

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISCE BELLO RUIZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PAULO GONÇALVES
LAGES NO MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO AMPARO - MINAS
GERAIS**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2018

. DENISCE BELLO RUIZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PAULO GONÇALVES
LAGES NO MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO AMPARO - MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

FORMIGA - MINAS GERAIS

2018

DENISCE BELLO RUIZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PAULO GONÇALVES
LAGES NO MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DO AMPARO - MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 12/06/ 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A saúde do idoso é de muita importância em qualquer contexto da atenção primária à saúde, visto que o envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades do mundo moderno. Nos próximos 20 anos, a população brasileira terá um processo de envelhecimento comparável em intensidade ao experimentado por qualquer país desenvolvido, devido fundamentalmente à redução atual das taxas de fecundidade e mortalidade e o aumento da esperança de vida. A Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lage, no município de Santo Antônio do Amparo tem uma população de usuários acima de 60 anos representando mais de 17% do total dos usuários cadastrados e nos chama atenção é o número de usuários com 80 anos e mais. Na população idosa é comum à presença de doenças crônicas não transmissíveis e no território da minha unidade é significativo o número de portadores de hipertensão e diabetes descompensados. Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para reduzir as descompensações das doenças crônicas não transmissíveis em pacientes idosos assistidos na unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages do município Santo Antônio do Amparo – Minas Gerais. Para fundamentar a proposta de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e em publicações do Ministério da Saúde. A proposta de intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com as ações propostas consigamos reduzir a taxa de descompensação dos idosos portadores de hipertensão e de diabetes e, assim, melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Descritores: Saúde do idoso. Senilidade. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Elderly health is of great importance in any context of primary health care, as population aging is a reality in most societies in the modern world. Over the next 20 years, the Brazilian population will have an aging process comparable in intensity to that experienced by any developed country, mainly due to the current reduction in fertility and mortality rates and the increase in life expectancy. The Basic Health Unit Paulo Gonçalves Lage, in the municipality of Santo Antônio do Amparo, has a population of users over 60 years of age, representing more than 17% of the total users registered and calls us attention is the number of users aged 80 and over. In the elderly population, the presence of chronic noncommunicable diseases is common, and in the territory of my unit, the number of patients with hypertension and diabetes is decompensated. The objective of this study was to elaborate a proposal for an intervention to reduce the decompensation of chronic noncommunicable diseases in elderly patients assisted at the primary health unit Paulo Gonçalves Lages, in the municipality of Santo Antônio do Amparo - Minas Gerais. To support the intervention proposal, a bibliographical research was carried out in the Virtual Health Library and in publications of the Ministry of Health. The intervention proposal was elaborated following the steps of the situational strategic planning. It is hoped that with the proposed actions we will be able to reduce the rate of decompensation of elderly people with hypertension and diabetes and, thus, improve their quality of life.

Keywords: Elderly health. Senility. Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Santo Antônio do Amparo situa-se no estado de Minas Gerais e foi fundada em 31 de dezembro de 1938, estando situado na região Oeste de Minas Gerais. Ocupa uma área de 488,885 Km² estando distante 186Km da capital Belo Horizonte. Tem uma densidade demográfica de 35,48 hab/Km² (IBGE, 2017).

O acesso ao município é feito principalmente pela BR 381 e pela BR 116. Destaca-se que a BR 381 passa dentro da área territorial do município. O município tem uma população estimada de 18.553 habitantes (IBGE, 2017).

O município integra a microrregião de Oliveira, e faz divisa com os municípios de Oliveira, Santana do Jacaré, Perdões e Bom Sucesso.

A economia do município gira em torno da agropecuária e de serviços, mas o destaque é de fato para criação de gado de corte e leiteiro (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Há vários anos o município Santo Antônio do Amparo adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com seis equipes de saúde entre a zona urbana e a zona rural cobrindo 100% da população. O município conta com um hospital, laboratórios, e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A população do município é predominantemente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde.

As principais causas de morbidade e mortalidade são as neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e das vias aéreas, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e de causas externas.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lage

Paulo Gonçalves Lage é uma Unidade Básica de saúde da Família que acompanha uma comunidade de cerca de 3.500 habitantes e 1.043 famílias que fica na parte alta do município Santo Antônio do Amparo. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma digitadora, uma equipe de saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais.

