

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aline Daya Bié Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL DO
MUNICÍPIO DE CARBONITA MINAS GERAIS**

Carbonita

2020

Aline Daya Bié Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL DO MUNICÍPIO
DE CARBONITA MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Sonia Faria Mendes Braga

Carbonita

2020

Aline Daya Bié Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL DO
MUNICÍPIO DE CARBONITA MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Professora Dra. Sonia Faria Mendes Braga

Banca examinadora

Professora Dra. Sonia Faria Mendes Braga – Universidade Federal de Minas Gerais

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de janeiro de 2021

Dedico este trabalho a Paulo e Emanuel,
minha família e minha amiga Tábata.

Agradeço à Deus, minha família e amigos que me ajudaram a chegar até aqui.

“Já que envelhecer faz parte da vida, que isso seja de uma forma livre, leve e doce!”

(Denise Campos)

RESUMO

O aumento da expectativa de vida do ser humano contribuiu para uma mudança no perfil epidemiológico e uma dessas mudanças foi o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população idosa. Esse quadro de envelhecimento populacional gera uma demanda por cuidados domiciliares mais intensos, envolvendo a participação de familiares e cuidadores diária e diretamente com a pessoa idosa. Considerando a necessidade de orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto e a capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde, o objetivo deste trabalho foi de apresentar um projeto de intervenção para a melhoria da atenção à população idosa na zona rural do município de Carbonita/MG, propondo um processo de capacitação de cuidadores de idosos. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional, a partir do problema levantado junto à comunidade e elaboração de um plano de intervenção/plano de ação. Também foi realizada uma revisão da literatura acerca do tema. Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se a melhoria na qualidade de vida e dos cuidados prestados à população idosa. Além disso, espera-se contribuir para aumentar o acesso da pessoa idosa aos serviços de atenção primária em saúde, articulando a rede de atenção à saúde do idoso e garantindo o cuidado integral para esta população.

Palavras-chave: Atenção Integral ao Idoso. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The increase in human life expectancy contributed to a change in the epidemiological profile and one of these changes was the increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases in the elderly population. This scenario of population aging generates a demand for more intense home care, involving the participation of family members and caregivers daily and directly with the elderly person. Considering the need for guidance from the caregivers of the elderly on the importance of correct treatment and the training of caregivers on issues related to illness and health care, the objective of this study was to present an intervention project to improve care for the elderly population in the rural area of the municipality of Carbonita / MG, proposing a training process for caregivers for the elderly. The methodology used was Situational Strategic Planning, based on the problem raised with the community and the elaboration of an intervention plan / action plan. A literature review on the topic was also carried out. With the implementation of the intervention project, it is expected to improve the quality of life and care provided to the elderly population. In addition, it is expected to contribute to increasing the elderly person's access to primary health care services, by articulating the elderly health care network and ensuring comprehensive care for this population.

Keywords: Elderly. Health Education. Primary Health Care. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Quadro 1 – Aspectos demográficos: distribuição da população do município de carbonita/MG, por faixa etária e sexo.	13
Quadro 2 – Dados epidemiológicos: principais problemas de saúde que acometem a população do município de Carbonita/MG.	15
Quadro 3 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (nome), Unidade Básica de Saúde (nome), município de (nome), estado de (nome)	21
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais.	35
Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Acompanhamento da equipe de saúde Cristal nas referências e relatórios para as contra-referências”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 6 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Curso de capacitação para cuidadores de idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CDS	Coleta de dados simplificada
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde de Carbonita	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família Cristal da Unidade Básica de Saúde de Carbonita	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Cristal	18
1.7 O dia a dia da equipe Cristal	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
5.1 Saúde do Idoso na Atenção Primária em saúde	25
5.2 Educação Em Saúde na atenção Primária em Saúde	26
5.3 Cuidadores de Idosos	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município mineiro de Carbonita, situa-se no Vale do Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais, a 426 Km de Belo Horizonte e a 132 Km de Diamantina, possui poucos recursos e infraestrutura. Possui 1.337 Km² de área geográfica e uma população de 9.148 pessoas, segundo o Censo de 2010 e, uma população estimada para 2019 de 9.405 pessoas. A densidade demográfica do município é de 6,28 hab/Km² (IBGE, 2010).

A história da cidade remonta a 1750, com as primeiras expedições dos bandeirantes à região. Após pertencer a Minas Novas e Itamarandiba, em 03/03/1963, Carbonita emancipou-se. De acordo com dados do IBGE, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de Carbonita é de 0,638% (IBGE, 2010).

A cidade vive basicamente da agricultura familiar, do plantio do eucalipto e produção de carvão vegetal. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando na administração municipal, ainda prevalecendo de cunho clientelista/assistencialista. Não há muitas atividades culturais na cidade, anualmente há o Carboarte que é a maior festa da cidade com shows na praça durante um final de semana.

Quadro 1: Aspectos demográficos: distribuição da população do município de carbonita/MG, por faixa etária e sexo.

FAIXA ETARIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	5	3	8
1-4	31	18	49
5-14	114	89	203
15-19	69	51	120
20-29	76	63	139
30-39	97	90	187
40-49	151	118	269
50-59	191	153	344
60-69	132	104	236

70-79	77	55	132
>80	28	36	64
TOTAL	971	780	1751

Fonte: Caderno de informações da Equipe Cristal, 2020.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde, o município possui poucos recursos e infraestrutura. As referências estão nos municípios de Itamarandiba, há 47,4 Km e Belo Horizonte e Diamantina para altas complexidades há 426 Km e 132 Km de distância, respectivamente.

