

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DÉBORA DE FÁTIMA BIANCHI SCALDAFERRI OLORTEGUI

INTERVENÇÃO SOBRE O CUIDADO ENTRE IDOSOS
ADSCRITOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VITALINO FONSECA
EM MATOZINHOS /MG

Belo Horizonte– MG

2016

DÉBORA DE FÁTIMA BIANCHI SCALDAFERRI OLORTEGUI

**INTERVENÇÃO SOBRE O CUIDADO ENTRE IDOSOS
ADSCRITOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VITALINO FONSECA
EM MATOZINHOS /MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

Belo Horizonte– MG

2016

DÉBORA DE FÁTIMA BIANCHI SCALDAFERRI OLORTEGUI

**INTERVENÇÃO SOBRE O CUIDADO ENTRE IDOSOS
ADSCRITOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VITALINO FONSECA
EM MATOZINHOS /MG**

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

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Tomas pela sua forma compreensiva, companheira, que sempre teve um sorriso, um abraço e muito amor para me oferecer: elementos essenciais para que eu pudesse continuar quando a saudade e o cansaço batiam à porta do meu coração.

AGRADECIMENTOS

À coordenação do Programa de Saúde da Família e aos integrantes da Equipe de Saúde da Família de Matozinhos, pela preciosa colaboração;
Aos agentes comunitários de saúde, que aceitaram a minha companhia;
Ao meu marido Tomás, que me apoiou e mostrou a importância do seu companheirismo;
A minha filha Laura, pelas orientações sobre informática.

RESUMO

A falta de acompanhamento dos idosos é um problema importante e que os profissionais da atenção básica à saúde devem estar preparados para o enfrentamento em decorrência dos riscos e comorbidades associadas à redução da qualidade de vida no decorrer do envelhecimento. Níveis pressóricos e glicêmicos descompensados, a dependência, a falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos foram percebidos durante a consulta médica, atividades dos grupos operativos e de relatos dos ACS da equipe. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para melhorar a atenção a saúde dos idosos adscritos na Unidade Básica de Saúde Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG. Assim, foi realizado um estudo descritivo através de pesquisa bibliográfica e a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que visa particularmente os problemas de saúde de um determinado território, e a realidade que se pretende intervir. Elaborou-se assim, três operações com a finalidade de promover a mudança de hábitos e estilo de vida, informações sobre o medicamento e a importância da adesão, apoio psicossocial e maiores conhecimentos ao idoso e seus problemas. Observou-se a viabilidade do plano de ação, como favorável em todos os aspectos e as ações educativas como ferramenta principal. Sua implementação contribuirá com a melhoria da qualidade de vida dos idosos estimulando a interdependência, atividades físicas e alimentação saudável.

Palavras Chave: Estratégia Saúde da Família. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Atenção básica.

ABSTRACT

The lack of monitoring of the elderly is an important issue and that primary care professionals to health should be prepared to face as a result of risks and comorbidities associated with reduced quality of life during aging. blood pressure and blood glucose levels decompensated, dependence, lack of adherence to treatment and irregular use of drugs were discovered during medical consultation, activities of the operating groups and reports of the ACS team. The purpose of this was to develop an action plan to improve health care among elderly ascribed the Basic Health Unit Vitalino Fonseca in Matozinhos / MG. Thus, a descriptive study was conducted through literature review and use of the Situational Strategic Planning (PES) that particularly targets the health problems of a given territory, and the fact that it intends to intervene. It prepared well, three operations in order to promote changes in habits and lifestyle, information about the medicine and the importance of adherence, psychosocial support and greater knowledge to the elderly and their problems. We observed the viability of the action plan, as favorable in all aspects and educational activities as a tool main. Its implementation will contribute to improving the quality of life of older people encouraging interdependence, physical activity and healthy eating.

Key words: Family Health Strategy. Chronic Noncommunicable Diseases. Primary care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS -	Atenção Básica à Saúde
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CID -	Código Internacional de Doenças
DCNT -	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM -	Diabetes mellitus
ESF -	Equipe de Saúde da Família
HTA -	Hipertensão Arterial
INSS -	Instituto Nacional de Seguridade Social
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA -	Pronto Atendimento
PNPS -	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dados Infográficos de Matozinhos

Tabela 1 - População residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo

Quadro 1 – Priorização dos principais problemas da UBS Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos, M/G.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos/MG

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos/MG

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 MÉTODO	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE AÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Matozinhos é um município do estado de Minas Gerais cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015 era de 36.995 pessoas, habitando 252,280 km² de área territorial. (IBGE, 2014).

Localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, de onde está a 47 km distância, seus limítrofes são Pedro Leopoldo, Prudente de Moraes, Capim Branco, Esmeraldas, Baldim, Jaboticatubas e Funilândia.

De acordo com o site da Prefeitura de Matozinhos o povoado iniciou-se ao redor da Capela do Senhor Bom Jesus, cuja edificação se deu no local onde fora descoberta uma imagem do santo, entre ruínas de um antigo acampamento.

