

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

REGLA HERNANDEZ PONCE

**INTERVENÇÃO SOBRE A ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DALMO ROCHA RAPOSO EM IGREJA
NOVA - ALAGOAS**

MACEIO - ALAGOAS

2018

REGLA HERNANDEZ PONCE

**INTERVENÇÃO SOBRE A ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DALMO ROCHA RAPOSO EM IGREJA
NOVA - ALAGOAS**

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

MACEIO - ALAGOAS

2018

REGLA HERNANDEZ PONCE

**INTERVENÇÃO SOBRE A ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DALMO ROCHA RAPOSO EM IGREJA
NOVA - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Virgiane Barbosa de Lima – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 22/05/2018

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este trabalho a meus filhos por compreender a necessidade de estar distantes, por todo amor e alegria, por ser minha vida e a minha mãe especialmente, pela dedicação e paciência no cuidado de meus filhos, seu apoio incondicional e seu grande amor.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Adriano e a professora Virgiane Barbosa de Lima pela dedicação, apoio, orientação e compreensão durante este período.

A todos os profissionais da Universidade, pela oportunidade de participar deste curso sendo diferente de outros ensinamentos.

A equipe de saúde da unidade, que fizeram parte deste trabalho e especialmente as Agentes Comunitárias de Saúde por seu apoio constante.

A minha família por seu apoio a todo o momento.

RESUMO

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa é uma necessidade prioritária da Atenção Primária de Saúde assim como da equipe de Saúde da Família, pois esta influi positivamente nos cuidados da pessoa idosa. O presente trabalho objetivou propor um plano de intervenção para melhorar a atenção integral a Saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Dalmo Rocha Raposo (Quaresma) no município de Igreja Nova, no ano 2017. Para a realização dessa intervenção, serão planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço. Durante da intervenção serão avaliados um total de 370 idosos, ou seja, 100%. Além disso, realizamos a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, prescrição de exames complementares periódicos, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, cadastramento e visitas domiciliares dos idosos acamados ou com problema de locomoção, rastreamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, assim como a primeira consulta com ao cirurgião dentista, busca ativa dos idosos faltosos e avaliação do risco de morbimortalidade. Além da avaliação para a fragilização na velhice e da rede social. Serão utilizados todos os espaços como atendimentos individuais, coletivos e visitas domiciliares para realização de ações educativas sobre a alimentação saudável, prática regular de atividade física, saúde bucal, sobre os fatores de riscos no caso dos idosos hipertensos e diabéticos, assim como outros temas relacionados com as complicações e agravos destas doenças. As atividades desenvolvidas contribuíram com do desenvolvimento de uma atenção com qualidade para a promoção e prevenção da saúde dos idosos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT

Attention to the Health of the Elderly Person is a priority need of the Primary Health Care as well as the Family Health team, as this influences positively the care of the elderly person. The objective of this study was to propose an intervention plan to improve comprehensive health care for the elderly in the Dalmo Rocha Raposo Basic Health Unit (Quaresma) in the municipality of Igreja Nova in 2017. In order to carry out this intervention, actions will be planned in the axes Monitoring and Evaluation, Organization and Management of the Service. During the intervention, a total of 370 elderly people, or 100%, will be evaluated. In addition, we performed rapid multidimensional evaluation, appropriate clinical examination, prescription of periodic complementary exams, prescription of medications from the Popular Pharmacy, registration and home visits of the elderly in bed or with locomotion problem, screening for Hypertension and Diabetes Mellitus, as well as first consultation with the dentist surgeon, active search of the missing elderly and evaluation of the risk of morbidity and mortality. In addition to the evaluation for the fragility in old age and the social network. All spaces will be used as individual, collective and home visits to carry out educational actions on healthy eating, regular physical activity, oral health, risk factors in the case of hypertensive and diabetic elderly, as well as other related topics with the complications and aggravations of these diseases. The activities developed contributed to the development of quality care for the promotion and prevention of the health of the elderly.

Key words: Primary Health Care. Elderly Health. Chronic Noncommunicable Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão arterial Sistêmica
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas.....	17
Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas	29
Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas do problema Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas	30
Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano definido para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas”.....	31
Quadro 5 - Elaboração do plano operativo para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas”.....	32
Quadro 6 - Elaboração da planilha de acompanhamento das operações/projeto para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas”.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Breve síntese do município de Igreja Nova.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde de Igreja Nova.....	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família da UBS Dalmo Rocha Raposo do município de Igreja Nova.....	12
1.4 Definição dos problemas (Primeiro passo).....	16
1.5 Priorização de problemas (Segundo passo).....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
6.3 Terceiro passo.....	27
6.4 Quarto passo.....	27
6.5 Quinto passo.....	28
6.6 Sexto passo.....	29
6.7 Sétimo passo.....	30
6.8 Oitavo passo.....	31
6.9 Nono passo.....	32
6.10 Décimo passo.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.3 Breve síntese do município de Igreja Nova

O município de Igreja Nova pertence ao estado de Alagoas ocupando 427.029 km² de área e onde vivem 24.793 habitantes estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2017 (IBGE, 2016). Igreja Nova localiza-se na mesorregião leste do estado de Alagoas e na microrregião de penedo, fazendo limites com os municípios de Penedo, Porto Real do Colégio, Propriá, São Sebastião e Junqueiro (IBGE, 2016).

Igreja Nova é um dos municípios mais antigos de Alagoas e tem sua história ligada à exploração do Rio São Francisco por pescadores onde se originou Penedo, posteriormente denominado Triunfo originando o povoado de Ponta das Pedras sendo que este futuramente passou a se chamar Oitizeiro no século XIX. Posteriormente fundou-se a capela para se realizar orações a São João Batista, o atual padroeiro do município. Após um desmoronamento no ano de 1908 frades alemães e moradores reconstruíram o local propondo um novo templo católico que se chamou Igreja Nova, nome da cidade na atualidade, cujo nome foi fixado em 1928. (IBGE, 2017).