A unidade de saúde está inserida num local adaptado, mas estruturalmente as condições são adequadas, permitindo o desenvolvimento das atividades diárias e com qualidade. A população está muito satisfeita com o trabalho da equipe de saúde que atua na Unidade de Saúde. Atualmente, a unidade está bem equipada, o local de atendimento é de fácil acesso e a equipe está disponível para não postergar o atendimento e o manejo do problema de saúde apresentado pelo usuário. O conforto do ambiente para atendimento está garantido, ainda que neste momento haja déficit de medicamentos. Não existe sala de reuniões, além disso, a equipe tem uma reunião semanal e uma avaliação permanente sobre o seu processo de trabalho e sobre a forma como ela organiza a sua agenda de trabalho. A unidade presta serviço de segunda até sexta-feira, das 7:00 hs as 16:00hs.

Nossa agenda de trabalho serve para organizar todo tipo de atendimento ofertado pela unidade através do sistema de saúde (SUS), demanda espontânea e agendada, ou seja, são distribuídas as tardes e as manhãs o atendimento dos programas: saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, saúde da mulher e doenças crônicas não transmissíveis.

Quadro 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lage Município Santo Antônio do Amparo, 2017.

Faixa Etária/ano	Masculino	Feminino	Total
<-1	15	18	33
1-4	185	199	385
5-14	245	218	463
15-19	241	230	471
20-29	223	216	439
30-39	212	231	443
40-49	207	198	405
50-59	140	132	272
60-69	173	106	279
70-79	78	90	168
80 e+	54	89	143
TOTAL	1773	1727	3500

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema em Saúde (BRASIL, 2010).

A leitura dos dados aponta a predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, mas há também um número importante de pacientes idosos, ou seja, 590 pessoas com mais de 60 anos. Há população com envelhecimento avançado, dado muito importante para poder fazer o diagnóstico epidemiológico municipal.

Quadro 2 – Formas do destino do lixo, por Famílias, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lage município de Santo Antônio do Amparo, 2017.

DESTINO DO LIXO	N	%
Coleta pública	755	72,39
Queimado/Enterrado	175	16,78
Céu aberto	113	10,83

Em relação ao lixo a situação não é positiva, tem 113 residências com descarte a céu aberto e 175 que queimam ou enterram o lixo e só 755 são os que têm coleta pública.

Quadro 3 – Situação do Esgoto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages do município de Santo Antônio do Amparo, 2017.

Destino fezes/urina	N	%
Sistema de Esgoto	390	37,39
Fossa	643	61,65
Céu aberto	10	0,96

Fonte: IBGE (2017)

Nota-se que a fossa séptica é a maneira mais comum para armazenar resíduos sólidos. Os dados do quadro apresentam o quantitativo de famílias que têm cobertura da coleta de lixo.

Quadro 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages do Município Santo Antônio do Amparo, 2017.

Abastecimento de água	N	%
Rede pública	521	49,95
Poço ou nascente	300	28,76
Outros	222	21,28

Fonte: IBGE (2017)

No município existe uma agência do Banco do Brasil, uma do Bradesco e uma da Caixa Econômica Federal, além de uma agência dos Correios no município.

Como opções culturais e de lazer, destacam-se: três estações repetidoras de TV, uma estação de rádio FM, três jornais diários e um ginásio poliesportivo. A justiça do município dispõe de juizado de pequenas causas, sede de comarca, juízes designados e conselho tutelar. O município oferece incentivo para atração de atividades econômicas e possui programa de geração de emprego e

renda. A infraestrutura urbana indica 80% das vias pavimentadas e 90% iluminadas.

Outros recursos no município: Igrejas Católicas e Assembleias de Deus, escolas, creches.

1.4 Estimativa rápida: Identificação dos problemas de saúde do território (primeiro passo)

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages do município Santo Antônio do Amparo, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Para obter as informações, utilizamos a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação das suas necessidades, além aos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos.
- Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente no município.
- Inadequado abastecimento de água para o consumo da população do município.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
- Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente no município.
- Inadequado abastecimento de água para o consumo da população do município.
- A fossa séptica é a maneira mais comum para armazenar resíduos sólidos no município.
- Alto índice de analfabetismo em no município em pacientes idosos.
- Alto índice de desempregado no município e no território da unidade.

- Alto índice de violência.
- Dificuldade para atender a demanda espontânea e organizar o trabalho da equipe de saúde da unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages
- Falta de medicamentos.