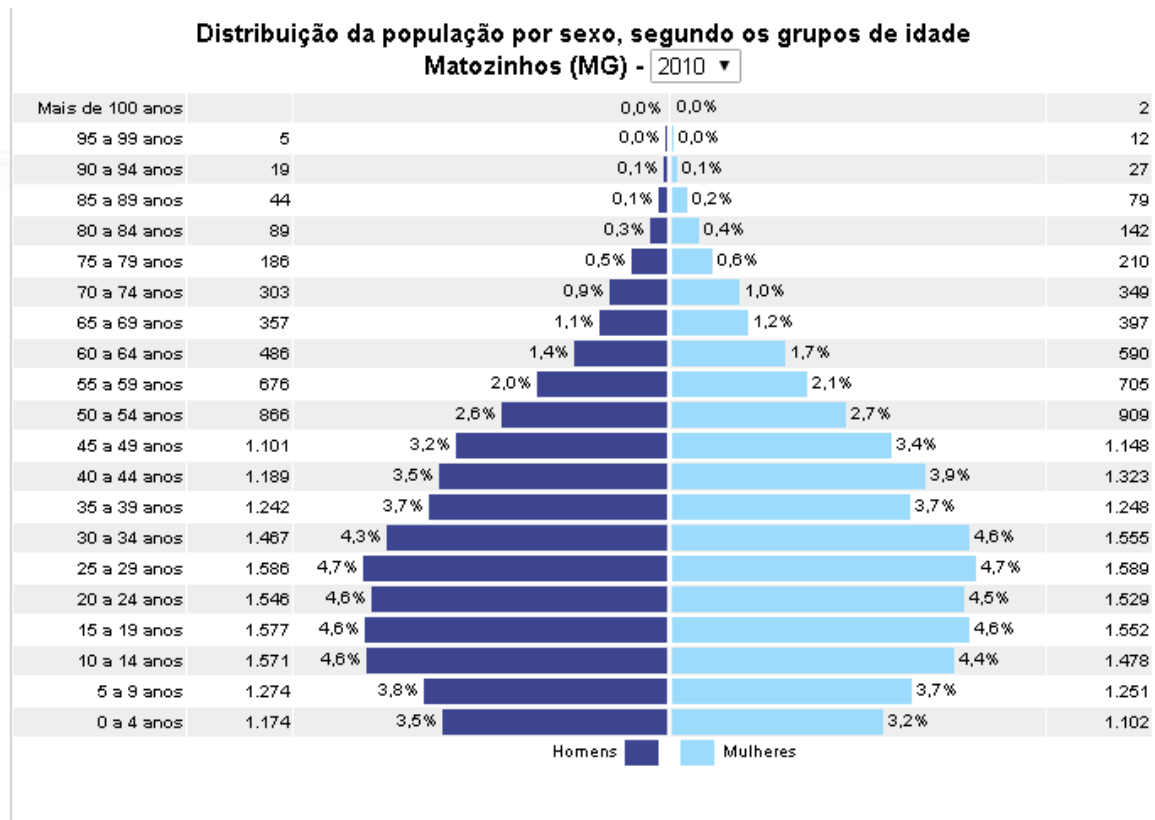
Considerada município a partir de 31 de dezembro de 1943, o aspecto montanhoso do município se deve ao fato de estar situado em um planalto, sendo o Pico da Roseira seu ponto mais elevado, com 1.011 metros de altitude.

Figura 1 – Dados Infográficos de Matozinhos



Fonte: <http://www.IBGE.gov.br/>

Tabela 1 - População residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo



Fonte: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

Em relação aos recursos para a saúde, no município de Matozinhos, são atendidas algumas especialidades como ginecologia, ortopedia, urologia, cardiologia, neurologia e pediatria, onde os profissionais funcionários do município. Já as demais especialidades são enviadas para a central de marcação e posteriormente encaminhadas para Belo Horizonte ou Sete Lagoas. No caso das gestantes o pré-natal é realizado nas unidades básicas ou em Pedro Leopoldo que é onde se encontra a maternidade de referência do município para partos, cesáreas e cirurgias em geral.

Para complementar o diagnóstico, grande parte dos exames laboratoriais são realizados no laboratório municipal e os que não forem possíveis são encaminhados para o laboratório particular do município através de convenio com o SUS, FUNED e hospital das clinicas. Além disso, existe no município um centro de especialidade bucal com funcionários pagos pelo município, assistência para dispensação de medicamentos em geral com presença de farmacêutico e um CAPS com psiquiatria e psicologia de atendimento pontual.

Em relação à atenção básica, em Matozinhos existem 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), conhecidas como Bom Jesus; Cruzeiro; Tonico Cota; Vista Alegre; Vitalino Fonseca; Centro; Progresso; Estação; CAIC e Mocambeiro, correspondendo a 100% de cobertura. Por outro lado, no município de Matozinhos existe um hospital que presta serviços particulares e conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que financia oito leitos destinados ao município (SUS). Além disso, funciona em Matozinhos um pronto atendimento público que presta serviços em saúde e com atendimento diário de urgência, clínica médica e pequenas cirurgias.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vitalino Fonseca está localizada no final da Rua Dona Bala no Bairro Floresta do Município de Matozinhos em Minas Gerais, possuindo sob sua responsabilidade 934 famílias, onde 338 usuários são idosos correspondendo a mais de 15% dos atendimentos da unidade, sendo que, destes 22 são acamados. A UBS encontra-se rodeada por uma quadra de esportes que pertencente à prefeitura, um lote particular do tipo fazenda e a um quarteirão da Igreja Católica de Santa Luzia.

