

FABRÍCIA DE SOUZA DIAS SILVA

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO UTILIZANDO O GENOGRAMA COMO
INSTRUMENTO**

DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS

2012

FABRÍCIA DE SOUZA DIAS SILVA

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO UTILIZANDO O GENOGRAMA COMO
INSTRUMENTO**

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

Orientadora: Professora Andréa Fonseca e Silva

Banca Examinadora

Prof(a) _____ NESCOM/UFMG
Prof(a) _____ NESCOM/UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, _____ de 2012.

RESUMO

O Processo de envelhecimento no Brasil se encontra de forma progressiva, isto se dá principalmente devido a queda de natalidade e mortalidade infantil. Em 25 anos o país passará de jovem para envelhecido, esta realidade encontra-se refletindo nas ações da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde. Através de um diagnóstico situacional realizado em 2010 nesta área de abrangência, observou-se que o problema de maior extensão foi o do Envelhecimento da população, que vem acompanhado do aumento das doenças crônicas e conseqüentemente gera um trabalho mais curativo, dificultando as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Assim, fez-se necessário a criação de um plano de ação que tem como objetivo intervir de forma preventiva e promocional à Saúde do Idoso. Nesse contexto, foi utilizado o Genograma como instrumento visando a melhoria da qualidade da assistência da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde. Para tanto, dividiu-se as fases de atuação em três etapas: Realização da Síntese do Diagnóstico Situacional; Fundamentação Teórica e Elaboração do Plano de Ação. Neste último, foram identificados os principais nós críticos do problema acima citado, sendo sugeridas resoluções por meio de projetos como: *CUIDANDO DO IDOSO*, *CUIDANDO DA GENTE* e *REFAZER*. Todos com intuito de melhorar a qualidade de assistência ao idoso e, conseqüentemente, contribuir para um processo de trabalho com ações voltadas à promoção da saúde.

Palavras chave: Planejamento estratégico. Programa de Saúde da Família. Envelhecimento populacional

ABSTRACT

The aging process in Brazil is so gradual, this is mainly due to falling birth rates and infant mortality. In 25 years the country will increase from young to old, this reality is reflected in the actions of the Family Health Strategy for Serra Verde. Through a situation analysis conducted in 2010 in this area of coverage, it was observed that the major problem was the extension of the aging population, which is accompanied by the increase of chronic diseases and therefore generates a more healing, making promotion actions health and disease prevention. Thus, it was necessary to create an action plan that aims to intervene in a preventive and promotional Health of the Elderly. In this context, we used the genogram as a tool to improve the quality of care of the Family Health Strategy for Serra Verde. To this end, we divided the phases of activity in three steps: Implementation Synthesis of Situational Diagnosis, Theoretical Foundation and Development Plan of Action In the latter, we identified the main critics of the above problem, and suggested resolutions through projects such as: *CARING FOR THE ELDERLY, THE PEOPLE CARING* and *REMAKE*. All with a view to improving the quality of care to the elderly and thus contribute to a process of working with actions aimed at health promotion.

Keywords: Strategic Planning. Family Health Program. Aging Population.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação das prioridades para os problemas identificados na síntese do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Serra Verde em 2010 no município de Divinópolis-MG

QUADRO 2 – Descritores do problema: Envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo

QUADRO 3 – Desenho de operações para os nós críticos referente ao problema envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo

QUADRO 4 – Recursos Críticos para o desenvolvimento dos “nós” críticos do problema Envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo

QUADRO 5 – Proposta de ações para a motivação dos atores

QUADRO 6 – Plano operativo

QUADRO 7 – Acompanhamento do Plano de Ação

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades da Vida Diária

CAIC - Centro de Atenção Integral à Criança

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação em Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 Introdução	08
2 Objetivo	13
3 Metodologia	14
3.1. Síntese do Diagnóstico Situacional da ESF Serra Verde.....	14
3.2. Fundamentação Teórica	15
3.3. Elaboração do Plano de Ação.....	15
4 Resultados	17
4.1. Síntese do Diagnóstico Situacional da ESF Serra Verde.....	17
4.2. Plano de Intervenção.....	17
4.2.1 Primeiro passo.....	17
4.2.2 Segundo passo	18
4.2.3 Terceiro passo	20
4.2.4 Quarto passo	21
4.2.5 Quinto passo	22
4.2.6 Sexto passo	23
4.2.7 Sétimo passo.	25
4.2.8 Oitavo passo	25
4.2.9 Nono passo	26
4.2.10 Décimo passo	28
5 Discussão	29
6 Considerações Finais.....	31
Referências.....	32
Anexo 1.....	34
Anexo 2.....	35

1 INTRODUÇÃO

No início do século passado a expectativa de vida no Brasil apresentava-se consideravelmente baixa. A cada 100 brasileiros, três morriam por ano, apesar da taxa de fecundidade ser muito alta. O alto índice de mortalidade interferia diretamente no crescimento da população brasileira. Uma parte significativa destes óbitos ocorria entre as crianças devido a doenças associadas a desnutrição e miséria. Menos de um quarto dos brasileiros alcançavam os 60 anos, já que a expectativa de vida ao nascer era de 40 anos. Na pirâmide etária do ano de 1940, 45% da população era formada por crianças e jovens e 3% era formada por idosos. (CHAIMOWICZ, 2009).

Com o advento do antibiótico, houve queda significativa da mortalidade infantil no Brasil. As taxas de fecundidade se mantinham altas e a população crescia cerca de 30% a cada 10 anos, alcançando assim mais que o dobro em sua quantidade, realizando um salto de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970. A expectativa de vida aumentou para 54 anos, aproximadamente. (CHAIMOWICZ, 2009).

Devido às mudanças socioculturais, o crescimento da população urbana, os métodos contraceptivos, a partir dos anos 70, a taxa de fecundidade declinou, apresentando uma queda de 60% em 30 anos, período este de 1970 a 2000. Países que anteriormente tinham em média seis (6) filhos por mulher passou a apresentar uma média de 2,2 filhos. O peso relativo de jovens caiu para 30% e a proporção de idosos dobrou. (RAMOS, 2003).

Chaimowics (2009), diz que a redução da mortalidade e fecundidade é o principal fator responsável pelo envelhecimento, ou seja, a redução de crianças resulta em um país de adultos e conseqüentemente idosos.

Nos dias de hoje, convive-se com outra realidade, pois nosso país está modificando; podemos dizer que apesar de ainda termos miséria e fome, nossas políticas de Saúde Pública tem avançado significativamente comparadas as do século passado. (MACHADO; VIEIRA, 2006). As mulheres conquistaram seu espaço progressivamente substituindo o conceito de submissão e parideiras por sucesso profissional e realizações pessoais. Acredita-se ter ocorrido uma conscientização de que é possível e saudável unificar o conceito de constituição familiar com trabalho, refletindo positivamente no aumento da renda familiar e conseqüentemente na economia do país. (COELHO et al, 2009).