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência, e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, e numerando os problemas por ordem de prioridade, a equipe escolheu a elevada prevalência de pacientes idosos e a presença de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos como problema prioritário.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos.	Alta	8	Parcial	1
Inadequado abastecimento de água para o consumo da população do município.	Alta	5	Parcial	4
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	6	Parcial	3

Doenças não transmissíveis como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o

tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna mais crítico, tendo em conta que, por exemplo, de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que têm a doença. Isso significa que faleceram principalmente por complicações da diabetes.

2 JUSTIFICATIVA

A ação programática saúde do idoso é de muita importância em qualquer contexto da atenção primária à saúde, visto que o envelhecimento populacional é uma realidade da maioria das sociedades do mundo moderno. Nos próximos 20 anos, a população brasileira terá um processo de envelhecimento comparável em intensidade ao experimentado por qualquer país desenvolvido, devido fundamentalmente a redução atual das taxas de fecundidade e mortalidade e o aumento da esperança de vida. Portanto, é primordial a implantação de políticas intersetoriais e programas na atenção primária à saúde que contribuam na melhoria da qualidade de vida pessoa idosa.

O acompanhamento clínico e de promoção à saúde apresenta elevado impacto na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), reduzindo a sua gravidade e mortalidade. E traz melhora da funcionalidade das pessoas idosas, obtendo a diminuição da dependência para o desempenho de atividades da vida diária (BRASIL, 2007).

A escolha do problema se fundamentou na análise da situacional de saúde da área de abrangência da unidade, que indicou como um dos problemas a inexistência de uma ação programática sistematizada especificamente para a saúde do idoso.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de descompensações dos pacientes idosos com DCNT na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis de pressão arterial e glicose não controlada, e pelos riscos de complicações aumentados e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, por tanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir as descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes idosos assistidos na unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages do município Santo Antônio do Amparo.

3.2 Específicos

Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages do Município Santo Antônio do Amparo.

Identificar os fatores de risco e determinantes das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos assistidos na Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages do Município Santo Antônio do Amparo.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram utilizados os dados do diagnóstico situacional onde se identificou os problemas prioritários e selecionado o mais relevante.

A seguir foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências existentes sobre o tema deste estudo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Saúde do idoso.

Senilidade.

Atenção primária à saúde.

Para o desenvolvimento do projeto de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme descrito na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram também utilizadas informações dos pacientes cadastrados na unidade, os dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e, além disso, os dados do sistema de informação da atenção básica.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde do idoso

O envelhecimento populacional está trazendo desafios para os serviços de saúde e para a Previdência Social. Os países têm buscado entender o processo de envelhecimento da população e compreender que envelhecer não significa necessariamente, ser doente. É nesta perspectiva que o Estado deve prover políticas específicas para uma atenção integral ao idoso, reconhecendo a necessidade de promover uma melhor qualidade de vidas para os idosos. Para o Estado e para a sociedade isso é o maior desafio para as próximas décadas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Estes autores analisam que no Brasil o envelhecimento populacional está acontecendo muito rápido e que o país não está preparado para responder a esse fenômeno populacional.

Miranda, Mendes e Silva (2016, p. 517) destacam que

[...] para atender à demanda gerada por esse processo de envelhecimento é preciso implantar mecanismo que fortaleça o modelo de atenção à saúde do idoso, investindo inclusive na força de trabalho e na formação de profissionais que tenham habilidades para atuar na prevenção, no cuidado e na atenção integral da população idosa.

Para tanto, bem como lembram Assis, Hartz e Valla (2004), o chamado Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI), ou como é comumente conhecido, objetiva implantar ações de promoção à saúde que possibilite a participação do idoso e ainda motivar a população idosa para o autocuidado e também pela necessidade de incorporar mudanças no estilo de vida.

Os autores ainda destacam que o Programa deve promover atividades coletivas de educação em saúde para troca de experiências. O PASI objetiva

prestar assistência a pessoas com 60 anos ou mais (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

Dados de um estudo realizado na cidade de Juiz de Fora/MG por Teixeira (2013) traduzem uma realidade que pode perfeitamente ser ampliada, porque descreve os níveis de funcionalidade física, psicológica, social, percepção de saúde e bem-estar sobre a qualidade de saúde e de vida dos idosos que frequentavam um Centro de Convivência por mais de seis meses. O nível de satisfação com a vida mostrou-se crescente referente a respostas positivas. Além do que, foram descritos nos resultados a diminuição de sintomas de tristeza, depressão, dor localizada e geral (inclusive uso de medicamentos), e isolamento social, expressos pela melhora da autoestima, humor, estado emocional, desempenho físico e energia, funcionamento social, como também, do autocuidado e autoavaliação.

