



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Priscila Trevisan Ruwer

## Atenção integral ao idoso na Estratégia Saúde da Família: projeto de intervenção

Florianópolis, Março de 2016



Priscila Trevisan Ruwer

Atenção integral ao idoso na Estratégia Saúde da Família: projeto  
de intervenção

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Patrícia Kuerten Rocha  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Priscila Trevisan Ruwer

## Atenção integral ao idoso na Estratégia Saúde da Família: projeto de intervenção

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Patrícia Kuerten Rocha**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

O envelhecimento da população brasileira é um fato irreversível, gera maiores necessidades em saúde e torna-se um desafio para os serviços relacionados a esta área. Na terceira idade sofremos perdas físicas, psicológicas, sociais e econômicas e a Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle das multimorbidades. Sendo assim, o presente projeto de intervenção visa ofertar aos idosos da comunidade de São Cristóvão – Três Barras, SC ações que proporcionem melhor qualidade e atenção integral à saúde da pessoa idosa. Para isso, o projeto se desenvolverá em três direções: educação em saúde; reorganização do processo de acolhimento e assistência ao usuário; e, capacitação da equipe em saúde do idoso. Na primeira, a intervenção acontecerá na forma de reuniões e oficinas com a equipe na tentativa de sensibilizar e implantar acolhimento ao idoso, agenda e retorno específico ao idoso, caderneta do idoso e tabela para uso adequado de medicações. A segunda será realizada através de estratégias em educação popular em saúde pelos agentes comunitários de saúde em ambiente domiciliar e pelo restante da equipe na comunidade, de forma a promover práticas saudáveis e de manutenção de saúde bio-psico-social. A terceira será executada por meio de encontros mensais com a equipe e profissionais capacitados em saúde do idoso. Considerando os principais objetivos e expectativas, espera-se que este projeto transforme a realidade da população idosa adscrita; melhore a recepção ao indivíduo idoso na unidade básica; favoreça maior satisfação ao acesso e prestação de serviços; implante o acolhimento ao idoso; promova melhor qualidade de vida e melhore perfil de multimorbidades e forneça maior participação e capacitação dos profissionais da saúde da unidade em relação a assistência ao idoso.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso, Atenção Básica ao Idoso, Atenção Integral ao Idoso





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Introdução</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>35</b>



# 1 Introdução

## 1.1 Introdução

Uma das grandes mudanças observadas no mundo nas últimas décadas foi a universalização do processo de transição demográfica, no que se percebe a mudança de uma situação de mortalidade e natalidade elevadas para um situação de mortalidade e natalidade baixas e com aumento da proporção de idosos (GONTIJO, 2011). Até o ano 2025, possivelmente ocuparemos o sexto lugar da população de idosos do planeta com 31,8 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Porém, estamos longe de atingirmos o envelhecimento bem sucedido (MELO et al., 2014).

Dentre outros fatores, esse crescimento influencia o modo de gerir a atenção à saúde, visto que uma sociedade em processo de mudanças tem necessidade de adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional (LIMA et al., 2014a). Pode se perceber isso, por exemplo, através da constatação de um novo perfil epidemiológico, em que enfermidades infecto-parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas, refletindo em mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na consequente elevação dos custos de atenção médico hospitalar (NUNES, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta como principal desafio para a Saúde Pública a construção de uma vida ativa e autônoma no envelhecimento. Esse objetivo pode ser alcançado por meio do fortalecimento de políticas públicas de promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para a população idosa, oportunizando qualidade de vida e bem-estar no envelhecimento. É possível compensar as mudanças naturais da idade e favorecer a boa forma e a saúde com projetos voltados à melhor idade (MARTINI et al., 2012).

Dentro desse contexto a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, já que está ativamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas. O cuidado a idosos representa cerca de 40 a 50% da atividade total do médico de família e comunidade (MFC) e mais de 50% das prescrições em APS, sendo 75% destas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas de forma contínua (OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, dessa maneira, considerando a necessidade de que o setor saúde disponibilizasse uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual estabeleceu como meta a atenção à

saúde adequada e digna para os idosos brasileiros principalmente os considerados frágeis ou vulneráveis, indicando um importante papel para a Equipe de Saúde da Família (ESF) como nível assistencial preferencial de acesso ao cuidado do idoso (SAÚDE, 2007).

Igualmente, a ESF da localidade de São Cristóvão em Três Barras, Santa Catarina foi criada e atua desde fevereiro de 2015 na região. Hoje o bairro é o mais populoso da cidade com aproximadamente 11000 pessoas. Na área de abrangência onde se insere há aproximadamente 2300 habitantes (575 famílias), sendo predominante a população mais jovem abaixo dos 39 anos, dentro da população total 680 tem entre 20 e 39 anos. Há aproximadamente 395 crianças até os 10 anos, e 198 pessoas acima dos 60 anos (SIAB, 2015).

Tanto o bairro, como a comunidade em questão são considerados áreas vulneráveis e de risco tanto ambiental como social. Por ser um bairro que se encontra intimamente ligado ao rio Canoinhas são frequentes as enchentes e inundações, pelo menos uma vez ao ano, que desabrigam diversos moradores. O saneamento através de esgoto é inexistente e a maior parte dos dejetos é lançada através de fossa com desvio direto ao rio ou a céu aberto. Há também grande dificuldade com o extermínio de entulhos e o número de animais errantes.

A comunidade é considerada de grande vulnerabilidade social, com o perfil socioeconômico mais baixo da cidade, grande parte da população está inclusa em programas sociais de auxílio de renda. Assim, por meio de dados coletados com o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) 1415 famílias são acompanhadas pelo Programa Bolsa Família na cidade; sendo que 930 pertencem ao bairro, destas 250 na região da ESF e 444 famílias participantes do programa de Cesta Básica do Município. A comunidade sofre grande impacto e desestruturação familiar relacionada à toxicodependência e suas implicações, como aumento da incidência de crimes, acidentes e violência doméstica.

O perfil de atendimento e de doenças crônicas atendidas na Unidade de ESF não difere muito do que é observado no restante do Brasil, em que predominam doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e Dislipidemias. O número de Hipertensos na população é 177 sendo a prevalência de 11,7% considerando como população exposta somente os adultos, já o número de diabéticos na população é de 45 com prevalência de 2,9%. Analisando os principais motivos que levam a população a procurar a Unidade de Saúde predominam queixas respiratórias agudas, queixas relacionadas a doenças crônicas, osteomusculares e relacionadas à saúde mental. Apesar da maior parte da população ser composta por adultos jovens, a maior frequência de atendimentos se dá aos pacientes com idade acima de 50 anos (SIAB, 2015).

