

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÂNDALA CRISTINA FERNANDES SILVEIRA

ATENÇÃO AO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UBERABA – MINAS GERAIS

2015

SÂNDALA CRISTINA FERNANDES SILVEIRA

ATENÇÃO AO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

UBERABA – MINAS GERAIS

2015

SÂNDALA CRISTINA FERNANDES SILVEIRA

ATENÇÃO AO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Uberaba, em ____/____/2015

DEDICO

À minha família, que fortalece a cada dia o meu caminhar.

Agradeço a Deus pela oportunidade da busca pelo conhecimento.

A minha família, por me apoiar em cada passo.

Aos grandes mestres de ontem e hoje, que trilharam o caminho que hoje percorro.

A tutora do curso Fernanda Carolina Camargo.

A orientadora Doutora Helena Hemiko Iwamoto.

“Desejo que você, sendo jovem,
Não amadureça depressa demais,
E que sendo maduro, não insista em rejuvenescer.
E que sendo velho, não se dedique ao desespero.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e
É preciso deixar que eles escurram por entre nós.”

Victor Hugo

RESUMO

O crescimento da população idosa no Brasil e o aumento da expectativa de vida vêm despertando a atenção para os problemas referentes ao processo de envelhecimento e mostrando a necessidade da garantia de condições propícias para uma velhice digna e com qualidade. A partir desse envelhecimento individual e populacional surgem novas demandas sociais em função do impacto e das necessidades advindas desse novo cenário social. Neste contexto, se faz necessário a compreensão do envelhecimento populacional em sua magnitude e especificidade, contribuindo assim para a estruturação de intervenções pela equipe de saúde. Assim, este projeto de intervenção objetiva a elaboração de um plano de ação para a Unidade Básica de Saúde da Família Bom Jesus, no município de Uberlândia, a fim de contribuir para o aprimoramento do cuidado prestado ao idoso no contexto domiciliar, tanto pelos profissionais da área da saúde quanto pelos próprios cuidadores domiciliares. Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos sobre o tema na Biblioteca Virtual do NESCON, SCIELO, MEDLINE E LILACS e, baseando-se na literatura pesquisada e na realidade da assistência a saúde do idoso na UBSF Bom Jesus, foi elaborado um plano de intervenção com duas vertentes, sendo uma denominada “Saúde com qualidade”, visando uma capacitação pedagógica efetiva e educação permanente para os profissionais de saúde para melhoria da atenção ao idoso, e “Cuidando do cuidador”, visando o acolhimento das famílias que cuidam de idosos, auxiliando na estruturação dessas famílias e na capacitação do cuidador. Dessa forma, a elaboração de estratégias de cuidado ao idoso domiciliar e a organização de atividades da equipe de saúde junto aos cuidadores, através de grupos operativos, permitiu uma significativa melhoria do atendimento-acompanhamento e qualidade de vida dos idosos na área de abrangência da UBSF Bom Jesus, e o aprimoramento do vínculo entre idoso-cuidador-equipe de saúde da família. Conclui-se que é fundamental o desenvolvimento de políticas nacionais para lidar com as consequências econômicas, sociais e de saúde do processo de envelhecimento da população e, principalmente, o fortalecimento das relações interpessoais entre idoso, família e unidade de saúde.

Descritores: Saúde do idoso. Idoso dependente. Assistência domiciliar

ABSTRACT

The growth of the elderly population in Brazil and the increase of the life expectancy have attracted attention for the problems related to the aging process and are showing the necessity of the guarantee of favorable conditions for a worthy aging and with quality. From this individual and population aging new social demands appear in function of the impact and of the necessities resulted from this new social scenery. It is necessary to understand the aging population in its magnitude and specificity, thereby contributing to the interventions structuring. So, this intervention project aims at preparation of a plan of action for the Basic Unity of Healthy of the Family Bom Jesus, in the city of Uberlândia, in order to contribute to the improvement of the care been suitable for na old one in the home context, both by professionals health as the own home caregivers. A literature review was conducted of scientific articles, books and texts on the subject in the Virtual Library of NESCON, SCIELO, MEDLINE and LILACS, and based on the literature and the reality of assistance to elderly health in UBSF Bom Jesus, an intervention plan was prepared with two slopes, one called " Working Process", when there are aiming an effective pedagogic training and continuing education for the health professionals to improve care for the elderly, and " Caring for the caregiver", aiming at the reception of families that take care of old one, helping in the structuring of these families and caregiver training. Thus, the development of care strategies to household elderly and the organization of activities of the health team with the caregivers, through operating groups, allowed a significant improvement of the service - monitoring and quality of life of older people in the area covered by UBSF Bom Jesus, and improving the link between old - caregiver – equips of health of the family. It is concluded that the development of national policies is basic to deal with the economical, social and health consequences of the process of aging of the population, and maily, the strengthening of interpersonal relationships between old, family and equips of health of the family.

Descriptors: Health of the elderly. Elderly dependent. Home care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1 O processo de envelhecimento	20
5.2 O idoso dependente	22
5.3 O cuidador domiciliar	23
5.4 Assistência no domicílio	25
5.5 A atenção ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da família	26
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Definição dos problemas	28
6.2 Desenho das operações	30
6.3 Identificação dos recursos	31
6.4 Análise da viabilidade dos planos	31
6.5 Plano operativo	32
6.6 Gestão do plano	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Uberlândia encontra-se localizado na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil, a 556 quilômetros de Belo Horizonte (capital do estado) e 435 quilômetros de Brasília (Distrito Federal). A população estimada para o município de Uberlândia para o ano de 2013 foi de 646.673 habitantes (UBERLÂNDIA, 2013).