Em contrapartida, Chaimowicz (2013), abordando sobre os indícios de envelhecimento da população brasileira, é categórico ao afirmar que a situação ainda é positiva com relação a uma possibilidade de futuro promissor na construção de uma velhice saudável e segura, mas não é possível acomodar-se diante da situação atual. Comenta ainda que

A proporção de idosos no Brasil ainda é pequena, e constituída, em sua maioria, por “idosos jovens”, com muitos filhos. A maioria destes idosos recebe aposentadoria e grande parcela possui casa própria. Suas condições financeiras, em média são melhores que a de seus filhos permitindo o auxílio entre as gerações. No entanto, já se observa aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas e necessidade de auxílio para realização de atividades cotidianas, especialmente dentre os idosos mais velhos e de renda mais baixa (CHAIMOWICZ, 2013, p. 23)

Este autor diz que os custos para a internação são uma demanda que só cresce e a oferta de serviços públicos semelhantes aos asilos é basicamente nula. O que, nessa perspectiva desenha um futuro sombrio, diante das inúmeras necessidades financeiras que são caracterizadas por elevada presença de doenças crônicas, alto índice de desemprego e trabalho informal e a capacidade reduzida de poupar para o futuro (CHAIMOWICZ, 2013).

Nesse sentido, vale ressaltar que o fato de muitas famílias se dissolverem, e que as que se constituem optam por ter menos filhos, cria a redução da disponibilidade de pessoas disponíveis para o futuro, uma vez que a população envelhecerá sozinha, com menos recursos próprios e que receberá, mantidas as atuais tendências, precário suporte formal do governo e informal de suas famílias (CHAIMOWICZ, 2013).

Essa explosão de idosos “mais idosos” na visão de Chaimowicz (2013) aumentará de forma desproporcional as demandas sociais e de saúde, o que levará certamente a um rearranjo social e familiar para dar conta dessa demanda.

Em suma, o envelhecimento saudável somente será uma realidade tangível para os idosos brasileiros quando a aplicação dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação da saúde passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia de forma contínua, geral e intensiva.

5.2 Senilidade

A saúde e a qualidade de vida são aspectos que merecem atenção especial em qualquer faixa etária. No que tange o grupo dos idosos, ainda existe uma forte influência de diversos fatores, quais sejam, físicos, psicológicos, sociais e culturais, de modo que, se dedicar a promoção da saúde do idoso significa considerar inúmeras variáveis de múltiplos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (ANDERSON *et al.*, 1998).

Fortalecendo esta ideia, Ciosak *et al.* (2011) afirmam que a prioridade na assistência ao idoso deve ser a manutenção da qualidade de vida, levando-se em consideração todos os processos de perdas naturais do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde.

Ciosak *et al.* (2011, p.1764) comentam que

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e de ter um estilo de vida ativo e saudável. No ser humano, esse fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas.

A senilidade é, portanto, um estado clínico produzido por diversas causas, onde há o declínio da capacidade cognitiva em conjunto às mudanças comportamentais, juntamente com a perda da capacidade de executar tarefas complexas.

No cotidiano, para evitar perdas cognitivas em idoso é importante o desenvolvimento de atividades físicas regulares, iniciada o quanto mais precoce melhor, a manutenção de uma dieta equilibrada, do ponto de vista do sódio e de lipídios, para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e ainda, o estímulo à atividade cerebral por meio de jogos, participação em atividades sociais e intelectuais, entre outras (NORDON *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, Nordon *et al.* (2009) mostram que a assistência ao idoso deve como já mencionado, priorizar a manutenção da qualidade de vida, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) o idoso pode apresentar alterações vasculares e doenças crônicas não transmissíveis que são fatores de risco para que o paciente desenvolva lesões, assim como também é a diabetes. A diminuição da altura, relacionado com a diminuição dos discos vertebrais também é fator para desenvolver a curvatura da coluna, a atrofia dos aparelhos locomotores, prejudicando assim, o apoio do paciente. A união de todos estes problemas de saúde causa altos índices de mortalidade nos idosos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 7) destaca que

Muitos idosos requerem acompanhamento constante. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas a outros agravos. Ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É no domicílio que a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente; é onde se estabelecem as relações interpessoais, permeadas por crises e conflitos. Nos momentos de doença, os membros da família necessitam de apoio, objetivando a superação, a adaptação e o crescimento nas relações de autoajuda e cuidado.