A economia do município de Igreja Nova está vinculada a produção agrícola no Estado como o arroz Cana-de-açúcar, a Banana, coco-da-baía, Fava, Fumo, Laranja, Mandioca, Manga, Milho, dentre outros. A região ribeirinha de São Francisco teve um desenvolvimento significativo pela participação em projetos de piscicultura em parceria com a Companhia de Desenvolvimento do Vale São Francisco (CODEVASF) e pelo trabalho na indústria de grande porte conhecida como usina Marituba, do Grupo Carlos Lybra. Já a cultura em Igreja Nova, deve-se ressaltar a forte tradição que mais movimenta a região que é o festival de música, festas religiosas e grupos de congado além do carnaval, sendo antiga tradição dos mascarados (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde de Igreja Nova

Em relação aos serviços de saúde, verificou-se que a população de Igreja Nova é dependente em sua totalidade dos serviços em saúde proporcionados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços são prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Maternidade, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Laboratório de análises clínicas.

Dentre as UBS existentes em Igreja Nova, seis delas estão localizadas em zona rural com relativa distância entre elas e entre as residências dos usuários. Um dos problemas que o município enfrenta é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

A estrutura de saneamento básico na comunidade encontra-se significativamente insuficiente para atender a população, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, onde há predomínio da utilização de fossas e outros destinando estes resíduos a céu aberto e à coleta de lixo o que se completa com parte da comunidade vivendo em moradias bastante precárias. Já em relação ao abastecimento de água no domicílio em Igreja Nova, cerca de 70% da população serve-se de água oriunda da rede pública, e os demais a adquirem em poços e nascentes.

1.3 A Equipe de Saúde da Família da UBS Dalmo Rocha Raposo do município de Igreja Nova

A UBS Dalmo Rocha Raposo (Equipe de Saúde da Família/ESF 01) localiza-se na comunidade Quaresma da zona rural de Igreja Nova sendo responsável por 784 famílias que possuem 3044 usuários atendidos pela equipe de Saúde da Família. A UBS atualmente está equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe de saúde.

Os serviços são prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Maternidade, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Laboratório de análises clínicas.

Dentre as UBS existentes em Igreja Nova, seis delas estão localizadas em zona rural com relativa distância entre elas e entre as residências dos usuários. Um dos problemas que o município enfrenta é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

A estrutura de saneamento básico na comunidade encontra-se significativamente insuficiente para atender a população, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, onde há predomínio da utilização de fossas, ou outros, destinando estes resíduos a céu aberto. Somando-se esta situação, além da falta da coleta de lixo existe parte da comunidade vivendo em moradias bastante precárias. Já em relação ao abastecimento de água no domicílio em

Igreja Nova, cerca de 70% da população serve-se de água oriunda da rede pública, e os demais a adquirem em poços e nascentes.

Quanto aos fatores que dificultam o processo de trabalho da equipe é a falta de recursos para a prestação de serviços para a comunidade, como por exemplo, a distância geográfica, a falta de hospitais, pronto atendimento, clínicas, farmácias ou outros comércios para servir a população que vive na área de abrangência da equipe. Um exemplo de problema vivenciado pelos profissionais da equipe são os exames laboratoriais, que não são realizados na UBS Dalmo Rocha Raposo. Assim, após consulta, o usuário sai da UBS com o pedido médico em mãos e para sua realização é necessário se deslocar até Igreja Nova utilizando transporte público. Muitas vezes, existem usuários que retornam na unidade para nova consulta sem realizar exames solicitados e declaram a falta de tempo ou dinheiro para este investimento. Por outro lado, mesmo que os exames sejam realizados, há uma relativa demora no retorno dos resultados, assim como nas consultas especializadas que são encaminhadas pelos profissionais da equipe. Neste caso, a comunicação com os serviços de atenção secundária e a contrarreferência que deveria acompanhar o paciente, além de uma relativa demora, não acontece e ao retornar ao consultório do médico a informação que o profissional tem acesso, limita-se ao que o usuário pode informar.

Outro fator que interfere de forma negativa no processo de trabalho, se refere à estratégia de Saúde da Família (ESF), pois, a área de abrangência da equipe está dividida em sete microáreas onde estão registradas 3044 pessoas. Embora localizada em zona rural, o acesso para a equipe prestar seus serviços pode ser considerado bom em cinco povoados, já as outras duas o acesso é dificultado pela distância geográfica e pela falta de transporte, onde muitas vezes os profissionais precisam pagar algum carro para este deslocamento e quando não ocorre o usuário acaba ficando sem o devido cuidado que a equipe pode prestar.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como auxiliar e complementar do trabalho da equipe de saúde da família está sendo composto em Igreja Nova e segundo os gestores sua implantação depende da contratação dos devidos profissionais para o funcionamento definitivo. Outro apoio para prestar o cuidado é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que muitas vezes ajudam a equipe em suas necessidades relacionadas ao sofrimento mental e que funciona em Igreja Nova. O problema é que para ter acesso a esta ajuda, o deslocamento das comunidades rurais para a cidade é um pouco dificultado, pois, o serviço de transporte é

disponibilizado somente para a secretaria de saúde, e muitas vezes precisa contar com a ajuda voluntária da psicóloga que atende o município.

A falta do prontuário eletrônico também interfere negativamente no processo de trabalho, pois, os pacientes dependem de receber o encaminhamento médico e em seguida procurar a secretária de saúde do município para proceder ao agendamento de consultas ou outros procedimentos, ficando o paciente em filas de espera. Faltam também os exames auxiliares do diagnóstico, como os de imagem como a ultrassonografia, a tomografia, Raios-X, EEG e Mamografia. No caso destes exames quando o paciente precisa de agendamento e transporte para a cidade de Igreja Nova, enfrenta problemas conforme citado anteriormente. Além disso, há a falta dos grupos operativos, que prejudicam substancialmente o trabalho preventivo que a equipe pode proporcionar na UBS.

