade em idosos da área adscrita da UBASF.

Fonte: própria autora.

4.2.3.5 Mortalidade em idosos por gênero CID10 – janeiro a setembro de 2011

Causas	Homens	Mulheres
Doenças do aparelho circulatório	-	02
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	02	-
Neoplasias (tumores)	01	-

Tabela 17 : Mortalidade em idosos por gênero (CID10), da área adscrita da UBASF.

Fonte: Secretaria de Saúde de Tianguá – Vigilância Epidemiológica (janeiro a setembro/2011).

4.3 Seleção dos sujeitos

Os sujeitos foram 242 idosos, de 60 anos a 94 anos, residentes na área de abrangência da UBASF de Governador Ferraz, sendo 124 mulheres e 118 homens, que procuraram assistência na unidade nos meses de junho a setembro de 2011. Os parâmetros considerados foram o acolhimento, o acesso à assistência, o prontuário do idoso, o funcionamento do SAME, a existência de um fluxograma de atenção ao idoso, o tempo de espera para ser atendido, a prioridade no atendimento, o tempo médio das consultas médica e de enfermagem, o acesso à consulta e aos procedimentos odontológicos, a dispensação dos medicamentos, a existência de práticas educativas, a atenção aos familiares dos idosos, a existência de uma rede de assistência à saúde do idoso, baseando-se em observação direta do comportamento dos idosos, familiares e profissionais de saúde, para apreensão de vários

aspectos verbais e não verbais. Por fim, foi feita uma enquete com 48 idosos (cerca de 20% da população atendida nos meses citados), seguindo-se os critérios de Minayo e Sanches (1993). Foram dadas ênfases aos motivos que levaram o usuário a procurar a unidade básica de saúde e o seu grau de satisfação com o tratamento recebido. Os resultados obtidos foram sintetizados através de depoimentos.

4.4 Questões éticas

A população observada foi constituída por 242 idosos, com idades de 60 a 94 anos. A população idosa que respondeu à enquete foi constituída por 48 idosos, na faixa de 60 a 82 anos, sendo que se encontravam com boa capacidade cognitiva, entendimento das finalidades da pesquisa e condições de colaborar efetivamente para o bom desempenho da mesma. O critério de escolha dos atores dependeu da sua aceitação voluntária, a partir do conhecimento dos objetivos, metodologia da pesquisa, de modo claro e preciso. Os critérios de inclusão foram: 48 usuários idosos, atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho, todos moradores da área, que voluntariamente aceitaram participar da avaliação, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por decisão própria. Esses 48 atores, em um universo de 242 idosos, responderam à enquete, sem exclusão.

4.5 Estratégias de coleta

Utilizou-se o método Estimativa Rápida para a realização do diagnóstico situacional, que possibilitou identificar os problemas de saúde da população idosa, suas causas e conseqüências. A Estimativa Rápida é um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas num curto período e sem grandes gastos de tempo profissional e de dinheiro. A Estimativa Rápida se apoia em três princípios (Scrimshaw; Furtado, 1988; Pacey, 1980; Chambers, 1983) coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que reflitam as condições locais e as situações específicas; envolver a comunidade no exercício da estimativa rápida. Para complementar o estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em *sites* do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Secretarias da Saúde dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Ceará, dentre outros. A pesquisa bibliográfica objetiva colocar o pesquisador em

contato com tudo o que foi escrito sobre determinado assunto, com a finalidade de colaborar na análise de sua pesquisa.

4.6 Tratamento das informações

As observações da práxis da atenção à saúde do idoso na unidade em estudo foram registradas e os discursos das narrativas foram gravados, após concordância expressa e formal dos colaboradores, a partir da assinatura de cada TCLE, conforme recomendação da Resolução 196/96 e tais conteúdos foram transcritos, para identificação das principais categorias.

5 PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE E A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DA ÁREA ADSCRITA DA UBASF DE GOVERNADOR FERRAZ PE. FRANCISCO EVALDO C. CARVALHO

5.1 Introdução

Um dos grandes desafios das políticas públicas municipais é cuidar de uma população idosa, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2002). Outro desafio é mudar um paradigma que se perpetua em todas as ações de saúde, tanto nos níveis federal, estadual como municipal, que é o modelo médico centrado. Tianguá também enfrenta esses desafios.

Em relação à atenção ao idoso pela UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho, diariamente surgem desafios, que necessitam de resoluções. Alguns desses desafios serão colocados nos passos seguintes deste trabalho.

5.2 Resumo

Realizou-se uma análise situacional da população idosa da área de circunscrição da UBASF de Governador Ferraz Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho, nos meses de junho a setembro de 2011, e encontraram-se vários agravos que estão gerando impactos negativos na saúde dessa população. Dentre esses agravos, concluiu-se que a falta de organização para atender à demanda de idosos, por se tratar de ação básica que vai facilitar a entrada do idoso no sistema de cuidados, bem como de obter os cuidados apropriados, é o que merece intervenção mais urgente. A partir dessa observação, elaborou-se um plano de ação, no sentido de contemplar as ações necessárias para atingir tal objetivo.

5.3 Definição dos problemas

Após o diagnóstico situacional, encontraram-se os seguintes problemas finais, que estão gerando impactos negativos na saúde da população idosa da área de abrangência da UBASF em estudo:

- falta de organização dos serviços da UBASF para atender à demanda de idosos;
- falta de uma política municipal de atenção à saúde do idoso;

- falta de planejamento, programação e realização de ações que envolvam a saúde do idoso;
- falta de estrutura do município para atender à demanda de consultas e exames;
- falta de articulação da UBASF com a atenção secundária e terciária;
- falta de treinamento da ESF em saúde do idoso;
- falta de estímulo profissional;
- falta de articulação com o NASF e com os setores da Prefeitura Municipal;
- falta de material básico para realizar as atividades;
- pobreza e analfabetismo da população idosa.