A pirâmide etária está se invertendo. Hoje se pode afirmar que o Brasil está se tornando um país de idosos muito rapidamente. De acordo com Chaimowicz et al (2009), um país para ser considerado jovem, deverá ter uma população de 65 anos menor que 7 % enquanto que para ser considerado envelhecido deverá ter uma população de 65 anos de idade acima de 14%. Nosso país passará em apenas 25 anos (entre 2011 e 2036) do estágio de jovem para o estágio envelhecido; sendo que a França, por exemplo, somente após 115 anos se tornou envelhecida. Verifica-se isto porque os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apresenta quedas rápidas nas taxas de fecundidade, permitindo que em apenas uma geração deixemos de ser um país jovem.

No Brasil o aumento da população como um todo será de cinco vezes no período de 1950 a 2025, enquanto que a população idosa no mesmo período crescerá quinze vezes; assim, os brasileiros serão classificados como a sexta população de idosos do mundo. (KALACHE; GRAY, 1985 apud KALACHE, 1987).

Com o envelhecimento populacional, ocorre a prevalência das doenças crônicas e incapacitantes, que se não forem devidamente tratadas e acompanhadas, tendem a apresentar sequelas, podendo comprometer a autonomia da pessoa. Ramos et al (1993) verificou que geralmente um idoso é portador de pelo menos uma doença crônica, porém se esta estiver controlada e ele estiver satisfeito com a vida, poderá ser considerado saudável. Afirma ainda que, pessoas que alcançam os 80 anos e são capazes de gerir suas vidas são mais felizes; logo, mais saudáveis.

Quando o idoso apresenta limitações em sua capacidade funcional, provavelmente terá dependência física e mental para realizar atividades da vida diária, como fazer compras, cuidar da casa. Poderão ocorrer novas complicações consideravelmente limitantes como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto, ocasionando um novo problema, já que provavelmente necessitará de assistência continuada não só dos familiares como também da equipe de Saúde. (RAMOS, 2003).

Segundo Kalache, Veras e Ramos (1987), a capacidade funcional do envelhecimento está intimamente ligada a manutenção da autonomia. Quando um idoso independente, capaz de realizar suas atividades diárias com precisão, perde sua companheira e ou tem um AVC e necessita sair do seu contexto de vida, a probabilidade deste se desencantar com a vida é extremamente relevante. Agora, dizendo que este idoso passe por alguma destas situações citadas acima, porém possa residir em sua própria moradia, com a presença de um cuidador, este, poderá até apresentar sintomas

de tristeza e decepção com a vida, porém, a chance de recuperação e a qualidade de vida dele será muito maior. Para (GRIMLEY-EVANS, 1984 apud KALACHE; KALACHE, 1987, p. 208),

Na velhice, a manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia a dia que o faz independente dentro de seu contexto sócio econômico-cultural.

Para medir, do ponto de vista prático, a independência do idoso, foi proposto por Katz um instrumento chamado Atividades da Vida Diária (AVD). Este avaliará o grau de dependência quanto a habilidades de manutenção de funções básicas, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o banheiro, caminhar e sair do leito. (KATZ, 1963).

Para medir a autonomia do idoso, foi criado por Lawton as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), esta inclui fazer compras sozinho, cozinhar, tomar seus próprios medicamentos, administrar suas finanças, realizar tarefas domésticas, usar o telefone. Idosos com déficits em sua autonomia nas AVDs apresentam um prejuízo maior em suas funções do que os pacientes independentes. (LAWTON, 1982).

Segundo Cigolle et al (2007) apud SCHNEIDER, 2008, pacientes geriátricos com problemas de incontinência urinária, queda, tonturas, alterações visuais e ou auditivas, apresentavam maior grau de dependência e limitações em suas AVDs. Quando se identifica o motivo, o tempo de aparecimento nas deficiências do desempenho das AVDs é possível intervir com maior precisão e com um grande potencial de reversão do quadro.

Com todas estas mudanças e conceitos aplicados ao processo de envelhecimento, aos desafios com o idoso, não se pode deixar de citar que o Brasil encontra-se passando por transformações significativas na Saúde. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a Integralidade, a Universalidade e a Equidade, o setor saúde tem alcançado vários progressos, já que facilitou o acesso do indivíduo ao serviço público, oferecendo caminhos valiosos para o ser humano trilhar rumo a uma melhor qualidade de vida.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que investe na prevenção de doenças e promoção à saúde é um caminho que vem apresentando

soluções favoráveis. Este vem sendo aprimorado diariamente pelos profissionais de saúde que acreditam na estratégia e são capazes de visualizar na prática seus resultados. A ESF Serra Verde da cidade de Divinópolis encontra-se incluída neste aprimoramento, desde sua implantação no ano de 2000, no Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC). Esta cobre um total de 3.362 pessoas e 890 famílias abrangendo quatro bairros, sendo eles: o Bairro Serra Verde, Nossa Senhora da Conceição, Xavante e Nova Fortaleza II. É composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista, um Técnico de Saúde Bucal (TSB), um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), um fisioterapeuta que atua por 8 horas semanais e um psicólogo que atua por 20 horas semanais. Um fato considerado valioso é o de que os profissionais médico e as 4 ACS permanecem os mesmos desde o início, o que possibilitou uma observação ativa extremamente rica da evolução do envelhecimento da população, sendo capazes de propor novos planejamentos e Planos de Intervenção.

A ESF Serra Verde, já havia realizado três diagnósticos situacionais com a participação da população, tentando envolver vários atores como gestores, secretários adjuntos, vereadores, presidentes de bairro, no intuito de solucionar problemas priorizados como, por exemplo: calçamento de ruas, rede de esgoto, alfabetização para adultos. Porém em todos os três Seminários de Atenção a Saúde não se obteve sucesso esperado, esbarrando-se principalmente em interesses políticos e dificuldades na intersetorialidade. Isto gerou frustração na Equipe, que decidiu que seria realizado um diagnóstico situacional aplicado a realidade ou seja, passível de resolução. Assim, o trabalho proposto foi voltado para a reorganização interna da ESF Serra Verde, com priorização de problemas, planejamento e plano de ação. Era necessário organizar o Processo de Trabalho.

Segundo Faria et al (2009), o processo de trabalho envolve os sujeitos que atuam, o objeto da ação e os meios disponíveis e utilizados na execução de uma ação, para que se possa compreender e ser capaz de propor transformações.