Até este momento a equipe trabalha com a falta de dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ficando dois povoados mais distantes em falta do trabalho desses trabalhadores desde o mês de dezembro do ano de 2017. Este fato vem contribuindo com a demanda espontânea que faz parte do cotidiano dos profissionais da equipe Dalmo Rocha Raposo, pois, os usuários não contam com as visitas domiciliares e a equipe sem informações sobre os estado dos usuários sob sua responsabilidade.

Por outro lado, a equipe conta com o apoio de ferramentas como as visitas domiciliares nas demais microáreas, que funcionam como ponto facilitador para o serviço prestado, porque a mesma vai até os usuários idosos que ficam em casa, acamados e demais usuários que necessitem de atendimento domiciliar. Além disso, a equipe embora trabalhe sobrecarregada pela falta dos dois ACS é relativamente unida e possui criatividade suficiente para realizar o trabalho. Assim, os profissionais conseguem realizar seu trabalho, organizando seu processo de trabalho sempre se reunindo para planejar as ações como as atividades diárias da equipe, cronograma, composição da agenda, palestras aos usuários, etc.

Para os serviços de urgência, a equipe presta os primeiros atendimentos e depois se necessário for o paciente é encaminhado para outra unidade de saúde como o hospital de Igreja Nova e o transporte para este serviço é o mesmo utilizado para visitas domiciliares e o que serve a secretaria de saúde de Igreja Nova.

Na área de abrangência da equipe Dalmo Rocha Raposo, as doenças mais frequentes estão diretamente ligadas ao aparelho circulatório, decorrentes do descontrole da hipertensão arterial e o diabetes, associados a fatores de risco como hipercolesterolemia, sedentarismo, estresse, sofrimento mental, alcoolismo e problemas sociais.

Após a estimativa rápida realizada pelos profissionais da equipe Dalmo Rocha Raposo verificou-se a presença de um número bastante expressivo de idosos, acamados ou que vivem praticamente confinados em casa carentes de atenção à saúde, por vezes descompensados pelo acometimento do diabetes, úlceras de pé diabético e até amputados. Alguns deles diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), outros com dificuldades visuais, auditivas, quase sempre sem tratamento e conhecimento de suas doenças. Esses idosos muitas vezes permanecem sozinhos em casa boa parte do tempo, pois, seus familiares passam o dia trabalhando e geralmente em regiões distantes de suas casas. A partir de então, conhecendo a realidade vivenciada pelos pacientes idosos sob-responsabilidade da equipe, a mesma reorganizou a agenda e vem planejando formas de ampliar ações para esta população visando ampliar o cuidado a este grupo. Através das visitas domiciliares, a equipe vem conseguindo levar orientações para melhorar o meio de vida e o bem-estar dos idosos e conseqüentemente sua qualidade de vida e controle das doenças. Já os idosos que ficam sob-responsabilidade dos familiares a equipe os orienta estimulando-os a dobrar a atenção sobre os aspectos preventivos que vão além da boa utilização dos medicamentos, orientando sobre curativos e especialmente a dieta. Na UBS, a equipe vem aproveitando a sala de espera para realizar pequenos lembretes e palestras, pois embora nas segundas-feiras o atendimento tenha sido reservado aos idosos, a demanda espontânea sempre conta com a presença de pacientes acima dos 60 anos precisando de atendimento médico. Este foi o problema escolhido pelos profissionais equipe Dalmo Rocha Raposo, para propor uma intervenção visando ampliar as ações, avaliar e monitorar os resultados das mesmas, bem como avalia-los, objetivando melhorias na qualidade de vida dos idosos que vivem naquele território.

Tendo cursado medicina, e sendo de nacionalidade cubana, iniciei o trabalho de médica na equipe de saúde Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas em 18 janeiro de 2017 por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil e pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013. Conforme a portaria, com a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil o profissional estrangeiro deve ser matriculado em um curso de modalidade a distância, para cumprir o referido edital. Assim, fui matriculada no Curso de Especialização Gestão do

Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF), da Universidade Federal de Minas Gerais, para, conforme o programa, aperfeiçoar médicos em políticas públicas de saúde e atuar na organização e funcionamento do SUS do Brasil (BRASIL, 2013). Neste curso, a disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde, mostra como construir o plano de ação em saúde a partir da construção do diagnóstico situacional de saúde, permitindo reconhecer o modo de vida dos usuários, a forma de trabalhar, relacionar, adoecer, etc. Para subsidiar o diagnóstico foram utilizados os registros da equipe além dos prontuários dos usuários adscritos, o que contribuiu e permitiu a interpretação da realidade pela equipe de saúde, as necessidades da população, o perfil da comunidade, permitindo o planejamento de ações em saúde visando a melhoria dos serviços ofertados aqueles usuários.

A equipe de saúde Dalmo Rocha Raposo, realizou o diagnóstico de saúde da sua área de abrangência, em busca de melhorar o cuidado prestado aos usuários adscritos, tendo para isto construído o diagnóstico. Assim, tendo em mão informações importantes sobre o território e seus usuários, selecionou os problemas mais frequentes e os priorizou, de forma a enfrentar cada um por vez e conforme a capacidade da equipe de enfrenta-los. Foi então necessário construir os passos do planejamento, necessitando iniciar pela definição de problema.

1.4 Definição dos problemas (Primeiro passo)

De acordo com Itiro Lida (1993), para solucionar um problema, é necessário entender e interpretar seu contexto, para depois agir sobre a causa de maneira efetiva, evitando uma solução parcial daquele problema, o que resulta em problemas futuros necessitando gerar imprevistos.