5.4 Priorização dos problemas

Os agravos foram colocados em ordem de prioridade, levando-se em conta a sua repercussão sobre as condições de saúde e doença da população. Como se pode observar, todos os problemas aqui citados foram considerados de ALTA importância, sendo que um foge do controle da ESF, por se tratar de ações que necessitam de uma interferência dos poderes municipais. A falta de organização da UBASF para atender à demanda de idosos obteve o maior conceito em importância e urgência e foi escolhida como a prioridade nº 01.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de organização para atender à demanda de idosos	Alta	07	Parcial	01
Falta de política municipal de atenção à saúde do idoso	Alta	07	Parcial	02
Falta de material básico	Alta	06	Parcial	03
Falta de treinamento em saúde do idoso	Alta	06	Parcial	03
Falta de estímulo profissional	Alta	06	Parcial	03
Falta de planejamento programação e realização de ações que envolvam a saúde do idoso	Alta	06	Parcial	03
Falta de estrutura do município para atender à demanda de consultas e exames especializados	Alta	05	Parcial	04
Falta de articulação com o NASF e intersetorial	Alta	05	Parcial	04
Falta de articulação com a atenção secundária e terciária	Alta	05	Parcial	04
Pobreza e analfabetismo da população idosa	Alta	05	Fora	04

Tabela 18: Planilha de priorização dos problemas.

Fonte: própria autora.

5.5 Descrição do problema selecionado: Falta de organização para atender à demanda de idosos

A população observada foi composta por idosos de 60 anos ou mais, sexos masculino e feminino, residentes na área de atuação da UBASF Pe. Francisco Evaldo C. Carvalho, que compreende os bairros Governador Ferraz, Subestação, Valparaíso, Jaburu, BR, Sítio Pedra Fina, Pedro Paulo e Frecheira de Baixo, atendidos na unidade nos meses de junho a setembro/2011.

População de Idosos	60 anos ou mais
Mulheres	124
Homens	118
Total	242

Tabela 19: Idosos da área adescrita da UBASF nos meses de junho a setembro/2011.

Fonte: própria autora.

Foi realizada uma enquete nos dias 1, 15, 22, 27, 29 e 30 de junho/2011, dando ênfase ao grau de satisfação com a atenção recebida na unidade de saúde. Os resultados estão resumidos nas tabelas a seguir:

Idosos	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 - 79	80 anos ou mais	Total
Homens	6	5	1	2	2	16
Mulheres	8	5	5	4	2	24

Tabela 20: Enquete com idosos.

Fonte: própria autora.

Idosos	Grau de satisfação			
	Mau	Regular	Bom	Excelente
Homens	25%	56,25%	12,5%	6,25%
Mulheres	12,5%	45,83%	29,16%	12,5%

Tabela 21: Grau de satisfação do idoso com a atenção recebida na unidade de saúde.

Fonte: própria autora.

Para descrição do problema priorizado, observou-se a práxis de atenção à saúde do idoso nos meses de junho a setembro/2011, a capacidade de enfrentamento da ESF e o grau de satisfação dos idosos quanto à atenção recebida na unidade. Pode-se enunciar o problema acima descrito de uma forma mais completa como: o atendimento ao idoso é feito de forma desordenada e fracionada com abordagem centrada no médico e na doença; o acolhimento é insatisfatório; não é seguido um fluxograma de atendimento ao idoso; não há um modelo de prontuário específico para o idoso; Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) funciona de modo ineficiente; falta de uma rede de assistência ao idoso; falta de treinamento da ESF em atenção à saúde do idoso; falta de articulação da ESF com o NASF e setores da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal; insatisfação da população idosa quanto à atenção recebida na unidade; falta de interação da ESF com a família/cuidador do idoso e com a comunidade em geral; falta de atividades recreativas e educativas com os idosos; falta de uma equipe multidisciplinar para atender ao idoso.

5.6 Descritores do problema: falta de organização para atender à demanda de idosos.

Descritores do problema “Falta de Organização para atender à demanda de idosos” – Dados de junho a setembro/2011.

Descritores	Processo	Fontes
Acolhimento	Parcial	Observação
Prontuário específico para o idoso	Não	Registros da equipe
Serviço de arquivo médico (SAME)	Parcial	Registros da equipe
Fluxograma da atenção ao idoso	Não	Observação
Rede de atenção à saúde do idoso	Não	Observação
Satisfação do idoso quanto a atenção recebida na unidade	Parcial	Enquete
Atividades educativas e recreativas	Parcial	Observação
Articulação com a família/cuidador do idoso	Parcial	Registros da equipe e observação
Treinamento da ESF em saúde do idoso e estímulo profissional	Não	Observação
Equipe multidisciplinar para atender ao idoso	Parcial	Registros da equipe e observação

Tabela 22: Planilha descritores do problema.