Em 1682, ao passar por Minas Gerais, em direção ao Estado de Goiás, o filho do bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, conhecido como “O Anhanguera I”, organizou a primeira exploração da região, Partindo de Piratininga, estado de São Paulo, a Bandeira de Anhanguera II, composta por 152 pessoas, atravessou o Triângulo Mineiro – conhecido como Sertão da Farinha Podre – rumo ao atual estado de Goiás. Em 1722, Anhanguera II, organizou uma nova expedição, percorrendo o velho caminho já percorrido por seu pai (Anhanguera I) e chegou ao Rio Grande, antigo Jeticaí. Ao atingir a margem oposta, eles alcançaram as terras da Farinha Podre, onde antes dominavam os índios Caiapós. Aproximadamente em 1807, divulgada a notícia de que os índios Caiapós haviam abandonado a região, em direção a Goiás e Mato Grosso, vários exploradores, à procura de outros filões auríferos, dirigiram-se para estas localidades, principalmente para o alto do Rio Abelhas (Rio Araguari), onde fundaram o Arraial do Desemboque. Quando o ciclo da mineração começou a cair e com a ascensão do ciclo econômico cafeeiro, a comunidade estabeleceu ligações mais estáveis com São Paulo, uma vez que seu grande potencial agrícola se afinava com a realidade paulista.

Por volta de 1823, após a proclamação da independência do Brasil, começaram a chegar do sul de Minas, as famílias que deram início ao processo de produção econômica organizada: plantação de mandioca, cereais e criação de gado, tais como as famílias Carrejo, Alves Carrejo e Pereira provenientes de Campo Belo e Perdões. Tempos depois os Peixoto, Moraes, Rodrigues e os Carvalho, também do sul de Minas, aliaram-se às famílias já existentes na região. Por volta de 1830, João Pereira da Rocha instalou-se na Sesmaria de São Francisco, que posteriormente foi adquirida por Felisberto Alves Carrejo, em conjunto com outras terras, formando uma grande gleba. As terras divididas entre os quatro irmãos deram origem às

fazendas Olhos D'Água, Lage, Marimbondo e Tenda. Na fazenda Tenda formou-se um povoado que recebeu o nome de Arraial de Nossa Senhora do Carmo de São Sebastião da Barra de São Pedro.

Em 1846, na “Fazenda do Salto”, localizada à direita do Rio Uberabinha, foi construída, a primeira capela dedicada a Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião, sendo os responsáveis pela edificação Felisberto Alves Carrejo e Francisco Alves Pereira. Foi em 1858, segundo Jerônimo Arantes que o Dr. Constantino José da Silva Braga assinou sentença reconhecendo o novo nome do Patrimônio de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de São Pedro do Uberabinha. Mais tarde, simplesmente São Pedro do Uberabinha, que aos poucos foi se transformando num centro comercial muito expressivo. Graças à influência dos líderes municipais foi elevada à categoria de Vila em 07 de Junho de 1888.

O Distrito de Paz foi criado, com a denominação de São Pedro de Uberabinha, na Paróquia e Município de Uberaba. Em agosto de 1888, criou-se o Município de Uberabinha, constituído pelas freguesias de São Pedro de Uberabinha (sede) e Santa Maria, esta desmembrada do Termo de Monte Alegre e aquela do de Uberaba. Em 1892, concedeu-se categoria de cidade à sede do Município. Este se apresenta em 1911 (Divisão Administrativa) e no Recenseamento Geral de 1920 integrado pelos distritos de Uberabinha e Santa Maria. Em 1923, o Município passou a abranger o novo distrito de Martinópolis, criado com território desmembrado do distrito-sede. Seis anos depois, em 1929, o Município e o distrito passaram a denominar-se Uberlândia. Em 1943, o Município passou a constituir-se de 5 distritos: Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia (ex-Martinópolis), Miraporanga (ex-Santa Maria) e Tapuirama, assim permanecendo até os dias atuais (UBERLÂNDIA, 2013).

A população do município de Uberlândia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), apresenta uma área territorial de 4.115.206 quilômetros quadrados (km²), o que resulta em uma densidade demográfica de 146,78 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km²). A população total em 2010, segundo o Censo, foi de 604.013 habitantes em um total de 219.125 domicílios, e a população estimada para o ano de 2013 foi de 646.673 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia foi de 0,789, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). A cidade possui todos os indicadores elevados e acima da média nacional segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A população urbana, segundo o censo de 2010 era de 587.266 habitantes, o que corresponde a 97,23% da população. Enquanto a população rural era de 16.747 habitantes, correspondendo a cerca de 2,77% da população (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Segundo os indicadores de habitação do município de Uberlândia, a cobertura da população residente em domicílios com água encanada evoluiu de 96,24% em 1991, para 98,40% em 2000 e finalmente 99,52% no ano de 2010. A cobertura da população residente em domicílios com coleta de lixo (considerando-se apenas a população urbana) evoluiu de 93,48% em 1991, para 99,47% em 2000 e 99,85% no ano de 2010. Enquanto os domicílios com energia elétrica evoluíram de 98,53% em 1991, para 99,61% em 2000 e 99,92% no ano de 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 71,48% em 2000 para 72,50% em 2010. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 12,90% em 2000 para 4,98% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 3,77% trabalhavam no setor agropecuário, 0,10% na indústria extrativa, 10,23% na indústria de transformação, 7,65% no setor de construção, 0,81% nos setores de utilidade pública, 17,82% no comércio e 50,67% no setor de serviços (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

A população distribui-se por faixas etárias da seguinte forma: menores de 15 anos 20,80% da população, entre 15 e 64 anos 72,36% da população e acima de 65 anos 6,84% da população (em 1991, era apenas 3,91% da população).