Para a realização da Síntese do Diagnóstico Situacional que será mais bem detalhada na metodologia e resultados utilizados logo adiante, analisaram-se dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) dos anos de 2001, 2006, 2009 e 2010. Optou-se pela análise destes anos para avaliação das ações desde o início da implantação da ESF Serra Verde, da metade da trajetória até os dias atuais. Foi realizado também a aplicação de um questionário para Informantes Chaves e Observação Ativa,

no intuito de levantar problemas que impediam a ação da ESF Serra Verde. Um dos problemas detectados foi o do Envelhecimento da população que está gerando uma demanda por muitas ações curativas, já que esta vem acompanhada de doenças crônicas e interfere nas nossas ações de promoção à Saúde.

Do ano de 2001 a 2010 a população de idosos e hipertensos da ESF Serra Verde dobrou, o número de diabéticos aumentou significativamente. Juntamente a estas doenças crônicas, a demanda de atendimento cresceu assustadoramente e a equipe de atendimento básico permaneceu a mesma, gerando frustrações e sensações de descontrole na mesma. Diante desta realidade, verificou-se que esta demanda só iria crescer exigindo uma intervenção em caráter de urgência.

Com os estudos anteriores realizados pela equipe foi possível identificar a ligação de todo este processo com o envelhecer da população da área de abrangência. Através desta percepção, foi possível elaborar estratégias de intervenção capazes de possibilitar uma melhor qualidade de vida a este idoso e conseqüentemente melhorar o trabalho da equipe. Estas observações confirmam o que Kalache et al (1987) diz, que a população da terceira idade no Brasil apresentará um aumento da incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas.

Neste trabalho será traçado um plano de ação junto aos idosos, utilizando o genograma como instrumento, com o intuito de direcionar estes aos cuidados dos profissionais afins como enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, fisioterapeuta e demais, contribuindo para um envelhecimento mais saudável, prevenindo complicações e promovendo qualidade de vida. Genograma é um instrumento padronizado, que utiliza símbolos e códigos para interpretações de linguagens comuns para a visualização e acompanhamento da história familiar. É uma representação gráfica de informações sobre a família. (NASCIMENTO, ROCHA, HAYES, 2005). Acredita-se que isto refletirá diretamente em nossa assistência, proporcionando um atendimento integral e humanitário.

2 OBJETIVO

Intervir de forma preventiva e promocional à Saúde do Idoso através de um Plano de Ação, utilizando o Genograma como instrumento, melhorando a qualidade da assistência da ESF Serra Verde, situada em Divinópolis Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

Pode-se dividir em três fases os caminhos utilizados para elaboração da proposta de intervenção a Saúde dos Idosos residentes na área de abrangência da ESF Serra Verde: Realização da Síntese do Diagnóstico Situacional, Fundamentação Teórica e Elaboração do Plano de Ação.

3.1. Fase 1 - Síntese do Diagnóstico Situacional da ESF Serra Verde

Foi realizado um diagnóstico situacional realizado no ano de 2010, entre os meses de março e maio na ESF Serra Verde, com intuito de organizar o processo de trabalho da equipe. Este define o modo em que trabalhamos. Observa-se que para atingir objetivos, cumprir metas, trabalhar em sintonia com a equipe, faz-se necessário uma organização, tanto dos profissionais quanto do trabalho em si, daí a importância da sistematização, como diz Faria et al (2009), de um processo que tenha início, meio e fim.

Utilizamos o método da Estimativa Rápida para elaboração do diagnóstico situacional, que é parte do processo de planejamento. Planejar deverá ser um processo permanente para o alcance de qualquer objetivo, ele é capaz de intervir de forma positiva em direções errôneas e imprevistas. Através da Estimativa Rápida é possível alcançar informações em um curto espaço de tempo, diagnosticando problemas e recursos disponíveis passíveis de colaboração no planejamento, este deverá ter a participação da população interessada e se necessário o envolvimento de autoridades e setores afins. Tem como fonte de coleta de dados, os registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevista com informantes-chave, através de questionários ou roteiros e a observação ativa da área. (CAMPOS et al, 2010).

Nesta primeira fase, o objetivo era identificar ao longo de 10 anos de ESF Serra Verde, os principais problemas para intervir de forma positiva, através do Plano de Ação. Para isso, utilizou-se como fonte de pesquisa dados secundários como o SIAB, que foram avaliados a partir do ano de 2001, já que não se encontrou registro do ano 2000.

Realizou-se entrevista com informantes-chaves, utilizando como instrumento

um questionário contendo 14 questões (ANEXO 1). Foram entrevistados ao todo oito (8) pessoas, sendo que sete (7) pertencem a equipe atual, são eles: médico, enfermeiro, as quatro ACS e dentista, o outro profissional fez parte do processo de implantação da ESF Serra Verde.

A Observação Ativa foi realizada entre os anos de 2000 e 2010 por todos os profissionais da ESF Serra Verde, já que participaram e participam diariamente dos sucessos e insucessos da equipe.

3.2. Fase 2 - Fundamentação Teórica

Nesta segunda fase, realizou-se revisão de literatura, onde foram contemplados teses, monografias, artigos eletrônicos da Biblioteca Virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online), manuais e linhas guias do Ministério da Saúde e apostilas referentes aos Módulos do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (UFMG/NESCON).

Foi utilizado como palavras chaves o termo envelhecimento populacional, programa de saúde da família e planejamento estratégico, tendo como idioma o português, considerando os anos entre 1982 a 2010. Devido a sua relevância, utilizou-se uma referencia de 1963.

Através de todas estas fontes citadas, foi possível o desenvolvimento do trabalho com embasamento teórico.

3.3. fase 3 - Elaboração do Plano de Ação

Nesta terceira fase, foi elaborado o Plano de Ação de acordo com Planejamento Estratégico Situacional (PES) que foi criado por Carlos Matus. Para Matus (1989; 1993), planejar é uma preparação para agir e para tal ação, faz-se necessário a união do que ele denomina Governar (maiúsculo) com o significado de exercer cargos no Estado e o governar (minúsculo) com o significado da união de forças sociais para planejar intervenções sólidas. Para execução do PES, Matus (1989, 1993) relaciona o plano de uma equipe para alcançar seus objetivos com os recursos que tem para implementação do mesmo, com o conhecimento que a equipe apresenta acumulada para implementar o plano. A ESF Serra Verde, através da síntese do diagnóstico situacional levantou uma

necessidade que era a intervenção no envelhecer saudável, já que o aumento das doenças crônicas estava gerando uma demanda curativa excessiva. Para tal, criou um plano que seria uma classificação de risco utilizando o genograma como instrumento, pretendendo demonstrar o saber, o conhecimento acumulado da equipe através do direcionamento destes idosos aos profissionais afins.