Segundo informações do DATASUS (2015), na cidade, as cinco principais causas de morte em 2014 foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças endócrino-metabólicas. Acredita-se que as cinco principais causas de internações em idosos sejam as doenças do aparelho respiratório,

doenças do aparelho cardiovascular, doenças endocrinológicas, quedas e neoplasias (DATASUS, 2015).

Apesar do papel relevante no controle de doenças crônicas e nas complicações em decorrência dessas patologias, o que se percebe através da rotina de trabalho na ESF é que faltam ações voltadas para um melhor funcionamento e entendimento da função de cada agente na saúde do idoso. Na prática, os profissionais da saúde ainda não incorporam a promoção de saúde e o envelhecimento ativo como eixo estruturante das suas ações. O cuidar está estruturado voltado no atendimento médico e no tratamento medicamentoso (OLIVEIRA, 2011).

Idosos podem apresentar vários perfis diferenciados, sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, ausência de familiares para ajudar no auto cuidado e insuficiência de suporte financeiro. Estes fatores podem contribuir para a grande prevalência de limitações e morbidades refletindo em sua independência e autonomia. O novo paradigma de saúde do idoso brasileiro é como manter a sua capacidade funcional mantendo-o independente e preservando a sua autonomia. (GONTIJO, 2011)

E dentro desse contexto exposto, por sua magnitude e importância faz-se necessário buscar estratégias através de um projeto de intervenção que pretende ofertar à comunidade de idosos por intermédio da ESF uma oportunidade maior de cuidar da saúde bio-psico-social através da participação de grupo de atividades multidisciplinares, em ações que busquem a melhoria da qualidade de vida, com ênfase à proteção à saúde, à educação, à melhoria das relações familiares e intergeracionais e às práticas de sociabilidade.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um programa de atividades multidisciplinares "Viver Melhor" à comunidade de idosos de São Cristóvão – Três Barras – SC que busque a melhoria da qualidade de vida destes, com ênfase à proteção à saúde, à educação, à melhoria das relações familiares e intergeracionais e às práticas de sociabilidade.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Efetuar ações de educação em saúde para todos os idosos da comunidade, assim oportunizando rodas de conversa, culinária, alimentação saudável, palestras e oficinas de prevenção de Osteoporose e quedas.
- Implantar ações que melhorem o acolhimento a pessoa idosa na ESF, através de elaboração de agenda específica de ambulatório, acolhimento diferenciado, uso da caderneta do idoso e lembrete de consultas
- Capacitar a equipe da ESF sobre Saúde do Idoso.





### 3 Revisão da Literatura

#### 1- A situação da população idosa no Brasil

O crescimento da população idosa é um acontecimento mundial e ocorre num nível sem precedentes (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2002). Constitui tema de debate em diferentes setores da sociedade, tais como: pesquisadores, profissionais de saúde e políticos de vários países do mundo. O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (RODRIGUES; RAUTH, 2002).

O retrato e o crescimento da população idosa brasileira, divididos por sexos, em um período de 50 anos podem ser observados na figura 1.

Figura 1: Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050.

Fonte: (IBGE, 2008).

Em Santa Catarina o aumento da representatividade das pessoas com mais de 60 anos confirma a tendência de envelhecimento populacional no país. Foram observados no Estado 226.480 idosos a mais em 2009 em relação a 2000. Esse contingente representa cerca 10,4% do total da população catarinense, conforme pode ser observado na Figura 2 e 3.

Figura 2. Proporção(%) de idosos na população de Santa Catarina, 1991, 2000, 2005 e 2009.

Fonte: (IBGE, 2009).

Figura 3. Proporção de idosos na população de Santa Catarina, 1991, 2000, 2005 e 2009.

Fonte: (IBGE, 2009).

Vários são os fatores que contribuirão e contribuem para o envelhecimento populacional, dentre eles se destacam a industrialização, a urbanização, os avanços da tecnologia, da medicina e do saneamento básico e mudança de hábitos pela população (SILVA, 2009).

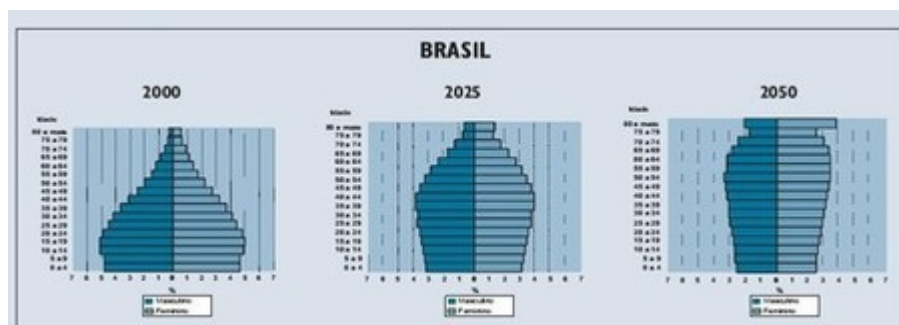


Figura 1 –

	1991	2000	2005	2009
<b>Santa Catarina</b>	<b>6,8</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>10,4</b>
Extremo Oeste	6,0	8,3	8,2	12,0
Planalto Serrano	7,1	8,7	8,7	11,4
Sul	7,0	8,3	8,3	10,9
Meio Oeste	6,6	8,2	8,1	10,8
Vale do Itajaí	7,4	8,5	8,5	10,8
Grande Florianópolis	6,9	7,8	7,8	9,9
Planalto Norte	6,8	8,0	8,0	9,8
Foz do Rio Itajaí	7,1	7,7	7,7	9,0
Nordeste	6,2	7,0	7,0	8,8

Figura 2 –

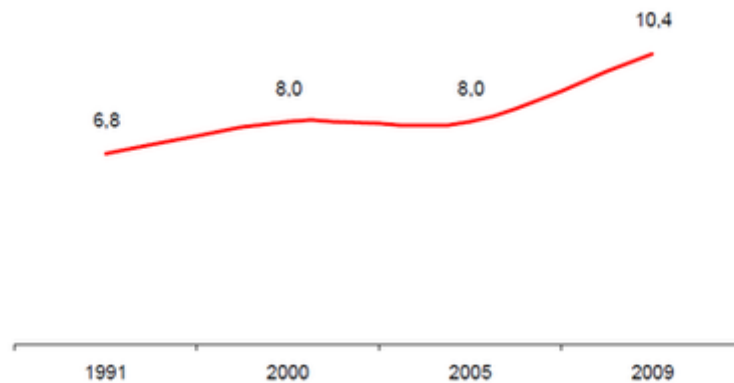


Figura 3 –

Esse crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas nos mais diversos setores da sociedade, seja na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares, no sistema de saúde, entre outros. Resultando na necessidade de mudanças na estrutura social, para que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA, 2011).