A atenção básica à saúde conta com quatro equipes, sendo uma para toda a zona rural, que apresenta grande território com pequenas comunidades afastadas. Há grande rotatividade de médicos, principalmente na equipe da zona rural.

A atenção primária é realizada nas Unidade Básica de Saúde (UBS) em equipes da zona urbana. Na equipe da zona rural além das unidades básicas, também são ofertados atendimentos nas igrejas em locais que ainda não possuem estrutura adequada de atenção à saúde.

Os pontos de atenção secundários são oferecidos em grande parte pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE) que é um consórcio de saúde do Vale do Jequitinhonha com sede em Diamantina. Alguns pacientes procuram por atendimento particular em Itamarandiba, onde também são feitas as internações completando o atendimento da atenção primária local.

A atenção terciária é ofertada parte em Diamantina e parte em Belo Horizonte em vários hospitais públicos, contudo são direcionados pela atenção secundária no CISAJE em Diamantina.

Como sistemas de apoio temos o laboratório do hospital com exames básicos e radiográficos. A farmácia da UBS central fornece a medicação básica. A secretaria de saúde envia via e-mail atualização de protocolos e possíveis cursos de atualizações.

O transporte em saúde é feito em micro-ônibus ou van até as cidades que referência de atenção secundária ou terciária conforme a demanda.

Os prontuários físicos são mantidos. O prontuário eletrônico do cidadão (PEC) é utilizado quando o atendimento é realizado na cidade e a coleta de dados

simplificada (CDS) é realizada para os atendimentos na zona rural, uma vez que não há internet na zona rural. Uma dificuldade é que não há impressora nem papel suficiente para impressão do PEC, logo o profissional de saúde tem que escrever no prontuário fixo e digitar o mesmo conteúdo no PEC, o que leva a pouco aproveitamento do tempo ao ter que fazer o mesmo trabalho duas vezes.

Os pacientes são referenciados ao CISAJE conforme normas de preenchimento de critérios e escalas. Por exemplo, os pacientes hipertensos só são aceitos se tiverem pontuação para alto risco na escala de Framingham, o que torna uma dificuldade, já que na comunidade impera pacientes cardiopatas com insuficiência cardíaca que são de alto risco, mas apresentam pontuação baixa nessa escala. Contudo, uma vez que esses pacientes são aceitos recebem o tratamento integral e carta de contrarreferência para serem assinadas na atenção básica. Essa contrarreferência só é apresentada pelos indivíduos diabéticos e hipertensos, para as demais especialidades não existe o sistema de contrarreferência. Cabe ao profissional da atenção básica buscar informações aos usuários que muitas vezes não sabem passar as informações.

O modelo de atenção é integrado com estratificação para as especialidades de cardiologia e endocrinologia, é fragmentado e estratificado no serviço de ginecologia e fragmentado sem estratificação nas demais especialidades.

O quadro abaixo demonstra os principais problemas de saúde que acometem a população do município de Carbonita.

Quadro 2 - Dados epidemiológicos: principais problemas de saúde que acometem a população do município de Carbonita/MG.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO (Nº)
GESTANTES	06
HIPERTENSOS	463
DIABÉTICOS	89
PESSOAS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	67
PESSOAS QUE TIVERAM AVC	17
PESSOAS QUE TIVERAM INFARTO	08
PESSOAS COM DOENÇAS CARDIACAS	192
PESSOAS COM DOENÇA RENAL	58

PESSOAS COM HANSENÍASE	00
PESSOAS COM TUBERCULOSE	00
PESSOAS COM CÂNCER	15
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL	183
ACAMADOS	04
FUMANTES	184
PESSOAS QUE FAZEM USO DE ALCOOL	316
USUÁRIOS DE DROGAS	08

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Carbonita

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população são decorrentes da presença de *Tripanossoma Cruzi*, apresentando, como consequência, as principais causas de óbito no município são paradas cardiovasculares por insuficiência cardíaca por doença de Chagas. Já as internações são, em maior número, ocasionadas por quadros de diarreia e vômitos por verminoses. As principais notificações estão relacionadas à violência contra a mulher e leishmaniose.

A não aceitação da população ao tratamento de água, associada à baixa instrução dos moradores, baixas condições socioeconômicas e excesso de medicação em saúde mental (uso indiscriminado de benzodiazepínicos), além da presença do *T. Cruzi* representam os principais problemas relacionados à situação de saúde da população.

1.3 Aspectos da comunidade

A Equipe de saúde Cristal é responsável pelo atendimento em saúde a todo o território da zona rural, o qual possui cerca de 1751 habitantes vivendo em pequenas comunidades afastadas entre si.

A população da região vive basicamente de agricultura familiar com hortaliças, produção de leite, queijos, ovos e frangos caipiras. São pequenos produtores sem vínculo empregatício filiados a sindicatos rurais, para contribuir com fins previdenciários. Existe grande número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico é precária, poucas casas possuem rede de esgoto, não há coleta de lixo, os moradores queimam seu próprio lixo. Algumas comunidades possuem centro de saúde, outras ainda estão em construção.

Todas as comunidades da zona rural possuem escola primária. Não há Organizações Não Governamentais (ONGs) e há pouca atuação da igreja.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristal

A equipe Cristal é responsável pela atenção básica em saúde em todo o território da zona rural do município. Há uma escala de atendimentos e, em cada dia da semana, a equipe se desloca para uma comunidade rural.