Entre 2000 e 2010, a população de Uberlândia teve uma taxa média de crescimento anual de 1,88%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 3,52%. No Estado, esta taxa foi de 1,01% entre 2000 e 2010 e no país, 1,01% entre 2000 e 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

A renda per capita média de Uberlândia cresceu 70,03% nas últimas duas décadas, passando de R\$588,98 em 1991 para R\$768,83 em 2000 e R\$1.001,45 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 2,50% em 1991 para 1,71% em 2000 e para 0,70% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,53 em 1991 para 0,56 em 2000 e para 0,50 em 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), referente ao ano de 2011 indica que as séries iniciais (1º ao 5º ano) tiveram média de 5,8, enquanto as séries finais (6º ao 9º ano) obtiveram nota 4,8 no município de Uberlândia. Em âmbito nacional, os índices foram de 4,7 e 3,9, respectivamente.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no município são predominantemente realizadas pelas unidades municipais de saúde e pelo complexo Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), da Universidade Federal de Uberlândia.

A Secretaria Municipal de Saúde possui uma extensa rede de atenção à saúde, na qual a população é atendida por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. Os pontos de atenção de saúde da rede municipal estão regionalizados em 5 setores sanitários e compreendem 54 Equipes de Saúde da Família implantadas até o mês de julho de 2014 (UBSF) com uma cobertura populacional 30,07% e uma estimativa da população coberta de 186.300 pessoas (BRASIL, 2014). Além disso, são 8 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS) e 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI). Nas UBS, há o atendimento ambulatorial nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia,

odontologia, psicologia, serviço social e atendimento de enfermagem com a cobertura populacional de atenção primária de 34%.

Nas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) ocorrem pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia e especificamente na UAI do Martins, o Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia. Acontece também, o serviço ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência com cobertura populacional de 34%. Assim como o atendimento de várias especialidades tais como ortopedia e traumatologia, psiquiatria, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, dermatologia, cardiologia, angiologia, proctologia, nefrologia, fisioterapia, psicologia, odontologia, nutrição e serviço social. Realizam exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

A Unidade Atenção Primária a Saúde (UAPS) Brasil, setor Central, realiza atendimentos nas áreas de clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e ações de enfermagem, inclusive as emergências referentes a essas áreas. O horário de funcionamento da unidade é das 7h às 22h de segunda a sexta feira. Possui como área de abrangência para atendimento ambulatorial os bairros Brasil, Nossa Senhora Aparecida, Cazeca e Bom Jesus.

O bairro Bom Jesus pertence a uma área de Estratégia Saúde da família a partir de 2014. A equipe (médica, enfermeira, 6 agentes comunitários da saúde, técnica de enfermagem, técnico administrativo, assistente social, psicóloga, auxiliar de serviços gerais e dentista) iniciou os trabalhos em setembro de 2014, realizando ainda a adscrição de clientela, o cadastramento das famílias e a efetivação do vínculo com a população.

Durante trabalhos de territorialização, além das visitas domiciliares, podemos conhecer as instituições do Bairro Bom Jesus, como: a Paróquia Bom Jesus, a Escola Estadual Antônio Luis Bastos, a Creche comunitária Dona Neuza Resende, além do Grupo Compreensão Alcolicos Anônimos e o Instituto Virtus, que possui

iniciativas nos campos de esporte, pedagogia, assistência social, médica e psicológica, além de musicoterapia. O Bairro Bom Jesus pertence a região Central da cidade de Uberlândia e conta com luz elétrica, água tratada, rede de esgoto, agências bancárias, transporte público e intenso comércio.

Ao observar a estrutura etária de Uberlândia nas últimas décadas, percebem-se alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional. A transição demográfica que está em curso tem um forte impacto sobre demandas sociais, principalmente por serviços de saúde diferenciados cujo conhecimento é fundamental para o planejamento da atenção e da promoção da saúde, pois o efeito destas mudanças vem ocorrendo com o aumento relevante das doenças não transmissíveis, sobretudo as crônico-degenerativas.

No município de Uberlândia, o índice de envelhecimento populacional (número de pessoas com 60 anos ou mais de idade em relação a cada 100 pessoas menores de 15 anos) evoluiu de 23,6% em 1999 para 40,8% em 2009. Enquanto a proporção de pessoas idosas na população (número de pessoas com 60 anos ou mais de idade em relação ao total da população) evoluiu de 6,7% para 9,1% em 10 anos. Ambos vêm apresentando tendências ascendentes, refletindo o ritmo de crescimento da população idosa no município (UBERLÂNDIA, 2010).

A proporção de idosos na população brasileira vem crescendo de forma relevante desde a década de 1960, momento no qual houve uma queda importante nas taxas de fecundidade e aumento na expectativa de vida, alterando assim sua estrutura, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional e alargando o ápice. Dessa forma, há necessidade de redefinição nas responsabilidades familiares e nas demandas por políticas públicas (MENESES; SÁ, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

O crescimento da população idosa é o resultado das transformações demográficas ocorridas no Brasil nas últimas décadas. Assim, o aumento da expectativa de vida da população provocou mudanças na realidade dos sistemas de saúde, uma vez que há maior procura dos idosos e familiares pelos serviços. As alterações demográficas também são acompanhadas por mudanças no perfil epidemiológico, no qual se observa aumento das doenças crônico-degenerativas. O despreparo dos familiares e dos profissionais de saúde constitui um agravante para a saúde da pessoa idosa.