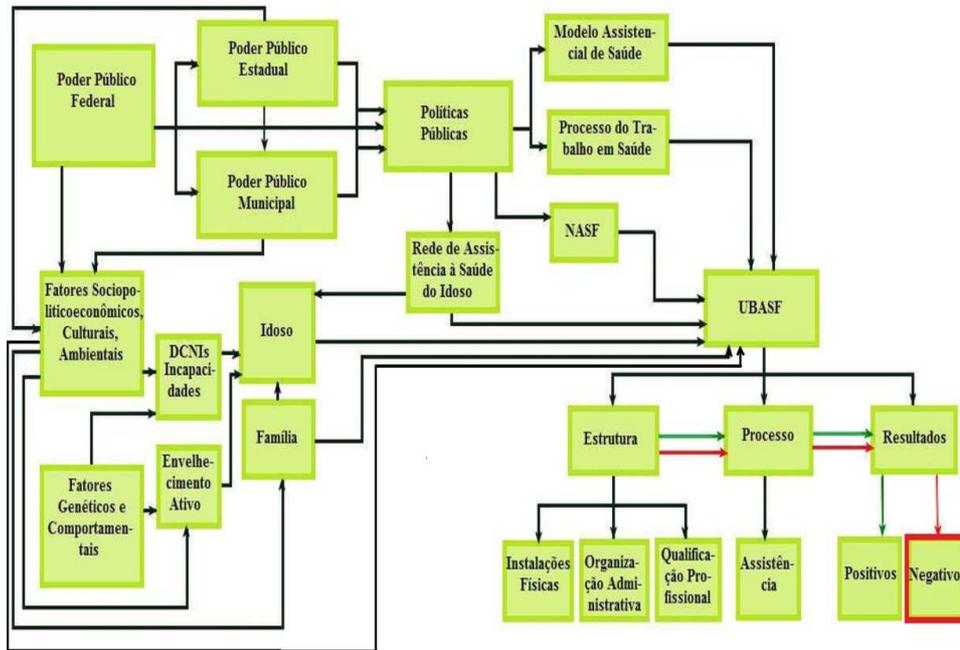
Fonte: própria autora.

O quadro elaborado possibilitou uma caracterização do problema que poderá ser bastante útil não apenas na definição das ações que deverão ser desenvolvidas pela ESF para o seu enfrentamento, mas também para a organização da agenda da ESF e para o problema monitoramento e avaliação da eficácia das intervenções propostas.

5.7 Explicação do problema

A explicação da “Falta de estrutura para atender à demanda” está sintetizada no esquema apresentado em seguida. Cabe ressaltar que neste esquema utilizaram-se determinantes mais gerais (por exemplo, políticas públicas, modelo assistencial, etc) e determinantes mais imediatos (por exemplo, fatores genéticos e comportamentais, etc). O

quadro construído facilita a visualização dos problemas a serem enfrentados e ajuda a definir ações para o seu enfrentamento.



Organograma 1: - Explicação do problema: Falta de estrutura da UBASF para atender à demanda de idosos.

Fonte: própria autora.

5.8 Seleção dos nós críticos

Selecionaram-se como “Nós Críticos” as situações relacionadas com o problema principal, em que a ESF tem possibilidade de realizar ações mais diretas e que podem ter impactos sobre a “Organização da Unidade Básica de Saúde da Família para atender à demanda de idosos”:

- a) falta de organização da unidade de saúde: acolhimento do idoso; prontuário específico para o idoso; estruturação do SAME (informatização); fluxograma de atenção à saúde do idoso;
- b) pressão social - nível de informação; nível de satisfação; engajamento da família e da sociedade em geral;
- c) falta de uma Rede de Assistência à Saúde do Idoso – organização da rede para atender aos idosos; articulação com o NASF e setores da prefeitura e da secretaria de saúde;
- e) ineficiência do Processo do Trabalho da Equipe de Saúde da Família – falta de qualificação profissional; falta de estímulo profissional.