Na realização da síntese do diagnóstico situacional foram extraídos 11 problemas, destes, três foram considerados mais urgentes e passíveis de resolução. Dentre estes três, foi observado que o problema mais relevante era o do Envelhecimento da População que gera um aumento das doenças crônicas e conseqüentemente torna o trabalho voltado para as ações curativas. Ao analisarmos este problema, foi possível visualizar a necessidade de uma intervenção a longo prazo de modo a evitar complicações futuras. Campos et al (2010,p 32) define:

Um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Matus (1989; 1993), define quatro momentos para caracterizar o processo de planejamento estratégico situacional, já que contrapõe a idéia de etapas rígidas, considerada tradicional, ele propõe momentos dinâmicos que variam em sua lógica:

Momento explicativo: Priorização dos problemas que envolvem outros atores, proporcionando os vários olhares em relação ao problema, impedindo uma única leitura do mesmo.

Momento normativo: A partir do problema priorizado, seria o momento de elaborar propostas passíveis de solução.

Momento estratégico: Elaboração de estratégias para o alcance dos objetivos propostos.

Momento tático-operacional: Momento de execução do plano com avaliações e acompanhamentos sistematizados.

4 RESULTADOS

4.1. Síntese do Diagnóstico Situacional da ESF Serra Verde

A síntese foi desenvolvido com base nos três critérios básicos como: Análise de Dados Secundários (SIAB dos anos de 2001, 2006, 2009 e 2010); Entrevista com informantes-chaves (Profissionais que participaram e participam da história da ESF Serra Verde) e Observação ativa das ações de insucesso e sucesso na evolução da equipe e da comunidade.

4.2. Plano de Intervenção

4.2.1.Primeiro Passo: Definição dos problemas

A definição de um problema não poderá ser simplista, já que este não pode ser considerado único, independente de fatores como causas e consequências que o cercam. (CAMPOS et al, 2010).

Para definição dos problemas foram analisados dados que possibilitaram alcançar os seguintes resultados: De 2001 a 2010 a população de idosos da ESF Serra Verde dobrou, passando de 123 para 246. Os usuários diabéticos aumentaram de 1,99% para 3,4%, os hipertensos passaram de 7,62% para 13,14%. O atendimento médico dentro da Unidade cresceu 10%, o do enfermeiro que em 2001 atendia 1405 pessoas, em 2009 passou a atender 3663. As visitas da equipe apresentaram um declínio de 37%, e a ESF Serra Verde encontrava-se cada vez mais executando ações curativas, contrariamente a proposta esperada e desejada. Através da entrevista com informantes chaves pode-se observar que várias ações como os grupos operativos, talvez teriam sido mal conduzidas tanto pela equipe quanto pela população, não produzindo o impacto desejado. O desconhecimento dos usuários quanto ao objetivo da ESF também ficou evidente nas respostas dos questionários, interferindo de forma negativa nas ações. A observação ativa da equipe foi de grande valia, já que vários membros ainda permanecem os mesmos desde o momento de sua implantação, o que possibilitou o

acompanhamento da evolução do processo de trabalho. Através de todo este conjunto de causas e consequências foram levantados 11 problemas, que são: Envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo; Equipe básica praticamente permanece a mesma desde 1999 com sobrecarga de trabalho aumentada significativamente; Aumento da demanda dificultando ações preventivas e de promoção à saúde; Dificuldade nas ações de intersetorialidade com demais órgãos da prefeitura; Cobertura baixa de ESF no município, mantendo um modelo híbrido interferindo de forma negativa na compreensão do usuário quanto a filosofia do PSF; Falta de lazer; Diminuição no monitoramento e controle dos diabéticos e hipertensos devido ao aumento expressivo da demanda; Cobertura de coleta de exame cêrvico uterino não atingindo metas propostas; Cobertura de visitas baixa dos profissionais de saúde; Dificuldade na mudança de comportamento do usuário; Limitação no trabalho dos ACS's nas ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.

4.2.2. Segundo passo: Priorização de problemas

Uma vez identificado os problemas gerais, faz-se necessário a priorização dos mesmos, no intuito de uma resolução exitosa, já que é importante considerar a capacidade da equipe em resolvê-los, sabendo-se ainda que alguns dos problemas dependeriam não somente do desejo da equipe e sim de vários fatores capazes de interferir de maneira positiva ou não.

Serão atribuídos critérios como alto, médio ou baixo no quadro 1, para identificar a importância dos problemas passíveis de maior resolução, avaliando a necessidade da urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. (CAMPOS et al, 2010).

QUADRO 1 - Classificação das prioridades para os problemas identificados na síntese do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Serra Verde em 2010 no município de Divinópolis-MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo.	Alta	9	Parcial	1
Limitação no trabalho dos ACS`s nas ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.	Alta	8	Parcial	2
Cobertura de visitas baixa dos profissionais de saúde.	Alta	8	Parcial	3
Aumento da demanda dificultando ações preventivas e de promoção à saúde.	Alta	8	Parcial	
Diminuição no monitoramento e controle dos diabéticos e hipertensos devido ao aumento expressivo da demanda.	Alta	8	Parcial	
Cobertura de coleta de exame cêrvico-uterino não atingindo metas propostas.	Alta	8	Parcial	
Dificuldade na mudança de comportamento do usuário.	Alta	8	Parcial	
Falta de lazer	Média	7	Parcial	
Equipe básica praticamente permanece a mesma desde 1999 com sobrecarga de trabalho aumentada significativamente.	Alta	7	Fora	
Dificuldade da intersetorialidade com demais órgãos da prefeitura.	Média	7	Fora	
Cobertura baixa de ESF no município, mantendo um modelo híbrido interferindo de forma negativa na compreensão do usuário quanto a filosofia do PSF.	Média	7	Fora	

Fonte: Elaborado pela autora

Após realizada a análise acima, o problema considerado de maior relevância e passível de resolução prioritariamente, foi o do envelhecimento da população que gera um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho de caráter mais curativo.

4.2.3. Terceiro passo: Descrição do problema

Para obter indicadores capazes de intervir no resultado, faz-se necessário caracterizar o problema detalhadamente no intuito de direcionar a equipe na dimensão das complicações do mesmo. (CAMPOS et al, 2010).