A equipe de saúde deve conhecer as causas e suas consequências dos problemas de saúde que são mais comuns no território onde atua para depois propor um planejamento em saúde. Identificados os problemas do território, estes, devem ser descritos, explicados e definidas as prioridades para resolvê-los e assim propor um plano de ação. O método da Estimativa Rápida utiliza de curto espaço de tempo e/ou dinheiro na coleta de informações importantes para a elaboração do plano de ação, gerando resultados rápidos, avaliando os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde, com a vantagem de apresentar abordagem e rápida e eficiente com baixo custo, contribuindo com a participação da comunidade, bem como facilitando o trabalho intersetorial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

A Equipe de saúde N° 1 da Unidade Básica de Dalmo Rocha Raposo realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência da comunidade Quaresma mediante a identificação de dados coletados considerando somente aqueles pertinentes e necessários. Foi utilizado o método da Estimativa Rápida e a participação da própria população para levantar informações sobre as condições e as especificidades locais através dos registros escritos existentes na UBS, fontes secundárias e entrevistas com informantes-chave, utilizando roteiros e observação ativa da área.

Problemas identificados na área da comunidade Quaresma

1. Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas.
2. Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
3. Alta porcentagem hipercolesterolemia em pacientes do Programa de Hiperdia
4. Alta porcentagem de hipertensão arterial e diabetes com inadequada adesão ao tratamento
5. Alta porcentagem de pacientes psiquiátricos.
6. Violência e agressões por arma de fogo.
7. Maus hábitos alimentares/ dietéticos
8. Alto índice de analfabetismo.
9. Água de consumo da população sem tratamento.
10. Ausência de redes de esgotos.

Depois de levantados os problemas, selecionou-se o deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas no território da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova/Alagoas, como o principal problema de saúde a ser trabalhado pela equipe; tendo em conta que é uma necessidade prioritária da Atenção Primária de Saúde, a partir desse problema foi necessário elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o atendimento a estes pacientes, seguindo o modelo apresentado na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família.

1.5 Priorização de problemas (Segundo passo)

A planilha seguinte foi elaborada pela Equipe de saúde a partir do diagnóstico situacional das condições de saúde e doença da área de abrangência da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova/ Alagoas.

Principiais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas	Alta	07	Parcial	01
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	06	Parcial	02
Alta porcentagem hipercolesterolemia em pacientes do Programa de Hiperdia	Alta	05	Parcial	03
Alta porcentagem de hipertensão arterial e diabetes com inadequada adesão ao tratamento	Alta	04	Parcial	04
Alta porcentagem de pacientes psiquiátricos.	Alta	03	Parcial	05
Violência e agressões por arma de fogo.	Alta	03	Parcial	05
Maus hábitos alimentares/ dietéticos	Alta	03	Fora	06
Alto índice de analfabetismo.	Alta	03	Fora	07
Água de consumo da população sem tratamento.	Alta	02	Fora	08
Ausência de redes de esgotos.	Alta	02	Fora	09

Fonte: Própria autora

Pela priorização dos problemas a equipe selecionou o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas” por elaborar o projeto de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica, pois na equipe de saúde Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas encontra-se um número considerável de idosos que sofre de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes e que estão sem o acompanhamento adequado.

O envelhecimento proporciona a redução gradual da capacidade funcional de forma progressiva resultando em incapacidade funcional e dependência o que significa redução das suas habilidades, para executar as funções e atividades do dia a dia. Trata-se de alterações variadas inclusive psicológica e cognitiva prejudicando gradualmente a adaptação do idoso ao meio ambiente, favorecendo patologias e eventualmente a morte (FERREIRA *et al.*, 2012). No momento ainda não são aplicadas pelo governo estratégias efetivas de prevenção e tratamento das doenças crônicas e degenerativas onde as sequelas das mesmas produzem incapacidades e redução da qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

No contexto da UBS Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas é importante esta intervenção dirigida à saúde dos idosos, pela necessidade de cuidados continuado, atenção humanizada e ações de controle das doenças crônicas, pois, na unidade, embora algumas ações sejam propostas, ainda não existem estruturação e organização do atendimento, resultando na falta de resultados positivos até o momento. Assim, a equipe da UBS Dalmo Rocha Raposo realizou a análise dos problemas levantados no diagnóstico situacional e considerou que no nível local existem recursos humanos e materiais para esta proposta neste momento.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas no território da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas.

4 METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Dalmo Rocha Raposo do Município de Igreja Nova. Para a sua elaboração foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Estimativa Rápida para determinar o problema prioritário que pode ser enfrentado neste momento conforme estudado na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF). Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema em trabalhos científicos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, dentre outros. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Atenção Primária à Saúde.

Saúde do. Idoso.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A baixa taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida resultaram no aumento expressivo da população de idosos, cujo envelhecimento, resulta em redução das atividades funcionais e aumento de enfermidades (CAMACHOI; COELHO, 2010). Sendo um processo, o envelhecimento humano ocorre gradativamente, envolve aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento. De outro lado, no Brasil, vem se observando os prejuízos físicos, sociais, cognitivos e emocionais, perdas sociais, financeiras e fisiológicas (KREUZ; FRANCO, 2017).

Observa-se ainda que os mesmos idosos vêm convivendo com a falta de assistência à saúde e lazer, sendo submetidos à internações em hospitais ou asilos, além de dificuldades de obter assistência pelos planos de saúde. Assim, a falta de informação, preconceito e desrespeito aos cidadãos idosos, está associada à precariedade considerável nos investimentos públicos para promover o cuidado às necessidades específicas destes idosos. Para humanizar o cuidado prestado ao usuário do serviço de saúde, o trabalho de Lima *et al.* (2010) considera que

[...] O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, hoje ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006 apud LIMA *et al.*, 2010, p. 868).

Ainda conforme esses autores, o Sistema Único de Saúde (SUS), além de investir na formação dos profissionais de saúde para tratar este público, proporciona um novo modelo assistencial promovendo a humanização na assistência à saúde através da promoção de sua equidade e integralidade (LIMA *et al.*, 2010).