5.9 Desenho das operações

A partir dos “Nós Críticos”, elaborou-se a planilha abaixo, contendo o resumo da Operação/Projeto necessário para sua solução, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários à sua execução.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Falta de organização da UBASF para atender à demanda de idosos.</p>	<p>“Acolhimento humanizado” Implantar o acolhimento de forma humanizada, integral e resolutive, com avaliação de risco; reorganizar o processo do trabalho da equipe para promover o acesso e garantir o atendimento da população idosa nos diversos pontos de atenção.</p>	<p>População idosa tecnicamente bem recebida, escutada nas suas queixas, analisada nas suas patologias e tomada de decisão da ESF quanto ao tratamento; acesso do idoso facilitado e garantido o atendimento nos diversos pontos de atenção; utilização do sistema de agendamento, marcação de consulta e da referência e contra-referência.</p>	<p>Acolhimento implantado; linhas de atenção e cuidado implantada; protocolos implantados; gestão da linha de atenção e cuidado implantada; recursos humanos capacitados.</p>	<p>Organizacional: Organizar a UBASF para acolher eficientemente o idoso e garantir o seu acesso aos diversos pontos de atenção;</p> <p>Cognitivo: Estratégias de comunicação com o idoso e família, inspirando confiança e segurança nas ações;</p> <p>Político: Articulação de recursos logísticos necessários; engajamento da família no cuidado com o idoso;</p> <p>Financeiros: Recursos para aquisição de material de expediente (impressos, vídeos, som, etc); carro para prestação de atendimento domiciliar aos idosos mais fragilizados, ou com risco de fragilização.</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
	<p>“Prontuário do Idoso” Elaborar e implantar o Prontuário Nosológico do Idoso</p>	<p>Prontuário tecnicamente elaborado; cobertura de 90% da população idosa.</p>	<p>Prontuário nosológico do idoso implantado; recursos humanos capacitados; protocolos implantados; regulação implantada.</p>	<p>Organizacional: Organizar o Prontuário do idoso, respeitando as necessidades individuais; Cognitivo: Estratégia de abordagem do idoso nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural, ambiental, etc; Político: Articulação com a equipe do NASF, a fim de compor uma equipe interdisciplinar, para avaliação multidimensional e acompanhamento do idoso; Financeiro: Recursos para confecção dos prontuários.</p>
	<p>“Caderneta de Saúde” Implantar a Caderneta de Saúde do Idoso.</p>	<p>Cobertura de 90% dos idosos da área.</p>	<p>Caderneta de Saúde do Idoso implantada; regulação implantada.</p>	<p>Organizacional: Organizar a Caderneta de Saúde do idoso; Cognitivo: Criar ferramentas para conscientizar o idoso e seus familiares/cuidador da importância de portar a Caderneta de Saúde; Financeiro: Para confeccionar a Caderneta de Saúde do Idoso, seguindo as normas do Ministério da Saúde.</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
	<p>“SAME eficiente” Reestruturar e informatizar o SAME.</p>	<p>SAME reestruturado, com melhoria da eficácia do serviço.</p>	<p>SAME implantado, com arquivo nosológico, linha de informação estabelecida, coletada e revisada para relatório mensal, controle de agravos, controle do agendamento de consultas e de egressos.</p>	<p>Organizacional: Organizar o SAME de acordo com orientação do(s) técnico(s) especializado(s); treinar a equipe no processo de preenchimento dos prontuários e manejo eficiente dos arquivos e prontuários informatizados.</p> <p>Político: Articulação com a Prefeitura Municipal / Secretaria de Saúde Municipal para aquisição de três computadores; articulação com os técnicos do Setor de Informática da Secretaria de Saúde Municipal, para treinar a equipe;</p> <p>Financeiro: Linha de recursos para executar o plano; linha de recursos para implementar novas tecnologias (computadores e <i>softwares</i>) e material de expediente.</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
	<p>“Fluxograma do Idoso” Elaborar e implantar o fluxograma de atendimento da população idosa adscrita na rede de atendimento.</p>	<p>Organizar o fluxo de usuários com 60 anos ou mais, na unidade; fluxo de referência e contra referência organizado.</p>	<p>Fluxograma implantado; avaliação multidimensional do idoso realizada; avaliação do plano de cuidados realizada; idoso fragilizado ou com potencial de fragilização com prioridade nas consultas e referenciado aos outros níveis da atenção, se necessário.</p>	<p>Organizacional: Organizar a equipe, com determinação dos papéis de cada componente no processo; adequação de fluxos de referência e contra referência; Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e vínculos com o idoso, família e comunidade; Político: Articulação com o NASF, CAPS e com outros profissionais de saúde de nível superior, para realizar a avaliação multidimensional do idoso; Financeiro: Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Pressão Social	<p>“O Idoso na unidade de saúde”. Aumentar o nível de informação da população idosa, dos familiares e da comunidade em geral sobre a implantação da atenção à saúde do idoso; informar sobre as atividades realizadas com os idosos na unidade; realizar atividades de educação em saúde; intervir em agravos que podem acometer o idoso.</p>	<p>Identificar, cadastrar e acompanhar 90% dos idosos da área adscrita; população informada sobre a implantação da linha de cuidados ao idoso.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre o envelhecimento e agravos que podem acometer o idoso; programa de atividades aeróbicas com os idosos; palestras sobre alimentação e hábitos de vida saudáveis; campanhas educativas nas rádios locais, associações do bairro, etc.</p>	<p>Organizacional: Organizar a equipe para realizar as atividades, estimulando a participação de toda a ESF; Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e pedagógicas na comunidade e nas rádios locais; Político: Articulação com a Secretaria de Saúde, NASF e outros profissionais de saúde de nível superior; Financeiro: Para confecção de folhetos e outros materiais informativos.</p>
	<p>Projeto “Cuide bem de quem você ama”. Engajar a família/cuidador no processo do cuidado com o idoso; supervisionar a assistência familiar prestada ao idoso; prestar assessoria aos familiares / cuidador do idoso; cuidar do cuidador.</p>	<p>Família / cuidador engajados no processo do cuidado com o idoso; mudança de atitude no cuidar do idoso; Mudança de atitude em relação ao auto-cuidado.</p>	<p>Capacitação da família/ cuidador; formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os idosos; programa de fomento da cultura da humanização frente ao idoso frágil ou com potencial risco de fragilização.</p>	<p>Organizacional: Para elaborar e organizar métodos de fácil assimilação e aceitação da família/cuidador. Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e vínculos com a família/cuidador; Político: Articulação com a Secretaria de Saúde Municipal, 13ª CRES, NASF e outros profissionais de nível superior para capacitar a equipe para realizar as atividades; Financeiro:</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
<p>Falta de uma Rede de Atenção à Saúde do Idoso</p>	<p>“Rede de Atenção à Saúde do Idoso” Implantar a Rede de Atenção à Saúde do Idoso na UBASF, tendo como base os estabelecimentos e instituições já existentes no município.</p>	<p>Ampliação e organização dos recursos humanos e logísticos para prestar assistência ao idoso; oferta de serviços com melhor qualidade.</p>	<p>Rede implantada; ações de promoção e proteção da saúde do idoso implantadas; gestão da rede implantada; regulação implantada; recursos humanos capacitados; grupo/equipe de trabalho multidisciplinar acompanhando, decidindo, determinando, fomentando a política municipal de saúde do idoso.</p>	<p>Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p> <p>Organizacional: Para organizar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS (junto com a Secretaria de Saúde Municipal, entidades e e representantes locais);</p> <p>Cognitivos: Elaboração da linha de cuidados e protocolos;</p> <p>Financeiro: Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso;</p> <p>Político: Promover articulação com a Prefeitura Municipal, intersetorial e mobilização social para a criação da Rede Municipal de Atenção à Saúde do Idoso;</p>