QUADRO 2 - Descritores do problema:

Descritores	Valores	Fontes
Idosos em 2001	123	SIAB e observação ativa
Idosos em 2006	199	SIAB e observação ativa
Idosos em 2010	246	SIAB e observação ativa
Hipertensos em 2001	55	SIAB e Observação ativa
Hipertensos em 2006	71	SIAB e Observação ativa
Hipertensos em 2010	105	SIAB e Observação ativa
Diabéticos em 2001	211	SIAB e Observação ativa
Diabéticos em 2006	298	SIAB e Observação ativa
Diabéticos em 2010	406	SIAB e Observação ativa
Consultas médicas em idosos no ano de 2001	273	SIAB e Observação ativa
Consultas médicas em idosos no ano de 2006	325	SIAB e Observação ativa
Consultas médicas em idosos no ano de 2009	395	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do médico em 2001	341	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do médico em 2006	66	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do médico em 2009	74	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do enfermeiro em 2001	409	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do enfermeiro em 2006	162	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do enfermeiro em 2009	178	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do profissional de nível superior em 2001	86	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do profissional de nível superior em 2009	42	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares dos profissionais de nível médio em 2001	343	SIAB e Observação ativa
Visitas domiciliares do profissional de nível médio em 2009	142	SIAB e Observação ativa
Atendimento individual do enfermeiro em 2001	1.405	SIAB e Observação ativa
Atendimento individual do enfermeiro em 2006	2.675	SIAB e Observação ativa
Atendimento individual do enfermeiro em 2009	3.663	SIAB e Observação ativa

Fonte: Elaborado pela autora

Foi observado que a população idosa aumentou em 100% exatamente ao longo destes 11 anos, com este fato, o número de diabéticos e hipertensos praticamente dobrou, já que envelhecimento e doenças crônicas caminham juntos. Segundo Kalache et al (1987) no Brasil, nas idades mais avançadas, as doenças crônicas crescem de maneira progressiva. As consultas médicas na Unidade de Saúde aumentaram 44,6%, enquanto que as visitas da mesma categoria apresentaram um declínio de 21,7%, ou seja, nos dias de hoje, são visitadas pouco mais que $\frac{1}{4}$ de pessoas residentes na área de abrangência. Ocorreu um declínio bastante significativo nas visitas do profissional médico, enfermeiro, profissionais de nível superior e profissionais de nível médio, explicitando mais uma vez a permanência destes profissionais na sede da ESF Serra Verde, devido a crescente demanda. Outro fato que esclarece esta colocação seria, como mostrou o quadro 2, o aumento do atendimento individual do enfermeiro que quase triplicou, crescendo de 1.405 para 3.663. Estes dados possibilitaram a conclusão da interferência do envelhecimento nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças da ESF Serra Verde.

4.2.4. Quarto passo: Explicação do problema

Para que se tenha êxito na compreensão do problema, é necessário a identificação de suas causas, as quais poderão ser definidas da seguinte forma:

- Procura do serviço de saúde pela população quando da apresentação da doença;
- A Iatrogenia medicamentosa no idoso, que muitas vezes desencadeia outras complicações devido a excesso de medicamento;
- Alta demanda de ações curativas da equipe, interferindo de forma negativa na Saúde do Idoso, não permitindo uma intervenção adequada;
- A falta de cuidador adequado;
- A diminuição das visitas domiciliares realizadas pela equipe como um todo, refletindo no déficit de atendimento;
- Uma equipe mínima que impossibilita uma assistência adequada, já que devido a alta demanda por ações curativas, deixa lacunas na prevenção de doenças e promoção à saúde destas pessoas;
- A própria história do envelhecimento no Brasil que encontra-se ocorrendo

- muito rapidamente e o despreparo do país em alcançar ações favoráveis imediatas para com este público, tornando um desafio ser idoso no Brasil;
- Uma limitação no trabalho dos ACS para atuar na mudança de comportamento deste indivíduo;
 - As doenças limitantes da velhice que muitas vezes são mal conduzidas;
 - Os diagnósticos errôneos, propiciando um excesso de medicamentos desnecessários, além de interferir na qualidade de vida destes;
 - A questão cultural da população em não participarem das atividades extramuros como educações continuadas oferecidas pela equipe, grupos de lazer;
 - Desconhecimento da população em compreender a filosofia da ESF;
 - Modelo Híbrido no município de Divinópolis, dificultando a compreensão das pessoas quanto a filosofia da ESF;
 - Hábitos e estilo de vida.

4.2.5. Quinto passo: Seleção dos nós críticos

Após identificação de todas as causas, é necessário extrair as mais relevantes para o problema, para tal utilizaremos como ferramenta o conceito de nó crítico proposto pelo PES. Ele consiste em algo palpável, passível de intervenção que quando é contemplado provoca impacto sendo capaz de transformação real. (CAMPOS et al, 2010).

Nós críticos referentes ao problema:

- Alta demanda de ações curativas da equipe, interferindo de forma negativa na Saúde do Idoso, não permitindo uma intervenção adequada;
- Uma limitação do ACS em atuar na mudança de comportamento deste indivíduo;
- Desconhecimento da população quanto a filosofia real da ESF.

4.2.6. Sexto passo: Desenho das operações

Após definição dos nós críticos, tornou-se possível elaborar estratégias para resolução dos problemas e conseqüentemente iniciar o plano de ação.

Na definição dos nós críticos, formalizaremos:

QUADRO 3 – Desenho de operações para os nós críticos referente ao problema envelhecimento da população da ESF Serra Verde

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Alta demanda de ações curativas da equipe, interferindo de forma negativa na saúde do idoso, não permitindo uma intervenção adequada.	CUIDANDO DO IDOSO Priorizar a promoção a saúde e prevenção de doenças nos idosos.	Retardar o aparecimento de doenças crônicas através da priorização da promoção a saúde; Diminuição da demanda curativa na Unidade.	Direcionamento dos idosos para os profissionais afins após classificação de risco utilizando como instrumento principal o genograma; Possibilidade de aumento de visitas domiciliares de todos os profissionais de saúde.	Organizacional: Adequação de fluxos para os profissionais afins; Cognitivo: Conhecimento sobre os temas e estratégias de intervenção do idoso de acordo com a área específica do profissional de saúde que este for direcionado; Político: Mobilização e articulação com a coordenação do nível central (SEMUSA); Financeiro: aquisição de recursos informativos e educativos.
Uma limitação do ACS em atuar na mudança de comportamento deste indivíduo	CUIDANDO DA GENTE Melhorar a intervenção do ACS para com esta população idosa.	ACS capazes de atuar na mudança de comportamento do idoso; População idosa mais consciente de suas possíveis complicações, consequentemente diminuição da demanda curativa na Unidade.	Capacitações para os ACS através da Educação permanente direcionada a Saúde do Idoso.	Organizacional: Organização da agenda; Cognitivo: Informações sobre os temas e elaboração dos treinamentos.
Desconhecimento da população quanto a filosofia real da ESF.	REFAZER Aumentar nível de informação sobre a ESF.	Conscientização das pessoas residentes na área de abrangência da ESF na tentativa de melhorarem a qualidade de vida.	Divulgação da filosofia da ESF através de visitas comunitárias de toda a equipe e visitas ao setor da educação da nossa área de abrangência.	Organizacional: Organização da agenda; Cognitivo: Elaboração de estratégias de comunicação; Político: Intersetorialidade (Parceria com a Educação).

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Recursos são considerados críticos quando não estão disponíveis e exige da equipe estratégias para aquisição dos mesmos, já que são considerados fundamentais para o desenvolvimento do Plano de Ação. (CAMPOS et al, 2010).