Para desenvolver suas atividades, a Equipe Cristal utiliza cinco unidades básicas de saúde, duas igrejas e um galpão. As unidades são de tamanho adequado, simples e com necessidade de algumas reformas (vidros nas janelas quebrados, mofos nas paredes), há pouco mobiliário (não há cortinas e algumas vezes faltam cadeiras), não há nebulizador na grande maioria e quando o tem não há medicação para nebulização, tão pouco instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias. O glicosímetro fica na caixa da técnica de enfermagem da equipe que presta os atendimentos. Em duas unidades há técnico de enfermagem local, nestas há glicosímetro na unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Cristal da Unidade Básica de Saúde de Carbonita

A equipe de saúde Cristal é composta pelos seguintes profissionais:

- 1 médica
- 1 enfermeira
- 3 técnicos de enfermagem
- 7 agentes comunitários de saúde
- 2 cozinheiras
- 1 motorista
- 1 dentista
- 1 auxiliar odontológico

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Cristal

A equipe Cristal tem grande parte do seu tempo com demanda agendada de cuidado continuado com a característica de possuir muitos idosos, hipertensos e chagásicos.

Existe demanda espontânea que é atendida, porém, ocorre em menor proporção que nas comunidades urbanas. Tal fato decorre tanto das características da comunidade, quanto pela dificuldade de acesso da população as unidades básicas de saúde. São realizados os atendimentos de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. Estes tem sido efetivos e são fundamentais para a população.

São realizados os grupos operativos de diabetes e hipertensão, que tem boa adesão em época de aulas escolares, mas nas férias são pouco representativos porque é época de chuva e não há ônibus escolar, que muitas vezes é usado como transporte alternativo. Há grande dificuldade de implementação de grupo de tabagismo, já que é norma o número mínimo de 15 participantes para iniciar um grupo e não se consegue esse número de pessoas interessadas em abandonar o vício em uma única comunidade. Foram feitas tentativas de implementação para atendimento na unidade de saúde na cidade, porém os usuários não têm condições de acesso à cidade para manutenção do grupo (Caderno de informações da Equipe Cristal, 2020).

Para o planejamento e avaliação as ações a serem ofertadas à população são realizadas reuniões mensais com a equipe e trimestrais com os supervisores da atenção básica e profissionais responsáveis pelo planejamento das ações ofertadas. A cada reunião são levantados os pontos críticos e as ações a serem tomadas (Caderno de informações da Equipe Cristal, 2020).

Em relação ao processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (eSF), os principais problemas relacionados a organização do processo de trabalho da Equipe Cristal foram:

- Dificuldade de comunicação com os agentes comunitários de saúde por questões de acesso (não há sinal de celular a todo tempo nas comunidades rurais, a maioria dos agentes respondem as mensagens quando estão em suas casas que possuem internet).

- As decisões propostas são avaliadas mensalmente e nesse intervalo de tempo não há como ter feedback de todos os profissionais antes da próxima reunião.
- Vícios de trabalho inadequado de profissionais antigos que não aceitam mudanças.

A equipe de saúde é itinerante, sendo que a Van com os profissionais sai diariamente as 7:30h. Em algumas unidades afastadas o carro sai as 7:00h.

As comunidades maiores são visitadas a cada quinzena e as menores e mais afastadas a cada 40 dias. Uma vez por semana a equipe atende na cidade os usuários de todas as comunidades rurais.

Não há um horário fixo para o retorno, mas geralmente por volta das 15:00h.

1.7 O dia a dia da equipe Cristal

Ainda não há telefonia, nem acesso a internet na maioria das unidades rurais, há muitas pessoas, que por não conseguirem acesso a equipe nos dias em que atendemos em outras comunidades e que acabam buscando o hospital para demandas da atenção primária. Essas são encaminhadas para o atendimento na unidade na cidade. Assim que a equipe retorna da zona rural atende esse paciente no mesmo dia sempre que possível.

Nas comunidades em que há unidade de saúde o almoço dos profissionais é servido na unidade ou na escola da comunidade. Assim, podem ser ofertados atendimentos antes e depois do almoço. Em alguns lugares isso não é possível, portanto, a equipe se alimenta na casa de alguma família que oferta o almoço. Geralmente são casas afastadas o que demanda muito tempo. Assim a equipe acaba fazendo uma grande demanda de atendimentos ininterruptos e vai almoçar mais tarde. O que é um desgaste para os profissionais.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O ponto de partida do Planejamento Diagnóstico Situacional (PES) é a realização de uma estimativa rápida com o objetivo de identificar os problemas de saúde presentes no território e na comunidade adscrita à equipe de saúde. Dentre

estes, o principal problema identificado, geralmente é eleito como o objetivo principal do Plano de Intervenção (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

Na área de atuação da equipe Cristal foram identificados, através da análise de estimativa rápida, os seguintes problemas principais relacionados ao sistema municipal de saúde no território:

- Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde.
- Tecnologia de informação precária
- Inadequação dos sistemas de referência- contrarreferência
- Dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde na cidade.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A seleção do problema prioritário a ser enfrentado no plano de intervenção é o segundo passo do PES. Após a estimativa rápida e o diagnóstico realizado pela Equipe Cristal, com a identificação dos principais problemas de saúde que acometem a comunidade adscrita, foi realizada a classificação apresentada no quadro a seguir:

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cristal, município de Carbonita, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde.	Alta	10	Parcial	1
Tecnologia de informação precária	Alta	8	Fora	3
Inadequação dos sistemas de	Alta	7	Parcial	2

referência- contrarreferência				
Dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde na cidade.	Alta	9	Fora	4