Em relação à infra-estrutura da UBS Vitalino Fonseca, seu espaço físico é dividido entre 01 consultório de enfermagem e prevenção, incluindo banheiro; 01 consultório de clínica médica, pré-natal e puericultura (equipado com balança, sonar e fitas métricas), 01 sala de vacina, 01 sala de reunião, sala de dispensação de medicamentos, sala de curativo e pré-consulta, cozinha, recepção com arquivo, salão de espera na parte externa do posto e corredor de espera no interior do posto. A unidade funciona de 7:00 às 16:00 de segunda a sexta-feira, proporcionando os atendimentos agendados e da demanda espontânea, visitas domiciliares e grupos de fisioterapia, fonodialogia, nutrição, psicologia, diabéticos e hipertensão, com atividade semanal e atendimento individual, marcado em reunião mensal juntamente com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O espaço físico da UBS, permite cuidar dos usuários que vivem no território e que encontra-se dividido em 05 micro-áreas e um ponto importante é o fácil acesso das pessoas idosas e/ou obesas à unidade. Nas situações de urgência, a equipe presta os primeiros atendimentos e quando necessário os pacientes são encaminhados para o pronto atendimento sendo que o transporte para este serviço é a ambulância.

A rotina de trabalho na unidade de saúde Vitalino Fonseca é facilitada pela boa integração entre os membros da equipe, pelo acolhimento bem feito e a participação dos membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que prestam serviços em saúde na

própria UBS. Quando necessário e nos casos urgentes os exames de análises clínicas são coletados no pronto atendimento, e quando são complementares ao diagnóstico ou não urgentes é coletado no laboratório São Marcos que é particular mas presta serviço conveniado para o Sistema Único de Saúde (SUS) ou nos casos de maior complexidade pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário(CISREC), presente no município. Outros recursos disponíveis para o trabalho da equipe são os exames de imagem como o RX e ultrassom, cujo laudo é realizado pelo médico do Município. No caso deste último, existe a possibilidade de terceirização, porém não vem atendendo a demanda da equipe. Outro recurso disponível é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que funciona em sede própria e que por vezes atua como um pronto atendimento para os casos mais graves. A presença de grupos operativos na UBS visa a prestação de serviços também para a saúde do idoso sendo que os grupos existentes são: Hipertensão e Diabetes; Obesidade; Fisioterapia e palestra mensal e/ou semanal no salão paroquial da Igreja; As visitas domiciliares agendadas uma vez por semana; As reuniões de equipe para planejar as ações em saúde.

Em relação aos fatores que dificultam o processo de trabalho, podem ser citados a falta de profissionais para a limpeza da UBS no período da tarde e a falta de ferista de nenhum profissional; A falta do prontuário eletrônico e quando necessário o encaminhamento dos usuários ao especialista realizado através de um impresso próprio, com Xerox da identidade e comprovante de residência através da Central do SUS que funciona na secretaria (Central de marcação), depois de marcado, retorna à Unidade para ser arquivado pelo ACS; A falta quase que total de contra-referência, além do período de tempo para consultas especializadas no Município ser em média de 30 a 60 dias até doze meses se encaminhados a municípios conveniados; A demanda espontânea que a equipe ainda não conseguiu organizar e a alimentação os dados do SIAB que após consolidado pelo gerente da UBS e posteriormente envia os dados para serem alimentados pela secretaria de saúde.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2011, sendo convertida no mesmo ano na lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, mediante debates envolvendo a sociedade e tramitação no Congresso Nacional brasileiro (BRASIL, 2015). De acordo com o PMMB, os médicos estrangeiros que cursaram medicina no exterior poderiam trabalhar no Brasil, mediante matrícula em curso de especialização visando atualizar o profissional e na modalidade à distância. O Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), permite esta atualização e na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde os profissionais da equipe de

saúde aprendem a elaborar o plano de ação como ferramenta de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados no território a partir da realização do diagnóstico situacional.

Trabalho como médica na Unidade de Saúde Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG, desde 01/03/2015 após me inscrever no PMMB. Junto aos demais profissionais da equipe foi realizada a análise situacional do território sob sua responsabilidade, onde levantou-se os principais problemas de saúde vivenciados pelos usuários, que foram a hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus, câncer. Realizando a observação ativa do território e os registros da equipe, percebeu-se a significativa prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente a HAS e o diabetes mellitus entre idosos adscritos. Como na equipe já vem sendo realizadas palestras e grupos operativos relacionados à estas doenças, a equipe achou que poderia contribuir com ações educativas porém voltadas para esta faixa de idade. Em seguida, para este problema selecionado foi proposto um plano de ação visando a integralidade do cuidado, aumentar a adesão do idoso aos tratamentos pós diagnóstico, através do estímulo da autonomia e das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos, a dependência, falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos foram percebidos durante a consulta médica, atividades dos grupos operativos e de relatos dos ACS da equipe Vitalino Fonseca. Assim, para contribuir com a qualidade de vida dos idosos adscritos as ações propostas objetivam modificar os hábitos que interferem no quadro de saúde na tentativa de enfrentar o maior problema encontrado entre usuários adscritos ao território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para ser possível esta intervenção, foi realizada a análise da governabilidade da equipe sobre o problema, bem como os recursos disponíveis para esta investida, além do apoio dos profissionais da equipe e dos gestores envolvidos do município de Matozinhos.

Este projeto visa promover melhorias na qualidade de vida do idoso ativo, estabelecendo atividades semanais, abertura de agenda para realização das atividades, consultas médica e de enfermagem, que possam deixá-los mais informados sobre doenças e cuidados diários a serem tomados. Além disso, a partir da mobilização da equipe da unidade, população e equipe do NASF, serão propostas atividades como alongamentos e caminhadas, proporcionando aos idosos atividade física resultando em benefícios físicos e psicológicos, assistência farmacêutica e alimentar.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do problema se justifica pela descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos, dependência, falta de adesão a tratamento, o uso irregular de medicamentos, dentre outros, percebidos durante a consulta médica, na avaliação multidimensional do idoso pela equipe, atividades dos grupos operativos existentes na UBS e de relatos dos ACS da equipe Vitalino Fonseca em Matozinhos/MG.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção baseada em ações educativas para melhorar a atenção em saúde entre idosos adscritos na Unidade Básica de Saúde Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG.