Diante disso torna-se fundamental uma estruturação adequada das equipes de saúde, a capacitação de cuidadores de idosos e também a disseminação de financiamentos científicos e metodologias a serem aplicadas no trabalho (FRANCHI; JUNIOR, 2005).

Dentro desse contexto, a partir do século XX, esse quadro proporcionou uma série de preocupações nas forças governamentais de diversos países, entre eles o Brasil, quanto a políticas de proteção dos idosos e que forneçam garantia de boa qualidade de vida aos mesmos (RODRIGUES et al., 2007).

Apesar da Constituição Brasileira de 1934 ter sido a primeira a tratar da velhice, esta não significou avanços e nem garantia de direitos aos idosos. Conforme Agustini (2003, pg 93):

(...)mesmo com esse dispositivo, a velhice com dignidade – e o próprio chegar a velhice continuou não sendo reconhecida como direito de todos, mas tratada apenas como direito de segmentos sociais que atuavam em setores determinados (indústria, comércio, por exemplo). Sabe-se, todavia, que à época, a maior parte da população brasileira vivia

no campo, e não contava com qualquer proteção do Estado.

Segundo [Oliveira \(2011\)](#) até a década de 70, no Brasil, os idosos recebiam principalmente atenção de cunho beneficente de instituições não governamentais, tais como religiosas e filantrópicas. A partir da segunda metade do século passado as políticas nacionais de atenção ao idoso se tornam mais amplas, abrangendo não apenas os direitos, mas também os cuidados a serem destinados a essa população.

Pode-se, dessa maneira, destacar políticas nacionais de grande relevância como:

**Política Nacional do Idoso (PNI):** aprovada em 4 de janeiro de 1994, a Lei Número 8.842/1994 tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania ([BRASIL, 1994](#)). Como parte das diretrizes, cabe a descentralização das ações por intermédio dos órgãos setoriais nos Estados e Municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. Na aplicação da Lei devem ser consideradas as diferenças econômicas, sociais e regionais, considerando, conforme estipulado, o limite mínimo de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa ([RODRIGUES et al., 2007](#)).

**Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI):** aprovada em dezembro de 1999, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas ([BRASIL, 1999](#)).

Tem como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas ([BRASIL, 1999](#)).

Devido à saúde mais fragilizada e maior necessidade de procedimentos médicos, o idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes, o tempo de ocupação do leito é maior e a recuperação é mais lenta quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, apresentam doenças crônicas e múltiplas que exigem intervenções custosas, acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos ([VERAS, 2003](#)). Um estudo populacional demonstrou que as internações de idosos representaram aproximadamente um terço do total das internações hospitalares e que envolvem um prolongado tempo de permanência. ([AMARAL et al., 2004](#)).

Aproximadamente 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades. Quarenta por cento dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade rotineira, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas ([RAMOS et al., 1993](#)).

Neste sentido, a PNSI define as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indica as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Ademais, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática (BRASIL, 1999).

As diretrizes essenciais definidas na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999) são:

- promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde;

- manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais em dois níveis específicos: 1) prevenção de agravos à saúde que determinam ações voltadas para a imunização dos idosos; 2) reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como a antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social;

- assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar;

- reabilitação da capacidade funcional comprometida com foco especial na reabilitação precoce, ou seja, prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de forma a evitar que as limitações da capacidade funcional avancem e fazer com que essas limitações sejam amenizadas;

- estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de saúde da pessoa idosa;

- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

- promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;

- apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa.

Ressalta-se que o objetivo principal do sistema de saúde deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível e gozando ao máximo sua independência. A manutenção da capacidade funcional é uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade (RAMOS, 2003).

A hospitalização dos idosos representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia (SILVESTRE; NETO, 2003). Quando internado, ele tende a ficar isolado e sujeito a relações superficiais e transitórias, nem sempre recebendo tratamento diferenciado e orientado. Outras alterações, como declínio da qualidade de vida e complicações não relacionadas aos problemas que causaram a admissão, como a aceleração de perda óssea devido à imobilização a que são submetidos também pode ocorrer (CRUVINEL, 2009).

Além disto, estudo demonstrou que a maioria dos idosos, após hospitalização, volta para a comunidade com necessidade de alguma forma de assistência para os cuidados pessoais, mobilidade e locomoção (SIQUEIRA et al., 2004). Problemas comportamentais, como ansiedade, depressão, irritabilidade, agitação, vagar noturno, incontinência, delírios e alucinações, comportamento agressivo, problemas com o sono e, conseqüentemente, um alto grau de dependência também são observados em uma significativa proporção dos pacientes idosos durante o período de internação (CRUVINEL, 2009).

Devido ao que foi exposto, a proposta da PNSI de focar o atendimento domiciliar, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades (CRUVINEL, 2009). O apoio aos idosos com perda funcional, no âmbito domiciliar, exige orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, sem dúvida nenhuma, do apoio familiar. Este cuidado comunitário deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia saúde da família, que devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; NETO, 2003).

A Política Nacional do Idoso (PNI) é um marco, entretando, não se firmou nos direitos sociais, visto que falta destinação de recursos suficientes para a sua consecução, salvo em iniciativas esporádicas. Há carência de profissionais qualificados, poucas modalidades assistenciais mais humanizadas e escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados às pessoas idosas (OLIVEIRA, 2009).

Ainda segundo Oliveira (2009), os direitos sociais foram privatizados, a postura do Estado defende e incentiva previdências privadas, transferindo sua responsabilidade. Assim as políticas sociais que mais interferem na qualidade de vida dos idosos, são as da previdência social, as da saúde e as da assistência social, e são as que mais estão sendo afetadas.

A influência de variáveis como gênero, etnia, classe social, escolaridade, profissão, valores, crenças e experiências pessoais configura diversos padrões de velhice. Assim, o impacto do tempo é diferente de pessoa para pessoa, dependendo da maneira como o indivíduo vive, das suas condições econômicas, sociais, ambientais, culturais e do tipo de trabalho exercido. Esses fatores determinam as condições gerais de uma pessoa e a forma como vai se dar seu processo de envelhecimento (NASCIMENTO; CHAGAS, 2010).