Fonte: Autoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Um estudo realizado por Cattani & Girardon-Perlini (2006) cujo enfoque é a forma como se dá a escolha de um cuidador familiar de idoso doente partiu de duas categorias de análise: opção ou obrigação? Os resultados apontam para a relação direta entre a escolha e os sentimentos que determinam esta escolha. Em um lado está o sentimento de obrigação, em outro os de gratidão, de responsabilidade (por não haver outro para cuidar). Há também uma constatação da falta de uma inexperiência em relação às demandas do cuidado com o idoso doente, uma sobrecarga física e mental, perda de liberdade e solidão

No cotidiano de trabalho da Equipe de saúde Cristal, atuando na zona rural do município de Carbonita, vivenciamos diariamente uma grande angústia de idosos e de seus cuidadores, ao sentirem que necessitam estar com o médico e não conseguem se deslocar para a cidade, a dificuldade de se deslocarem até a Unidade de Saúde, quando não há um médico na comunidade. O que foi sendo percebido ao longo do tempo é que, em inúmeras vezes, os cuidadores e os idosos poderiam se sentir menos angustiados se tivessem o conhecimento necessário para lidar com algumas situações. E, sobretudo, percebemos que os cuidadores que conseguem cuidar dos idosos com conhecimento, sentem-se mais competentes e, há um sentimento positivo pelo reconhecimento social de que esse cuidado é uma demonstração de afeto e amor.

A partir da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi realizado o diagnóstico situacional e o plano de ação para construir um projeto de intervenção pelos profissionais da Equipe de Saúde Cristal. O problema prioritário a ser enfrentado junto à comunidade adscrita é o grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde.

O Plano de Intervenção buscará minimizar esse problema oferecendo capacitação aos cuidadores de idosos e criando um fluxo realista de referência e contra referência para o atendimento desta população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para a melhoria da atenção à população idosa na zona rural do município de Carbonita/MG.

3.2 Objetivos específicos

1. Propor um processo de capacitação de cuidadores de idosos, alertando sobre a importância do tratamento correto com relação a doença e cuidados de saúde da pessoa idosa;
2. Melhorar o acesso da pessoa idosa aos serviços de atenção primária em saúde, articulando a rede de atenção à saúde do idoso e garantindo o cuidado integral para esta população

4 METODOLOGIA

O método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) segue alguns passos para que um plano de intervenção/plano de ação seja elaborado. Segundo Campos (2010) a metodologia proposta pressupõe a realização de uma estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações.

A proposta de um Plano de Intervenção a ser apresentada refere-se à atenção à pessoa idosa na atenção primária na área de abrangência da Equipe de Saúde Cristal, no município de Carbonita em Minas Gerais, seguindo a estratégia do PES.

Esse estudo refere-se ao problema priorizado “grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde”.

Nesse sentido foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca como as bases de dados Scielo e Lilacs. Para a definição das palavras-chave utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (BRASIL, 2017). Sendo utilizadas as seguintes palavras chave: Idosos. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Atenção Integral ao Idoso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Saúde do Idoso na Atenção Primária em saúde

O aumento da expectativa de vida do ser humano contribuiu para uma mudança no perfil epidemiológico e uma dessas mudanças foi o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população idosa. Consideradas um problema de saúde em todo o mundo, as DCNT representam uma carga para os serviços de saúde, sobretudo, em países de baixa e média renda (FLORES et al., 2018).

A queda da mortalidade no Brasil, sobretudo a infantil, após o desenvolvimento de vacinas e antibióticos, inicia a transição demográfica, com o aumento da expectativa de vida. Entre os anos de 1940 e 1970, a queda da mortalidade e o alto número de crianças nascidas gerou um aumento de 41 para 93 milhões de pessoas na população brasileira. Com o tempo a fecundidade caiu 60% entre os anos de 1970 e 2000, e a população envelheceu. Em 2030 2,7% dos brasileiros serão idosos com mais de 85 anos e a expectativa é de que, em 2050, 18% da população brasileira terá mais de 65 anos, e o país será considerado um país envelhecido (CHAIMOWICZ, et al., 2009).

Estas mudanças no perfil populacional caracterizadas pelo envelhecimento populacional, gera um aumento de demandas sócio econômicas específicas, algumas decorrentes do novo perfil de adoecimento. Surge um novo cenário com repercussões nas políticas públicas para a atenção à saúde, voltadas para a promoção de saúde, manutenção da autonomia, valorização da capacitação e de ações voltadas para o desenvolvimento de aparatos de suporte social e de cuidado na assistência ao idoso (LIMA; TOCANTINS,2009).

O crescimento da população idosa é um fenômeno global. As projeções retratam que a proporção de idosos vai triplicar nas próximas décadas e que o envelhecimento populacional no Brasil é um processo que está apenas no início. Este envelhecimento acontece, porém, a passos largos em uma dinâmica irreversível. O crescimento no ano 2000 foi oito vezes maior quando comparado ao crescimento da

população jovem (CHAIMOWICZ e cols., 2009; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

Esse quadro de envelhecimento populacional gera uma demanda por cuidados domiciliares mais intensos, envolvendo a participação de familiares e cuidadores diária e diretamente com a pessoa idosa. O quadro de dependência se intensifica com o aumento da idade, gerando impacto na qualidade de vida (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008)

Idosos com mais de 85 anos compõe a esfera populacional que demanda mais cuidados e este é o grupo que apresenta um grande crescimento no país. Administrar as demandas que vão surgindo em relação aos cuidados e saúde do idoso, na maioria das vezes, fica à cargo de terceiros, os cuidadores (CHAIMOWICZ e cols., 2013; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

Nesse cenário ações de educação em saúde no âmbito da atenção primária em saúde e a capacitação de cuidadores são assuntos importantes e que necessitam estar na pauta do planejamento das equipes de saúde, de forma prioritária. No Brasil há uma Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI) a qual foi aprovada em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, visando a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa. A proposta é de que sejam desenvolvidas ações individuais e coletivas para esta população (LIMA; TOCANTINS, 2009).