Em geral, junto ao envelhecimento, ocorre uma maior prevalência de condições crônicas, predispondo o idoso a um maior consumo de medicamentos e, o que muito se tem observado é a falta de qualidade da terapia medicamentosa, com a presença de polifarmácia, uso inadequado de medicamentos e duplicidade terapêutica, além da banalização do uso de benzodiazepínicos, gerando abuso e dependência a essa classe medicamentosa.

Por esta razão, para a efetividade do processo de trabalho, é necessário conhecimento das famílias adscritas, dos problemas de saúde e das situações de risco a que os idosos estão expostos, estabelecendo vínculo e uma relação de confiança e respeito entre equipe/idoso/família, a fim de que haja o aprimoramento do cuidado ao idoso domiciliar.

E, ainda, a partir do momento no qual destacamos o papel do cuidador familiar e a importância do acompanhamento por diversos profissionais de saúde, o cuidado ao idoso torna-se relevante para discussão, uma vez que são poucas as estratégias específicas voltadas para a assistência de pessoas com doenças crônico-degenerativas no âmbito domiciliar. Nesse contexto, podem-se destacar alguns pontos críticos na área de abrangência do PSF Bom Jesus/UAPS Brasil: elevado número de pessoas idosas dependentes; dificuldade de assistência integral e multidisciplinar a saúde do idoso; o impacto da doença na família, envolvendo assim, alterações de ordem afetiva, financeira e psicológica; carência de capacitação e

apoio ao cuidador domiciliar, assim como dúvidas quanto aos cuidados para a continuidade da assistência familiar no âmbito domiciliar.

Acreditamos que através da observação ativa durante a realização do diagnóstico situacional, poderemos observar se a parcela de idosos se constitui em um grupo bastante relevante e diferenciado, tanto do ponto de vista das condições sociais quanto dos cuidados necessários a saúde e ao bem estar, uma vez que a equipe de saúde da família possui como um importante objetivo a promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso.

Portanto, partindo da compreensão do real significado da palavra "diagnóstico" na esfera científica, consideramos de suma importância conhecer os problemas de saúde mais importantes da nossa área de abrangência, suas causas e suas consequências, para produzir conhecimento, a fim de realizar planejamento em saúde junto a Estratégia Saúde da Família (ESF) da região central de Uberlândia (Bom Jesus), o que nos permitirá identificar alguns problemas inerentes àquela população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de ação para o Programa Saúde da Família Bom Jesus, que contribua para o aprimoramento do cuidado prestado ao idoso no contexto domiciliar, tanto pelos profissionais da área da saúde quanto pelos cuidadores domiciliares, que vise despertar a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento, além de práticas que valorizem e respeitem a cultura e individualidade da população.

3.2 Específico

Identificar na literatura e na rotina do PSF Bom Jesus os principais problemas relacionados a assistência ao idoso na Atenção Primária a Saúde.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a assistência à saúde da população idosa, principalmente, na Atenção Primária à Saúde. Para a execução do presente estudo, utilizamos artigos científicos, livros e textos sobre o tema, junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), na Biblioteca Virtual em Saúde nos seguintes bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Internacional em Ciências da saúde (MEDLINE) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio dos seguintes descritores:

Saúde do idoso.

Idoso dependente.

Assistência domiciliar

A busca foi realizada no período de junho a dezembro de 2014.

Foram selecionados cerca de 15 artigos, publicados nos últimos 10 anos. Após a seleção dos artigos, realizou-se uma leitura reflexiva das descrições a respeito da assistência ao idoso na Atenção primária a saúde.

Posteriormente, para a elaboração desde projeto, buscamos subsídios para a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe da UAPS Brasil/PSF Bom Jesus, no município de Uberlândia, no período de março a julho de 2014.

Todas as ideias foram organizadas no contexto de cada tema e apresentadas as considerações de vários autores. Finalmente, baseando-se na literatura pesquisada e na realidade da assistência a saúde do idoso na UAPS Brasil/PSF Bom Jesus, elaboramos um plano de intervenção condizente com a realidade local e possível de ser utilizada na nossa prática cotidiana.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 O processo de envelhecimento

Estima-se que em 2025, a população brasileira terá aumentado cinco vezes em relação à de 1950, ao passo que o número de pessoas com idade superior a 60 anos terá aumentado cerca de 15 vezes. Esse aumento colocará o Brasil na condição de portador da sexta maior população de idosos do mundo, em termos absolutos (MENESES; SÁ, 2010).

Segundo o IBGE (2012), a expectativa de vida do brasileiro é de 74,6 anos para ambos os sexos. Para a população masculina o aumento foi de 70,6 anos (2011) para 71,0 anos, enquanto que as mulheres tiveram um ganho maior: em 2011, a esperança de vida ao nascer era de 77,7 anos, elevando-se para 78,3 anos em 2012. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis.

Além de uma descrição puramente quantitativa, as mudanças no perfil demográfico acarretam também mudanças culturais e sociais. As repercussões das profundas transformações sociais decorrentes do envelhecimento refletem-se, de forma bastante peculiar, na saúde pública. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento multiprofissional constante. Trata-se de um importante desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2003).

A necessidade de estabelecer critérios para delimitar serviços oferecidos e direitos das pessoas idosas, fez com que fosse criado um critério cronológico para identificar os indivíduos idosos na sociedade. O critério cronológico usado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estabelecer o início da velhice é de 65 anos para os países desenvolvidos e de 60 para os em desenvolvimento. No entanto, não se pode afirmar que o envelhecimento se inicia quando um indivíduo completa 60 ou 65 anos, uma vez que tal fenômeno depende de fatores hereditários, ambientais, dietéticos, do estilo de vida, ou seja, de fatores biológicos individuais. Assim, envelhecimento pode ser considerado um fenômeno biológico, psicológico e social.