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de Qualificação profissional	<p>“ Profissional dinâmico e capaz” Treinar a ESF para acolher, prevenir, diagnosticar, tratar, acompanhar e referir pacientes idosos;</p>	Profissional treinado para determinar e executar uma linha de cuidados para a população idosa.	Programa de capacitação implantado;	<p>Organizacional: Organizar cronograma de treinamentos; estabelecer diretrizes para a qualificação em saúde do idoso; Cognitivo: Treinamento em relações humanas e técnicas pedagógicas; Político: Decisão de aumentar os recursos para treinar e qualificar os profissionais de saúde</p>
Falta de estímulo profissional	<p>“Plano de cargos e carreiras” Implantar o plano de cargos e carreiras.</p>	Melhora dos indicadores sócio-econômicos e de saúde do município.	Plano de cargos e carreiras implantado;	<p>Cognitivo: Elaboração do plano; mostrar a viabilidade do plano; Político: Decisão de aumentar os recursos para implantar o plano de cargos e carreiras; mobilização social em torno da questão.</p>

Tabela 23: Planilha desenho das operações.

Fonte: própria autora.

5.10 Identificação dos recursos críticos

A partir da planilha anterior, identificaram-se os recursos críticos de cada operação, resumidos no quadro abaixo:

Operação/Projeto	Recursos críticos
Acolhimento humanizado	<p>Organizacional: Organizar a UBASF para acolher eficientemente o idoso e garantir o seu acesso aos diversos pontos de atenção;</p> <p>Financeiros: Recursos para aquisição de material de expediente (impressos, vídeos, som, etc); carro para prestação de atendimento domiciliar aos idosos fragilizados.</p>
Prontuário do idoso	<p>Político: Articulação com profissionais do NASF e do CAPS, a fim de compor uma equipe multidisciplinar, para avaliação e acompanhamento do idoso;</p> <p>Financeiro: Recursos para confecção dos prontuários.</p>
Caderneta de Saúde	<p>Financeiro: Para confeccionar a Caderneta de Saúde do Idoso, seguindo normas do Ministério da Saúde.</p>
SAME eficiente	<p>Organizacional: Organizar o SAME de acordo com orientação do(s) técnico(s) especializado(s); treinar a equipe para atuar no processo de preenchimento dos prontuários e manejo eficiente dos arquivos e prontuários informatizados;</p> <p>Político: Articulação com a Prefeitura Municipal/ Secretaria de Saúde Municipal para aquisição de 03 computadores; articulação com técnicos do Setor de Informatização da Secretaria de Saúde Municipal, para treinar a equipe;</p> <p>Financeiro: Linha de recursos para executar o plano; linha de recursos para implementar novas tecnologias (computadores e softwares) e material de expediente.</p>
Fluxograma do idoso	<p>Político: Articulação com o NASF, com o CAPS e com outros profissionais de saúde de nível superior, para realizar uma avaliação multidimensional do idoso;</p> <p>Financeiro: Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p>
O idoso na unidade de saúde	<p>Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e pedagógicas na comunidade e nas rádios locais;</p> <p>Financeiro: Para confecção de folhetos e outros materiais informativos.</p>
Cuide bem de quem você ama	<p>Político: Articulação com a Secretaria de Saúde Municipal, 13ª CRES, NASF e outros profissionais de nível superior, para capacitar a equipe para realizar as atividades;</p> <p>Financeiro: Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p>

Operação/Projeto	Recursos críticos
Rede de Atenção à Saúde do Idoso	<p>Organizacional: Para organizar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS (junto com a Secretaria de Saúde Municipal, entidades e representantes locais;</p> <p>Cognitivos: Elaboração da linha de cuidados e protocolos;</p> <p>Financeiro: Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso;</p> <p>Político: Promover articulação com a Prefeitura Municipal, intersetorial e mobilização social para a criação da Rede Municipal de Atenção à Saúde do Idoso;</p>
Programa de qualificação profissional	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos para treinar e qualificar os profissionais de saúde;</p>
Plano de cargos e carreiras	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos para implantar o plano de cargos e carreiras; mobilização em torno da questão;</p>

Tabela 24: Identificação dos recursos críticos.

Fonte: própria autora.

5.11 Análise da viabilidade do plano

Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em cada operação, consciente de que eles são instrumentos chave para o sucesso do plano e, a partir dessa identificação, foram propostas estratégias para motivar seus atores, como resumido no quadro abaixo:

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações/ Estratégias
		Ator que controla	Motivação	
Acolhimento humanizado	<p>Organizacional: Organizar a UBASF para acolher eficientemente o idoso e garantir o seu acesso aos diversos pontos de atenção;</p> <p>Financeiros: Recursos para aquisição de material de expediente (impressos, vídeos, som, etc); carro para prestação de atendimento domiciliar aos idosos fragilizados.</p>	Coordenadora da UBASF Secretária de Saúde Municipal	Favorável Favorável	Mostrar o projeto
Prontuário do idoso	<p>Político: Articulação com profissionais do NASF e do CAPS, a fim de compor uma equipe multidisciplinar, para avaliação e acompanhamento do idoso;</p> <p>Financeiro: Recursos para confecção dos prontuários.</p>	Coordenador do NASF Coordenador do CAPS Secretária de Saúde Municipal	Favorável Favorável Favorável	Mostrar o projeto
Caderneta de Saúde	<p>Financeiro: Para confeccionar a Caderneta de Saúde do Idoso, seguindo normas do Ministério da Saúde.</p>	Secretária de Saúde Municipal	Favorável	