QUADRO 4 – Recursos Críticos para o desenvolvimento dos “nós” críticos do problema Envelhecimento da população gerando um aumento das doenças crônicas tornando o trabalho mais curativo

Operação/Projeto	Recursos críticos
CUIDANDO DO IDOSO	Político: Mobilização e articulação com a coordenação do nível central (SEMUSA); Financeiro: aquisição de recursos informativos e educativos.
CUIDANDO DA GENTE	Cognitivo: Déficit no conhecimento cumulativo principalmente.
REFAZER	Político: Intersetorialidade com a Educação.

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.8. Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Anteriormente citou-se no PES que para o alcance de seus objetivos, o ator não tem governabilidade total, é necessário identificar outros atores capazes de controlar os recursos críticos para resolução do problema, somente assim, será possível traçar estratégias.

QUADRO 5 – Proposta de ações para os atores

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
CUIDANDO DO IDOSO Priorizar a promoção a saúde e prevenção de doenças nos idosos.	Político: Mobilização e articulação com a coordenação do nível central (SEMUSA); Financeiro: aquisição de recursos informativos e educativos.	Secretário Municipal de Saúde; Diretoria da Atenção Primária; Coordenação de Setor.	Todos favoráveis.	Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.
CUIDANDO DA GENTE Melhorar a intervenção do ACS para com esta população idosa.	Cognitivo: Déficit no conhecimento cumulativo principalmente.	Equipe ESF Serra Verde; Nível Central (SEMUSA).	Ambos favoráveis.	Realizar treinamentos específicos sobre o tema para ACS; Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.
REFAZER Aumentar nível de informação da população da área de abrangência sobre a ESF Serra Verde.	Político: Intersetorialidade com a Educação.	Diretorias das Escolas pertencentes a área de abrangência da ESF Serra Verde.	Ambas são favoráveis.	Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.9. Nono passo: elaboração do plano operativo

Nesta fase serão estabelecidos os responsáveis pelos projetos com suas respectivas estratégias e prazos de cumprimento do plano de ação.

QUADRO 6 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>CUIDANDO DO IDOSO</p> <p>Priorizar a promoção a saúde e prevenção de doenças nos idosos.</p>	<p>Retardar o aparecimento de doenças crônicas através da priorização da promoção a saúde;</p> <p>Diminuição da demanda curativa na Unidade.</p>	<p>Direcionamento dos idosos para os profissionais afins após classificação de risco utilizando como instrumento principal o genograma;</p> <p>Possibilidade de aumento de visitas domiciliares de todos os profissionais de saúde.</p>	<p>Aplicação de um questionário elaborado pela equipe com base nas AVDs e nas AIVDs a fim de avaliar o grau de dependência do idoso, norteando a intervenção;</p> <p>Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.</p>	<p>Ana, Amanda e Laura, Paulo</p>	<p>Aplicação do questionário em 3 meses após ser validado e consolidá-lo;</p> <p>Apresentar Plano de ação em um Seminário interno em setembro de 2012, iniciar as atividades em outubro de 2012.</p>
<p>CUIDANDO DA GENTE</p> <p>Melhorar a intervenção do ACS para com esta população idosa.</p>	<p>ACS capazes de atuar na mudança de comportamento do idoso</p> <p>População idosa mais consciente de suas possíveis complicações, consequentemente diminuição da demanda curativa na Unidade.</p>	<p>Capacitações para os ACS através da Educação permanente direcionada a Saúde do Idoso.</p>	<p>Realizar treinamentos específicos sobre o tema para ACS, onde a cada três meses, um profissional de cada categoria da ESF Serra Verde abordará um tema do idoso, porém direcionado a sua área de atuação;</p> <p>Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.</p>	<p>Joana, Maria, Marlene, Rosana, Laura e Marcelo</p>	<p>Treinamento será realizado pela ESF Serra Verde em junho de 2012 sobre a saúde do idoso;</p> <p>Multiplicação pelos ACS's, terá duração de 3 meses, tendo sua avaliação em setembro de 2012.</p>
<p>REFAZER</p> <p>Aumentar nível de informação da população da área de abrangência sobre a ESF Serra Verde.</p>	<p>Conscientização das pessoas residentes na área de abrangência ESF tentativa de melhorarem a qualidade de vida.</p>	<p>Divulgação da filosofia da ESF através de visitas comunitárias de toda a equipe e visitas ao setor da educação da nossa área de abrangência.</p>	<p>Apresentar o projeto através de um Seminário Interno.</p>	<p>Laura, Ana</p>	<p>Apresentar o projeto em setembro de 2012;</p> <p>Início das atividades em outubro de 2012.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Observação: Nomes fictícios na coluna **RESPONSÁVEL** do quadro acima.

4.2.10. Décimo passo: Gestão do Plano

Esta fase será capaz de direcionar os caminhos do plano de ação já que permite o acompanhamento dos projetos, definindo prazos, situações, situando e organizando a equipe proporcionando maior êxito na execução do Plano. O quadro a seguir mostra uma síntese dos projetos:

QUADRO 7 – Acompanhamento do Plano de Ação

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Direcionamento dos idosos para os profissionais afins após classificação de risco utilizando como instrumento principal o genograma; Possibilidade de aumento de visitas domiciliares de todos os profissionais de saúde.	Laura, Ana, Amanda, Maria, Joana, Marlene, Rosana, Marcelo	Aplicação do questionário em 3 meses após ser validado e consolidá-lo; Apresentar Plano de ação em um Seminário interno em setembro de 2012, iniciar as atividades em outubro de 2012.	Elaboração do questionário em fase final para aplicação primeiramente por amostragem pelos ACS, após aprovação do comitê de ética.		
Capacitações para os ACS através da Educação permanente direcionada a Saúde do Idoso.		Treinamento será realizado pela ESF Serra Verde em junho de 2012 sobre a saúde do idoso; Multiplicação pelos ACS's, terá duração de 3 meses, tendo sua avaliação no final de setembro de 2012.	Definido que o primeiro treinamento para as ACS será realizado pela enfermeira da ESF Serra Verde em Junho.		
Divulgação da filosofia da ESF através de visitas comunitárias de toda a equipe e visitas ao setor da educação da nossa área de abrangência.		Apresentar o projeto em setembro de 2012; Início das atividades em outubro de 2012.	Até outubro estaremos divulgando no momento do acolhimento no período da manhã e visitas dos ACS; Utilizando as reuniões mensais da escola, sensibilizaremos primeiramente os diretores e professores para posteriormente em outubro abordarmos os alunos.		

Fonte: Elaborado pela autora

5 DISCUSSÃO

Como se observou nos 10 passos citados neste trabalho, para o desenvolvimento de um plano de ação faz-se necessário um conjunto de fatores, não basta o desejo da equipe. Deve-se ter a consciência de que “nós críticos” serão diagnosticados e que para que sejam desatados é necessário persistência.