Como enfatiza Zimerman (2000), as características de uma pessoa idosa não são peculiares somente de sua faixa etária, mas fazem parte de um repertório construído durante toda a sua história de vida.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003) considera o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração do organismo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. Nesse contexto, a fragilidade do idoso se constitui uma síndrome multidimensional, envolvendo fatores biopsicossociais, ocasionando vulnerabilidades como o risco de quedas, declínio funcional, dependência física, psicológica e financeira, hospitalização e institucionalização.

O envelhecimento demonstra a necessidade de investimento em programas de atenção aos idosos, pois a manutenção da saúde e a autonomia na velhice, identificada como qualidade de vida física, mental e social, é desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É uma perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca questões complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008, p. 123)

A dependência dos idosos é normalmente evidenciada em três tipos: física, estruturada e comportamental. A dependência física está relacionada à incapacidade funcional para realizar as atividades de vida básicas, como tomar banho, cuidar da aparência, alimentar-se, fazer compras, etc. A dependência estruturada está relacionada à perda do papel produtivo na sociedade e na família, gerada pela perda do trabalho e/ou pela aposentadoria. A dependência comportamental, socialmente induzida, refere-se a expectativa das outras pessoas em relação ao que o idoso é capaz de fazer e das oportunidades dadas a ele por essas pessoas (BALTES; SILVENBERG, 2005 *apud* ALMEIDA, 2011). Todavia, é importante destacar que a dependência em um determinado domínio não implica, necessariamente, na dependência em outros.

5.2 O idoso dependente

Segundo Caldas (2003), o termo “dependência”, na prática geriátrica, liga-se a um conceito fundamental: a “fragilidade”, que é definida como uma vulnerabilidade que o ser apresenta frente aos desafios do próprio ambiente. Trata-se de uma condição observada em idosos com idade superior a 85 anos ou naqueles mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou mesmo limitações funcionais, capazes de reduzir sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco. Assim, “a dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida”. Mas não se trata de um estado permanente, e sim, dinâmico, cuja evolução pode se modificar e ser prevenida/reduzida se houver um ambiente e assistência familiar e profissional adequados. Nesse contexto, a família é a principal fonte de cuidados ao idoso dependente/domiciliar.

A família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, essa família-cuidadora necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, são importantes o suporte emocional, uma rede de cuidados que ligue a família aos serviços de apoio e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores principais (CALDAS, 2003, p. 777).

Araújo; Paul e Martins (2011) reforçam a ideia de que há distinção quanto aos termos dependência/independência, que não podem ser confundidos com autonomia. O primeiro é funcional, implica na dependência de algo ou alguém, circunscrita e relacionada com alterações na saúde, dificultando ou mesmo impossibilitando a realização de suas atividades básicas de vida. Enquanto o termo autonomia, com origem em *autos* (eu próprio) e *nomoi* (lei), designa a capacidade, liberdade e direito de estabelecer as próprias leis, capacidade de se autogovernar, de decisão sobre sua vida. Portanto, o idoso pode ser dependente de algum familiar e, mesmo assim, possuir total autonomia.

5.3 O cuidador domiciliar

A família seja aquela definida como nuclear, constituída por pais e filhos, ou expandida, incluindo pessoas como membros de uma mesma família, independente de consangüinidade, é a fonte primária de cuidados ao idoso. As alterações ocasionadas pelo envelhecimento geram prejuízo ao autocuidado e dependência de um cuidador. Assim, o envelhecimento e suas comorbidades geram um impacto familiar, uma vez que pode envolver alterações efetivas, financeiras, nas relações de poder e interdependência (ANDRADE *et al.*, 2009).

O cuidador é o indivíduo, pertencente à família ou não, que assume os cuidados prestados ao idoso dependente no contexto domiciliar e, assim, representa o elo entre paciente/família e profissionais da saúde. Cabe a esse cuidador, tarefas que envolvem: acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros, auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa. Assim, a relevância dessa conexão entre o cuidado do indivíduo e o contexto familiar tem sido apontada como algo indispensável para o cuidado integral ao idoso domiciliar (MATTOS, 2010).

Existem três tipos de cuidadores de idosos: o cuidador principal e os cuidadores secundários e terciários. O cuidador principal é responsável por prestar o maior número de cuidados ao idoso dependente. Os cuidadores secundários são outros familiares, voluntários e profissionais que prestam o mesmo tipo de ajuda em tarefas complementares nos cuidados do idoso. Os cuidadores terciários não possuem responsabilidades no papel de cuidar, substituindo de forma ocasional ou esporádica os demais cuidadores em situações específicas, por curto período de tempo ou se envolvendo em tarefas que não exigem contato direto com o idoso, como fazer compras, pagar contas, dentre outras etc. (NERI; SOMMERHALDER, 2002). É possível ainda dividir os cuidadores em: cuidador informal (familiares, amigos e voluntários da comunidade que prestam cuidados ao idoso com base em princípios de solidariedade e de reciprocidade entre gerações); cuidador formal é utilizada para classificar os profissionais contratados para cuidar do idoso, com base em remuneração para tal atividade.

Cuidar de alguém é uma tarefa pesada que acarreta custos físicos e afetivos para quem a executa. A responsabilidade de cuidar de uma pessoa representa uma sobrecarga importante para a pessoa que cuida informalmente, com consequências psicológicas, emocionais, físicas, sociais e financeiras (PINTO *et al.*, 2012). O cuidador domiciliar deveria ser visto como um indivíduo que merece enfoque criterioso, no entanto, essa atividade ainda é incipiente nos serviços de saúde pública no Brasil. O ato de cuidar é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos. Assim, os cuidadores, se comparados com pessoas da mesma faixa etária que não exercem tal função, possuem maiores chances de apresentar sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial, desordens do trato digestivo, conflitos familiares e problemas no trabalho (ENGELHART; DOURADO; LAKS, 2005).