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações/ Estratégias
		Ator que controla	Motivação	
SAME resolutivo	<p>Organizacional: Organizar o SAME de acordo com orientação do(s) técnico(s) especializado(s); treinar a equipe para atuar no processo de preenchimento dos prontuários e manejo eficiente dos arquivos e prontuários informatizados;</p> <p>Político: Articulação com a Prefeitura Municipal / Secretaria de Saúde Municipal para aquisição de três computadores; articulação com técnicos do Setor de Informatização da Secretaria de Saúde Municipal, para treinar a equipe;</p> <p>Financeiro: Linha de recursos para executar o plano; linha de recursos para implementar novas tecnologias (computadores e <i>softwares</i>) e material de expediente.</p>	Secretária de Saúde Municipal Secretário de Finanças Técnicos em Informática	Favorável Favorável Favoráveis	Mostrar o projeto

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações/ Estratégias
		Ator que controla	Motivação	
Fluxograma do idoso	<p>Político: Articulação com o NASF, CAPS e com outros profissionais de saúde de nível superior, para realizar avaliação multidimensional do idoso;</p> <p>Financeiro: Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p>	<p>Coordenador do NASF</p> <p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de Saúde de nível superior</p> <p>Secretária de Saúde Municipal</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favoráveis</p> <p>Favorável</p>	Apresentar projeto
O idoso na unidade de saúde	<p>Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e pedagógicas na comunidade e nas rádios locais;</p> <p>Financeiro: Para confecção de folhetos e outros materiais informativos.</p>	Secretária de Saúde Municipal	Favorável	Apresentar projeto
Cuide bem de quem você ama	<p>Político: Articulação com a Secretaria de Saúde Municipal, 13ª CRES, NASF e outros profissionais de nível superior, para capacitar a equipe para realizar as atividades;</p> <p>Financeiro: Para compra de material e insumos para realizar as ações planejadas.</p>	<p>Secretária de Saúde Municipal</p> <p>Coordenadora da 13ª CRES</p> <p>Coordenador do NASF</p> <p>Profissionais de Nível Superior (psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc)</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favoráveis</p>	Apresentar projeto

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações/ Estratégias
		Ator que controla	Motivação	
Rede de Atenção à Saúde do Idoso	<p>Organizacional: Para organizar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS (junto à Secretaria de Saúde Municipal, entidades e representantes locais);</p> <p>Cognitivos: Elaboração da linha de cuidados e protocolos;</p> <p>Financeiro: Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Rede de Atenção à Saúde do Idoso;</p> <p>Político: Promover articulação com a Prefeitura Municipal, intersetorial e mobilização social para a criação da Rede Municipal de Atenção à Saúde do Idoso;</p>	Prefeita Municipal Secretária Municipal de Saúde Coordenadora da 13ª CRES Coordenador do NASF Coordenador da Policlínica Coordenador do Hospital Madalena Nunes Coordenador do Conselho de Idosos Coordenador da Ação Social Radialistas Padres Pastores Delegado Juiz Profissionais de Saúde Conselho Municipal de Saúde Comunidade em geral ONGs	Provavelmente favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável Favoráveis Favoráveis Favoráveis Favorável Favorável Favoráveis	Apresentar projeto de estruturação da rede
Programa de qualificação pro-fissional	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos para treinar e qualificar os profissionais de saúde;</p>	Prefeita municipal e assessores	Provavelmente favorável	Apresentar o projeto

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações/ Estratégias
		Ator que controla	Motivação	
Plano de cargos e carreiras	Político: Decisão de aumentar os recursos para implantar o plano de cargos e carreiras; mobilização em torno da questão.	Prefeita municipal e assessores	Provavelmente desfavorável	Apresentar o projeto; apoio da Câmara Municipal e da sociedade em geral

Tabela 25: Análise da viabilidade do plano.

Fonte: própria autora.

5.12 Elaboração do plano operativo

Foram definidos as responsabilidades por cada operação e os prazos para sua execução:

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Acolhimento humanizado	População idosa tecnicamente bem recebida, escutada nas suas queixas, analisada nas suas patologias e tomada de decisão da ESF quanto ao tratamento; acesso do idoso facilitado e garantido o atendimento nos diversos pontos de atenção; utilização do sistema de agendamento, marcação de consulta e da referência e con-	Acolhimento implantado; linhas de atenção e cuidado implantada; protocolos implantados; gestão da linha de atenção e cuidado implantada; recursos humanos capacitados.	Apresentar o projeto	Equipe	1 mês

	tra-referência.				
Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Prontuário do idoso	Prontuário tecnicamente elaborado; cobertura de 90% da população idosa	Prontuário nosológico do idoso implantado; recursos humanos capacitados; protocolos implantados; regulação implantada.	Apresentar o projeto	Equipe	1 mês
Caderneta de Saúde	Cobertura de 90% dos idosos da área.	Caderneta de Saúde do Idoso implantada; regulação implantada.	Apresentar o projeto	Equipe	1 mês
SAME resolutivo	SAME reestruturado, com melhora da eficácia do serviço.	SAME implantado, com arquivo nosológico, linha de informação estabelecida, coletada e revisada para relatório mensal, controle de agravos, controle do agendamento de consultas e de egressos.	Apresentação do projeto	Equipe	2 meses
Fluxograma do idoso	Organizar o fluxo de usuários com 60 anos ou mais, na unidade; fluxo de referência e contra-referência organizado.	Fluxograma implantado; avaliação multidimensional do idoso realizada; avaliação do plano de cuidados realizada; idoso fragilizado ou com potencial de fragilização com priorida-	Apresentação do projeto	Equipe	2 meses