De acordo com Côrte *et al.* (2017), a descentralização requer dos gestores das 3 esferas de governo uma reflexão sobre os serviços a serem prestados ao usuário nesta fase da vida. Devido ao aumento da demanda pela assistência especializada, ou mesmo para se incorporar novas tecnologias aos serviços, deverá ser considerado o aumento dos custos financeiros para se proporcionar o cuidado, as despesas médico-hospitalares, bem como atividades preventivas e curativas.

Quanto às políticas de saúde voltadas para o idoso, seu início ocorreu quando, atendendo ao pedido do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde realizou a revisão do processo normativo do SUS, partindo da observação da ampla diversidade e diferenças do país (BRASIL, 2007). Esta nova norma propõe a construção de um modelo de atenção contemplando os princípios do SUS passando a contemplar,

[...] a responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social. Entre as prioridades discutidas e consideradas prioritárias pelos secretários estaduais de saúde, citamos: o compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos estados; e a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde (BRASIL, 2007, p.115).

Ainda conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) os resultados pioneiros obtidos pelo Pacto da Saúde descrito na Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, onde estão definidas as diretrizes operacionais contemplando a saúde do idoso entre os programas a serem desenvolvidos nos municípios. A pactuação se deu com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS, pela maior efetividade, eficiência e qualidade das respostas das ações. Assim, ficaram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (BRASIL, 2007). Quanto ao Pacto pela Vida 2006 ficaram definidas seis prioridades onde,

[...] saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2007, p. 120).

O capitalismo determinou que a velhice remetesse o indivíduo a um local às margens na existência humana, caracterizada pela perda de valores sociais ou dos seus potenciais evolutivos e por não gerar riqueza. O envelhecimento passa por diversas situações, onde fica reduzida a possibilidade de sobrevivência, a aparência e o comportamento são modificados, assim como a experiência e nos papéis na sociedade. Assim, na formação do idoso, são evidenciadas experiências e características particulares resultantes da vivência, onde cada

indivíduo possui maior dimensão e complexidade que outros (MENDES *et al.*, 2005). Neste mesmo trabalho, Mendes *et al.* (2005) se refere ao envelhecimento como um processo onde:

[...] As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar (LEITE, 1995 apud MENDES *et al.*, 2005, p. 424).

O Estatuto do Idoso, que contemplou leis anteriores é entendido como uma ferramenta contendo normas e diretrizes foi editado no ano de 2003 e é um documento que permite garantir acesso do idoso aos serviços de saúde e destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos e garantindo a atenção integral à saúde do idoso através do Sistema Único de Saúde (SUS), ficando assegurado o acesso universal e igualitário, onde as ações e serviços devem ser contínuos proporcionando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive cuidado nas doenças que afetam os idosos (BRASIL, 2003).

Além disso, conforme Justo; Rozendo (2010), o Estatuto do idoso é um texto onde,

[...] será tomado como uma produção de linguagem inserida num contexto, num cenário social no qual os falantes são dispostos em lugares específicos, mediados por relações de poder, tendo a velhice como referente principal. O Estatuto será entendido como um encontro de várias vozes, socialmente construídas, que falam da velhice, e ao falarem dela criam os sentidos pelos quais os sujeitos a reconhecem e se reconhecem como idosos (JUSTO; ROZENDO, 2010, p. 475).

Os problemas vivenciados pelos idosos são de natureza específica e as formas de resolvê-los devem ser encontradas em sua comunidade sempre que possível. Assim, faz-se necessário o prévio diagnóstico epidemiológico que permita o planejamento para o momento da prestação de serviços para idosos utilizando ações envolvendo a equipe multidisciplinar e multisetorial para manter o idoso vivo, independente, ativo e integrado em sua comunidade, através do estímulo à autonomia dada pela manutenção ou melhoria da qualidade de vida (GUIMARAES, 1987).

Considerando que o envelhecimento populacional, remete ao aumento de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes (CLOS; GROSSI, 2016), observa-se o alto custo da prestação do cuidado para este tipo de doença bem como a dificuldade de quem e como irá se cuidar destes idosos (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Estes autores referem que no Brasil

[...] a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais. A reorientação do modelo assistencial mediada pela ESF implica a coordenação com níveis de atenção secundário e terciário, além da expansão e fortalecimento da oferta de atenção básica (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011, p. 780).

Para Kuchemann (2012), a responsabilidade de se cuidar de um idoso é maior no que se refere às famílias do que do Estado brasileiro e assim sendo, a falta de recursos financeiros das mesmas impede a contratação de pessoas especializadas para atendimento domiciliar, ficando este serviço designado a um membro da família, geralmente mulheres que vivem próximo à residência ou com o idoso. A quantidade de idosos saudáveis e ativos em geral é maior que os que apresentam doenças, os quais necessitam com maior frequência e tempo de utilizar os serviços de saúde em busca de consultas medicamentos, exames complementares e hospitalização em decorrência de particularidades inerentes ao processo de envelhecimento, evidenciando fragilidades, emoções, estresse, etc.(PROCHET *et al.*, 2012, p. 331). Por outro lado, Vello *et al.*, (2014) esclarece que aos profissionais da atenção básica cabem,

[...] estimular a manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. Assim, as "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, e sim como possibilidade (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003 apud VELLO *et al.*, 2014, p.)

Os profissionais das equipes de saúde devem atualizar seus conhecimentos e relações compartilhando o cuidado, desafios e tarefas com o cuidador e familiares dos idosos. Além disso, estes profissionais devem estimular a autonomia e independência da pessoa idosa, o autocuidado principalmente os mais fragilizados ou com mínima possibilidade de cura, fornecendo a assistência individualizada, reduzindo as iatrogenias, envolvendo a família com planejamento e ações voltadas para a promoção do cuidado visando a melhoria da qualidade de vida(BORGES; TELLES, 2010). Para os autores, em relação à atenção no domicílio

[...] as pessoas idosas, em condições de fragilidade ou de maior vulnerabilidade, não comparecem com tanta frequência aos serviços de saúde, a modalidade de atenção domiciliária deve ser planejada, pela Estratégia de Saúde da Família, garantindo o vínculo com o sistema de saúde (DUARTE; DIOGO, 2004 apud BORGES; TELLES, 2010, p. 350).