Segundo Andrade *et al.* (2009), as principais alterações relacionadas às atividades do cotidiano do cuidador de idosos domiciliares são, nesta ordem: falta ao trabalho, preocupação com os filhos menores, rotina da casa alterada, estresse, preocupação com o lar, falta à escola e problemas de saúde. Enquanto as principais dúvidas apresentadas quanto aos cuidados a serem efetuados ao idoso, no caso relatado, após alta hospitalar, foram: alimentação e nutrição, administração de medicamentos, complicações clínicas, medo de não saber cuidar, substituto do cuidador em suas ausências, higiene corporal e oral, como lidar com a morte, eliminações e riscos de acidentes. O cuidador também é exposto a inúmeros eventos geradores de medo, angústia e insegurança, além de diversos sentimentos antagônicos, como amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação e revolta, constrangimento, angústia, culpa, frustração, baixa satisfação.

Cuidar não é uma tarefa fácil: exige uma mudança radical na vida de quem cuida e também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas. Em muitos casos, o cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou em vias de ficar doente. O cuidador sem suporte pode ser o futuro idoso cuidado (LEAL, 2000, p. 154).

Nesse contexto, percebe-se que a dinâmica familiar é alterada em função do cuidado ao idoso domiciliar, com a necessidade de suprir novas demandas, mudança no foco de atenção da família, redefinição de papéis e projetos de vida a fim de priorizar o atendimento das necessidades do idoso. Assim, o suporte ao

cuidador informal é extremamente relevante visto possuir papel preponderante no cuidado ao idoso, uma vez que podem prevenir ou retardar complicações, diminuindo o número de reinternações hospitalares e melhorando qualidade de vida.

5.4 Assistência no domicílio

A equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família é responsável por assumir uma importante aliança ao cuidador no aprendizado das atividades de cuidado, além de fornecer informações e cuidados técnicos. Essa equipe também é portadora de esperança para o enfrentamento das dificuldades inerentes ao cuidado ao idoso domiciliar.

O processo educativo desenvolvido no âmbito domiciliar deve estar embasado em uma relação horizontal, dialógica, reflexiva entre os profissionais de saúde e as cuidadoras, possibilitando que estas encontrem formas e alternativas de solucionar os problemas decorrentes da doença do familiar (BRONDANI; BEUTER, 2009, p. 211).

Ainda segundo Brondani e Beuter (2009), o cuidado domiciliar é uma modalidade de atenção humanizadora e inovadora e, a partir do momento que a equipe de saúde da família vai até o domicílio do idoso, inicia-se uma relação de confiança mútua entre o profissional de saúde-cuidador-idoso, pautada no respeito à individualidade e singularidade de cada família.

A assistência domiciliar deve ser entendida como método, técnica e instrumento, na qual deve ser desenvolvida uma escuta qualificada, estabelecimento do vínculo e acolhimento adequados. Com a amplitude e a complexidade que é a assistência domiciliar, é necessário qualificação e capacitação dos profissionais para tal modelo de assistência. Essa necessidade decorre da especificidade que é cuidar de um idoso, uma assistência complexa por si só, uma vez que requerem cuidados tanto assistenciais quanto sociais, as patologias são diversas, há necessidade de uma rede de apoio constituída tanto pela família, quanto pela comunidade, além da necessidade de integralidade, universalidade e equidade preconizadas pelo SUS (MATTOS *et al.*, 2010).

5.5 A atenção ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da família

O Pacto pela Vida, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), consolidou-se como um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentariam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, destaca-se a Saúde do idoso.

Dessa forma, foram estabelecidas as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- Fortalecimento da participação social.
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do 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;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como ações estratégicas, estabeleceram-se:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa.
- Programa de Educação Permanente à Distância: implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde,

contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

- Acolhimento: reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- Assistência Farmacêutica: desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação: instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- Atenção domiciliar: instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

A Atenção Básica de Saúde é um conjunto de intervenções em saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, através de ações democráticas e participativas. No entanto, no dia a dia desse processo de trabalho, percebe-se uma escassez de recursos físicos e humanos especializados para cumprir diretrizes essenciais, como por exemplo, a promoção do envelhecimento saudável e manutenção da capacidade funcional. A atenção a saúde ainda encontra dificuldades para executar práticas de saúde ideais, como estratégias de mudança no estilo de vida, redução da medicalização da sociedade, estímulo ao autocuidado consciente, entre outros (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

A atenção à saúde do idoso no Brasil encontra-se em transição, na luta entre o velho e a novo modelo de atenção à saúde: a coexistência desses modelos implica, de um lado, a luta pela consolidação do SUS, respeitando-se seus princípios, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais; e de outro, ainda se mantém o modelo unicista clínico/biológico (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008, p. 123).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definições dos Problemas

Através da observação ativa durante o diagnóstico situacional, pôde-se observar que a parcela de idosos constitui-se um grupo bastante relevante e diferenciado na UAPS Brasil/PSF Bom Jesus, tanto do ponto de vista das condições sociais quanto dos cuidados necessários a saúde e ao bem estar. A proposta de intervenção visa, então, aprimorar o cuidado ao idoso domiciliar, pela elevada prevalência desse grupo.