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
O idoso na unidade de saúde	Identificar, cadastrar e acompanhar 90% dos idosos da área adscrita; população informada sobre a implantação da linha de cuidados ao idoso.	Avaliação do nível de informação da população sobre o envelhecimento e agravos que podem acometer o idoso; programa de atividades aeróbicas com os idosos; palestras sobre alimentação e hábitos de vida saudáveis; campanhas educativas nas rádios locais, associações do bairro, etc.	Apresentar o projeto	Equipe	3 meses
Cuide bem de quem você ama	Família/cuidador engajados no processo do cuidado com o idoso; mudança de atitude no cuidar do idoso.	Capacitação da família/ cuidador; formação de grupos socioeducativos e de autoajuda entre os idosos; programa de fomento da cultura da humanização frente ao idoso frágil ou com potencial risco de fragilização.	Apresentar o projeto	Equipe	3 meses

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Rede de Atenção à Saúde do Idoso	Ampliação e organização dos recursos humanos e logísticos para prestar assistência ao idoso; oferta de serviços com melhor qualidade.	Rede implantada; ações de promoção e proteção da saúde do idoso implantadas; gestão da rede implantada; regulação implantada; recursos humanos capacitados; grupo/equipe de trabalho multidisciplinar acompanhando, definindo, determinando, fomentando a política municipal de saúde do idoso.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Equipe	4 meses
Profissional dinâmico e capaz	Profissional treinado para determinar e executar uma linha de cuidados para a população idosa.	Programa de capacitação implantado;	Apresentar o projeto	Equipe	5 meses
Plano de cargos e carreiras	Melhora dos indicadores socioeconômicos e de saúde do município.	Plano de cargos e carreiras implantado;	Apresentar o projeto; apoio da Câmara Municipal e da sociedade em geral	Equipe	6 meses

Tabela 26: Planilha elaboração do plano operativo.

Fonte: própria autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Tianguá tem hoje 5.989 idosos, sendo 2.692 homens e 3.297 mulheres. Esses idosos necessitam de políticas de saúde que atendam às suas reais necessidades, e a legislação brasileira lhes garante esse direito. Por serem mais vulneráveis às doenças crônicas não transmissíveis e às incapacidades, contribuem para aumentar a demanda pelos serviços de saúde.

O sistema de assistência ao idoso precisa se organizar para atender a essa demanda com qualidade e resolutividade, promovendo a saúde e prevenindo as doenças. Cabe às lideranças municipais, juntamente com os profissionais de saúde, identificar os recursos individuais e coletivos disponíveis no município, bem como as instituições com potencialidades para oferecer suportes técnico-jurídico e econômico, a fim de elaborar um Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso.

A estratégia da saúde da família tem a oportunidade de enfatizar ações preventivas e promocionais de saúde, mas é impotente diante do quadro de pobreza, analfabetismo, alimentação inadequada, falta de investimento em saneamento básico, falta de trabalho e falta de segurança que assola grande parte dos municípios brasileiros.

Políticas públicas planejadas e executadas com vontade, lisura e competência, que melhorem os indicadores socioeconômicos, ambientais e culturais, certamente contribuirão para reduzir as taxas de morbimortalidade e para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.D.G.; BICALHO, M.A.C. Insuficiência coronariana no idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 523 – 531.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, 2004. 220 p

ATKINS, D. O exame periódico de saúde. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 76- 81. Tradução Adriana Pittella Sudré et. al.

AUSTAD, S.N. Why women live longer than men: sex differences in longevity. **Gend Med.**, v. 3, n. 2, p. 79- 92, Jun., 2006.

BLATTMANN, U.; DUTRA, S.K.W. **Atividades em bibliotecas colaborando com a educação a distância**. São Paulo: Associação Paulista de Bibliotecários, 1999. (Ensaio APB, n. 63, fev. 1999).

BRANDÃO, A.P. et al. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 249 – 262.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 603 p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Senado Federal. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações/ Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010. 47 p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. **Formação técnica em saúde no contexto do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, v 2, n. 5, 2002.

_____. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 22 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 41 p.

_____. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

_____. **Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. Cadernos de Atenção Básica; 17.

_____. **Saúde da família:** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 199 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno, 19.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Relatório de situação:** Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 61 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará.** Fortaleza: SESA, v. 5, 2007. 108 p.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

DISTRITO FEDERAL. Conselho Regional de Medicina. **Prontuário médico do paciente:** guia para uso prático. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. 94 p.

DUARTE, J.E.; MELO, R.V.; AZEVEDO, R.S. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 371 - 379.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 609-617.

FRIED, L.P. Epidemiologia do envelhecimento: implicações do envelhecimento da sociedade. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina.** 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 141 – 145. Tradução Adriana Pittella Sudré et al.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto de implantação do acolhimento nos centros de saúde da SES/DF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 13 p.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à saúde do idoso.** Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2006. 186 p. Coleção Saúde em Casa.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil básico municipal**. Tianguá. Fortaleza, 2010. 16 p. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2010/Tiangua.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2011.

GUIMARÃES, R.M.; CAMARGOS, E.F. A avaliação do velho doente. In: GUIMARÃES, R.M; CUNHA, U.G.V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7 -16.

HAYFLICK, L. The cell biology of ageing. **Clinical Geriatric Medicine**. v. 1, n. 1, p.15 – 27, 1985.

HYATT, S. Distance learning in the millenium: where is it going? **Online Journal of Distance Learning Administration**. Tennessee, Estados Unidos, v. 1, n. 1, spring, 1998. Disponível em:< <http://www.westga.edu/~distance/hyatt11.html> >. Acesso em: 21 nov. 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. P. 152. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2011 dia mês. ano.

_____. **Indicadores sociais municipais nos municípios de porte médio**. 2011. Disponível em:< www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=2019&id_pagina=1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Censo 2010: mais da metade dos emigrantes brasileiros são mulheres**. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=2017&id_pagina=1>. Acesso em: 18 nov.2011.