Considerando o novo conceito de saúde, o cuidado ao paciente idoso, envolve uma abordagem holística característica do que vem sendo construído nas Estratégias de Saúde da Família(ESF), na tentativa de reorganizar e reestruturar o sistema público de saúde. Assim, para ser possível avaliar os idosos, as ações devem compreender o diagnóstico, a saúde física e mental, situação socioeconômica e a capacidade do autocuidado, que são fatores que refletem a capacidade funcional do idoso (BARBOSA *et al.*, 2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Após a estimativa rápida realizada pelos profissionais da equipe Dalmo Rocha Raposo verificou-se a presença de um número de idosos bastante expressivos, acamados ou que vivem praticamente confinados em casa carentes de atenção à saúde, por vezes descompensados pelo acometimento do diabetes, úlceras de pé diabético e até com membros amputados. Alguns deles diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), outros com dificuldades visuais, auditivas, quase sempre sem tratamento e conhecimento de suas doenças. Estes idosos muitas vezes sozinhos em casa, pois, seus familiares passam o dia trabalhando e geralmente em regiões distantes de suas casas. A partir de então, conhecendo a realidade vivenciada pelos pacientes idosos sob-responsabilidade da equipe, a mesma reorganizou a agenda e vem planejando formas de ampliar ações para esta população. Através das visitas domiciliares, a equipe vem conseguindo levar orientações para melhorar o meio de vida e o bem-estar dos idosos visando melhorar a qualidade de vida, controle das doenças. Já os idosos que ficam sob-responsabilidade dos familiares a equipe os orienta estimulando-os a dobrar a atenção aos aspectos preventivos e a boa utilização dos medicamentos, curativos e especialmente dieta. Na UBS, a equipe vem aproveitando a sala de espera para realizar pequenos lembretes e palestras, pois embora nas segundas-feiras o atendimento tenha sido reservado aos idosos a demanda espontânea sempre conta com a presença de pacientes acima dos 60 anos precisando de atendimento médico. Este foi o problema escolhido pelos profissionais da equipe Dalmo Rocha Raposo, para propor uma intervenção visando ampliar as ações, avaliar e monitorar os resultados destas ações objetivando melhorias na qualidade de vida dos idosos que vivem naquele território.

6.2 Quarto passo: explicação do problema

De acordo com Küchemann (2012), o aumento da expectativa de vida resulta em modificações culturais e em avanços quando se trata das condições de vida e saúde resultando em redução da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, e na melhoria dos hábitos alimentares e cuidado com o corpo. Já em relação ao idoso, há a possibilidade do acometimento por doenças degenerativas e crônicas, reduzindo autonomia. Para isto, a organização do serviço nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem demonstrado a

necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família (ESF) permitindo atendimento integral nas especialidades básicas de saúde. Este trabalho ocorre em um território previamente delimitado, utilizando os serviços de referências à saúde dos níveis de maior complexidade, confirmando que a saúde é um direito de cidadania, pois, conta com a organização da comunidade, participação e controle social daquela população (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

Esta proposta de intervenção foi dirigida ao cuidado prestado ao idoso adscrito no território da equipe Dalmo Rocha Raposo, onde existe atualmente 370 idosos cadastrados, constituindo um desafio proporcionar atendimento a estes usuários que até o momento não tem sido efetivo devido à falta de organização e estruturação do serviço como está estabelecido no protocolo do idoso. Além disso, a equipe verificou que os mesmos não têm hábitos e estilos de vida saudáveis e vivem em sua maioria acamados, baixa escolaridade, não aderem ao tratamento da hipertensão e/ou do diabetes, baixo nível sociocultural e de informação, que vem repercutindo negativamente sobre a saúde desta população. Pretende-se então, estabelecer e estruturar o atendimento do serviço, garantindo atenção integral, através da avaliação multidimensional e interdisciplinar para promover melhorias na qualidade de vida dos idosos adscritos.

6.3 Quinto passo: seleção dos nós críticos

Os nós críticos identificados para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas” foram:

- Falta de organização e estruturação do processo de trabalho, que no momento está inadequado para assistir os idosos adscritos.
- Falta de informação ou informação insuficiente a respeito da saúde do idoso pelos familiares e pelos próprios idosos.
- Falta de adesão ao tratamento
- Falta de estilo saudável de vida.

6.4 Sexto passo desenho das operações

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas foram:

Desenho de operações para os nós críticos do problema Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de organização e estruturação do processo de trabalho, atualmente inadequado para assistir os idosos.	Aumentar o cuidado Implantar a linha de cuidado para risco doenças crônicas/idoso e mecanismos de referência e contrarreferência	Assistir toda à população de idosos portadores de doenças crônicas	Implantar programas e atualizar a equipe para tratar doenças crônicas. Implantar o Protocolo do idoso	Organizacional: Adequação de fluxos; Cognitivo: Elaboração de projeto em a linha de cuidado e de protocolos; Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Falta de informação ou informação insuficiente a respeito da saúde do idoso pelos familiares e pelos próprios idosos	Saber envelhecer ampliar a atenção e qualidade do serviço Melhor saúde. Melhorar a estrutura do serviço de atendimento inclusive multidisciplinar	Reduzir o número de idosos obesos e acamados Aumentar em 60% a esperança de vida do idosos estimulando a qualidade de vida	Informar e esclarecer idosos e familiares da importância do acompanhamento nutricional e físico periódico, e da disponibilidade do serviço na unidade de saúde e da existência do Programa de Atenção ao Idoso.	Organizacional: Palestras nos círculos de avó. Cognitivo: Informação sobre o tema estratégia de comunicação. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos audiovisuais
Falta de adesão ao tratamento	Tratar da saúde: Aumento da informação entre idosos e familiares sobre fatores de risco e adesão ao tratamento farmacológico ou não	Idosos informados sobre risco de descompensação das doenças crônicas possíveis complicações	Programas implantados de palestras sobre doenças crônicas. Programa de capacitação de cuidadores/familiares e agentes de saúde	Organizacional: agenda adequada; Cognitivo: estratégias pedagógicas; Políticas: Mobilização social com articulação intersetorial; Financeiro: Aquisição de recursos educativos
Falta de estilo saudável de vida.	Ser saudável modificar hábitos e estilos de vida	Estimular adesão aos medicamentos e exames clínicos; reduzir a obesidade e sedentários/acamados e estímulo à alimentação adequada de carboidratos, lipídeos	Capacitação da equipe, apoio da equipe multidisciplinar; Reorganização do fluxo de exames e consultas especializadas compra de medicamentos; Programa de caminhada; Criação de	Político: estruturar o serviço; conseguir o local, mobilização social, intersetorial; Cognitivo: elaboração adequação; Informação sobre o tema; Organizacional: caminhadas, criação de círculos de avó;