4 MÉTODO

Para a realização da análise situacional no território da UBS Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG, utilizou-se o método da estimativa rápida, e que associado à observação ativa, permitiu que a equipe determinasse os principais problemas de acometem a população. Neste método não necessário definir a quantidade de pessoas afetadas, embora torne possível uma visão ampliada do território e de todos os problemas, dentre eles, os níveis pressóricos e glicêmicos descompensados, a dependência, a falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos percebidos durante a consulta médica, atividades dos grupos operativos e de relatos dos ACS da equipe Vitalino Fonseca. Dessa forma, a equipe levantou as informações que contribuiram para a elaboração do plano de ação partindo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para este trabalho, foi realizada a revisão bibliográfica, sendo que os artigos pesquisados constam nas bases de dados Scielo, BVS, sites do Ministério da Saúde e módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde disponível na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (Nescon), o que contribuiu para a percepção da necessidade deste trabalho e das intervenções ideais. Os artigos utilizados foram pesquisados em português e inglês com datas recentes e selecionados por estarem relacionados com o tema abordado e com os descritores: Estratégia Saúde da Família; Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Atenção básica.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos 50 anos, a população idosa praticamente dobrou somando mais de 15 milhões de brasileiros. Assim, “estima-se que, em 2025, a expectativa de vida no Brasil será de 74 anos”. (IBGE, 2002 apud MATOS; ARAÚJO, 2019, p. 512), ou em relação ao mundo, estima-se que no ano de 2050 existirão aproximadamente 2 bilhões de idosos e a maioria vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006). Ainda de acordo com o mesmo caderno,

[...]O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2006, p. 8).

A velhice pode ser descrita como período da vida, onde são prevalentes as “doenças crônicas não-transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social”(RAMOS et al, 2003 apud PINELLI, L., A., P. et al, 2005 p. 70). O número de idosos sendo crescente e embora vivam mais a tendência é apresentar maiores situações crônicas, estando este número relacionado à incapacidade funcional (ALVES et al, 2007). Porém, o idoso pode ser portador de uma ou mais enfermidades crônicas e mesmo assim, conservar sua autonomia e independência (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Por outro lado, sabe-se que cerca de 40% dos indivíduos na faixa de idade entre 65 anos ou mais,

[...]necessita de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (RAMOS et al., 1993 apud SILVESTRE; COSTA NETO, 2003, p. 840).

Os três principais marcos normativos para a proteção à saúde do idoso foram baseados na legislação para garantir o reconhecimento do direito à saúde do idoso e são eles:

[...]1. Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) – Dentre seus princípios, destacam-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa; a integralidade da assistência; e a fixação de prioridades com base na epidemiologia, regulamentando o direito à saúde, na forma de um sistema nacional hierarquizado e de proteção social. Inclui, ainda que não o mencione explicitamente, o cuidado e a promoção da saúde aos indivíduos da terceira idade.

2. Estatuto do Idoso – Instituído pela Lei 10741 de 1998, enfatiza a interface entre a intersetorialidade e o direito à saúde. No seu Artigo 24, por exemplo, reforça a estruturação do direito e da atenção à saúde dos idosos, por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

3. Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Instituída em 1999, em decorrência de medidas político-institucionais comemorativas do Ano Internacional do Idoso em 1998, fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica do SUS. Tem como propósitos basilares a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem; e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade(ACIOLE; BATISTA, 2013, p. 12).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi regulada pela Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 e tem como objetivo, desenvolver ações em saúde tanto no plano individual quanto no coletivo destinadas à promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Seu exercício deve ser desenvolvido a partir de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe e dirigidas à uma determinada população que vive num território delimitado, sendo que esta equipe assume a responsabilidade sanitária, levando em conta os aspectos do território onde vivem as pessoas. É o local que “utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território(BRASIL, 2006, p.12). Assim é de fundamental importância que as equipes de saúde diante da proposta integral e humanizada ao propor ações em saúde, procurem sempre manter o idoso no seio familiar e na sua comunidade na manutenção de seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003 apud VELLO et al, 2014).

Silvestre e Costa Neto (2003) descrevem que o profissional de saúde deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, procurando valorizar a bem mais a saúde, do que a doença e utilizando o trabalho interdisciplinar. Além disso, este profissional deve identificar os problemas de saúde prevalentes na sua área de abrangência e posteriormente, junto com as famílias, construir, um diagnóstico psicossocial evidenciando ou não situações de vulnerabilidade familiar, sendo necessária uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, numa visão humanizada, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com autores citados acima, na tabela 13 são listados alguns dos problemas de saúde do idoso em que a atuação dos Programas de Saúde da Família pode causar um impacto importante.