Nesse sentido, para Ciosak *et al.* (2011, p. 1766) ressaltam que “a existência e a amplitude desses problemas, considerados naturais no olhar da sociedade, é desencadeada por uma situação nem sempre planejada ou até mesmo trabalhada junto aos familiares”.

Com a nova situação, a estrutura e o cotidiano familiar, até então organizados dentro de determinados padrões, sofrem variações, principalmente pelo grau de limitação e dependência do indivíduo doente, se idoso. A necessidade de serviços de suporte para esses sujeitos sociais começa a surgir com uma grande premência na busca da redução precoce dos problemas de saúde.

Almeida (2010, p. 11-2) comenta que as ações de saúde realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

[...] ainda não incorporaram a promoção da saúde e o envelhecimento ativo como eixos estruturantes de suas ações voltadas para a pessoa idosa, em todas as suas dimensões do ser humano. O que se percebe, mesmo na vigência da equipe de saúde da família, é que o cuidar da pessoa idosa está mais voltado ao tratamento medicamentoso e ao incentivo as mudanças dos hábitos de vida, incluindo as caminhadas, a verificação da pressão arterial, o controle da glicemia, muitas vezes de forma descontextualizada do *habitat* desse idoso.

O profissional de saúde, para atender a necessidade de saúde do idoso, deve ter sensibilidade para compreendê-lo em seu contexto sociocultural e fortalecer a responsabilização e o entendimento de sua condição limitante, assim como, de suas potencialidades. O grande desafio para este milênio é construir uma consciência coletiva de forma a que tenhamos uma sociedade para todas as idades, com justiça e garantia plena de direitos.

5.3 Atenção primária à saúde

É importante compreender o conceito de atenção básica de saúde para entender a importância da relação desta para com o indivíduo idoso. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 19) a atenção básica de saúde é compreendida como

[..] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Sendo a atenção básica à saúde uma das portas de entrada do cidadão nos serviços de saúde, os serviços que oferecem as ações de promoção e prevenção de agravos devem conceber na dinamicidade os diferentes ciclos da vida e os problemas inerentes a cada momento da vida das pessoas dentro do seu contexto social.

Araújo, Brito e Barbosa (2008) questionam a eficiência da prática profissional dirigida ao idoso dentro da integralidade, com visão ampliada do processo relacional entre a saúde e a doença. O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema. Na prática, há escassez de profissionais especializados, na rede da atenção básica, para atender os idosos para que esses tenham a promoção do envelhecimento saudável e também a manutenção da capacidade funcional. Os idosos enfrentam filas para agendamento de consulta médica especializada, para de exames e de internação hospitalar, quando necessária.

A intervenção terapêutica ao idoso requer aprendizado e conscientização, que se desenvolve por meio de trocas de saberes entre os atores envolvidos. Tal envolvimento orienta-se pela relação dialógica, respeitando, assim, o indivíduo e seu processo histórico (ASSIS, 2002 *apud* ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008, p.124).

As ações educativas são fundamentais para que o idoso adquira autonomia para o seu envelhecer saudável. Nos serviços de saúde ainda predominam as ações curativas centradas no modelo biomédico. O profissional de saúde transmite o seu saber para os pacientes como receita pronta, não existindo espaço para manifestações pontuais a serem respondidas. Há necessidade de se trabalhar com práticas pedagógicas onde o usuário participe ativamente do seu processo saúde doença (CALDAS, 2003 *apud* ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

Araújo, Brito e Barbosa (2008, p.124) concluem que

[...] 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.

Correa, Freires e Lucena (2015) comentam que, o modelo de atenção à saúde existente não atende a contento aos idosos na totalidade dos seus problemas. Os problemas de saúde do idoso, além de serem de longa duração, necessitam que a equipe de saúde seja qualificada e tenha suporte de especialistas para ofertar uma atenção sem risco.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi elaborada com a finalidade de ofertar atividades que visem à melhoria da atenção à saúde do idoso e diminuir a prevalência das descompensações das DCNT em pacientes maiores de 60 anos, residentes no território da unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages do município Santo Antônio do Amparo.

6.1 Descrição do problema (terceiro passo)

Quadro 4 - Distribuição dos pacientes hipertensos pelos ACS do PSF Paulo Gonçalves Lage do Município Santo Antônio do Amparo 2017.