É relevante mencionar que viver mais é importante desde que se consiga agregar qua-

lidade aos anos adicionais de vida, quando o processo natural de envelhecimento pode acarretar limitações, aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Ademais, como consequência do envelhecimento, o declínio físico e muitas vezes intelectual, compromete a qualidade de vida na terceira idade e continua sendo um grande desafio para a ciência (CRUVINEL, 2009).

O foco mais importante deve ser a criação, ampliação e melhoria de propostas de ação que possam aumentar o nível de qualidade de vida e dignidade do idoso, com o objetivo de proteção e inclusão (OLIVEIRA, 2009).

O desafio é a busca de uma rearticulação de técnicas de organização, conscientização, atuação e luta, recriando instituições, organizações e ações que permitam o desenvolvimento sócio-cultural, político e econômico, influenciando na vida dos cidadãos e das coletividades, integrando-as ao movimento global, mas respeitando suas peculiaridades e identidades (OLIVEIRA, 2009).

A questão do envelhecimento no Brasil é perpassada por contradições regionais e injusta distribuição de renda, isso dificulta alcançar os direitos sociais e acesso a dignidade e saúde (OLIVEIRA, 2009). Pode-se partir do princípio de que a pobreza numa sociedade desigual como a brasileira ocasionará, conseqüentemente, a reprodução da pobreza na velhice, sobretudo quando se consideram alguns aspectos, muitas vezes, característicos dessa faixa etária (CRUVINEL, 2009).

## 2- Processo de Envelhecimento

Durante muito tempo, o envelhecimento humano foi tratado somente por uma abordagem biológica. Preocupou-se muito com técnicas que viessem a retardar a velhice e que propiciassem às pessoas um envelhecimento com saúde. Esta visão da velhice, na qual muito colaborou a postura da medicina, escondia a tentativa de se negar à morte e associava a fase de envelhecimento a um final de vida. A partir disto, muitos preconceitos e estereótipos foram criados como “velho é improdutivo”, “envelhecimento é doença”, “os velhos são ranzinzas”, etc (VERAS, 1995).

No começo do século XX, iniciaram-se pesquisas mais amplas em torno da população idosa, abordando fatores psicológicos e sociais. Desde então, o envelhecimento e a velhice vêm sendo estudados a partir das dimensões individuais e sociais onde estão inseridos os sujeitos (SANTANA, 2011).

Nesse contexto pode-se diferenciar a conceituação de velhice e envelhecimento. Envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, o envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, ele acontece desde o momento em que viemos ao mundo. Porém a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer (SILVA, 2009).

Desde então, autores definem envelhecimento como um conjunto de mudanças inerentes ao avançar da idade em todas as espécies – mudanças biológicas, sociais e culturais. Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas,

bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (COSTA, 2013).

Salgado (2007) interpreta o envelhecimento como um processo multidimensional, ou seja, resulta da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos. Pode ser também um fruto da sociedade na qual habitamos, ou seja, o meio e as condições em que vivemos influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que chegamos à velhice.

Os primeiros fatores abordados dentro desta visão mais ampla são a necessidade e a importância das sucessivas adaptações que as pessoas são obrigadas a fazer no decorrer do seu ciclo de vida, a fim de se ajustarem. Sendo esta concepção comandada por três tipos de influência: a genética ou biológica; a ambiental ou social e as relacionadas com as escolhas e adaptações individuais ou psicológicas (SANTANA, 2011).

Nas sociedades antigas e até a algumas décadas, o regime patriarcal reservava aos velhos não só o papel de aglutinadores dos clãs familiares, como também impunha lhes a função de conselheiros, dos quais a prole e seus descendentes não ousavam prescindir. Em face dessa realidade, qualquer ato que pudesse ser caracterizado como ausência de cuidados da família para com seus anciãos, era implacavelmente, rejeitado e considerado abominável pela sociedade (SANTANA, *apud* GAIARSA, 1996, pg 96).

Porém, com o passar do tempo isso foi se modificando, pode-se considerar que a perda de status dos idosos está relacionada com o surgimento do capitalismo, onde a produção de bens ganha valor. Nesse sistema vale-se mais pelo o que se produz do que pelo que se é, ou seja, a sociedade tende a rejeitar o indivíduo na medida em que ele perde a condição de produzir. Dessa concepção resulta a tendência de que os idosos e, economicamente inativos, sejam considerados socialmente mortos, banidos da esfera do poder (FRAIMAN, 1995).

O processo de envelhecimento vem sendo considerado como algo ruim, porque representa a negação de valores até então cultuados, como a beleza externa, a produtividade e o poder, valores considerados próprios da juventude, e, por isso, almeçados por muitos. Cercado de idéias, tabus ou de alguma forma de temor, não tanto, pela maior proximidade da finitude terrena a que estamos sujeitos, mas, sobretudo, pela desagregação progressiva do corpo e da alma (SILVA, 2009).

A sociedade capitalista somente reconhece o idoso como ser de direitos pela dimensão cronológica. Porém, o estigma da velhice não se refere apenas a quantos anos de idade ele possui, pois, esses traços estigmatizadores estão ligados a outros valores depreciativos de tudo o que se distancia do estabelecido e aceito como modelo padrão, a exemplo da pobreza, da raça, da obesidade, do desemprego, da doença, entre outros (SILVA, 2009).

Por tudo isso as demandas psicossociais da população idosa são crescentes. Condições estressoras importantes, em conjunto com a insuficiência de recursos pessoais e sociais, constituem-se em problemas relevantes para os mais velhos. Transtornos psicológicos como a depressão e a ansiedade, os problemas familiares, os distúrbios do sono, a dor, as queixas de declínio cognitivo, a elaboração de perdas e o manejo de condições crônicas de saúde afetam a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e podem contribuir para desfechos negativos na saúde geral (RABELO; NERI, 2013).

O maior desafio, na atenção integral à saúde da pessoa idosa, é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, seja possível redescobrir possibilidades de viver a própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Parte das dificuldades deste grupo relaciona-se a uma cultura que o desvaloriza e a limita (MARTINI et al., 2012).

Quando acontece de forma natural, o envelhecimento não costuma provocar problemas que inviabilizem a autonomia. É o que chamamos de senescência. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocorrer uma evolução patológica com perdas e fragilidade e este processo chama-se senilidade (MARTINI et al., 2012).

O discernimento entre normal e patológico requer conhecimentos a respeito das alterações esperadas no processo de envelhecer. As mudanças podem ser notadas já a partir dos 30 anos, quando começa a ocorrer uma queda na taxa de metabolismo basal, fazendo com que muitas pessoas aumentem seu peso com acúmulo de gordura; a queda na quantidade de água corpórea leva ao surgimento de alterações na pele como rugas e flacidez; e há a tendência à perda de massa óssea e muscular (MARTINI et al., 2012).