Tabela 13 – Idoso na Atenção Básica de Saúde – Características e demandas

Problema de saúde	Prevalência (p) incidência (i)	Impacto individual/familiar	Implicação operacional	Requisito	Resultado esperado
Inatividade crônica	p: 75%	Risco de dependência	Avaliar capacidade funcional	Programa de exercícios	↑ Qualidade de vida
Redução de função	p: 42%	Dependência funcional média	Avaliar causas reversíveis	Programa de reabilitação	Prevenção da dependência
Imobilidade	p: 4%	Dependência funcional grave, Risco para hospitalizações ou Institucionalização	Dx Considerar causas reversíveis	Programa de reabilitação	Prevenção de complicações e dependência
Desnutrição protéico-calórica e micronutrientes	Desnutrição Calórica: p: 20-30%	↓ Qualidade de vida pessoal ↑ Riscos	Dx	Programa de alimentação	↑ Qualidade de vida
Tabagismo	p: 18%	↓ Capacidade respiratória ↑ DBPOC, Ca, coronariopatias	Dx	Educação, programa de recuperação	↑ Qualidade de vida
Alcoolismo	p: 10-20%	↓ Qualidade de vida pessoal e familiar; Riscos	Dx	Educação, programa de recuperação	↑ Qualidade de vida
Maus tratos: negligência e abuso	p: 4-10%	↓ Qualidade de vida pessoal	Dx Detectar riscos	Educação familiar, denunciar suspeita	↑ Qualidade de vida
Acidentes (Quedas)	I: 20-30% ao ano	1ª causa de incapacidade entre os idosos	Avaliação pessoal, medicamentosa e ambiental	Controle dos riscos	↓ acidentes
Enfermidade oculta	p: 50%	↓ Riscos de Morbi-mortalidade	Dx	Triagem para alto risco	Controle precoce
Multipatologias	p: 10% mais que 5 crônicas	↓ Riscos de Polimedicação	Dx Reavaliação periódica	Estabelecer prioridades, controle	↑ Controle ↓ Fármacos ↓ Iatrogenia
Multifármacos	p: 11% mais que 4 fármacos	↓ Riscos de Iatrogenias	Reavaliação periódica	Estabelecer prioridades, Descontinuar desnecessários	↓ Fármacos ↓ Iatrogenia
Demência	p: 5%	↓ Qualidade de vida pessoal e familiar	Dx positivo Dx diferencial Dx etiológico	Referenciar para avaliação	Melhor controle ↓ Carga familiar
Depressão maior	p: 6-10%	2ª causa de incapacidade entre os idosos	Dx positivo Dx diferencial Dx etiológico	Rx	↑ Qualidade de vida
Isolamento	p: 10-15%	↓ Qualidade de vida e risco para	Dx	Educação, programa	↑ Qualidade de vida

Isolamento	p: 10-15%	↓ Qualidade de vida e risco para institucionalização	Dx	Educação, programa de recuperação	↑ Qualidade de vida
Hipertensão Arterial Sistêmica	p: 20-25%	↑ Riscos de morbimortalidade	Dx	Rx	↓ Prevenção de complicações e dependência
Hipertensão Sistólica Isolada	p: 35-40%	↑ Riscos de morbimortalidade	Dx	Rx	↓ Prevenção de complicações e dependência
Insuficiência Cardíaca Congestiva	p: 1,5-2,5%	1ª causa de hospitalização e re-hospitalizações em idosos	Dx	Referenciar para avaliação Rx	↓ Hospitalizações e re-hospitalização ↑ Qualidade de vida
Cardiopatía isquêmica	p: 10-20%	Principal causa de morte no idoso	Dx	Referenciar para avaliação Rx	↓ Hospitalizações e re-hospitalização
Reumatismos	p: 30-50%	Risco de dependência ↓ Qualidade de vida e risco para institucionalização	Dx positivo Dx diferencial	Referenciar para avaliação Rx	Prevenção da dependência ↑ Qualidade de vida
Incontinência urinária	p: 10-15%	Risco de dependência ↓ Qualidade de vida e risco para institucionalização	Dx positivo Dx diferencial Dx etiológico	Referenciar para avaliação	Prevenção da dependência ↑ Qualidade de vida
Doença Bronco Pulmonar Obstrutiva Crônica	p: 10-20%	↑ Riscos de morbimortalidade ↓ Qualidade de vida pessoal	Dx	Rx	↓ Hospitalizações ↑ Qualidade de vida
Diabetes mellitus	p: 10-20%	↑ Riscos de morbimortalidade ↓ Qualidade de vida pessoal	Dx	Rx	Prevenção de complicações e dependência
Osteoporose pós-menopáusia	p: 30-40%	Riscos de fratura óssea e de Dependência	Dx	Referenciar para avaliação	Prevenção de complicações e dependência
Parkinsonismo	p: 1-2%	Dependência	Dx positivo Dx diferencial	Referenciar para avaliação	↓ Dependência ↑ Qualidade de vida
Dislipidemia	p: 15-40% (antes 70 anos)	Risco de coronariopatias	Dx	Rx	Prevenção de complicações e dependência
Hipotireoidismo	p: 4-8%	↑ Riscos de morbimortalidade ↓ Qualidade de vida pessoal	Dx	Rx	Prevenção de complicações ↑ Qualidade de vida
Câncer	p: 1-2%	↑ Risco de mortalidade ↓ Qualidade de vida pessoal	Dx positivo Dx diferencial	Referenciar para avaliação Rx suporte	↑ Qualidade de vida
Hospitalizações por doenças controláveis e re-hospitalizações	I: 16%/ano	Risco iatrogênico Ansiedade ↑ Dependência	Avaliar causas determinantes, Dx riscos de hospitalização	Controle adequado dos problemas de saúde	↓ Hospitalizações ↑ Qualidade de vida
Hospitalizações por infecções respiratórias	I: 7% das hospitalizações (3ª causa)	Risco iatrogênico Ansiedade ↑ Dependência	Avaliar causas determinantes	Vacinação ↓ riscos	↓ hospitalizações
Hospitalizações por diabetes e hipertensão	5ª e 7ª causa hospitalar respectiva	Risco iatrogênico Ansiedade ↑ Dependência	Avaliar causas determinantes	Controle adequado de ambas	↓ hospitalizações
Re-hospitalizações	I: 5%/ano	Risco iatrogênico Ansiedade ↑ Dependência	Avaliar causas determinantes, Dx riscos de re-hospitalização	Controle adequado dos problemas de saúde	↓ Re-hospitalização

p = prevalência aproximada; I = Incidências aproximadas; Dx = Diagnóstico; Rx = Tratamento.
Fonte: Guimarães (1996).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de envelhecimento ativo consiste em incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Assim,

[...]O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005. p. 13).