ACS	PC	PI	P HPA	PI HPA	PI A	PI HPA c
1	452	96	40	24	17	10
2	661	127	60	31	20	8
3	819	129	74	44	22	10
4	685	112	78	39	24	9
5	883	126	93	48	37	15
Total	3500	590	345	186	120	52

Legenda:

ACS- Agentes Comunitários de saúde

PC-Pacientes cadastrados

PI- Pacientes idosos cadastrados

P HPA- Pacientes hipertensos cadastrados

PI HPA-Pacientes idosos hipertensos cadastrados

PI A-Pacientes idosos analfabetos cadastrados

PI HPAC - Pacientes idosos hipertensos cadastrados controlados

Quadro 5 - Distribuição dos pacientes diabéticos pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages do município Santo Antônio do Amparo. 2017.

ACS	PC	PI	P DM	PI DM	PI A	PI DM c
1	452	96	12	6	17	3
2	661	127	22	14	20	7
3	819	129	33	17	22	6
4	685	112	36	15	23	5
5	883	126	41	23	38	10
Total	3500	590	144	75	120	31

Legenda:

ACS- Comunitários de saúde

PC- cadastrados

PI- Pacientes idosos cadastrados

P DM- Pacientes diabéticos cadastrados

PI DM-Pacientes idosos diabéticos cadastrados

PI A-Pacientes idosos analfabetos cadastrados

PI DMc - Pacientes idosos diabéticos cadastrados controlados

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários de saúde.

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados ao desenvolvimento de descompensações de doenças crônicas não transmissíveis em pacientes maiores de 60 anos (número de pacientes maiores de 60 anos número de pacientes hipertensos, número de pacientes diabéticos, número de pacientes maiores de 60 anos com DCNT analfabetos, número de pacientes controlados, não adesão ao tratamento e fatores de risco como: tabagismo, obesidade e dislipidemia). Os indicadores selecionados podem nos dar uma ideia da eficácia de ações que precisam ser feitas.

Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de informação e a realidade nas microáreas da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a equipe de saúde considerou os dados existentes na unidade sobre os pacientes idosos hipertensos e diabéticos cadastrados, descompensados ou não.

6.2 Explicação do Problema (quarto passo)

Dentro do Momento Explicativo, a tentativa de explicação da realidade do problema e tendo em conta o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência e os sintomas que o manifestam (Vetor de Descrição do Problema); o centro prático de ação, ou seja, deve poder agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa; e o centro oportuno de ação política durante o período do plano, foi selecionado os “**nós críticos**” do problema prioritário, a saber:

- Hábitos e estilos de vida inadequados,
- O baixo nível de conhecimento dos fatores de risco,
- A estrutura dos serviços de saúde,
- O processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencialista e curativista, constituindo-se assim a árvore do Problema.

É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços da Unidade Básica de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso.

Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado, além disso, é necessário buscar maior qualidade da atenção à saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam, e a integralidade da atenção, que compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social)

6.3 Identificação dos nós críticos (quinto passo)

- Hábitos e estilos de vida inadequados nos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis.
- Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco nos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis.
- Estrutura deficiente dos serviços de saúde para garantir o acompanhamento dos pacientes idosos.
- Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencialista.

6.4 Desenho de operações (sexto passo)

Quadro 6- Desenho de operações para os “nós críticos” do problema elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos atendidos na Unidade Básica de Saúde Paulo Gonçalves Lages 2016-2017.

Nó crítico	Operação-Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Diminuir em um 10% o sedentarismo, as práticas de alimentação inadequadas, o tabaquismo e alcoolismo. Cobertura médica de 75% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.	Programa de saúde na rádio de SMC Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis	Financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de

				saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
<p>Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco</p>	<p>Aumente seu conhecimento</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>População com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento sobre os riscos das complicações das mesmas.</p>	<p>Campanha educativa na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos.</p> <p>Cognitivo: Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos</p> <p>Político: Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)</p>
<p>Estrutura deficiente dos serviços de saúde</p>	<p>Melhor acompanhamento</p> <p>Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis</p>	<p>Assegurar consultas especializadas e garantir a referência das mesmas</p> <p>Garantir exames previstos para 70% da população com doenças</p>	<p>Exigir a Contrarreferência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF</p>	<p>Políticos: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados</p>

		crônicas não transmissíveis Garantir medicamentos para 80% da população com DCNT. Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado desses pacientes.	suficientes para conseguir o acompanhamento de 75% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura dos pacientes com DCNT.	e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura. Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos para melhorar os serviços
Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial		Cobertura médica de 75% de população com riscos de desenvolver complicações das DCNT.	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de complicações das DCNT (referência e contra referência)

6.5 Identificação dos recursos críticos (sétimo passo)

Quadro 7- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Paulo Gonçalves Lages. 2016-2017.