5.2 Educação Em Saúde na Atenção Primária em Saúde

As DCNT podem ser prevenidas, sobretudo com ações de educação em saúde, com estratégias direcionadas à promoção de estilos de vida mais saudáveis e gerenciamento dos cuidados, visando prevenir agravos e garantir maior longevidade com qualidade de vida e independência. Um dos pilares dessas ações é que o indivíduo seja o protagonista do seu processo de promoção de saúde (FLORES et al., 2018).

Quando o assunto é educação em saúde voltada para a população idosa, um ponto fundamental, e muitas vezes negligenciado, está nas condições “ocultas” que interferem de forma negativa na qualidade de vida. Algumas dessas condições são a

depressão, a osteoartrose e a incontinência urinária, com consequências bio-psico-sociais (CHAIMOWICZ e cols., 2013).

O planejamento de ações de educação em saúde, como por exemplo a capacitação para cuidadores de idosos, precisa estar ancorado nas diretrizes do SUS e da PNPI, sendo direcionadas à promoção de saúde, manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa, buscando promover qualidade de vida e bem estar, além de atender às necessidades de saúde e cuidado humano. E um aspecto primordial é que as ações de cuidado sejam significativas tanto para o cuidador que oferece o cuidado, quanto para a pessoa idosa que recebe esses cuidados (LIMA; TOCANTINS, 2009).

Ações de educação em saúde com o objetivo de promover a maior qualidade de vida da população idosa estão pautadas em mudança de comportamento, respeito à autonomia e valorização do potencial da pessoa idosa como alguém capaz de adotar hábitos saudáveis em seu cotidiano (FLORES et al., 2018).

Alguns assuntos vêm sendo retratadas nos estudos sobre saúde do idoso, como prioridades nas ações de educação em saúde. Tabagismo, cuidados com a alimentação, prática de atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas são temas sempre presentes (FLORES et al., 2018).

O estudo transversal, realizado com 1.281 idosos, por Flores et al (2018) com o objetivo de analisar a associação entre recebimento de orientações por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos, concluiu que as orientações recebidas dos profissionais de saúde parecem favorecer a prática de hábitos saudáveis pelos idosos.

5.3 Cuidadores de Idosos

Muitos dos agravantes à saúde do idoso são sequelas decorrentes de um processo de envelhecimento negligente em relação aos fatores de risco para DCNT. É uma realidade que gera um novo contexto na dinâmica familiar, com demandas crescentes de apoio e dependência e gastos financeiros com os cuidados que o idoso necessita (CHAIMOWICZ e cols., 2013).

O planejamento de ações frente às demandas que vêm surgindo com o envelhecimento da população brasileira tem como uma estratégia a capacitação de cuidadores de idosos como ação de educação em saúde. Essas pessoas são o alicerce para a garantia de qualidade de vida com o avanço da idade (CHAIMOWICZ e cols., 2013).

O estudo de Nascimento; Gatti; Bana (2019) demonstrou que os cursos de qualificação de cuidadores são muito díspares, com uma grande variedade de conteúdos programáticos, sem um direcionamento legal com os requisitos mínimos exigidos para a formação. Como ainda não há uma regulamentação profissional que delimite o que, de fato, é imprescindível para a qualificação do profissional cuidador de idosos, cada curso organiza sua grade de acordo com a visão dos profissionais envolvidos.

Considerando a necessidade de orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto/capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde um aspecto a ser reconhecido é a necessidade de que a saúde do idoso requer atenção ao cotidiano da pessoa, respeito ao seu modo de ser e de pensar, sua individualidade, descobrindo estratégias e planejando ações que tenham significado e não que possam criar rupturas na história vivida até o momento. Trata-se de uma intercessão entre os conhecimentos técnicos e as habilidades de cuidado subjetivo, que englobam necessidades psicoafetivas como atenção, paciência, presença e zelo (LIMA; TOCANTINS, 2009).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) contempla a função cuidadores formais sob o número 5162-10. Apesar de existir como um código de ocupação essa, ainda não é uma profissão regulamentada. Há um projeto de lei, nº 284 de 2011, em tramitação, que propõe a regulamentação das condições e qualificações necessárias para a formação dos profissionais que pretendem atuar como cuidadores formais de idosos (NASCIMENTO; GATTI; BANA, 2019).

Segundo o projeto de lei, nº 284 de 2011 (BRASIL, 2011):

Art. 2º Poderá exercer a profissão de cuidador de idoso o maior de 18 anos que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação (Projeto de Lei n. 284, 2011)

O estudo realizado por Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008), teve como objetivo responder ao questionamento: a qualidade de vida do cuidador interfere na qualidade de vida do octogenário (ou vice-versa)? A conclusão é que há importância fundamental em ter cuidadores capacitados para cuidar, além de instituições aptas para o cuidado visando a qualidade de vida. Há muitos idosos cuidando de idosos. Esse fato pode ser amenizado, segundo o estudo com Intervenção domiciliar por ações na atenção básica através do Programa de saúde da Família, identificação de cuidadores secundários e possibilidade de cuidados em centros comunitários e unidades da atenção básica.