		e outros pelo nutricionista.	círculo de avó; Programa dieta saudável; Palestras na UBS e domicílio.	Financeiro: aquisição de recursos educativos.
--	--	------------------------------	--	---

6.5 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas do problema Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova -Alagoas.

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”	
Operação/ Projeto	Recursos críticos
<p>Aumentar o cuidado Implantar a linha de cuidado para risco doenças crônicas/idoso e mecanismos de referência e contra referência</p>	<p>Organizacional: Adequação de fluxos; Cognitivo: Elaboração de projeto em a linha de cuidado e de protocolos; Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
<p>Saber envelhecer Ampliar a atenção e qualidade do serviço Melhor saúde. Melhorar a estrutura do serviço de atendimento inclusive multidisciplinar</p>	<p>Organizacional: Palestras nos círculos de avó. Cognitivo: Informação sobre o tema estratégia de comunicação. Financeiro: Para aquisição de recursos, folhetos educativos e meios audiovisuais.</p>
<p>Tratar da saúde: Aumento da informação entre idosos e familiares sobre fatores de risco e adesão ao tratamento farmacológico ou não</p>	<p>Organizacional: agenda adequada; Cognitivo: sobre estratégias pedagógicas; Político: Mobilização social com articulação intersetorial; Financeiro: Aquisição de recursos educativos.</p>

Ser saudável Modificar hábitos e estilos de vida	<p>Político: recursos para estruturar o serviço; Conseguir o local, mobilização social, intersetorial;</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de exames.</p> <p>Cognitivo: elaboração adequação; Informação sobre o tema; Organizacional: caminhadas, criação de círculos de avó; Financeiro: aquisição de recursos educativos.</p>
---	--

Fonte: Própria autora

6.6 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano definido para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”

Análise e viabilidade do plano definido para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”					
Operações/ Projetos	Recursos críticos		Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
			Ator que controla	Motivação	
<p>Aumentar o cuidado Implantar a linha de cuidado para risco doenças crônicas/idoso e mecanismos de referência e contrarreferência</p>	<p>Organizacional: Adequação de fluxos; Cognitivo: Elaboração de projeto em a linha de cuidado e de protocolos; Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>		Equipe de saúde e Secretário de saúde	Favorável	Não é necessária.
<p>Saber envelhecer Ampliar a atenção e qualidade do serviço Melhor saúde. Melhorar a estrutura do serviço de atendimento inclusive multidisciplinar</p>	<p>Organizacional: Palestras nos círculos de avó. Cognitivo: Informação sobre o tema estratégia de comunicação. Financeiro: Para aquisição de recursos, folhetos educativos e meios audiovisuais.</p>		Equipe de saúde e Secretário de saúde	Favorável e Indiferente	Apresentar o projeto À gestão
<p>Tratar da saúde: Aumento da informação entre idosos e familiares sobre fatores de risco e adesão ao tratamento farmacológico ou não</p>	<p>Organizacional: agenda adequada; Cognitivo: sobre estratégias pedagógicas; Político: Mobilização social com articulação intersetorial; Financeiro: Aquisição de recursos educativos.</p>		Equipe de saúde e equipe multidisciplinar	Favorável	Apresentar o projeto
<p>Ser saudável Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Político: recursos para estruturar o serviço; Conseguir local, mobilização social, intersetorial; Financeiro: aumento da oferta de exames; Cognitivo: elaboração adequação; Informação sobre o tema; Organizacional: caminhadas, criação de círculos de avó; Financeiro: aquisição de recursos</p>		Equipe de saúde e equipe multidisciplinar	Favorável	Apresentar projeto

	educativos.			
Aumentar o cuidado Implantar a linha de cuidado para risco doenças crônicas/idoso e mecanismos de referência e contra referência	Organizacional: Adequação de fluxos; Cognitivo: Elaboração de projeto em a linha de cuidado e de protocolos; Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Equipe de saúde e Secretário de saúde	Favorável	Apresentar projeto

Fonte: Própria autora

6.7 Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas”

Elaboração do plano operativo para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o cuidado Implantar a linha de cuidado para risco doenças crônicas/idoso e mecanismos de referência e contra referência	Assistir toda a população de idosos portadores de doenças crônicas	Implantar programas e atualizar a equipe para tratar doenças crônicas. Implantar o Protocolo do idoso	Reunião com a gestão e equipes de saúde e multidisciplinar	Enfermeira Médica ACS e Secretaria de saúde	Dois meses para o início das atividades
Saber envelhecer Ampliar a atenção e qualidade do serviço Melhor saúde. Melhorar a estrutura do serviço de atendimento inclusive multidisciplinar	Reduzir o número de idosos obesos e acamados Aumentar em 60% a esperança de vida do idosos estimulando a qualidade de vida.	Informar e esclarecer idosos e familiares da importância do acompanhamento nutricional e físico periódico, e da disponibilidade do serviço na unidade de saúde e da existência do Programa de Atenção ao Idoso.	Promover educação saúde através de grupos; Orientação sobre alimentação saudável.	Enfermeira Médica Aux. Enfermagem ACS	Início em quatro meses e término em seis meses
Tratar da saúde: Aumento da informação entre idosos e familiares sobre fatores de risco e adesão ao tratamento farmacológico ou não	Idosos informados sobre risco de descompensação das doenças crônicas possíveis complicações.	Programas implantados de palestras sobre doenças crônicas. Programa de capacitação de cuidadores/familiares e agentes de saúde		Coordenador de ABS Enfermeira	Início em três meses e termina em 12 meses.