Para o sucesso e conquista do envelhecimento ativo vários setores da sociedade devem ser envolvido, sendo eles o serviço social e de saúde, educação, emprego e trabalho, segurança social, dentre outros. na área de saúde, a saúde pública é a responsável estimulando ações e programas que visam atuar no combate à discriminação pela idade considerando as diferenças entre os idosos. Para o êxito das ações, os idosos e seus cuidadores devem estar envolvidos no planejamento, implementação e avaliação das políticas, programas e atividades que visam o alcance do envelhecimento ativo (DUARTE, 2007).

Estão envolvidas no envelhecimento ativo, políticas públicas capazes de proporcionar hábitos de vida saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, como por exemplo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, prevenção da violência familiar e urbana, alimentação saudável, redução do tabagismo, etc. Estas medidas são contribuem com a qualidade de vida e saúde, e sua implementação deixa de lado o foco direcionado para as necessidades responsáveis pela postura das pessoas idosas como alvos passivos, passando a proporcionar uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (BRASIL, 2006). A promoção da saúde da população idosa deve contemplar as prioridades norteadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006 como:

[...]a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); b) Alimentação saudável; c) Prática corporal/atividade física; d) Prevenção e controle do tabagismo; e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; h) Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006, p.12).

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, em seu anexo 01, propõe os fundamentos e diretrizes, para nortear a atenção básica no Brasil, cuja característica visa estabelecer ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, cujo principal objetivo a atenção integral de forma a interferir na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das pessoas e no seu território.

A Estratégia Saúde da Família objetiva a reorganização da atenção básica no Brasil, submetendo-se aos preceitos do Sistema Único de Saúde(SUS). Os recursos necessários à Estratégia Saúde da Família para proporcionar o cuidado são: equipe multiprofissional, O número de Agentes Comunitários de Saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe de saúde da família, Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, sendo ainda admitidas a existência de especialistas (BRASIL, 2011)

Conforme o Informe técnico do Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Políticas de Saúde, é de responsabilidades da equipe do PSF:

[...] As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos saudáveis ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde(DAB/SPS, 2000, p. 318)

A Atenção Básica/Saúde da Família em seu trabalho da equipe de deve estimular ao máximo a autonomia dos usuários para enfrentar suas necessidades, proporcionando as condições ideais para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, direcionando o processo de trabalho para a atenção Continuada ou Longitudinalidade , efetivando o cuidado ao idoso ao longo do tempo, negociando mudanças de hábitos gradual e continuamente, propondo

novas negociações , aumentando a percepção e agilidade de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando correção de rumo, aumento do vínculo usuário e equipe, que favorece a adesão aos tratamentos. Já a visita domiciliar se refere ao momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários adscritos, o planejamento contemplando as necessidades específicas de cada família, sendo que junto aos familiares consegue-se suporte para as necessidades específicas da pessoa idosa, pela negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto do cuidado (BRASIL, 2006).

Atualmente o Estado ainda não conseguiu aplicar estratégias efetivas para a prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Vivendo num contexto de “desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida” (CHAIMOWICZ, 1997, p. 187).

Na Atenção Básica, a avaliação da pessoa idosa objetiva a avaliação global principalmente a funcionalidade, onde o declínio funcional sugere a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, sendo o momento de se comparar as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Além disso, a Avaliação Global da Pessoa Idosa envolve a equipe multiprofissional, que deve somar forças e capacidades no levantamento de problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso, visando estabelecer planejamentos terapêuticos. Além disso,

[...]O conceito de “doença única”, onde um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não se aplica às pessoas idosas, pois, essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes, onde a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro, o que costuma ser denominado “efeito cascata” (BRASIL, 2006, p. 30).

Ainda de acordo com Brasil(2006), as doenças podem desencadear bem mais facilmente os idosos porque as alterações no processo fisiológico do envelhecimento repercutem em seus mecanismos homeostáticos e na resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, defesa e de adaptação, aumentando sua vulnerabilidade a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). A sugestão da referida instituição é realizar a avaliação dos antecedentes diagnósticos, principalmente nas doenças crônicas em decorrência da sua prevalência, investigando-as sistematicamente, a fim de descartar afecções cardiovasculares(hipertensão), diabetes e suas complicações, déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares e déficits cognitivos(BRASIL, 2006).

“As limitações ou doenças trazem fatores emocionais de regressão, aumentando a impotência, dependência e insegurança e causando nos idosos sintomas de preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência”(DIOGO; DUARTE, 2006 apud SANTOS et al, 2010, p. 130), e nesse caso a avaliação multidimensional do idoso torna-se uma ferramenta útil para avaliação precoce destas doenças(SANTOS et al, 2010, p. 130).