O envelhecimento encontra-se intimamente ligado as doenças crônicas, o qual está sendo responsável por um aumento da demanda curativa na ESF Serra Verde. Observou-se que em 11 anos a população de idosos dobrou e juntamente com ela o diabetes e a hipertensão. As visitas da equipe se tornaram cada vez mais restritas e a sensação de que se está sendo engolido pela saúde curativa assombra a cada dia, por isso a necessidade de intervenção no intuito de mudança deste modelo.

Os projetos designados como principais citados acima, serão norteadores e essenciais no plano de ação. Através de breves comentários serão realizadas complementações no intuito de exemplificá-los para melhor entendimento.

O primeiro projeto a ser esclarecido será o CUIDANDO DO IDOSO, onde seu objetivo será promover a saúde e prevenir doenças, Acredita-se que este será o maior desafio, já que a mudança de comportamento tão sonhada terá mais do que nunca de ser trabalhada arduamente. Após sensibilização da equipe através de estudos de caso e leituras das Linhas Guias, o primeiro passo foi a elaboração de um questionário baseado nas AVDs e nas AIVDs, no intuito de classificar os idosos de acordo com seu grau de dependência.

Depois da aprovação do Comitê de Ética, sua aplicação se dará por amostragem pelas ACS em suas respectivas micro-áreas nas pessoas acima de 60 anos, sob supervisão da enfermeira. Ressaltamos que este questionário (ANEXO 2) encontra-se em fase final de elaboração e ainda requer ajustes, enfim, assim que os mesmos forem aplicados em toda a população idosa da ESF Serra Verde, será realizado o consolidado.

O primeiro passo será a separação dos mesmos por faixa etária utilizando como critério o intervalo de 5 anos entre as idades: 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos e 80 e mais. Como o idoso acima de 80 anos é considerado mais frágil, o início do plano de ação se dará pelos mesmos. Assim que a análise do grau de dependência destes idosos for definida através do questionário e de entrevistas com os profissionais de fisioterapia, psicologia, enfermagem, dentista e médico, estes serão

lançados no genograma e identificados através de cores para diferenciação nas classificações, um plano de cuidados será traçado individualmente e os mesmos serão direcionados para um tratamento mais contínuo com o profissional que atenderá sua necessidade.

Um outro problema classificado como nó crítico para o desenvolvimento deste projeto, foi a limitação profissional dos ACS, devido a vários motivos como formação escolar, fatores socioculturais e etc. Acredita-se que este fato dificulta a intervenção na mudança de comportamento do paciente idoso. Portanto o segundo projeto designado como: CUIDANDO DA GENTE, este prioriza a educação permanente do agente utilizando como facilitadores os próprios profissionais da ESF Serra Verde: Ha cada três meses será abordado um assunto referente a saúde do idoso por um profissional de saúde de acordo com sua área de atuação e este será replicado pelo agente em sua micro-área. Após este período será realizada uma avaliação em equipe, para posterior abordagem do ACS por outro profissional, contemplando outro tema.

O terceiro projeto será o REFAZER, que expõe a dificuldade do usuário em discernir a real filosofia da ESF, talvez por uma questão cultural da condição humana ou mesmo pelo município apresentar um modelo híbrido, oferecendo uma cobertura de apenas 20% de ESF. Acredita-se que este segundo fato confunde ainda mais a compreensão do usuários, refletindo diretamente em nosso atendimento. A dificuldade do paciente em promover sua saúde é gritante, portanto serão realizados esclarecimentos contínuos sobre a filosofia da ESF inicialmente nos acolhimentos matinais e visitas dos ACS e posteriormente, através de parcerias com as escolas pertencentes a área de abrangência.

Shimizu e Rosales (2008) verificaram que na visão dos usuários, a saúde ainda é representada como ausência de doenças, o modelo biomédico ainda predomina. Isso evidencia a necessidade da ESF em trabalhar mais o conceito ampliado de saúde, priorizando a qualidade de vida.

Através destes projetos acredita-se alcançar um dos objetivos principais da ESF, que seria o de envelhecer saudável. Conquistando este item, as doenças crônicas estarão mais controladas e poderão aparecer em um futuro cada vez mais longínquo, isto refletirá em nosso atendimento, diminuindo a demanda e possibilitando intervenções mais efetivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou de forma ampliada reorganizar o Serviço de Saúde na ESF Serra Verde, já que através do plano de ação proposto será possível intervir de forma efetiva nos principais problemas detectados ao longo destes anos.

Como observado, o envelhecimento foi diagnosticado como problema mais significativo para nossa realidade, já que junto a ele, as doenças crônicas encontram-se vinculadas. Este fato, sem organização e controle gera um aumento na demanda interferindo diretamente nas ações preventivas e promocionais à saúde. A ESF Serra Verde encontrava-se saturada e com dificuldades na intervenção em suas ações de saúde, tornando-se uma Unidade curativa. A necessidade e o desejo em manter o foco motivaram a equipe a criar uma proposta de intervenção imediata para melhoria da qualidade do serviço.

O novo olhar direcionado ao idoso possibilita dizer que o envelhecer saudável é o resultado da interação entre saúde mental, física, integração social, suporte familiar, independência econômica e da vida diária, vindo de encontro com a promoção à Saúde e conseqüente qualidade de vida que a ESF preconiza.

A utilização do genograma para o direcionamento em nossas ações será de grande valia, já que possibilitará um maior controle de nossa área de abrangência, facilitando a intervenção nas ações estabelecidas.

Através do plano de ação, o trabalho se dará de maneira organizada, já que possibilitará um controle sistematizado dos idosos residentes na área de abrangência. A expectativa da equipe em relação a promoção à saúde tem intensificado a cada dia, gerando um clima extremamente favorável, refletindo diretamente no atendimento.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 19, n. 3: p. 725-733, mai./jun 2003.

CHAIMOWICS, F., et al. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2009.

COELHO, S., et al. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2009.

CORRÊA, E. J., et al. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2010.

FARIA, H. P. , et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2009.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O Envelhecimento da população Mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública** (São Paulo), v. 21, n.3: p. 200-10, 1987.

KATZ, S. , et al. The index of ADL: **A Standardized measure of biological and psychosocial function**. JAMA, v. 185: p. 914-919, 1963.

LAWTON, MP; MOSS, M; FULCOMER, M et al. **A Research and service-oriented multilevel assessment instrument**. J Gerontol, v. 37, p. 91-99, 1982.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v.12, n. 2: p. 335-342, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 12 mar. 2012.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEIRA, M.A. A Atuação da equipe de saúde da família na promoção de um envelhecimento saudável e no controle da hipertensão arterial da população idosa do PSF Pernambuco-Bocaiuva . Minas Gerais, 2010. Disponível em : <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php> > Acesso em: 10 mar. 2012.

NASCIMENTO, L.C.;ROCHA, S. M. M.; HAYES, V.E.; Contribuições do genograma do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2: p. 280-286, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>.> Acesso em: 10 mar. 2012.