A partir da elaboração do diagnóstico situacional, pode-se identificar e priorizar os problemas enfrentados por essa parcela da população. Podem-se destacar alguns pontos críticos na área de abrangência, como: dificuldade de assistência integral e multidisciplinar a saúde do idoso; o impacto da doença na família e baixa renda familiar; carência de capacitação e apoio ao cuidador domiciliar; polifarmácia, uso inadequado de medicamentos, banalização do uso de benzodiazepínicos.

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser solucionados ao mesmo tempo.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da UAPS Brasil/PSF Bom Jesus, Uberlândia, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Elevada prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar	Alta	10	Parcial
Polifarmácia, uso inadequado de medicamentos, banalização do uso de benzodiazepínicos.	Alta	5	Parcial
Dificuldade de assistência integral e multidisciplinar a saúde do idoso	Alta	5	Parcial
Impacto da doença na família e baixa renda familiar	Alta	5	Fora

Assim, um dos problemas foi selecionado como prioritário para a elaboração do projeto de intervenção visando aprimorar os cuidados ao idoso, a saber:

elevada prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar

O envelhecimento pode ser considerado um fenômeno biológico, psicológico e social, sendo que as alterações que irão ocorrer nesses três aspectos durante a velhice são geralmente lentas, gradativas e em grande parte, heterogêneas. Isto é, para cada pessoa, o envelhecimento se dá de forma única e tem características individuais, uma vez que variam de acordo com as características individuais adquiridas durante toda a vida, o que impossibilita a caracterização do processo de envelhecimento como homogêneo e estabelecimento de características da velhice propriamente dita.

A dependência é caracterizada pela incapacidade ou impotência do indivíduo em viver satisfatoriamente sem a ajuda de outras pessoas. Em função das alterações físicas, sociais e psicológicas que podem ocorrer durante o processo de envelhecimento, um idoso pode se tornar dependente de outras pessoas para que sua qualidade de vida seja mantida (PAVARINI, 1996). Na área de abrangência da UAPS Brasil/PSF Bom Jesus, a presença de idosos que apresentam algum grau de dependência é bastante frequente (apesar de não ter sido concluído o cadastramento das famílias, tal fato é evidenciado durante o trabalho da equipe). Visando garantir qualidade de vida na velhice, é necessária completa interação entre o indivíduo e o seu meio (família, Unidade de Saúde e demais instituições), ambos em constante transformação.

No geral, a manutenção e promoção da qualidade de vida de um indivíduo são proporcionadas por meio de redes sociais de apoio. Segundo Neri e Sommerhalder (2002), essas redes são "grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços e relações de dar e receber". Entre as redes de apoio para o idoso, pode-se destacar a Unidade de saúde e, principalmente, a família, que desempenha um papel muito importante na vida do indivíduo. Desta forma, a presença de um idoso dependente na família levará a um rearranjo familiar, e ocasionará alterações nos campos físico, financeiro, ambiental, social e emocional.

Nesse contexto, percebe-se que a relação entre cuidador e idoso pode ter um significado muito importante para a promoção e manutenção da qualidade de vida de ambos.

6.2 Desenho das operações

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: Elevada prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar, na UBS Brasil/PSF Bom Jesus, Uberlândia, 2014.

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho	Saúde com qualidade: Capacitação pedagógica. Educação permanente para os profissionais de saúde para melhoria da atenção ao idoso (ênfase nas principais patologias).	Melhoria do atendimento e acompanhamento do idoso	Cognitivo: elaboração de projeto de educação permanente Organizacional: estrutura física e agenda para capacitação dos profissionais Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
O cuidado domiciliar	Cuidando do cuidador: Acolhimento das famílias que cuidam de idosos; Auxiliar na estruturação dessas famílias.	Cobertura de todas as famílias com idosos domiciliares. Apoio e capacitação do cuidador. Aprimorar o vínculo cuidador-equipe saúde da família	Cognitivo: elaboração de estratégias de cuidado ao idoso domiciliar. Organizacional: organizar atividades da equipe de saúde junto aos cuidadores Financeiro: aquisição folhetos educativos, recursos visuais

6.3 Identificação dos recursos

A identificação dos recursos críticos, ou seja, indispensáveis para a execução, constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema: Elevada prevalência de idosos que necessitam de assistência domiciliar, UBS Brasil/PSF Bom Jesus, Uberlândia, 2014.

Nós Críticos	Recursos necessários
Processo de trabalho	Cognitivo: elaboração de projeto de educação permanente Organizacional: estrutura física e agenda para capacitação dos profissionais Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
O cuidado domiciliar	Cognitivo: elaboração de estratégias de cuidado ao idoso domiciliar. Organizacional: organizar atividades da equipe de saúde junto aos cuidadores Financeiro: aquisição folhetos educativos, recursos visuais

6.4 Análise da Viabilidade dos planos

A fim de complementar a viabilidade dos planos, é necessário também identificar os atores que controlam os recursos críticos e analisar seu provável posicionamento em relação ao problema, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Assim, é possível definir as operações e ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano de intervenção: Atenção ao idoso no contexto da estratégia saúde da família.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Nó Crítico	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla/Motivação	Ações estratégicas
Processo de trabalho	Cognitivo: elaboração de projeto de educação permanente Organizacional: estrutura física e	Coordenador da atenção primária, coordenador da UAPS/favorável	Análise do diagnóstico situacional e plano de ação

	agenda para capacitação dos profissionais Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais		
O cuidado domiciliar	Cognitivo: elaboração de estratégias de cuidado ao idoso domiciliar. Organizacional: organizar atividades da equipe de saúde junto aos cuidadores Financeiro: aquisição folhetos educativos, recursos visuais	Secretário Municipal de Saúde, coordenador UBS/favorável	Análise do diagnóstico situacional e plano de ação