A terceira idade é marcada também por perdas, como a viuvez, por exemplo. As mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens. O sentimento de perda, a desorientação e a solidão contribuem para um aumento nos índices de morte e suicídio no primeiro ano. A dependência requer uma aceitação realista das forças e limitações por parte do idoso, e a capacidade de permitir-se ser dependente quando necessário sem, contudo, ver seus filhos invertendo seus papéis e tornando-se seus pais (MARTINI et al., 2012).

Embora a mensuração do estado geral de saúde dos indivíduos seja bastante difícil, a autopercepção da saúde tem se mostrado um método confiável e mais utilizado do que a observação direta para a análise global da saúde (BAILIS; SEGALL; CHIPPERFIELD, 2003).

A autopercepção geral da saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e está fortemente associada com o estado objetivo de saúde das pessoas determinado por avaliações normativas. É um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente o declínio funcional, além de ser um pode-



roso indicador de mortalidade. As pessoas que relatam a sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aquelas que relatam a sua saúde como muito boa (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, *apud* APPELS, 1996).

O envelhecimento saudável pode ser definido como a capacidade de, a par do processo de senescência do corpo, continuar a funcionar física, mental, social e economicamente (COSTA, *apud* HANSEN-KYLE, 2005). Quando se fala em envelhecimento saudável alude-se àquele em que cada idoso se vai adaptando, comodamente, às mudanças que vão ocorrendo, sejam intrínsecas ou extrínsecas (COSTA, 2013).

Segundo Simões (2005), um envelhecimento que é bem-sucedido tem por base três componentes: evitar a doença, manter um elevado funcionamento físico e mental e ter empenho ativo na vida.

Alguns investigadores defendem que uma rede de suporte social atenua sentimentos de depressão que o idoso possa ter e estimula os idosos a preocuparem-se com a saúde. No entanto, manter as ligações sociais nem sempre é fácil para quem vive esta fase. Marcada essencialmente por perdas como a atividade laboral, o rendimento, ou alguns papéis familiares até então assumidos, a velhice desafia o idoso a adaptar-se a todas essas situações, de forma que o seu quotidiano se reformule, mantendo um estilo de vida saudável (COSTA, 2013).

Segundo Neri (1993) a velhice também pode ser favorecida por oportunidades educacionais, criação de ambientes favoráveis, a frequência às atividades de lazer, o desenvolvimento de novas habilidades artísticas e intelectuais, a religiosidade e as atividades físicas, dentre outras categorias.

A vida social é um fator essencial para a qualidade de vida, pois ela evita muitas doenças como depressão, assim como a solidão. No entanto, alguns idosos possuem dificuldades de participar de atividades por medo de não concluírem seus objetivos (SPRICIGO, 2008).

Neto (2004) refere que quando as pessoas percebem que estão sós, enfraquecem e apenas conseguem ver um cenário deprimente e de desesperança do que é a sua vida. Os laços que se criam dentro da rede social proporcionam suporte social, cognitivo e emocional, auxiliando o idoso na manutenção da auto-estima e do desenvolvimento pessoal, uma vez que resulta numa melhoria da saúde mental, maior autodomínio e maior satisfação na qualidade de vida, pois reduz os efeitos negativos do stress e melhora as respostas imunitárias e de humor (COSTA, *apud* HANSEN-KYLE, 2005).

### 3- Promoção de Saúde e Terceira Idade

No Brasil, uma das preocupações com o envelhecimento é a necessidade de se definir qual a melhor estratégia de atendimento aos pacientes idosos. É questionado se o ato de atender, o estudo das doenças e as políticas de saúde deveriam ser feitos tendo como parâmetro a idade ou as necessidades inerentes aos problemas apresentados (FERNÁNDEZ; GONZÁLEZ; POÓ, 2003).

A abordagem médica tradicional, direcionada a uma queixa principal e o hábito médico

de reunir os sintomas e os sinais em um único diagnóstico, pode ser adequada ao adulto jovem, mas não aplicado ao idoso (VERAS, 2003). Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. É necessário o desenvolvimento de políticas que assegurem o envelhecimento saudável através ações de promoção e prevenção (CRUVINEL, 2009).

Segundo a CARTA DE OTTAWA (1986) “A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (...)”. A ampliação das ações de promoção, prevenção e assistência à população idosa é um desafio ao SUS, considerando-se o contexto social, demográfico e epidemiológico do país (CRUVINEL, 2009).

O SUS configura a porta de entrada no sistema a Atenção Básica à Saúde (ABS), nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva (OLIVEIRA, 2011). Neste nível, o PSF ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade. As equipes de saúde da família responsáveis devem estar capacitadas em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades da população (PICCINI et al., 2006).

Diante disso, Saliba et al. (2007) ressaltam a necessidade urgente de formar uma equipe multidisciplinar qualificada com amplo conhecimento de Geriatria e Gerontologia na busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e a obter melhores resultados na internação e no acompanhamento de idosos fora do ambiente hospitalar, que identifiquem com maior precisão os problemas nas dimensões clínica, psicossocial, funcional e ambiental (FILHO, 2000). Visto que, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado (LIMA et al., 2014b).

Para que a atenção ao idoso atinja a multidisciplinaridade é fundamental que se estimule a formação e capacitação de profissionais mediante a abertura de disciplinas nas universidades, de residências médicas e de apoios a pesquisas nas áreas da geriatria e gerontologia (RAMOS, 2003).

Em se tratando da população idosa, o cuidado implica em ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações apresentadas (OLIVEIRA, 2011).

Essa equipe tem um importante papel com o idoso, pois, acredita-se que, através de uma relação empática, haja uma assistência humanizada e um comprometimento com o cuidado personalizado, garantindo o seu equilíbrio físico e emocional. Para isso, práticas como uma boa comunicação entre a equipe, um ambiente de trabalho organizado e

harmonioso fazendo uso de ações planejadas são de grande importância desde o primeiro contato até as fases finais do atendimento (OLIVEIRA, 2011).

No entanto, o que se percebe é que nosso sistema de atenção é precário e desorganizado não oferece condições para que essas necessidades sejam atendidas da forma mais adequada, o elevado custo da assistência à saúde na terceira idade tem inibido as iniciativas do poder público dirigido a essa faixa etária (JUNIOR et al., 1996). Seria necessário financiar modelos de operação do sistema de saúde que encontrem uma conjugação ideal, otimizada, entre a qualidade dos serviços prestados e a quantidade de recursos despendidos (CRUVINEL, 2009).