Quando o assunto é cuidar de idosos, a queda precisa ser olhada como um problema de saúde pública e o estilo de vida ativo é uma das principais formas de prevenção. Isso significa praticar atividades físicas, manter as atividades profissionais, domésticas, sociais e de lazer o máximo que for possível. Esse olhar precisa ser compreendido tanto pelo idoso quanto pelos familiares e cuidadores, uma vez que exige um olhar para a independência funcional e capacidade do idoso. As atividades a serem propostas dependem do contexto cultural e econômico da pessoa idosa. Dentre atividades indicadas há os grupos de convivência, grupos de fortalecimento muscular e equilíbrio, sempre vislumbrando metas realistas, suporte e estímulos (CHAIMOWICZ e cols., 2013).

Outro problema comum e silencioso, além de subnotificado, entre pessoas idosas, é a depressão. Cerca de 1 a 2% da população idosa é acometida por esse problema. Trata-se de uma tristeza persistente que interfere significativamente no desempenho e na energia do idoso para a convivência social. O quadro depressivo leva muitos idosos a consumirem mais medicamentos e ficarem expostos aos sintomas adversos, bem como leva à uma piora do prognóstico de outras doenças (CHAIMOWICZ e cols., 2013).

O estudo conduzido por Lima e Tocantins (2009) cujo objetivo foi responder à questão: “Que expectativas o idoso tem no encontro com a enfermagem no contexto da Atenção Básica?” apresentou, dentre suas conclusões, que a intervenção direcionada para a saúde da população idosa no contexto dos serviços da Atenção Básica de Saúde, pressupõe a vivência de relações humanas, baseadas no diálogo permanente que considere a experiência. A proposta é que as ações profissionais a

serem desenvolvidas, bem como o direcionamento e capacitação dos cuidadores, sejam pautadas no reconhecimento das expectativas assistenciais e as necessidades de saúde quanto dos hábitos, valores e da história de cada pessoa idosa, tornando-a participante ativa através de suas experiências, no processo da relação de cuidado.

Enfim, com o aumento da população idosa, e como consequência a maior incidência de DCNT e perda de funcionalidade crescentes, a capacidade de autocuidado vai declinando ao mesmo tempo em que se torna fundamental a ação de cuidadores no cotidiano. Esta realidade cria uma necessidade de qualificação desses cuidadores, que, em muitos casos passa a ser algum familiar com mais saúde e autonomia, mas, em muitos casos são pessoas externas, que exercem a atividade de forma profissional, sem qualificação e sem regulamentação estabelecidas claramente (NASCIMENTO; GATTI; BANA, 2019).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

A proposta de um Plano de Intervenção na área de abrangência da Equipe de Saúde Cristal, no município de Carbonita/MG, seguindo a estratégia do PES será apresentado abaixo.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A população usuária do SUS, nas últimas décadas, vem passando por profundas modificações nos seus perfis demográfico, antropométrico e de morbimortalidade. Estas transformações no quadro de morbimortalidade têm gerado consequências como o aumento do processo da dependência de cuidados em idosos que convivem com uma doença crônica, devido a debilidade física ou enfermidades ligadas ao envelhecimento, tais como o Alzheimer, ou por consequência das sequelas de lesões incapacitantes provocadas pelas DCNT, que restringem as atividades cotidianas do idoso, associadas ou não, tais como cegueira, amputações e paresias ou plegias. Essa realidade aponta como necessário, o cuidado geriátrico de saúde, robusto, qualificado e seguro, mediante fundamental capacitação profissional, sendo necessário ressignificar as ações de atenção ao idoso, respeitando a pluralidade (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Na área de atuação da Equipe de Saúde Cristal, a qual abrange a zona rural do município de Carbonita - MG, a dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde na cidade, inadequação dos sistemas de referência-

contrarreferência, tecnologia de informação precária e o grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde. se interrelacionam como agravantes aos cuidados à saúde do idoso.

Baseado na necessidade de um cuidado integral e de ações para o enfrentamento do acesso dos idosos, que residem na zona rural, às ações de saúde para melhorar a qualidade de vida destes, de seus cuidadores e de suas famílias, promover a autonomia e reduzir a severidade de doenças próprias da idade, este foi o problema prioritário a ser enfrentado pela equipe de saúde Cristal, com a elaboração do presente plano de intervenção.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Atualmente, é definido como um indivíduo idoso, as pessoas de terceira idade, acima de 65 anos. Nessa etapa da vida são comuns as doenças crônicas, com agravos e incapacidades, que geram a necessidade de cuidado permanente de terceiros. Essa realidade repercute no âmbito familiar, comprometendo a saúde de seus membros, com o desgaste físico e emocional, em particular, daqueles que se dedicam ao cuidado do ente dependente. Os familiares e, sobretudo, o cuidador, geralmente parentes, mulheres, de idade avançada, ficam expostos a uma complexa rede de sentimentos produzida pelas incertezas quanto às doenças, aos tratamentos e pela possibilidade de agravo da incapacidade. Na maioria dos casos, os cuidadores são desprovidos de formação específica ou capacitação apropriada para tal atividade (MONTEIRO, MAZIN, DANTAS, 2015).

Estudos internacionais demonstram que 67% das famílias assistem o parente com a doença sem pertencer a grupos de apoio (CISEK et al., 2005). O ato do cuidar demanda a compreensão do problema que levou a dependência do idoso e do conhecimento técnico para desempenhar com qualidade as ações de cuidado (tais como técnicas de ergonomia, técnicas para o fortalecimento da autonomia do sujeito, identificar comportamentos e situações de risco, fatores clínicos e físicos e o desejo de querer estar presente nessa ação de cuidado que despende paciência, respeito e confiança), sendo assim, é imprescindível o suporte por parte de uma equipe multiprofissional de saúde para qualificação do cuidadores informais.