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), são situações que exigem assistência e serviços continuados, além do alto custo à medida que a população envelhece. Pertence ao grupo das DNCT as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004). Os autores citados ainda descrevem que

[...]O planejamento de intervenções sobre os fatores de risco clássicos para DCNT, extrapolados de outros países, e orquestrados por interesses ao menos duvidosos, pode ser também questionado, e neste caso o intervalo entre a intervenção e o seu impacto deve ser ainda maior. É preciso também considerar que os custos destas intervenções mais precoces na história natural, embora aparentemente mais baratos no nível individual, podem ser muito elevados, considerando-se a extensão da cobertura exigida e a necessidade de compreender múltiplos outros aspectos interdependentes. Entre estes, certamente está incluída a educação ou, indo mais além, o desenvolvimento humano integral(ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004, p. 838).

A avaliação multidimensional do idoso é uma ferramenta relacionada à avaliação global da capacidade funcional de um idoso e que consiste num questionário que:

[...]fornece dados sócio-demográficos, avalia a percepção subjetiva do idoso, a saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços. O objetivo desse instrumento é proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais diretamente comprometem a capacidade funcional da população e, com isso, indicando soluções que transcendem uma linha programática baseada no aumento da cobertura diagnóstica e terapêutica das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acometem o idoso(RAMOS, 2003, p. 794).

As doenças crônicas além de ser de alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), demandam prevenção, gerenciamento, assistência médica de custos sempre crescentes, exigindo também novas incorporações tecnológicas (MALTA et al, 2006).

6 PLANO DE AÇÃO

Conforme o Dicionário de Português Online Michaelis (2009), problema é uma “Qualquer assunto ou questão que envolve dúvida, incerteza ou dificuldade” ou “Tema cuja solução ou decisão requer considerável meditação ou habilidade”. Assim, a identificação dos problemas enfrentados por determinada população e em um território definido depende da realização do seu diagnóstico situacional. Primeiramente devem ser levantados dados relacionados aos problemas principalmente os relacionados à saúde, suas causas e conseqüências, possibilitando o planejamento. Uma das formas para a coleta das informações é a estimativa rápida que envolve a análise de registros, entrevistas com informantes importantes que vivem na comunidade que confirmam as observações observadas, além das condições de vida da população estudada (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010a).

O método da estimativa rápida, permitiu conhecer o território da UBS Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG e os principais problemas identificados no diagnóstico situacional, foram a Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, Idosos portadores de DCNT e descompensados, sedentarismo e sobrepeso.

A realização do diagnóstico situacional, esclareceu os problemas existentes no território da equipe carentes de intervenção. Como a equipe não conseguiria resolver todos os problemas de uma só vez e de acordo com a urgência, relevância e capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), selecionou a falta de acompanhamento dos idosos adscritos ao seu território o qual vem causando impacto negativo na vida dos idosos percebidos na rotina de trabalho da equipe e durante as visitas domiciliares. Dentre os problemas existentes no território podem ser relacionados e priorizados conforme o quadro 01.

Quadro 1 – Priorização dos principais problemas da UBS Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG

Priorização dos principais problemas existentes na UBS Vitalino Fonseca em Matozinhos /MG				
Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de acompanhamento dos Idosos	Alta	5	Dentro	1
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	4	Dentro	2
Diabetes mellitus	Alta	3	Dentro	3

Obesidade	Alta	02	Dentro	4
Sedentarismo	Alta	01	Dentro	5

Fonte: elaborado pela própria autora

A falta de acompanhamento determinando a descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos, a dependência, a falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos, foi definida como o problema de maior prioridade, pela necessidade da equipe em enfrentar o problema. Assim, a demanda espontânea e urgências aumentadas na rotina da equipe pela presença de usuários com níveis pressóricos e glicêmicos descompensados, a dependência, a falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos foram percebidos durante a consulta médica, atividades dos grupos operativos e de relatos dos ACS da equipe Vitalino Fonseca. Para contribuir com a qualidade de vida dos idosos adscritos as ações propostas objetivam modificar os hábitos que interferem no quadro de saúde na tentativa de enfrentar o maior problema encontrado entre usuários adscritos ao território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para ser possível esta intervenção, foi realizada a análise da governabilidade da equipe sobre o problema, bem como os recursos disponíveis para esta investida, além do apoio dos profissionais da equipe e dos gestores envolvidos do município de Matozinhos.

A descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos, a dependência, a falta de adesão a tratamento e o uso irregular de medicamentos indicando a falta de acompanhamento dos idosos adscritos representam um importante problema de saúde no território da UBS Vitalino Fonseca. Grande parte dos idosos que vivem no território recebem atendimento médico, visitas domiciliares e participam de grupos operativos, porém permanecem sem o controle das DCNT, sedentários, e com disfunções como distúrbio de sono, dentre outros. Parte deles além disso desconhece formas de prevenção e não compreende o tratamento para que o problema seja controlado. No território o mais comum é a presença da HAS e do diabetes mellitus descompensados, mas além disso, os idosos que vivem no território geralmente não têm cuidadores e comparecem às consultas e atividades de grupos sozinhos e pelas conseqüências da idade esquecem nas orientações rotineiras apresentadas pela equipe. Outra situação é que os idosos são bastante dependentes e com capacidades reduzidas com as atividades da vida diária. Assim, através da reorganização do trabalho da equipe e da atuação da equipe multidisciplinar podem ser viabilizando a avaliação multidimensional do idoso, o fornecimento sistemático de informações sobre o problema para o idoso estímulo novos hábitos e estilo de vida, reduzindo o sedentarismo e o envelhecimento precoce.

As ações relativas aos nós críticos serão detalhadas nos Quadros 02, 03 e 04.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos, M/G.