A lógica é de que a pequena parcela da população idosa que utiliza intensivamente os recursos destinados à saúde poderia gozar de melhor saúde e gastar menos em hospitalizações e recursos de complexidade tecnológica crescente se seus membros em maior risco fossem identificados precocemente e abordados de forma preventiva (VERAS, 2003).

Apesar da evidência forte da efetividade das práticas preventivas, o seu uso permanece ainda muito baixo (OLIVEIRA et al., 2013). No Brasil a precária assistência pode ser constatada pela elevada proporção de óbitos (65%) por causas mal definidas, e à subnotificação de problemas considerados esperados ou normais para a idade e não passíveis de intervenção (CRUVINEL, 2009). Já nos EUA, por exemplo, somente 28% dos fumantes recebem orientações ou tratamento para cessação do tabagismo. São poucos os estudos que avaliam o impacto da APS na saúde dos idosos e sua resposta às dificuldades e aos desafios gerados pelo envelhecimento populacional (OLIVEIRA et al., 2013).

Grandes et al. (2008) acreditam que práticas preventivas focadas em adoção de um estilo de vida saudável podem prevenir 60% da mortalidade prematura e acrescentar 14 anos à expectativa de vida. Assim, o conceito de envelhecimento saudável, coaduna-se à perspectiva do cuidado antecipado no qual as políticas públicas devem promover medidas destinadas a ensejar práticas de saúde adequadas, participativas e seguras (OLIVEIRA, 2011).

Concomitante a isso a natureza longitudinal do cuidado em APS proporciona múltiplas oportunidades para a realização de intervenções que tem demonstrado sua capacidade para reduzir a morbidade, melhorando a qualidade de vida dos idosos ou evitando morbidades prematuras (OLIVEIRA et al., 2013).

O atendimento ao idoso realizado em postos de saúde, ou no próprio domicílio, carece de ações sistematizadas onde possa haver um maior controle da situação de cada um e, desse modo, possam ser planejadas consultas e atendimentos norteados por instrumentos de assistência elaborados para cada integrante do PSF. Como exemplos dos instrumentos de assistência ao idoso temos o histórico (entrevista e exame físico), escala de depressão, tabela nutricional, cartilha do idoso, entre outros (OLIVEIRA, 2011).

A OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos,

comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (VERAS et al., 2008).

Neste contexto, diferentes trabalhos têm demonstrado que a atenção em grupos pode contribuir na promoção, na proteção e no controle dessas situações. Em consultas individuais, as instruções e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social (CRUVINEL, 2009).

Dessa maneira torna-se, cada vez mais, imperativo a criação de programas de intervenção e a sensibilização dos idosos para os benefícios de atividades de lazer e de desenvolvimento pessoal, visando a melhoria da saúde mental, a melhoria da auto-estima, da identidade de grupo e da diminuição da vulnerabilidade cognitiva (COSTA, 2013).

As atividades grupais e as oficinas terapêuticas constituem-se em estratégias de promoção da saúde que se contrapõem ao modelo biomédico. Tornaram-se populares e sua efetividade vem sendo reconhecida no meio científico (RABELO; NERI, 2013).

Costa (2013) refere que as atividades com tendências sociais e lúdicas, direcionadas para os idosos isolados, resultam num aumento da cognição, do sentimento de auto-estima e da identidade de grupo, de bem-estar físico e psicológico, ao mesmo tempo que diminui os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão.

Trabalhar com promoção de saúde é ter em mente que as pessoas só adotam para si aquilo que lhes fazem sentido, segundo seu conjunto de valores individuais e sociais (SILVA, 2002). De modo geral, a vivência grupal proporciona reflexão sobre a maneira de estar no mundo, valores, direitos e relações com a coletividade. Quando implementada de maneira criativa e adequada, proporciona uma atmosfera de aceitação e ânimo para discussão e reflexão sobre novas atitudes, o envolvimento das emoções e sentimentos junto às cognições, e constituem-se em meios facilitadores para a consciência de aspectos importantes envolvidos no dia a dia que normalmente são despercebidas (SILVA, 2002).

Os grupos para idosos são espaços que utilizam o diálogo e a comunicação como a base de suas atividades. São inúmeros os benefícios advindos da participação neste tipo de proposta de intervenção: trocas sociais, de experiências e dificuldades, aprendizagens, estímulo das capacidades cognitivas, apoio emocional, favorecimento de sentimentos positivos, compartilhamento de preocupações, dúvidas e medos e a emergência de soluções criativas para os problemas enfrentados no cotidiano (RABELO; NERI, 2013).

Para diversos autores, o processo de envelhecimento desencadeia uma diminuição da auto-imagem e da auto-estima. As pessoas são tão dependentes do seu corpo como das suas habilidades e da integração, harmonia e relação com o *self* (BENEDETTI et al., 2003). Assim, deve promover-se o pensamento positivo do idoso, alterando o discurso interno negativo, para que este se foque nos acontecimentos positivos, nas motivações e qualidades pessoais que possui, para que se promova saúde e um envelhecimento saudável (COSTA, 2013).

No entanto, colocar um determinado número de pessoas juntas, por si só, não significa que se está trabalhando com metodologias grupais. Para o alcance dos objetivos, é preciso que o facilitador seja capaz de organizar suas intervenções e avaliá-las (OLIVEIRA, 2011).

Diante disso é importante se conhecer a população idosa com a qual está trabalhando e pertinente fazer um diagnóstico do estado de saúde dos idosos, na área de abrangência para que se trace um plano de ação de atendimento desta população de acordo com a prioridade apontada no diagnóstico e também para que haja um controle das especificidades do público alvo (OLIVEIRA, 2011).

Em Washington, realizaram um projeto de intervenção com um programa cultural constituído por atividades físicas, sociais e mentais para idosos. Os resultados demonstraram benefícios ao nível físico. Os idosos necessitaram de menos consultas médicas e medicamentos, houve uma redução de quedas, uma diminuição do isolamento social e uma melhoria do estado do idoso. No geral, o programa revelou um impacto positivo sobre a saúde e a redução de fatores de risco (COHEN et al., 2006).

O incentivo a práticas que retirem os idosos de suas residências e retomem papéis sociais e outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente), o relacionamento interpessoal e social são de fundamental importância na recuperação dos idosos dependentes e naqueles que irão depender de outra pessoa em um futuro próximo. Além do mais, é uma excelente oportunidade de formação do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários e que pode interferir positivamente na adesão ao tratamento e medidas de prevenção (CRUVINEL, 2009).