6.5 Plano operativo

Com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações, foi elaborado o seguinte plano operativo:

Quadro 5 - Plano operativo

Operação/Projeto	Resultados esperados	Ações estratégicas	Prazo
Saúde com qualidade: Capacitação pedagógica. Educação permanente para os profissionais de saúde	Aumentar vínculo idoso/família e profissional de saúde. Melhoria da atenção ao idoso (ênfase nas principais patologias). Enfrentamento das dificuldades encontradas na Atenção primária a Saúde	Apresentar projeto de capacitação profissional	5 meses

<p>O cuidado domiciliar: Acolhimento das famílias que cuidam de idosos. Auxiliar na estruturação dessas famílias.</p>	<p>Criação de parcerias entre o cuidador e equipe de saúde. Capacitação e apoio ao cuidador familiar.</p>	<p>Apresentar projeto. Apoio do Conselho local.</p>	<p>5 meses</p>
--	---	---	----------------

6.6 Gestão do plano

Após a implementação do projeto de intervenção, foi realizado um processo de acompanhamento.

Quadro 6 - Acompanhamento dos projetos

Operação/Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Saúde com qualidade	Capacitação profissional multidisciplinar	Médica	5 meses	Concluído
O cuidado domiciliar	O cuidado com qualidade. Capacitação e apoio ao cuidador através de grupos operativos	Equipe saúde da família, especialmente, enfermeira e médica.	5 meses	Concluído

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aumentos exponenciais do número de idosos e da expectativa de vida dos brasileiros vêm trazendo a necessidade de pesquisas e iniciativas que contribuam para a garantia da satisfação das necessidades dessa população e de um envelhecimento com qualidade e dignidade.

A dependência do idoso é um processo dinâmico, cuja evolução pode modificar-se ou até ser prevenida se houver um ambiente e uma assistência adequados. Para tanto, é necessário o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes a fim de prevenir a dependência. Há necessidade de ampliar a promoção a saúde, na perspectiva da atenção básica, mediada pelo compromisso ético, social e político, com envolvimento do idoso, da família e da equipe de Saúde da Família.

Diante disso, espera-se que os familiares demonstrem atitudes positivas e tenham mecanismos de enfrentamentos adequados para poderem participar ativamente no processo de cuidado ao idoso domiciliar. Dessa forma, o projeto de intervenção participou ativamente na elaboração de estratégias de cuidado ao idoso domiciliar, além da organização de atividades da equipe de saúde junto aos cuidadores, como grupos operativos. Apesar da difícil articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais, foi notável a melhoria do atendimento e acompanhamento do idoso na área de abrangência da UBSF Bom Jesus.

Todas as questões apontadas refletem a importância e a necessidade dos profissionais de saúde em oferecer orientações e acompanhamento constante aos cuidadores familiares para que haja segurança na difícil tarefa de cuidar, considerando, sempre, os aspectos emocionais, sociais e culturais, uma vez que se devem considerar os saberes e conhecimentos de cada família, respeitando-se sempre a singularidade de cada um. Assim, conclui-se que o cuidado ao idoso no contexto domiciliar necessita de um aprendizado constante, tanto pelos profissionais da área da saúde, quanto pelos cuidadores domiciliares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.L.F. Autocuidado e promoção da saúde do idoso. 2011. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2011.
- ANDRADE, L. M. *et al.* A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- ARAUJO, I. I.; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo. v. 45, n. 4, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Geriatrics & Gerontologia**. v. 3, n. 2, p. 122-125, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Departamento de Atenção Básica**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 27 jul 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 04 nov. 2014
- BRONDANI, C. M.; BEUTER, M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v. 30, n. 2, p. 206-13, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/7435/6677>>. Acesso em: 04 nov.2014.
- CALDAS, C. P.. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, Jun., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
- ENGELHARDT, E.; DOURADO, M.; LAKS, J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores / Alzheimer's diseases and the impact on the caregivers. **Rev. bras. Neurologia**. V. 41, n. 2, p. 5-11, abr.-jun., 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317020&search=minas-gerais|uberlandia|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 27 jul 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2012. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2528>.> Acesso em: 27 jul 2014.

LEAL, M. G. S.. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. Sesc São Paulo, **Revista Terceira Idade**, 2000, Ano XI, n. 20. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/2008/10/O%20Desafio%20da%20Longevidade%20e%20o%20Suporte%20ao%20Cuidador.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2014

MATTOS, D. N. C. *et al.* Home Attendance: A reflection on vocational training from the perspective of policies directed to the elderly. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 2, n. 3, sep., 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/644>>. Acesso em: 04 Nov. 2014.

MENESES, A.L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Gerontologia**. v.4, n. 3, p. 154-161, 2010.

NERI, A.L., SOMMERHALDER, C. **As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador**. In: NERI, A L. (organizador). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Editora Alínea, 2002, p. 9-64.

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

PAVARINI, S. C. I. Dependência comportamental na velhice. Uma análise do Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado. Campinas, S.P.; 1996. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP – SP, 1996.

PINTO, E. A. *et al.* Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. **Enfermagem em Foco**: v. 3, n. 4, p. 194-197, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/383/174>>. Acesso em: 04 nov.2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/uberlandia_mg>. Acesso em: 27 jul 2014.

UBERLÂNDIA. Banco de Dados Integrados de Uberlândia. 2013 - BDI. Disponível em <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/10531.pdf>. Acesso em: 27 jul 2014.

UBERLÂNDIA. Plano municipal de saúde de Uberlândia, 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde, 2010. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2971.pdf. Acesso em: 27 jul 2014.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, Jun., 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2014.

ZIMERMAN, G. I. Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.