Nó crítico 1	Falta de Hábitos alimentares e estilos de vida adequados
Operação	<u>Mudança de vida.</u>
Projeto	Práticas esportivas, alimentação saudável, redução do consumo de álcool e tabagismo.
Resultados esperados	Melhores hábitos alimentares, estabilização da HAS, diabetes e dislipidemia.
Produtos esperados	Melhoria do sono, mobilidade e equilíbrio do idoso.
Atores sociais/ responsabilidades	NASF e Educador Físico Nutricionista ESF Fisioterapeuta
Recursos necessários	Estrutural: Equipe preparada para atendimento ao idoso Cognitivo: aumentar o conhecimento sobre os alimentos e atividades físicas Financeiro: Recurso necessário para estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Político: Conscientizar gestão sobre a importância do projeto
Recursos críticos	x
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Motivação:
Ação estratégica de motivação	Palestra de nutrição Orientação nutricional Palestra de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia Alongamentos, Fisioterapia de grupo e caminhadas orientadas Roda de conversa
Responsáveis:	ACS, Enfermeira, Médico, Assistente Social, educador físico e nutricionista
Cronograma / Prazo	90 A 120 dias para iniciar atividade
Gestão, acompanhamento e avaliação	Diminuir 20% os idosos sedentários, obesos e tabagistas um ano

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos/MG

Nó crítico 2	Nível de informação e conhecimento sobre a doença
Operação	Informação sobre os riscos HTA, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e sobrepeso.
Projeto	<u>Conhecer</u>
Resultados esperados	Usuários tenham maior conhecimento sobre os riscos do HTA, diabetes e dislipidemia e como evitá-los.
Produtos esperados	Melhores hábitos alimentares, estabilização do HTA, diabetes e dislipidemia.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe e equipe multidisciplinar
Recursos necessários	Estrutural: Equipe preparada para atendimento ao idoso Cognitivo: Financeiro: Recurso necessário para estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Político: Conscientizar gestão sobre a importância do projeto
Recursos críticos	x
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Motivação:
Ação estratégica de motivação	Cartazes, Panfletos, Mosquitos e Boca a Boca
Responsáveis:	ESF
Cronograma / Prazo	30 dias
Gestão, acompanhamento e avaliação	100% de Informação

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, em Matozinhos/MG

Nó crítico 3	Falta de adesão medicamentosa
Operação	Medicamento
Projeto	Criar linha de acompanhamento, orientação e assistência farmacêutica
Resultados esperados	Adequação e adesão aos medicamentos prescritos/ dia e horário corretos.
Produtos esperados	Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe e farmacêutico
Recursos necessários	Estrutural: Agenda do farmacêutico do NASF adequada às reuniões da equipe e idosos. Cognitivo: Empoderamento Financeiro: Recurso necessário para estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Político: Conscientizar a equipe e NASF sobre a importância do projeto
Recursos críticos	x
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Motivação:
Ação estratégica de motivação	Atenção farmacêutica e dos ACS para acompanhamento e estímulo quanto à forma de medicar-se
Responsáveis:	Médico/Farmacêutico e ACS
Cronograma / Prazo	120 dias para iniciar atividade
Gestão, acompanhamento e avaliação	Medicamentos prescritos, entregues e utilizados adequadamente pelos idosos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura subsidiou a construção do plano de ação que foi baseado no método de planejamento estratégico situacional (PES). Observando o trabalho da Equipe de Saúde da Família Vitalino da Fonseca, verificou-se que o mesmo possui condições e potencialidades para enfrentar a falta de acompanhamento dos seus idosos. A efetivação do plano de ação proposto possibilitará o acompanhamento sistematizado necessário aos idosos, que através de ações educativas e do apoio da equipe multidisciplinar possa reduzir o número de idosos hipertensos e diabéticos descompensados, estimulando a autonomia e a independência.

A implementação e concretização do plano citado irá contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários, a equipe possui o apoio psicossocial, realizado juntamente com a assistência social, psicólogo e farmacêutico que são complementos importantes para a manutenção dos usuários idosos em cuidado contínuo através das ações da equipe e da consulta médica.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA., M., I., R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840. 2004
- ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lucia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 10/19, Mar. 2013 .
- ALVES, L., C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília. 2006. 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília. 2015. 128 p.
- CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Seção 2 – Diagnóstico situacional em saúde. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- CHAIMOWICZ, Flávio. 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.
- DUARTE, Y., A., O. Compreendendo o "envelhecimento ativo" como uma política de saúde. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 134. 2007. São Paulo, Brasil
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. 2014
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2010.
- Disponível em
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312110&search=minas-gerais|delfim-moreira>>. Acesso em 21 jun 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, set. 2006 .

MATOS, Denise Regina; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 14, n. 3, p. 511-518, Set. 2009.

MICHAELIS.Dicionário.

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=problema>

PINELLI, L., A., P. et al.Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. **Revista Odonto Ciência. Fac. Odonto/PUCRS**, v. 20, n. 47, jan./mar. 2005

Prefeitura Municipal de Matozinhos. Disponível em

<http://matozinhos.mg.gov.br/plus/modulos/conteudo/?tac=historia>. Acesso em 15/Nov./2015

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-9. 2000.

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

SANTOS, S., S., C.; CAVALHEIRO, B., C.; SILVA, B., T.; BARLEM, E., L., D., A., M., F., VALCARENGHI, R., V.; Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa.**Cienc Cuid Saude**.v. 9, n. 1, p. 129-136. Jan/Mar. 2010

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai/jun, 2003.

VELLO, Lais Soares et al . Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento.**Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 330-335, Jun. 2014 .