## 4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado na UBS na área de abrangência da ESF do bairro de São Cristóvão, Três Barras, SC. Tem como propósito abranger todas as pessoas com mais de 60 anos de idade moradoras da região.

Mesmo tendo a intervenção como parte integrante do trabalho da ESF a participação de cada paciente deverá ser voluntária e as ações serão desenvolvidas paralelamente às atividades rotineiras, sendo que toda a equipe da ESF estará envolvida.

Para desenvolver a proposta de intervenção foi realizado primeiramente um levantamento bibliográfico nos bancos de dados da saúde como Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram selecionados artigos de 1993 a 2015, livros textos, Protocolos de Atenção a Saúde do Idoso e Módulos do Curso de Especialização em Atenção em Saúde da Família. Como descritores utilizou-se os seguintes termos: idoso, saúde do idoso, assistência integral ao idoso, qualidade de vida na terceira idade.

A implantação do programa visa promover um atendimento integral e holístico ao idoso na ESF, dessa maneira, as ações serão de caráter multidisciplinar e também em nível organizacional envolvendo educação popular em saúde, mudanças na estruturação das atividades diárias da unidade e capacitação continuada da equipe.

O projeto foi iniciado em maio de 2015 e ainda está em andamento, com previsão de término em fevereiro de 2016.

Este projeto de intervenção contempla em seu conteúdo ações distribuídas em três direções: sensibilização da equipe e reorganização do processo de acolhimento e assistência ao usuário idoso da UBS; educação em Saúde; e, capacitação dos profissionais da equipe de ESF.

### **Sensibilização da equipe e reorganização do processo de acolhimento e assistência ao usuário idoso da UBS**

As ações serão idealizadas com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006, objetivando a realização de ações de atenção integral à saúde da pessoa idosa.

A intervenção acontecerá na UBS, na sala da ESF através de reuniões e oficina com toda a equipe.

a) na primeira reunião será apresentada a equipe de saúde o projeto de intervenção para que estes saibam a importância e objetivos que se pretende alcançar. Também neste encontro será feita a tentativa de sensibilizar e integrar a equipe de forma que haja maior envolvimento na iniciativa de consolidar o projeto;

b) na segunda reunião haverá capacitação sobre conceitos de envelhecimento, necessidades e dificuldades inerentes à terceira idade; enfocando-se a assistência necessária no

acolhimento do idoso e sua importância para o desenvolvimento do projeto.

Após o segundo encontro, será realizada uma oficina onde serão estabelecidas propostas de reorganização do acolhimento ao idoso. Entre elas:

Realização de acolhimento específico ao idoso pela equipe de enfermagem, melhorando primeiro contato e vínculo;

Utilização de sistema de agendamento e retorno de consulta aos idosos após acolhimento e atendimento médico sendo de responsabilidade da equipe de recepção e enfermagem;

Entrega de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos agentes comunitárias de saúde;

Assistência farmacêutica através da criação de tabelas com horários e medicamentos para idosos que possuem dificuldades de adesão ao tratamento confeccionado pelos agentes comunitários de saúde;

Esta etapa do projeto foi iniciada em maio de 2015, as reuniões e a oficina foram realizadas durante esse mês, com sucesso. Em meses subsequentes foram implantados acolhimento ao idoso, desenvolvido agenda específica do idoso com agendamento de consultas nas terças-feiras a tarde e marcação de retorno, foram também entregues as cadernetas da pessoa idosa. A criação de tabelas com os horários e medicamentos ainda está em andamento.

### **Educação em Saúde**

O principal objetivo dessa etapa é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável.

As estratégias que serão realizadas na comunidade:

a) estratégia educativa pelo ACS na visita domiciliar – o agente de saúde deverá identificar os idosos que se apresentam em situação vulnerável, informar quanto aos riscos da situação e destacar a importância da manutenção da saúde, de consultas regulares, de hábitos saudáveis de forma a facilitar a percepção do problema.

A depender da aceitação do idoso e da necessidade, este deverá ser agendado e encaminhado para uma consulta médica inicial nas terças-feiras. Cada ACS poderá agendar um idoso por dia, perfazendo um total de cinco pacientes para consulta inicial. Nas visitas subsequentes aos três meses iniciais, se necessário, o ACS deverá reforçar as informações;

b) estratégia de educação coletiva na comunidade – acontecerão através de sessões grupais com a duração de aproximadamente uma hora cada, quinzenais, nas quintas feiras, centradas em três objetivos: 1) promoção do relacionamento interpessoal e autoestima; 2) atividades lúdicas; e 3) palestras sobre assuntos de interesse conjunto. As oficinas serão desenvolvidas ao longo de várias semanas, sempre priorizando a opinião dos integrantes, e utilizando a educação popular como metodologia para abordar as temáticas.

Os encontros ocorrerão na comunidade, UBS e em ambiente cedido pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Convites serão distribuídos a todos os idosos



da área pelas ACS, com data, horário e atividade. Será montado cronograma e chamado diversos profissionais para palestras e atividades entre eles Educadores Físicos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Psicólogos e os próprios profissionais da ESF, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, médico e enfermeiro. Sendo as duas últimas, as categorias que mais assumirão esse trabalho.

Alguns temas propostos e que irão compor as oficinas são doenças crônicas, envelhecimento saudável, caminhada comunitária, alongamento, alimentação saudável, depressão e ansiedade, estatuto do idoso entre outros.

Esta etapa do projeto foi colocada em prática em junho de 2015 e permanece em andamento com atividades regulares. Ao final do trabalho será realizada uma avaliação coletiva e qualitativa com os participantes do grupo. Essa avaliação será através perguntas gerais que fornecerão informações sobre a interferência desses grupos operativos na vida da população idosa da comunidade.

#### **Capacitação dos profissionais da equipe de ESF**

O objetivo principal deste componente é capacitar os integrantes da equipe para maior efetividade das ações na forma de curso de aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Realizado através do apoio da gestão Municipal de Saúde com encontros mensais pra discussão e aperfeiçoamento com pessoas capacitadas no assunto.

Várias tentativas foram feitas para que esta etapa do projeto fosse introduzida, entretanto até o presente momento não foi iniciada.



## 5 Resultados Esperados

Com a implantação das ações propostas nesse projeto de intervenção, espera-se para cada uma das direções de atuação os seguintes resultados:

a) Educação em saúde

-presença de no mínimo 25% dos idosos cadastrados pela ESF e convidados pelos ACS em cada atividade desenvolvida;

-promover melhor qualidade de vida aos idosos da área abrangente e melhorar perfil de morbimortalidade;

-promover, na percepção dos idosos, melhora da autoestima.