Ser saudável: Modificar hábitos e estilos de vida	Estimular adesão aos medicamentos e exames clínicos; Reduzir a obesidade e sedentários/acamados; Estimulo à alimentação/ redução adequada de carboidratos, lipídeos e outros pelo nutricionista.	Capacitação da equipe, apoio da equipe multidisciplinar; Reorganização do fluxo de exames e consultas especializadas, compra de medicamentos; Programa de caminhada implantado. Criação de círculo de avó; Programa dieta saudável; Palestras na UBS e domicílio.	Apresentar projeto de para a equipe e equipe multidisciplinar	Médico Coordenador de ABS Enfermeira	Quatro meses
---	--	---	---	--	--------------

Fonte: Própria autora

6.8 Décimo passo: Acompanhamento das operações

Quadro 6 - Elaboração da planilha de acompanhamento das operações/projeto para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”

Planilha de acompanhamento das operações/projeto para o problema “Deficiente cuidado prestado aos idosos portadores de doenças crônicas sob-responsabilidade da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova /Alagoas”					
Operação Aumentar o cuidado					
Coordenação: Medico					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Implantar programas e atualizar a equipe para tratar doenças crônicas. Implantar o Protocolo do idoso	Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implantado e implementado em todas as microáreas.	Projeto em fase de elaboração	2 meses
Operação: Saber envelhecer e Melhor saúde					
Coordenação: Enfermeiro					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saber envelhecer ampliar a atenção e qualidade do serviço	Médico	6 meses	Programa a ser implantado e implementado.	Projeto em fase de elaboração	6meses
Melhor saúde. Melhorar a estrutura do serviço de atendimento inclusive multidisciplinar	Médico	3 meses	Programa a ser implantado e implementado.	Projeto em fase de elaboração	3meses
Operação: Tratar da saúde					
Coordenação: Nutricionista					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Tratar da saúde: Aumento da informação entre idosos e familiares sobre fatores de risco e adesão ao tratamento farmacológico ou não	ACS	9 meses	Projeto em fase de elaboração	Projeto em fase de elaboração	O mesmo
Operação : Ser saudável					
Coordenação: Coordenador da atenção básica					
Produtos	Responsável		Prazo Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Ser saudável Modificar hábitos e estilos de vida	Enfermeiro	2 meses	Projeto em fase de elaboração	Projeto em fase de elaboração	Início em 1 Mês

Fonte: Própria autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso desta proposta de intervenção depende da participação e empenho dos profissionais da equipe Dalmo Rocha Raposo em Igreja Nova - Alagoas e da equipe multidisciplinar. A qualidade de vida dos idosos sob-responsabilidade da equipe pode ser melhorada, a partir desta intervenção, pois, pretende-se estimular a redução dos fatores de risco modificáveis através da organização do processo de trabalho, da informação ao idoso e familiares sobre esta etapa da vida, qualidade da alimentação, uso dos medicamentos e redução do sedentarismo sempre que possível. Além disso, a equipe deverá reorganizar a agenda de forma a proporcionar reuniões entre a equipe e entre os idosos ou familiares, desenvolvendo a escuta qualificada, comunicação e vínculo.

A melhoria do cuidado ao idoso requer avaliação e monitoramento constante, e acompanhamento pelos profissionais de saúde da equipe e da equipe multidisciplinar para garantir orientações, monitoramento pelos ACS e acompanhamento das patologias.

Os recursos utilizados baseiam-se em ações propostas pela equipe para atingir um objetivo de cada vez, visando melhorar o cuidado através de as ações educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, estímulo e necessidade da modificação de hábitos resultando em aumento da estima e melhoria da qualidade de vida dos idosos. Com esta intervenção espera-se melhorar a compreensão dos pacientes sobre seu estado de saúde aderindo à terapia medicamentosa e não medicamentosa também necessária ao bem-estar do idoso.

REFERENCIAS

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, Ago. 2014.

BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010.

BRASIL. Casa Civil. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS/**Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007, 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº- 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=270320> >. Acesso: Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

CAMACHOI, A. C., L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar-abr. 2010.

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

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, Abr. 1997.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 24, n. 2, p. 395-406. 2016.

CÔRTE, B.; KIMURA, C.; XIMENES, M. A.; NÓBREGA, O. T. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.690-701, 2017.

FERREIRA, O. G., L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Set. 2012.

GUIMARAES, R., M. Proteção e saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 274-275, jun. 1987.

LIDA, Itiro. Planejamento estratégico situacional. **Prod.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 113-125, Dec. 1993.

JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 471-489, ago. 2010.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017.

KUCHEMANN, B., A.. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**. Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Abr. 2012.

LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**; v. 18, n. 4, p. 422-6. 2005.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr, 2011.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 2, p. 333-345, Abr. 2005.

PROCHET, T., C.; SILVA, M., J., P.; FERREIRA, D., M.; EVANGELISTA, V., C. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev Esc Enferm. USP**. v. 46, n. 1, p. 96-102. 2012.

VELLO, L. S.; POPIM, R. C.; CARAZZAI, E. M.; PEREIRA, M. A. O. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 330-335. 2014.