RAMOS, L. R., et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v.19, n.3: p.793-798, mai./jun 2003.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica** (Porto Alegre), v.18, n. 1: p. 4-9, jan./mar 2008.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. A. A Atenção à saúde da Família sob a ótica do usuário. (**Rev. Latino – am Enfermagem**), v. 16, n. 5: setembro-outubro, 2008. Disponível em <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>.> Acesso em: 10 mar. 2012.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de informação. Sistema de **Informação** Ambulatorial - SUS. cidade Divinópolis, 2001, 2006, 2009, 2010. Doc. Int.

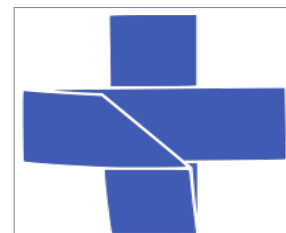
ANEXO 1**Questionário aplicado à membros da ESF Serra Verde**

- 1- Quais dificultadores para o desenvolvimento do trabalho da ESF Serra Verde?
- 2- Quais ações de prevenção de doenças e promoção a saúde eram desenvolvidas?
- 3- Foi realizado diagnóstico situacional? O Plano de Ação foi efetivo? Quais os dificultadores e facilitadores encontrados?
- 4- Descreva o perfil dos usuários quanto ao grau de compreensão da filosofia do PSF
- 5- Eram realizadas Educação Permanente e ou Continuada para ACS? Quais métodos de transmissão do conhecimento foram utilizados?
- 6- Foi realizado algum tipo de avaliação quanto ao desempenho do ACS? Qual?
- 7- Com que frequência as visitas eram realizadas pelos profissionais de nível médio e superior?
- 8- Quais os membros que compunham a ESF Serra Verde?
- 9- A gestão de Saúde com qual trabalhavam priorizava o projeto do PSF
- 10- Como era o processo de trabalho para implantação das ações de saúde? (busca ativa, genograma.
- 11- Como eram realizados os monitoramentos dos Hipertensos e Diabéticos?
- 12- Como era organizada a demanda de consulta agendada e livre?
- 13- Como você avalia a participação do Conselho Local nas ações da ESF Serra Verde?
- 14- Foi observado evolução nas frentes de trabalho implantados?

ANEXO 2



PROJETO CUIDANDO DO IDOSO
PSF-SERRA VERDE

**1-Dados Gerais**

Nome completo: _____

NIS (bolsa família) _____ Recebe Benefício Prestação Continuada?

() Sim () Não

Endereço: _____ n° _____ Bairro _____.

Idade: _____.

Breve Histórico:

Cuidador: _____

Parentesco: _____ Idade: _____ Remuneração: _____

Condição socioeconômica/ambiental: _____

Nome do entrevistado: _____

2-Alimentação

- Descreva os horários que se alimenta _____
- Em qual postura se alimenta? () deitada () sentada () em pé
- Qual a consistência do alimento? () líquido () sólido () pastoso
- Usa Sonda: () Sim () Não. Qual tipo? _____
- Engasga () Sim () Não. Com o quê: _____ Qual frequência: _____
- A dieta parece apropriada para o quadro de saúde? () Sim () Não () Não sabe.
- Come sozinho? () Sim () Não () Não sabe.
- Consegue preparar, servir e/ou cortar o alimento? () Sim () Não () Não Sabe.
- Intestino funciona regularmente? () Sim () Não () Não Sabe.

3-Mobilidade

- Vira sozinho na cama? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Passa de deitado para sentado sem auxílio? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Senta/levanta sem auxílio? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Usa prótese de MMII? ()Sim () Não () Não Sabe.
- É acamado? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Anda dentro de casa sem auxílio? () Sim () Não
- Anda com apoio de terceiros ou apoiando-se em móveis/paredes?
()Sim () Não Qual_____.
- Faz uso de cadeira de rodas, muletas, bengala, andador, ou outro meio auxiliar?
()Sim () Não Qual _____.

No domicílio, há rampas, escadas, piso escorregadio ou desnivelado?

- ()Sim () Não () Não Sabe.
- Há barras para apoio? ()Sim () Não () Não Sabe.
 - Nos últimos seis meses ocorreu alguma queda? ()Sim () Não () Não Sabe
 - Sai do domicílio sozinho?()Sim () Não () Não Sabe.

Se sim, aonde vai? _____.

em independência para cuidar dos objetos pessoais?()Sim () Não() Não Sabe

4-Higiene

- Controla urina e fezes? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Se Não, usa fraldas? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Toma banho sozinho? ()Sim () Não () Não sabe.
- Se Não, precisa de pouca ou muita ajuda?() Pouca ()Muita
- Em pé ou sentado?_____.Precisa ser dado banho no leito? ()Sim () Não
- Possui e utiliza cadeira de banho? ()Sim () Não () Não sabe.
 - O banheiro é adaptado? ()Sim () Não () Não Sabe.
 - Higieniza os dentes sozinho? ()Sim () Não () Não Sabe.
- Se Não, o cuidador faz isto? ()Sim () Não () Não Sabe.
- penteia cabelo, faz barba, etc? ()Sim () Não () Não Sabe.

5-Vestuário

- Veste e retira roupa, calça sapato sozinho? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se Não, precisa de muita ou pouca ajuda?() Pouca () Muita. Em que? _____

6- Medicação

- Faz uso de quais remédios?

- É independente para tomar medicação? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se Não, quem ajuda? _____

- Os remédios são administrados em horários prescritos pelo médico?
()Sim () Não () Não Sabe.

7- Comunicação

- Qual a principal forma de comunicação: () Fala () Gestos () Escrita.

- Quais pessoas o compreendem? _____

Compreende o que os outros falam? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Audição preservada? ()Sim () Não () Não Sabe.

Uso de prótese auditiva? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Alfabetizado? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Alterações da visão? ()Sim () Não () Não Sabe.

8-Aspectos Psicossociais

- Recebe salário, pensão? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se Não contribui com INSS? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Possui passe - livre? ()Sim () Não () Não Sabe.

- É ou foi acompanhado por alguma instituição? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se sim qual: _____.

- Como é a interação com as pessoas do ambiente? () Ótima () Boa () Ruim.

- Participa da vida da comunidade? Igreja, Grupos, etc? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Realiza atividades físicas ou de lazer? ()Sim () Não () Não Sabe.

- Há mudanças de humor, sono, e apetite? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se sim, qual: _____

- Tem falha de memória? ()Sim () Não () Não Sabe

- É acompanhado pela saúde mental? ()Sim () Não () Não Sabe.

Se Sim qual? () Psiquiatra () Psicólogo Que frequência? _____

- Houve internação no último ano? ()Sim () Não () Não Sabe () Onde _____

- Qual a frequência de acompanhamento da ESF? () 1 vez mês () duas vezes
mês () mais vezes

Data: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____