Contudo, o que se evidencia são as dificuldades para realizar os cuidados básicos e rotineiros com o doente desde a higiene corporal, até tratamento que pode

ser afetada pela falta de informação de como se realiza tal ação, transformando-a assim em uma tarefa árdua para toda família (MAIA, 2018).

A co-responsabilização da família na realização de cuidados no domicílio é cada vez mais frequente o que se faz um importante problema de saúde pública e necessita assim de estudos que destaquem o assunto.

Neste contexto, despertou-se o estudo de se verificar como as famílias têm sido capacitadas para realizar o cuidado com os idosos no contexto da APS na cidade de Carbonita, Minas Gerais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os problemas de saúde ou situações (nós críticos) identificados geram o problema prioritário, e cuja resolução terá grande impacto também na resolução do problema prioritário. No caso deste Plano de Intervenção, que está sendo elaborado, o problema prioritário a ser enfrentado pela equipe de saúde cristal é o grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde.

Diante dos dados apresentados observa-se comunidades com a persistência do *Trypanosoma Cruzi* e, conseqüentemente a alta incidência de cardiopatas chagásicos que em sua grande maioria são idosos analfabetos ou com baixo grau de instrução formal, sobrevivendo com poucas condições socioeconômicas. Muitos são cuidados ou supervisionados por familiares e vizinhos que exercem a função de cuidadores. Já houve catação desses animais, mas ainda persistem nas matas e a grande maioria dos infectados são crônicos de longa data. Como nós críticos, foram identificados:

- Necessidade de orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto,
- Acompanhamento da equipe de saúde Cristal nas referências e relatórios para as contra-referências,
- Capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Necessidade de orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto/ capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde.
6º passo: operação (operações)	Orientação permanente aos cuidadores de idosos
6º passo: projeto	Oferecendo amor na forma de cuidado
6º passo: resultados esperados	Ampliar a capacidade de resolução de problemas de saúde dos idosos, diminuindo em 50% a necessidade de deslocamento dos mesmos às Unidades de Saúde.
6º passo: produtos esperados	Realização de encontros regulares com os cuidadores de idosos
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: organização do conteúdo programático, definição dos profissionais que irão ser os responsáveis por cada conteúdo</p> <p>Financeiro: compra de materiais gráficos e estrutura para realização do curso (deslocamento dos profissionais, organização do espaço, lanche)</p> <p>Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde, parceria com profissionais do NASF, divulgação na comunidade</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Cognitivo: disponibilidade dos profissionais</p> <p>Político: aprovação e apoio da Secretaria de Saúde e disponibilização dos profissionais para a implantação do projeto</p> <p>Financeiro: pagamento do material necessário e disponibilização do tempo dos profissionais envolvidos para a elaboração e implementação do projeto.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Responsáveis: Médica, enfermeira e agentes de saúde da equipe Cristal e profissionais do NASF.</p> <p>Motivação e ações de estímulos: articulação e ações para o envolvimento dos profissionais na execução do projeto, reuniões e grupos operativos da equipe envolvida para que a construção do conteúdo programático do curso e definição das estratégias a serem utilizadas.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Responsáveis: médica e enfermeira da Equipe de Saúde Cristal</p> <p>Prazo: 3 meses para o início do curso e 2 meses para a realização</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>1º, 2º e 3º mês: organização do conteúdo programático, planejamento da logística para a realização do curso, organização da equipe responsável e divulgação.</p> <p>4º e 5º mês: realização dos encontros/aulas do curso</p> <p>6º e 7º mês: avaliação do impacto da capacitação dos cuidadores na necessidade de deslocamento à Unidade de Saúde e documentação dos resultados alcançados com o projeto.</p>