_____. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Tianguá, CE. 2011. Disponível em:< www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Mapa da pobreza e desigualdade**. Tianguá, CE. 2011. Disponível em:<www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Morbidades hospitalares – 2010**. Tianguá, CE. 2011. Disponível em:<www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Pesquisa nacional de saneamento básico – 2008**. Tianguá, Ce. 2011. Disponível em:< www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Serviços de saúde – 2009**. Tianguá, Ce. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 21 nov. 2011.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Tianguá, CE. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 19 nov. 2011.

LEI Nº 8.842 – DE 04 DE JANEIRO DE 1994 – DOU DE 05/01/1994. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

LEI Nº 10.741 – DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 – DOU DE 03/10/2003 – ALTERADO Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

LIMA-COSTA, M.A.; CAMARANO, A.A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p.3 – 19.

LUNENFELD, B. The ageing male: demographics and challenges. **World Journal of Urology**. [S.l], v.20, n.1.p. 11-16, mai, 2002. Disponível em:< <http://lib.bioinfo.pl/auid:1652550>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MACHADO, C. B.. FONSECA NETO, M. D. da. **Situação da Saúde no Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011. 80 p.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar./abr, 2003.

MARQUES, G.Q.; FREITAS, I.B.A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo: USP, v. 43, n. 4 , P. 825-32, 2009.

MEGALE, R.Z.; MORAES, E.N. Instabilidade postural: abordagem diagnóstica. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 381 – 394.

MELO, A.C. et al. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2007. 91 p.

MENDONÇA, C. Exame neuropsicológico. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 293 – 301.

MESQUITA, C.T. Metodologia do trabalho científico. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P. 100 – 105.

MINAKER, K.L. Sequelas clínicas comuns do envelhecimento. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. Tradução Adriana Pittella Sudré et..al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. P. 149 – 155.

MORAES, E.N.; DAKER, M.V. Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 273 – 291.

MORAES, E.N. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 63-84.

_____. Rede assistencial de atenção à pessoa idosa. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 665 – 678.

_____. Protocolo de avaliação multidimensional do idoso. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 157 – 186.

MORAES, E.N.; LANNA, F.G.J.S. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 85 – 104.

MORAES, E.N.; MEGALE, R.Z. Avaliação da mobilidade. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 105 – 113.

MORAES, E.N.; SANTOS, R.R.; SILVA, A.L.A. Fisiologia do envelhecimento aplicada à prática clínica. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 37 – 59.

MORAES, E.N.; SARTINI, C.; SOUZA, M.E. Doença pulmonar obstrutiva crônica. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 533 – 542.

MORAES, E.N.; SILVA, A.L.A. Bases do envelhecimento do organismo e do psiquismo. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 21 – 36.

MORAN, J.M. **Educação inovadora presencial e a distância**. Disponível em: <www.eca.usp.br/prof/moran/textosead.htm>. Acesso em: 20 out. 2011.

MOTTI, M. C. **Medicina geriátrica**. 2011. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/05/21/hipotireoidismo-no-idoso/>>. Acesso em: 25 nov. 2011

NETTO, M.P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P. 2-12.

OLIVEIRA, L.D. et al. Acidente vascular cerebral: prevenção, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação fisioterápica. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 487- 498.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P. 79 – 84.

PASSOS, V.M.A. et al. Exercício físico no idoso. IN: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 221 – 230.

PEDROSO, E.R.P.; MIRANDA, L.F.J.R. Pneumonia adquirida na comunidade. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 543 – 551.

PREFEITURA do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da atenção básica e PSF. Documento norteador do compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/AMA.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P. 72 – 84.

RIO DE JANEIRO (estado). Conselho Regional de Medicina. **Rede básica de saúde: importância, trajetória e crise**. Elaborado pela comissão de saúde pública do CREMERJ. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006. 11 p.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Successful ageing. **Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433 – 40, 1997.

RODRIGUES, N.C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-110.

RODRIGUES, P. C.; PEDROSO, L. C. da S.; OLIVEIRA, V. H. de. **Manual acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial (AMA)**. São Paulo: A.P.S. Santa Marcelina, 2008. 32 p. Disponível em: <http://www.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/Manual_Acolhimento.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011

SCHROEDER, S.A. Aspectos sociais e econômicos da medicina. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. P. 26 – 29. Tradução Adriana Pittella Sudré et al.

SILVA, D.F. et al. Participação e direitos das pessoas idosas. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 655 – 663.

SILVA, D.F.; FERREIRA, P.G. Políticas públicas, serviços e programas de atenção à pessoa idosa. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 679-688.

SILVA, S.A.; CUNHA, U.G.V. Depressão: diagnóstico e tratamento. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 343 – 349.

SILVEIRA, C.H.; CAMBUÍ, M.; BATTAGLIN, P.H. **Notas sobre a metodologia da estimativa rápida**. Geneva: OMS, 1988.

SIRENA, S.A. **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde**. Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do, 2002. 99 p.

TAYLOR, V.M. Contexto cultural em medicina. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. P. 21 – 26. Tradução Adriana Pittella Sudré et al.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP**: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT). Coordenação Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro et. al. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos; 9).

WOOLF, S.H. Princípios da atenção preventiva à saúde. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23 ed. Tradução Adriana Pittella Sudré et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. P. 73 – 76.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Tradução Suzana Gontijo.

_____. **Internacional classification of functioning disability and health**. (ICIDH-2). Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>. Acesso em:

_____. Department of Economic and Social Affairs. **Ageing social policy and development division**. 2011. Disponível em:< <http://www.un.org/en/> >. Acesso em: 21 nov. 2011.