-visitas domiciliares de 100% da população idosa cadastrada, em cada mês, pelos ACS.

b) Sensibilização da equipe e reorganização do processo de acolhimento e assistência ao usuário idoso da UBS

-participação de 100% dos profissionais de saúde nas atividades desenvolvidas aos idosos;

-realização das consultas aos idosos agendados e, conseqüente agendamento de retorno para o tratamento;

-prestação de assistência continuada e integral aos idosos da ESF;

-melhorar o acolhimento, a satisfação ao acesso e a prestação de serviços à comunidade idosa;

c) Capacitação dos profissionais da equipe da ESF

-participação de 100% dos profissionais de saúde da ESF nas atividades desenvolvidas para capacitação em saúde de idosos;

-capacitação de 100% dos ACS em acolhimento, entrega de caderneta dos idosos, convites, lembretes de consultas, tabelas de medicações e visitas domiciliares.



## Referências

- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1617–1625, 2004. Citado na página 17.
- BAILIS, D.; SEGALL, A.; CHIPPERFIELD, J. Two views of self-rated general health status. *Social science medicine*, v. 56, n. 2, p. 203–217, 2003. Citado na página 22.
- BENEDETTI, T. B. et al. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. *Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano*, p. 69–74, 2003. Citado na página 26.
- BRASIL. Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994. dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 1, 1994. Citado na página 17.
- BRASIL. 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, n. 1, 1999. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. *Todo, Ottawa*, n. 1, 1986. Citado na página 23.
- COHEN, G. D. et al. The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, p. 726–734, 2006. Citado na página 27.
- COSTA, P. I. F. da S. Promoção da saúde mental em idosos: Projeto de intervenção na depressão com base na animação sociocultural. Coimbra, n. 90, 2013. Curso de Serviço Social, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Citado 5 vezes nas páginas 20, 22, 23, 25 e 26.
- CRUVINEL, T. A. C. Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família. Uberaba, n. 12, 2009. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado 6 vezes nas páginas 19, 20, 23, 24, 25 e 27.
- DATASUS. *Informações em Saúde*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 04 Nov. 2015. Citado na página 10.
- FERNÁNDEZ, E. A.; GONZÁLEZ, M. C.; POÓ, C. G. C. Pesquisaje clínico de trastornos mentales y del comportamiento en la población geriátrica del gbt-2 del policlínico milanés. *Revista Médica Electrónica*, p. 65–70, 2003. Citado na página 23.
- FILHO, J. M. C. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, p. 666–672, 2000. Citado na página 24.
- FRAIMAN, A. P. *Coisas da Idade*. São Paulo: Gente, 1995. Citado na página 21.

- FRANCHI, K. M. B.; JUNIOR, R. M. M. Atividade física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 18, n. 3, p. 152–156, 2005. Citado na página 16.
- GONTIJO, K. C. P. Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos do ambiente domiciliar. *Formiga*, n. 7, 2011. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 11.
- GRANDES, G. et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 1, p. 1–12, 2008. Citado na página 25.
- IBGE, I. B. D. G. E. E. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. D. G. E. E. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Citado na página 15.
- JUNIOR, R. T. et al. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, p. 485–498, 1996. Citado na página 24.
- LIMA, T. J. V. de et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 265–276, 2014. Citado na página 9.
- LIMA, T. J. V. de et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*, p. 265–275, 2014. Citado na página 24.
- MARTINI, J. G. et al. *Atenção Integral à Saúde do Idoso: Medicina*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 22.
- MELO, N. C. V. de et al. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e escolaridade. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, v. 25, n. 1, p. 4–19, 2014. Citado na página 9.
- NASCIMENTO, E. C. A.; CHAGAS, M. J. da S. Atendimento humanizado ao idoso. *Muzambinho*, n. 9, 2010. Curso de Enfermagem, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas. Citado na página 19.
- NERI, A. L. *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo: Papyrus, 1993. Citado na página 23.
- NETO, M. Solidão (também) mata... não só idosos como jovens. *Diário de Notícias*, p. 1–5, 2004. Citado na página 23.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema Único de saúde. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*, v. 60, n. 2, p. 427–449, 2004. Citado na página 9.
- OLIVEIRA, E. B. de et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, p. 264–273, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 25.

- OLIVEIRA, S. A. de. Importância das relações sócio-familiares na promoção da qualidade de vida do idoso. Brasília, n. 18, 2009. Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- OLIVEIRA, T. R. de. Ações sistematizadas no atendimento ao idoso pela equipe de saúde da família (esf). Conselheiro Lafaiete, n. 10, 2011. Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado 5 vezes nas páginas 11, 16, 24, 25 e 26.
- PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 6, n. 1, p. 43–59, 2002. Citado na página 15.
- PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 657–667, 2006. Citado na página 24.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 6, p. 43–63, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 26.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793–798, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 24.
- RAMOS, L. R. et al. Explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, v. 1, n. 1, p. 3–8, 1993. Citado na página 17.
- RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: RODRIGUES, N. C. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 106–110. Citado na página 15.
- RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 536–545, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SALGADO, M. A. Os grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. *SESC SP A terceira Idade: Estudos sobre o envelhecimento*, v. 18, n. 39, p. 1–10, 2007. Citado na página 20.
- SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidador fil de cuidador fil de cuidadores de idosos e per es de idosos e per es de idosos e percepção sobre saúde bucal e saúde bucal. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, p. 39–50, 2007. Citado na página 24.
- SANTANA, E. D. J. Projeto viver bem na melhor idade. *Saúde e Beleza*, p. 1–23, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- SAÚDE, M. da. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Citado na página 9.
- SIAB. *Situação de Saúde*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 22 Out. 2015. Citado na página 10.
- SILVA, R. C. da. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. *Vetor*, p. 1–300, 2002. Citado na página 26.

- SILVA, V. Velhice e envelhecimento: Qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do sesc-estrito. Florianópolis, n. 16, 2009. Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Citado 3 vezes nas páginas 15, 20 e 21.
- SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. D. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 839–847, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- SIMÕES, A. Envelhecer bem? – um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, p. 217–227, 2005. Citado na página 23.
- SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. 687–694, 2004. Citado na página 19.
- SPRICIGO, D. M. B. K. Qualidade de vida nos idosos do grupo autonomia do idoso da clínica de atenção básica a saúde - ciabs. Buguaçu, n. 10, 2008. Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí. Citado na página 23.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705–715, 2003. Citado 3 vezes nas páginas 17, 23 e 25.
- VERAS, R. P. *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. Citado na página 20.
- VERAS, R. P. et al. Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 497–502, 2008. Citado na página 25.