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Grande número de pessoas idosas, hipertensas e chagásicas, com dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Acompanhamento da equipe de saúde Cristal nas referências e relatórios para as contra-referências
6º passo: operação (operações)	Articular a rede de atenção à saúde do idoso garantindo o cuidado integral que esta população necessita
6º passo: projeto	Caminho do cuidado
6º passo: resultados esperados	Estabelecer um fluxo de referência e contra referência específico para os idosos, diminuindo em 50% a necessidade de deslocamento à Unidade de saúde
6º passo: produtos esperados	Cartilha para divulgação do fluxo de referência e contra referência a ser repassado aos cuidadores de idosos e comunidade; Criar e instituir estratégias de cuidado domiciliar aos idosos evitando o deslocamento desnecessário à Unidade de Saúde Instituir um plano de trabalho para monitorar o fluxo de referência e contra referência na atenção à saúde do idoso
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: elaborar o fluxo de referência e contra referência Financeiro: material gráfico de divulgação Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde, parceria com profissionais do NASF, divulgação na comunidade
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: disponibilidade dos profissionais Político: aprovação e apoio da Secretaria de Saúde e disponibilização dos profissionais para a implantação do projeto Financeiro: pagamento do material necessário e disponibilização do tempo dos profissionais envolvidos para a elaboração e implementação do projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsáveis: Médica, enfermeira da equipe Cristal Motivação e ações de estímulos: articulação e ações para o envolvimento dos profissionais na execução do projeto, reuniões e grupos operativos da equipe envolvida para que todos possam ser protagonistas na elaboração do documento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: médica e enfermeira da Equipe de Saúde Cristal Prazo: 3 meses para o início do curso e 2 meses para a realização
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	1º, 2º e 3º mês: organização do conteúdo programático, planejamento da logística para a realização do curso, organização da equipe responsável e divulgação. 4º e 5º mês: realização dos encontros/aulas do curso 6º e 7º mês: avaliação do impacto da capacitação dos cuidadores na necessidade de deslocamento à Unidade de Saúde e documentação dos resultados alcançados com o projeto.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Carbonita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Necessidade de orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto/ capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde.
6º passo: operação (operações)	Capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde
6º passo: projeto	Aprender para cuidar
6º passo: resultados esperados	Capacitar os cuidadores de idosos para oferecerem um cuidado mais especializado e com maior resolutividade.
6º passo: produtos esperados	Realização de um curso de capacitação de cuidadores.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: organização do conteúdo programático, definição dos profissionais que irão ser os responsáveis por cada conteúdo</p> <p>Financeiro: compra de materiais gráficos e estrutura para realização do curso (deslocamento dos profissionais, organização do espaço, lanche)</p> <p>Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde, parceria com profissionais do NASF, divulgação na comunidade</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Cognitivo: disponibilidade dos profissionais</p> <p>Político: aprovação e apoio da Secretaria de Saúde e disponibilização dos profissionais para a implantação do projeto</p> <p>Financeiro: pagamento do material necessário e disponibilização do tempo dos profissionais envolvidos para a elaboração e implementação do projeto.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Responsáveis: Médica, enfermeira e agentes de saúde da equipe Cristal e profissionais do NASF.</p> <p>Motivação e ações de estímulos: articulação e ações para o envolvimento dos profissionais na execução do projeto, reuniões e grupos operativos da equipe envolvida para que a construção do conteúdo programático do curso e definição das estratégias a serem utilizadas.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Responsáveis: médica e enfermeira da Equipe de Saúde Cristal</p> <p>Prazo: 3 meses para o início do curso e 2 meses para a realização</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>1º, 2º e 3º mês: organização do conteúdo programático, planejamento da logística para a realização do curso, organização da equipe responsável e divulgação.</p> <p>4º e 5º mês: realização dos encontros/aulas do curso</p> <p>6º e 7º mês: avaliação do impacto da capacitação dos cuidadores na necessidade de deslocamento à Unidade de Saúde e documentação dos resultados alcançados com o projeto.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação na rede de atenção básica à saúde apresenta um chamado ao profissional médico para rever conceitos e premissas. É uma oportunidade de ampliação do olhar para além de sintomas clínicos de doenças ou de prescrições medicamentosas. Há necessidade de inserir na prática cotidiana algo de sensibilidade, de entrega para as relações humanas, de conhecer realidades sociais e seus impactos na saúde de uma pessoa.

Especificamente em relação à pessoa idosa, essa realidade é amplificada, os fatores sócio familiares silenciosos assumem o papel de diferenciais em um diagnóstico. O cuidado que o idoso passa a exigir, transforma toda a realidade de uma família, abrindo a demanda pelas ações de capacitação e cuidado, também, de quem cuida.

A proposta de articular a rede de atenção à saúde do idoso garantindo o cuidado integral que esta população necessita através do projeto Caminho do Cuidado e buscar a orientação dos cuidadores dos idosos sobre a importância do tratamento correto e a capacitação dos cuidadores sobre questões com relação a doença e cuidados de saúde por meio do Curso de capacitação aos cuidadores de idosos é uma busca para solucionarmos um problema histórico no município de Carbonita, a melhoria do cuidado em saúde prestado ao idoso.

A efetividade e importância deste tema para a saúde pública brasileira, a cada dia, fica mais evidente. A pandemia do COVID 19 escancarou a necessidade de um cuidado preventivo e que garanta a qualidade de vida à pessoa idosa.

Após o desenvolvimento deste estudo, evidencia-se que a educação em saúde é, sem dúvida, um caminho importante e resolutivo para a formação de pessoas cada vez mais conscientes, informadas e capacitadas para o exercício do cuidar!

REFERENCIAS

BRASIL, 2011. **Projeto de lei do senado nº 284, de 2011**. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/carbonita/panorama>. Acesso em: mai. 2020

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG. 2013. 167 p.

CISEK, M.; WILCZEK-RUYCZKA E.; GNIADK, A.; ZDANOWSKA, A. **Preparation the family to care of the patient with Alzheimer's disease**. Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku, vol. 50, 2005, Suppl. 1 - Annales Academiae Medicae Bialostocensis, p. 116-118.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p.

FLORES, Thaynã Ramos et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201720112, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100312&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 out. 2020. Epub 15-Fev-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100012>

HAMMERSCHMIDT, K. S. DE A; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2020 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>. Acesso em 02 de junho de 2020.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. L. **Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida**. Texto contexto - enferm Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200018>

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. **Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem**. Rev. bras. enferm. 2009 v. 62, n. 3, p. 367-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300006>.

MAIA, A. C. M. S. et al. **Dificuldades no cuidado à usuários que convivem com processo crônico de saúde: relato dos cuidadores familiares**. Revista Par Enferm. 2018. v.1, n.1, p. 3-12.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. **Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: validação para o Brasil**. Revista Brasileira Enfermagem. 2015. v. 68, n.3, p. 421-8.

NASCIMENTO, L. S. T., GATTI, A. L., & BANA, C. A. (2019). **Cursos de cuidadores de idosos: a clientela, o conteúdo e a qualificação**. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences. 2019. V. 41(1).

<https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v41i1.46159>

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARBONITA Disponível em:
https://www.facebook.com/prefeituramunicipaldecarbonita/posts/1139010393125566?__tn__=K-R. Acesso em 05 de maio de 2020.

ROTEIRO CONHECENDO O MUNICÍPIO E SEU TERRITÓRIO. Disponível em:
<https://moodle.nescon.medicina.ufmg.br/cegcsf/mod/page/view.php?id=2884>. Acesso em 05 de maio de 2020.