Operação Projeto	Recursos
Vida saudável	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Aumente seu conhecimento	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
Melhor acompanhamento	Políticos: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes e Compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura.
Linha de cuidado	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

6.6 Análise de viabilidade do plano (oitavo passo)

Quadro 8 - Proposta de ações para a motivação dos atores para realização do projeto de intervenção da unidade básica de saúde Paulo Gonçalves Lages, .2016-2017.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável Modificar estilos de vida inadequados	Econômico: ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar o Projeto de intervenção Educativa
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os	Financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos.	Perfeito municipal Secretário Municipal de	Indiferente Indiferente	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apresentar

riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis	Financiamento dos projetos. Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).	Saúde		o Projeto de intervenção Educativa.
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis	Político: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financeiro: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura.	Perfeito municipal Secretário Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	
Línea de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

6.7 Elaboração do plano operativo (nono passo)

Quadro 9- Plano Operativo para realização do projeto de intervenção em PSF Paulo Gonçalves Lages, 2016-2017.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida saudável	Diminuir em um	Programa de	Apresentar o	Medico	Início

Modificar estilos de vida inadequados	10% o sedentarismo, as práticas de alimentação inadequadas, o tabaquismo e alcoolismo. Cobertura médica aos 75% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequado	saúde na rádio de SMC Palestras aos grupos vulneráveis da população com DCNT	Projeto de intervenção Educativa.	Enfermeira e equipe do Núcleo de Apoio à Família.	seis meses Início em três meses.
Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis	População com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento sobre os riscos das complicações das mesmas.	Campanha educativa na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com DCNT.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Início em seis meses Início em seis meses Início em três meses
Melhor acompanhamento Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis	Assegurar a consulta especializada e garantir contrarreferência das mesmas Garantir exames previstos para 70% da população com doenças crônicas não transmissíveis Garantir dos medicamentos aos 80 % da população com DCNT Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.	Exigir a contrarreferência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 75% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura dos pacientes com doenças crônicas não		Diretora de Atenção Básica do Município e Secretário de saúde Secretário de saúde Diretora de Atenção Básica do	Início em três meses Início em dois meses Início em dois meses Início em seis

		transmissíveis.		Município	meses
Línea de cuidado Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura aos 75% de população com riscos de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados para a gestão de linha de cuidado		Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município	Início em três meses Início em seis meses Início em seis meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar na qualidade de vida da população idosa atendida. Este plano de ação abrange todas as operações a desenvolver para resolver o problema prioritário da população atendida no PSF Paulo Gonçalves Lages, vai garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

É uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, onde é fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas para garantir a qualidade de seu trabalho.

Consideramos importante realizar trabalhos nas comunidades, aplicando propostas de intervenção, tendo em conta a relevância dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.G. **Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba. 2010.25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

ANDERSON, M. I. P. *et al.* Saúde e qualidade de vida na terceira idade. RJ. Textos envelhecimento. **UnATI/UERJ**. v.1, n.1, p. 1-44, 1998.

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.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p. 557-581, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas**. População residente Censos, Contagem e projeções intercensitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. acessado em 13 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/GM/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em 13 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (Caderno de atenção básica, n.19).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

CIOSAK, S. I. *et al* . Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011.

CORREA, A. A.; FREIRES, F. C.; LUCENA, A. L. R. Assistência de enfermagem ao idoso em unidades de saúde da família. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. v.13, n.2, p.41-41, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **IBGE cidades** 2017. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santo-antonio-do-amparo/panorama>

MIRANDA, G. M.D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro; desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras. Geriatria e Gerontologia**. v.19, n.3, p. 507 -509, 2016.

NORDON, D.G. *et al*. Perda cognitiva em idoso. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**. v.11,n.3, p. 5-8, 2009.

TEIXEIRA, J. S. **Qualidade de vida, saúde e bem-estar: representações sociais de idosos de um centro de convivência na cidade de Juiz de Fora – MG**. Instituto de Ciências Humanas, 2013.173f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora.