

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UMA PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE DE IDOSOS

EDSON DE SOUZA CANAZART

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2011

EDSON DE SOUZA CANAZART

**UMA PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE DE IDOSOS**

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

Orientadora: Prof. Cláudia Lins Cardoso

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2011

EDSON DE SOUZA CANAZART

**UMA PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE DE IDOSOS**

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

Orientadora: Prof.^a Cláudia Lins Cardoso

Banca examinadora:

Prof.^a Cláudia Lins Cardoso

Prof.^a Isolda de Cerqueira Cruz

Aprovado em Belo Horizonte: 17/12/2011

Agradecimento a Deus, minha família, meus professores, orientadora, meus amigos, à comunidade que me acolheu e a equipe que está sempre comigo na luta por uma saúde melhor.

“Prazer de compreender, descobrir, construir e reconstruir o conhecimento, curiosidade, autonomia, atenção. Inútil tentar conhecer tudo. Isso supõe uma cultura geral, o que não prejudica o domínio de certos assuntos especializados. Aprender a conhecer é mais do que aprender a aprender. Aprender mais linguagens e metodologias do que conteúdos, pois estes envelhecem rapidamente. Não basta aprender a conhecer. É preciso aprender a pensar, a pensar a realidade e não apenas “pensar pensamentos”, pensar o já dito, o já feito, reproduzir o pensamento. É preciso pensar também o novo, reinventar o pensar, pensar e reinventar o futuro”.

Moacir Gadotti

RESUMO

O trabalho propõe um plano de ação para educação em saúde da população idosa, tendo em vista a transição demográfica observada, resultando na alta prevalência de idosos e aumento de demanda no serviço de saúde com a atenção primária como porta de entrada. Diante desse cenário, o trabalho demonstra a importância de investimento em tecnologias leves que possam proporcionar meios para o auto-cuidado, respeitando a individualidade, as características, a cultura, os saberes adquiridos e a autonomia dos diversos atores sociais. O conhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde-doença, as atuações sobre eles, a criação de vínculo e seu fortalecimento nas relações do cuidar, pode proporcionar mudanças que conduzirão a melhor qualidade de vida e satisfação dos idosos, seus familiares, comunidade e equipe de saúde. Para transformação do conhecimento, o investimento partirá do conhecimento adquirido e a partir de sua desconstrução, reconstruí-lo sem ferir a história de vida dos indivíduos envolvidos. Para subsídio teórico, utilizou-se o conteúdo das disciplinas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, consulta a biblioteca virtual em saúde e livros textos. Realizado análise do diagnóstico local, levantamento dos pontos críticos e construído uma proposta de ação educacional para a comunidade de idosos do território de atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família – São João em João Monlevade, MG. Espera-se que a proposta sirva de estímulo a investimentos em ações de promoção e prevenção em saúde.

Descritores:

Educação em saúde. Saúde do idoso. Promoção de saúde. Prevenção primária.

ABSTRACT

This work proposes a plan of action for health education of elderly people. By observing the demographic transition, the population is getting older, meaning an increase on health service demand, having primary health care as a starting point. In this scenario, this work demonstrates the importance of investments in light technologies that can provide means for self-care, respecting different people's individuality, culture, knowledge and autonomy. The knowledge of conditioning and determining factors of health-disease, the interventions in it, the creation of a link and its strengthening in care relationships can provide changes that will lead to better life quality and satisfaction of elderly people, its relatives, community and health care team. For knowledge changing, the investment will come from the acquitted knowledge and, from its deconstruction to reacquire it without offending the life story of the involved people. For the theoretic basis, the content of disciplines of the specialization course in Family Primary Health Care, the virtual library on health and texts books have been consulted. After analyzing the local diagnosis, searching for critical points and completing a proposal of educational action for the elderly community from where the Health Family Strategy team works, São João in João Monlevade, MG. This proposal is supposed to stimulate investments in activities for promotion and health prevention.

Keywords:

Health Education. Elderly Health Care. Health Promotion. Primary prevention.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	17
3 JUSTIFICATIVA.....	19
4 OBJETIVO.....	23
5 MÉTODO.....	23
6 DESENVOLVIMENTO.....	25
6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	25
6.1.1 Aspectos sócio-econômicos.....	27
6.1.2 Perfil da população de idosos.....	28
6.1.3 Alfabetismo dos idosos.....	29
6.1.4 Renda/Ocupação.....	30
6.1.5 Classificação de risco por família de idosos.....	31
6.2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE A SAÚDE DOS IDOSOS.....	33
6.2.1 Iatrogenia e problemas com medicamentos.....	37
6.2.2 Incontinência urinária.....	38
6.2.3 Quedas e fraturas.....	38
6.2.4 Depressão.....	39
6.2.5 Insônia.....	39
6.2.6 Demências e confusão mental.....	40
6.2.7 Hipertensão arterial sistêmica.....	40
6.2.8 Diabetes.....	40
6.2.9 Saúde bucal do idoso.....	41
6.2.10 Violência contra o idoso.....	41
6.2.11 Osteoporose.....	42
6.2.12 Nutrição.....	43
6.2.13 Atividade física.....	43
6.2.14 Imobilidade.....	43
6.2.15 Aposentadoria.....	44
6.2.16 Direitos.....	45

6.3 PLANO DE AÇÃO.....	47
6.3.1 Definição o problema/priorização do problema.....	47
6.3.2 Descritor do problema.....	49
6.3.3 Explicação do problema.....	49
6.3.4 Árvore explicativa do problema.....	50
6.3.5 Nós críticos selecionados.....	51
6.3.5.1 Educação.....	51
6.3.5.2 Necessidades do usuário.....	52
6.3.5.3 Necessidades da equipe.....	53
6.3.5.4 Conflitos.....	53
6.3.5.5 O cuidado.....	53
6.3.6 O desenho das operações.....	55
6.3.7 Recursos críticos.....	57
6.3.8 Motivação dos atores.....	58
6.3.9 Plano operativo.....	60
6.3.10 Gestão do plano.....	62
6.3.11 Planilha para acompanhamento de projetos.....	64
7 CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
Apêndice A – Síntese do diagnóstico situacional do território da Equipe de Saúde da Família São João – Município de João Monlevade.....	73
Apêndice B – Gráficos e Tabelas.....	91

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi realizado como parte da disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso” (TCC) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais. Ele possibilitou contemplar uma realidade da Equipe de Saúde da Família – São João na cidade de João Monlevade, MG ao mesmo tempo em que proporcionou a elaboração de uma proposta de educação em saúde voltada à população idosa.

A opção em trabalhar com esta proposta baseou-se no fato de que a população de idosos apresenta uma prevalência de 18,88% no território e medidas de promoção e prevenção são prerrogativas importantes na atenção básica onde a educação em saúde voltada para a população de idosos torna-se um desafio.

Um olhar crítico sobre as propostas de educação e as práticas estabelecidas é importante elemento para que a relação entre usuário e equipe construa-se de forma harmoniosa gerando resultados que possibilitem modificar uma realidade atuando sobre os determinantes de saúde-doença, compartilhando idéias, buscando alternativas, ouvindo o usuário em seu contexto social, econômico e cultural. Fazer com que esta população participe deste processo é desafiante e proporciona buscar resolubilidade resultando em melhor qualidade de vida.

Para elaboração de estratégia de ação, este trabalho adotou a proposta da disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família.

Com a implementação do SUS são exigidas cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Uma dessas ferramentas é sem dúvida alguma, o planejamento.

Com base no exposto acima, e mediante o Diagnóstico Situacional em Saúde, este trabalho propõe uma Ação Educacional para a população de idosos do território de atuação da Equipe de Saúde da Família – São João em João Monlevade, MG.

2 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Básica à Saúde (ABS), constitui “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2006 *apud* FARIA *et al.*, 2010, p. 35). É neste contexto, que se situa a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como estratégia para reorganização, reorientação assistencial integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), baseando suas ações em atividades de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. Ao integrar conceitos e práticas como acolhimento, humanização no atendimento, integralidade da atenção e vínculo, procura-se resgatar a relação entre sujeitos sociais (VASCONCELOS; GRILO e SOARES, 2009). Composta por equipe multiprofissional, a ESF atua em território delimitado com uma clientela de 2400 a 4000 pessoas adscritas guardadas as possíveis flexibilizações de acordo com o perfil da população como densidade e acessibilidade e outros de relevância local. Esta equipe desenvolve as mais diversas atividades e para isso faz uso de instrumentos de tecnologia principalmente leve, ou seja, aquelas produzidas no trabalho vivo em ato e que condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MEHRY, 2002 *apud* FERRI *et al.*, 2007, p. 518), para atendimento à demanda em saúde na prevenção e promoção cumprindo com o princípio da integralidade.

A ESF tem seu processo de atenção integral, de acordo com Alves (2005, p. 41):

[...] à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF.

Nessa atenção integral, é importante a relação entre os atores, isto é, entre os membros da equipe de saúde e a população. Uma relação cheia de nuances em que o vínculo, o acolhimento, as relações expressam-se de muitas formas e contribuem para sucesso na investida reciprocamente.

Além das tecnologias leves, a atenção básica utiliza em seu processo de trabalho, outras tecnologias que empregadas de forma racional contribuem com a produção em saúde. São elas: as tecnologias duras que seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto que conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. E as tecnologias leve-duras que se refere aos saberes que orientam o trabalho, são as normas, protocolos, conhecimentos produzidos em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e caracterizam-se por conterem trabalho capturado, mas com possibilidade de expressarem trabalho vivo (MERHY, 2002 apud FERRY *et al.*, 2007, p. 518).

Dentre os vários instrumentos de trabalho disponíveis, o diagnóstico da situação do território contribui na organização e planejamento de ações de intervenção na comunidade adscrita. Este instrumento refere-se ao Planejamento Estratégico Situacional (PES) através do qual, a partir de levantamento da situação no território de abrangência e considerando os atores sociais envolvidos, será possível levantar um problema ou problemas e elaborar um planejamento estratégico exequível.

Baseado nessas premissas, e considerando que o número de idosos é crescente no território, representando cerca de 18% da população conforme diagnóstico levantado pela Equipe da ESF São João em João Monlevade, MG, faz-se importante um trabalho que possa fornecer subsídios para o processo de corresponsabilização no tratamento, na manutenção e na prevenção da saúde, prerrogativas importantes no trabalho de atenção primária.

Tendo como foco a educação para a faixa etária em questão, o trabalho propõe buscar meios para entendimento da importância dessa educação e os desafios dessa prática para construção do conhecimento em prol de um envelhecer saudável, com elaboração de um plano de ação capaz de reconstruir o conhecimento e construir práticas saudáveis para um envelhecer saudável.

3 JUSTIFICATIVA

O modelo de atenção à saúde, em nova concepção desde a convenção de Alma-Ata (OMS, 1978), preza pela saúde para todos com ênfase na atenção primária. Apresenta-se, então, com outra filosofia para uma reorientação da organização dos serviços de atenção à saúde enfatizando a prevenção e promoção com participação comunitária nas decisões, estímulo à corresponsabilidade, considerando a abordagem dos determinantes sociais das doenças. Na Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, OMS (1986, p.1) a Carta de Ottawa estabelece:

Promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida cotidiana, não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global.

Estas premissas vão de encontro ao modelo flexneriano, ou seja, médico-centrado, biologicista, focado no atendimento às manifestações agudas de agravos à saúde, hospitalocêntrico. Um modelo privatista com custos altos aos cofres públicos.

Conforme Faria *et al.* (2010), houve muitas discussões sobre racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde por meio da atenção básica esteve presente em quase todas as discussões sobre os sistemas de saúde.

Considerando o foco deste trabalho, e a percepção de que a população de idosos é crescente, e a tendência de mudança da estrutura demográfica brasileira com a transição em sua terceira fase, ou seja, a queda da fecundidade e envelhecimento populacional, estratégias de atenção à saúde desta população devem ser traçadas. Principalmente pelo fato de estarmos diante de um cenário em que as doenças crônico-degenerativas estão aumentando, por questões intrínsecas, perpassando por peculiaridades que envolvem o cuidado com a pessoa idosa, ações de prevenção e promoção precisam ser incrementadas.

A transição demográfica, quando nos faz perceber que a proporção de idosos jovens ainda é pequena e com reflexos socioeconômicos importantes, chama atenção para o expressivo aumento da prevalência de doenças crônicas e o reflexo na qualidade de vida e o aumento de internações hospitalares com custos altos para a sociedade (CHAIMOWICS, *et al.*, 2009). Nesse contexto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre profissionais

de saúde, com vistas à grande demanda que se torna eminente e o pressuposto do trabalho em equipe adotado com a Estratégia de Saúde da Família assumido pelo Ministério da Saúde que nos traz a uma concepção do trabalho interdisciplinar, como descrito por Gomes e Deslandes (1994) *apud* Telles e Borges (2010, p.1): [...] no campo da saúde pública, a interdisciplinaridade pode ser entendida “como uma necessidade intrínseca à complexidade de seu objeto e como uma proposta de resgate da medida do humano na racionalidade técnico-científica”. Neste sentido dá-se a relevância da interdisciplinaridade nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, que vem lidando, com frequência crescente, com questões e problemas específicos da senilidade onde o vínculo, ato-cuidado, assim como correponsabilidade são demandas importantes.

É no campo da promoção da saúde que as atividades de orientações para o desenvolvimento de ações educativas para idosos passam a ser importantes na relação destes com a equipe de saúde e com o sistema, sendo capaz de modificar a realidade de procura pelos serviços de saúde nas agudizações, reduzindo internações ou demandas em unidades básicas de saúde.

O envelhecimento saudável dar-se-á com investimento em capacitação de profissionais e de educação em saúde da população. Chaimowicz *et al.* (2009, p. 54) consideram que o envelhecimento saudável somente se tornará uma realidade para os idosos brasileiros quando a aplicação intensiva dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação de saúde passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia.

Assis *et al.*, (2002) sugerem diversas atividades para trabalho educativo com idosos, destacando o papel estratégico da avaliação para o amadurecimento, coerência teórica e visibilidade das práticas educativas em saúde, e nos lembram que na presente política nacional do idoso estão previstas ações nas diversas áreas sociais, como saúde, previdência social, educação, habitação, trabalho, justiça, dentre outras. Lembram também, que a reorientação dos serviços é uma estratégia da promoção da saúde necessária para que a lógica de articulação e integração das políticas possa na prática se efetivar. Promover o envelhecimento saudável é, portanto, segundo os autores, tarefa complexa que inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível, considerando os conhecimentos atualmente disponíveis.

Ao estabelecer a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a regulação Federal, demonstra os preceitos da educação e afirma que “a educação abrange os processos formativos que se

desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (LDB, art. 1º) (BRASIL, 1996 apud VASCONCELOS *et al.*, 2009, p.6).

O desenvolvimento de habilidades pessoais, com participação da comunidade, é importante neste contexto de promoção à saúde e para Assis *et al.* (2002, p. 15):

[...] compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar e reforçam: A educação em saúde, como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde é, nesse contexto, uma ação fundamental.

Quando em nossa práxis lidamos com o outro, pessoa imersa em seu universo pessoal, emocional contextual e ambiental com diferentes formas de receber estímulos os quais têm desde a infância como base para seu desenvolvimento e convertê-los em ações, como descrito por Freire (2011), traz-nos uma questão importante. Será que, com tudo já exposto, esta pessoa será capaz de assimilar novas formas de conhecimento? De que forma ela está preparada para recebê-los? E mais, estamos preparados para transmitir o conhecimento? Assis *et al* (2002, p. 16) contextualizam a situação em que se processa a educação em saúde pelos profissionais quando observa:

[...] não é ainda comum o reconhecimento e a valorização da educação nas práticas de saúde. Muitos profissionais desconhecem que educam mesmo quando não têm este propósito, enquanto outros reproduzem uma ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença e de educação como mera transmissão de informações.

As equipes de saúde trabalham em territórios com características próprias, com aspectos culturais muito arraigados na sua forma de ser e conviver e o conhecimento dessas características é importante quando se deseja implementar mudanças nas formas de verem a saúde, quebrando com o “status quo”. Status construído a partir dos modelos de saúde tão descritos nas bibliografias estudadas que demonstram os saberes os quais a população foi e está imersa.

Ao lidarmos com isso e com a necessidade de mudanças para melhoria dessa situação, devemos imergir essas pessoas nessa nova proposta de saúde do SUS. Não só a população, mas também, os profissionais envolvidos nesse processo, carentes por mudanças, pois são produtos do mesmo processo, quebrando, de certa forma, com a cultura institucional estabelecida. O processo de mudança inicia-se com uma proposta de educação permanente que considera a educação em saúde como disciplina de ação. Significa dizer que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo

crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência.

Estabelecer o espaço de atuação entre a esperança do indivíduo e os projetos governamentais significa, primordialmente, considerar a pessoa como ser vivente, com alma, com idéias, com sentimentos e desejos, como gente, enfim. Representa, ainda, aproximar as conquistas técnicas e científicas do homem comum e a ação governamental do cidadão. O conhecimento do conhecimento, ou seja, conhecer o que o outro conhece e construir a partir daí o conhecimento, com participação social.

Deve ficar absolutamente claro que, assim como o indivíduo tem direito à informação, o cidadão tem o dever de se informar. As ações de educação em saúde devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do estado (em relação ao disposto na Constituição Federal) em estado de dever, que é função de todos, indivíduos, instituições, coletividades e governos.

Todos os agentes sejam gestores, usuários ou profissionais envolvidos, devem assumir que estão em processo de aprendizagem recíproca e, portanto, as trocas de informações são importantes. Para tanto, dá-se a educação permanente, no intuito de capacitar os profissionais e torná-los capazes de modificarem os saberes e retransmiti-los com propriedade de acordo com a população a que estão vinculados.

Educação permanente é, pois, segundo o Ministério da Saúde (2001), uma articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do processo de trabalho, quando o aprender e o ensinar incorporam-se ao dia a dia das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação dos problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos.

4 OBJETIVO

Realizar revisão bibliográfica e propor intervenções que possam oferecer resultados nas práticas educativas para idosos.

5 MÉTODO

Para atingir os objetivos foi adotado o seguinte método:

- Para atualização dos aspectos conceituais, foi realizada revisão bibliográfica narrativa utilizando a biblioteca virtual de saúde nas bases SciELO e Lilacs, (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), com os descritores “educação em saúde”, “saúde do idoso”, “promoção de saúde”, “prevenção primária”.
- Para o plano de ação foram utilizadas as propostas de prevenção e promoção, instrumentos educacionais e recomendações sobre os processos de abordagem de famílias e comunidades, revisados nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família: Planejamento e avaliação das ações em saúde; Práticas educativas em atenção básica à saúde – Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade; Iniciação à metodologia científica; Modelo assistencial e atenção básica à saúde; Saúde do idoso; Livros textos de medicina.

6 DESENVOLVIMENTO

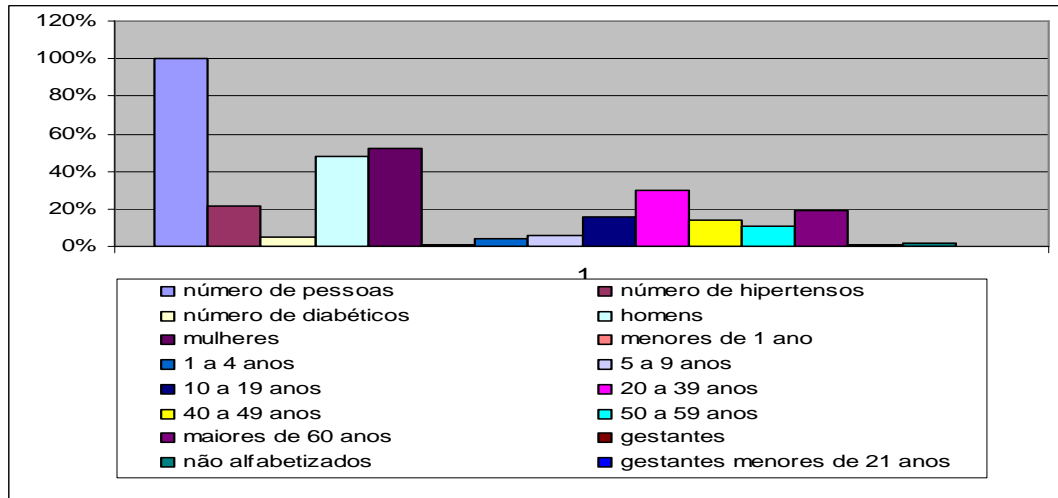
Para estabelecermos como se processará a educação dos idosos no território, fez-se importante o conhecimento de particularidades inerentes ao território a que pertencem a partir do diagnóstico situacional territorial, do levantamento dos dados através de pesquisa no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, Fichas A (Fichas contendo dados cadastrais das famílias), e de informações obtidas pelos agentes de saúde e profissionais da enfermagem em suas visitas domiciliares, prontuário médico, representantes da comunidade, associações, além das características da população observadas pela equipe. A elaboração do plano de ação se materializará de forma coerente com o perfil da comunidade, com manifestação de interesse e participação, procurando uma interlocução entre profissionais e usuários.

6.1 O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- Como pode ser observado no diagnóstico de situação, realizado pela ESF São João em 2010 conforme gráfico 1 abaixo e com mais detalhes no apêndice A e B, percebemos uma prevalência da população de maiores de 60 anos de 18,88% no território de atuação da equipe, em comparação aos 13,23% para a cidade de João Monlevade de 11,79% para Minas Gerais (IBGE, 2010). Importante, porém, observarmos a tendência quando observamos que a população na faixa etária dos 40 aos 59 soma 24,36% e daí nos preocupamos com ela que, por sua vez, tornar-se-á nos futuros idosos do território.

É imprescindível que nos preocupemos com o futuro da população, desde as faixas etárias tenras, pois estão mergulhadas no processo educativo onde a escola é um cenário facilitador, mas medidas imediatas devem ser tomadas com os idosos do território.

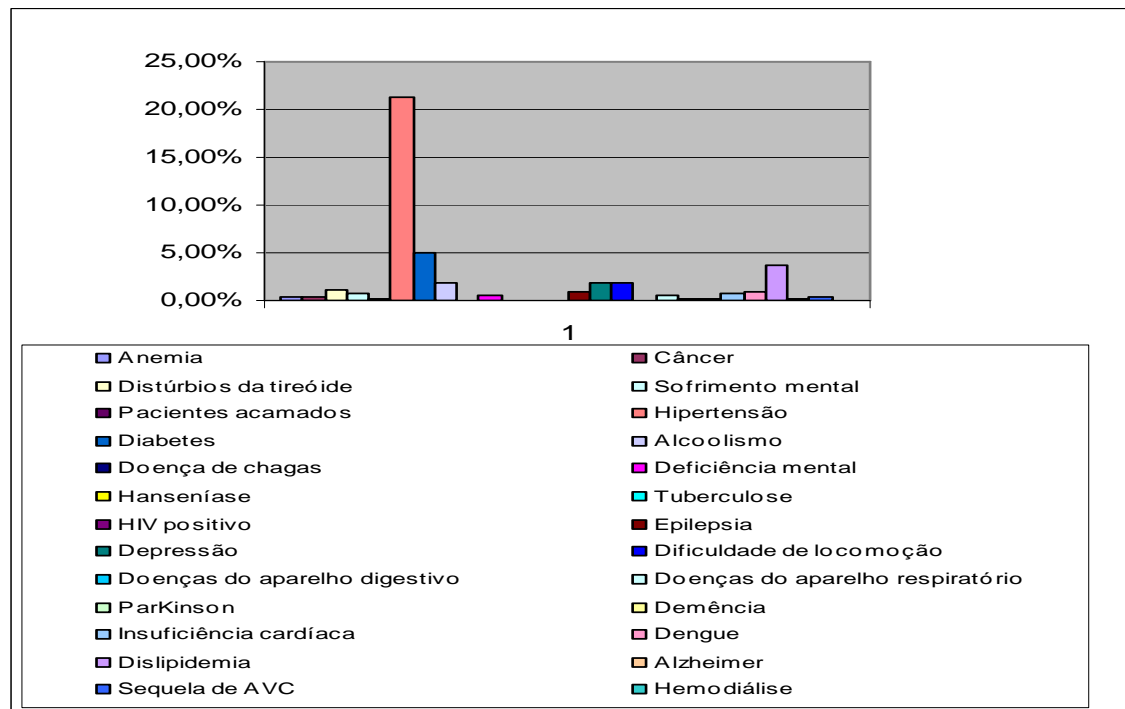
Gráfico 1: População do território da equipe de ESF São João



Fonte: diagnóstico local ESF São João

Outros aspectos importantes que podemos notar são com relação a morbidade e mortalidade sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa 21,23% e o diabetes mellitus (DM) 4,98%, duas morbidades envolvidas em prejuízos na qualidade de vida da população e que envolve altos custos para o Sistema Único de Saúde. Outras importantes morbidades podem ser observadas no território da ESF São João conforme gráfico 2.

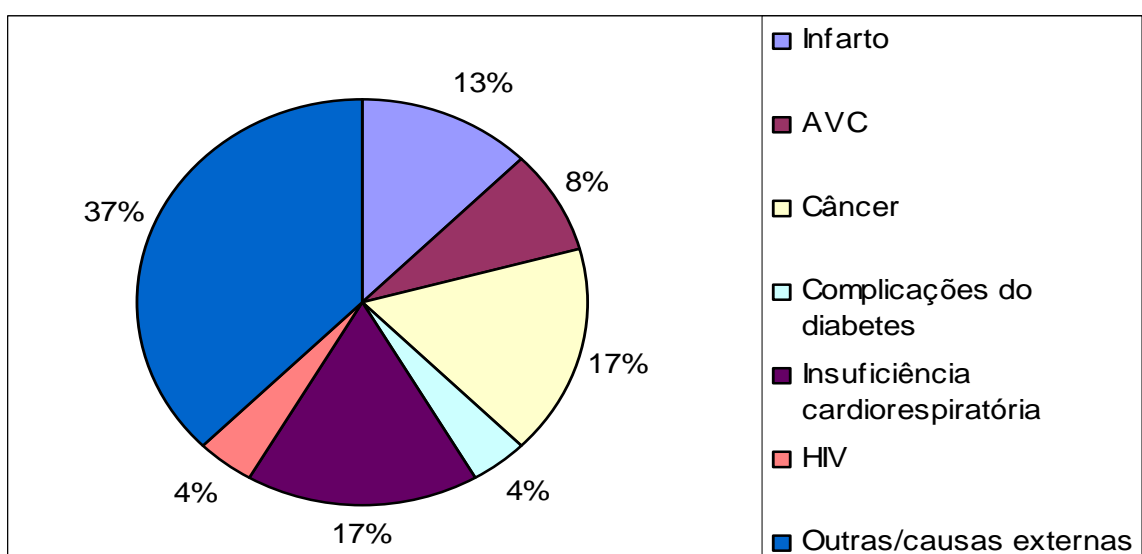
Gráfico 2: Morbidade no território da equipe de ESF São João:



Fonte: diagnóstico local ESF São João

É notável a frequência das doenças crônico-degenerativas, principalmente em idades mais avançadas, pois quanto maior o envelhecimento de uma população, maior a incidência deste grupo de doenças. Percebe-se, então, no Gráfico 3 que em 2010, o câncer, não considerada a origem, representou a principal causa de mortes, seguida por insuficiência cardiorrespiratória e acidente vascular encefálico.

Gráfico 3: Mortalidade no território da ESF São João:



Fonte: diagnóstico local ESF São João

Além dos dados acima, proporcionados pelo diagnóstico local, a equipe levantou outros dados importantes com relação a aspectos sócio-econômicos que servirão de norteadores para o planejamento educacional da população, em particular, a de idosos.

6.1.1 Aspectos sócio-econômicos

Os aspectos sócio-econômicos são determinantes e/ou condicionantes de saúde e doença e o levantamento de dados no território pode contribuir para o planejamento e priorização das ações.

O território da equipe de saúde da família São João apresenta uma heterogeneidade cultural, social e econômica que influencia no processo de trabalho devido ao perfil dos usuários, pelas diferentes necessidades apresentadas.

Maiores detalhes podem ser vistos na síntese do diagnóstico situacional de 2009 e a atualização em abril de 2011, em anexo.

Para este trabalho levantaram-se dados pertinentes às condições dos idosos considerando como idoso, o indivíduo acima de 60 anos ou mais como determinado pela legislação brasileira.

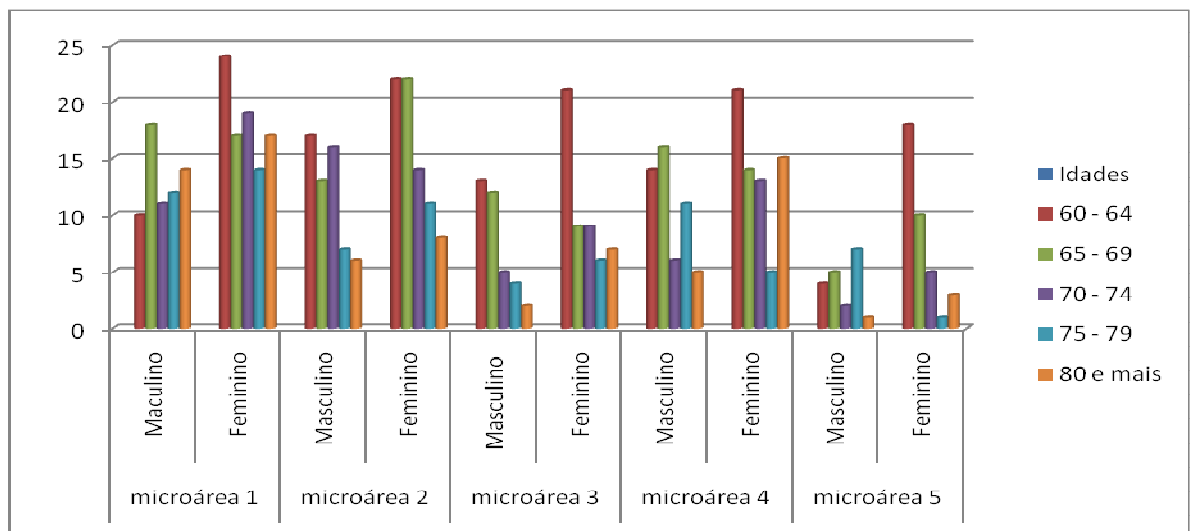
Levantou-se o número de idosos nas faixas etárias de 60 a 80 e maiores de 80 anos, a renda, ocupação, escolaridade e condição de risco da família com idoso conforme gráficos abaixo.

6.1.2 Perfil da população de idosos

O gráfico 4 demonstra as diversas faixas etárias dispersas nas microáreas do território de atuação da equipe São João. Percebe-se que as microáreas 1, 2, 3 e 4 apresentam perfis semelhantes pois são de famílias de bairro tradicional, com cultura bem absorvida e com hábitos cotidianos também semelhantes. É possível observar o predomínio da população feminina, demonstrando a feminização do envelhecimento (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A população da microárea 5 apresenta um perfil diferente apesar de mantida a feminização. A discrepância de proporção da população masculina em relação a feminina é notável. É uma área com graves problemas sociais tais como, o consumo e tráfico de drogas, brigas entre traficantes, mortes prematuras de jovens e adultos, além de outras que podem ser vistas a seguir nos próximos gráficos.

Gráfico 4: perfil da população de idosos por microárea.

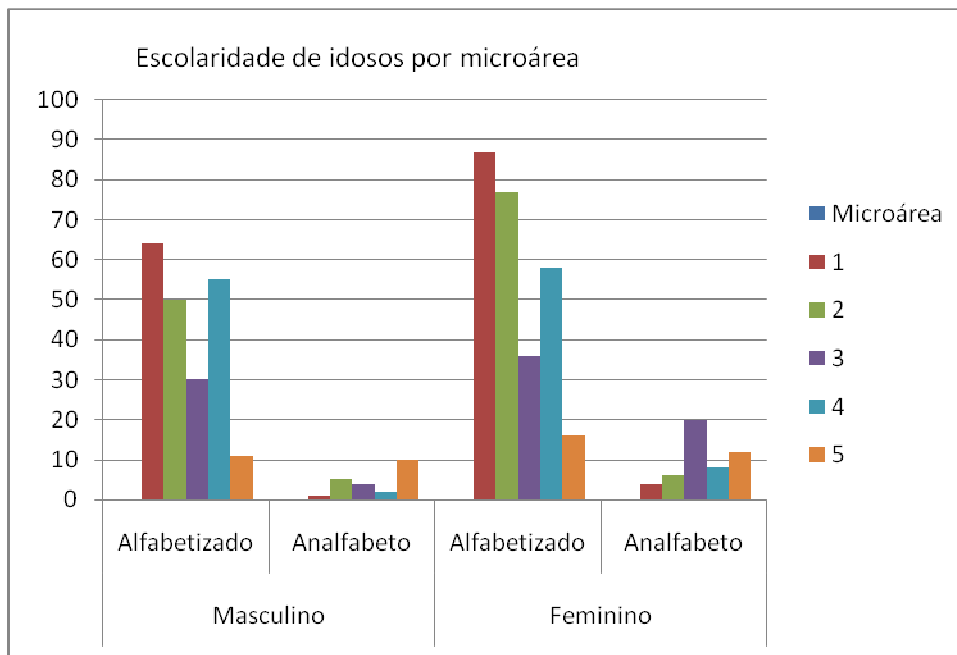


Fonte: Fichas A – Equipe da ESF São João

6.1.3 Alfabetismo dos idosos

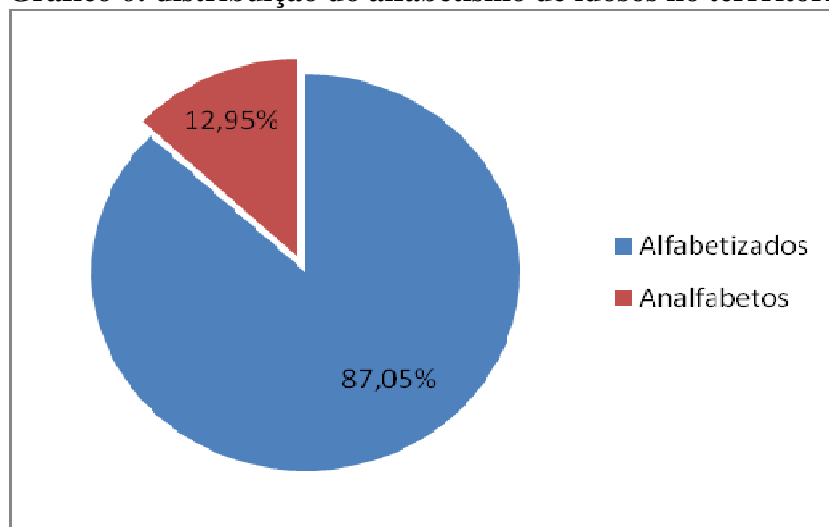
Os gráficos 5 demonstra a distribuição da escolaridade no território da equipe de ESF São João. Nota-se que o número de analfabetos é proporcionalmente maior na microárea 5. E o gráfico 6, demonstra a distribuição do percentual de alfabetos/analfabetos em todo território.

Gráfico 5: distribuição do alfabetismo nas microáreas do território.



Fonte: Fichas A

Gráfico 6: distribuição do alfabetismo de idosos no território



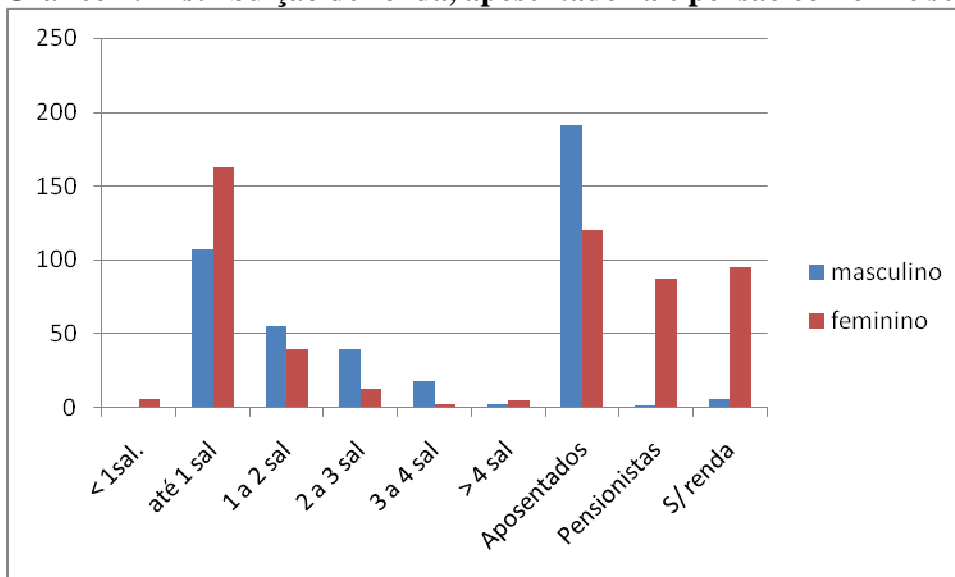
Fonte: Fichas A

6.1.4 Renda/Ocupação

A distribuição da renda, em salário mínimo, apresenta algumas particularidades: o número de mulheres que recebem 1 salário mínimo seja por pensão ou aposentadoria e algumas que apresentam algum emprego é superior a dos homens e à medida que aumenta para dois ou mais salários mínimos, os homens estão em vantagem.

A maioria dos homens recebem aposentadoria e poucos declararam receber pensão ou estão sem renda. Muitas mulheres são pensionistas, porque não possuíam renda enquanto casadas, sendo sustentadas pelos maridos e por advento da viuvez passaram a receber o benefício. Um número expressivo de mulheres ainda são dependentes dos maridos por não possuírem renda, conforme gráfico 7 abaixo.

Gráfico 7: Distribuição de renda, aposentadoria e pensão conforme sexo.

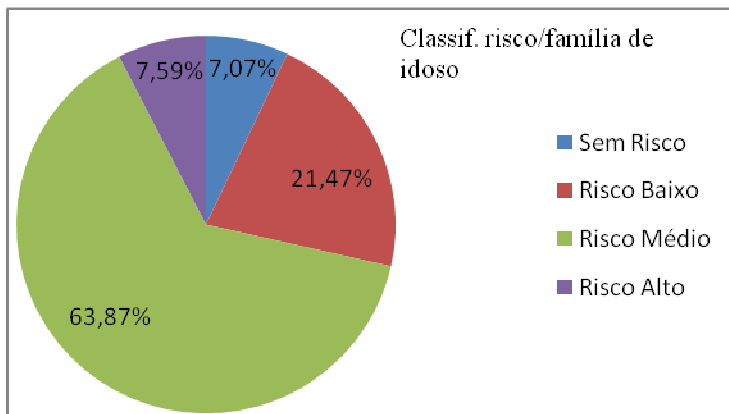


Fonte: Fichas A

6.1.5 Classificação de risco por família de idoso

O gráfico nº 8 nos mostra que 63,87% das famílias com idosos apresentam classificação por grau de risco médio, segundo os critérios da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, e 7,59% das famílias apresentam risco alto. A família deve ser sujeito do cuidado com a saúde dos seus integrantes e, para isso, é necessário que aprenda a identificar fatores de risco e reagir diante deles. A classificação de risco deve cumprir com objetivo educativo para a família, além de levantar dados para planejamento de ações pelas equipes de saúde (IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2009).

Gráfico 8: Classificação de risco/família de idoso.



Fonte: Fichas A

6.2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE A SAÚDE DO IDOSO

Os problemas típicos de saúde dos indivíduos dos 60 aos 80 anos ou mais são comuns e são aqueles devido ao inadequado acesso aos cuidados de saúde. O envelhecer proporciona uma redução da capacidade funcional dos diversos sistemas fisiológicos, como o respiratório ou cardiovascular. Ocorre acúmulo de diversas seqüelas de doenças crônico-degenerativas como: hemiplegia devido acidente vascular encefálico, provocado pela hipertensão arterial não controlada e o desenvolvimento de doenças comuns após os 60 anos, como a osteoartrose e a osteoporose. Assim, na geriatria, se estabeleceu a expressão “Gigantes da geriatria”, entre eles: iatrogenia; incontinência urinária; instabilidade postural, quedas e fraturas; doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências, e delirium) e a síndrome de imobilidade (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Em consequência, a demanda por cuidados de saúde, principalmente os domiciliares prestados pela ESF aumentará exponencialmente (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

O conhecimento dos gigantes da geriatria pelos profissionais de saúde e um estudo de levantamento na população para programação de ações junto à comunidade podem fortalecer o vínculo e proporcionar atividades organizadas. São muitos os problemas no território da equipe de ESF e os gigantes da geriatria sempre se farão presentes, por isso, a equipe de ESF São João levantou os cinco principais problemas de saúde dos idosos em seu território com os impactos na família, na saúde e sugeriu propostas de como poderiam ser evitados, e sugestões de soluções conforme quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Principais problemas de saúde dos idosos, comuns na área de abrangência da ESF São João, com impactos e propostas de soluções.

Problemas	Como evitar	Impacto: saúde	Impacto: família	Solução?
Depressão	Convivência familiar; Uso racional de medicamento; Atividade física.	Aumento da incidência de suicídios; Frequência aos ambulatórios com várias queixas inespecíficas (poliqueixoso); Oneração.	Risco de auto-extermínio; Convívio familiar tumultuado; Mobilização da família causando ansiedade e angústia; Insegurança da família; Redução importante da qualidade de vida.	Diagnóstico precoce (Ouvir os pacientes e familiares); Tratamento adequado; Orientação familiar; Conferência de família; Atividades de convivência (grupos operativos, atividades em grupo); Detectar famílias de risco; Estímulo a atividades ao ar livre; Estímulo de atividades

				de recreação; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados.
Osteoartrose/osteoporose	Atividade física Atenção ao climatério; Alimentação adequada; Educação física.	Oneração do sistema; Mobilização de outros departamentos; Mobilização do sistema secundário e terciário; Contratação de especialistas; Aumento das aposentadorias por invalidez.	Mobilização da família (cuidador, dependência); Inadimplência de familiares; Ansiedade dos familiares e pacientes; Depressão; Tumulto no convívio familiar; Impacto no orçamento familiar; Redução importante da qualidade de vida.	Conferência familiar; Educação em saúde; Orientação quanto ao autocuidado; Orientação física e nutricional; Fisioterapia; Preparação do cuidador; Controle adequado da dor; Orientação para atividades domésticas; Programação da agenda da equipe de saúde; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados; Adequação do ambiente domiciliar (prevenção de acidentes).
Insuficiência cardíaca	Diagnóstico precoce de patologias que possam precipitar a insuficiência cardíaca; Controle da hipertensão arterial, diabetes, etc.; Dieta adequada com redução do sódio; Orientação nutricional; Atividade física regular; Controle do peso; Tratamento adequado.	Oneração do sistema; Mobilização de outros departamentos; Mobilização do sistema secundário e terciário; Contratação de especialistas; Aumento das aposentadorias por invalidez.	Mobilização da família (cuidador, dependência); Inadimplência de familiares; Ansiedade dos familiares e pacientes; Depressão; Tumulto no convívio familiar; Impacto no orçamento familiar; Redução importante da qualidade de vida.	Diagnóstico precoce de patologias causadoras e precipitadoras; Tratamento adequado; Orientação quanto ao autocuidado; Adequação de atividades de recreação; Conferência familiar em casos selecionados; Sensibilização para adesão ao tratamento; Orientação nutricional; Controle do peso; Orientação para atividades domésticas; Programação da agenda da equipe de saúde; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados.
Hipertensão arterial	Atividade física regular; Dieta adequada	Oneração do sistema (compra de	Mobilização da família; Inadimplência de	Uso adequado dos medicamentos (atividades para

	com redução do sódio; Orientação nutricional; Controle do peso; Tratamento adequado.	medicamentos, hemodiálise, etc.); Mobilização de outros departamentos; Mobilização do sistema secundário e terciário; Contratação de especialistas; Aumento das aposentadorias por invalidez.	familiares; Ansiedade dos familiares e pacientes; Depressão; Tumulto no convívio familiar; Impacto no orçamento familiar; Redução importante da qualidade de vida; Risco de agravos cardiovasculares.	melhorar a adesão ao tratamento); Tratamento adequado e classificação de risco; Orientação quanto ao autocuidado; Conferência familiar em casos selecionados; Orientação nutricional; Controle do peso; Estímulo a atividades ao ar livre, atividade física regular; Diagnóstico precoce de complicações ou lesões em órgãos alvos; Programação da agenda da equipe de saúde; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados.
Diabetes mellitus	Atividade física regular; Dieta adequada com redução da glicose; Controle do peso; Tratamento adequado; Orientação nutricional.	Oneração do sistema (compra de medicamentos, hemodiálise, etc.); Mobilização de outros departamentos; Mobilização do sistema secundário e terciário; Contratação de especialistas; Aumento das aposentadorias por invalidez.	Mobilização da família; Inadimplência de familiares; Ansiedade dos familiares e pacientes; Depressão; Tumulto no convívio familiar; Impacto no orçamento familiar; Redução importante da qualidade de vida; Risco de agravos cardiovasculares (amputações, lesões em órgãos importantes).	Fisioterapia quando indicada; Diagnóstico precoce da doença e de complicações ou lesões em órgãos alvos (pé diabético, etc.); Adequação do ambiente domiciliar (prevenção de acidentes); Orientação quanto ao autocuidado (pé diabético); Uso adequado dos medicamentos (atividades para melhorar a adesão ao tratamento, grupos operativos); Estímulo a atividades ao ar livre, atividade física regular; Orientação nutricional; Controle do peso; Conferência familiar em casos selecionados; Tratamento adequado; Programação da agenda da equipe de

				saúde; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados.
Demência	Convivência familiar; Uso racional de medicamentos; Atividade física; Estimular a leitura; Controle de patologias precipitantes; Alimentação adequada; Tratamento adequado.	Oneração do sistema (medicamentos de alto custo); Mobilização de outros departamentos; Mobilização do sistema secundário e terciário; Contratação de especialistas.	Risco de auto-extermínio; Convívio familiar tumultuado; Mobilização da família causando ansiedade e angústia; Insegurança de membros da família; Redução da qualidade de vida; Impacto no orçamento familiar.	Ouvir os pacientes e familiares; Diagnóstico precoce (Ouvir os pacientes e familiares); Tratamento adequado; Orientação familiar; Adequação do ambiente; Conferência de família; Atividades de convivência; Detectar famílias de risco; Estímulo a atividades ao ar livre, leitura, recreação; Visitas domiciliares regulares programadas para os casos selecionados.

Fonte: ESF São João

A abordagem do paciente idoso em atenção primária à saúde é um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diferentes fatores, tais como o ambiente onde o paciente vive, a relação médico-paciente e médico-familiares, a história clínica, que corresponde aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais, e o exame físico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os grupos de idosos em situação de risco são os muito idosos (80 anos ou mais); os que vivem sozinhos; as mulheres idosas, sobretudo as viúvas e solteiras; os que vivem em instituições; os que estão socialmente isolados; os idosos sem filhos; os que têm limitações sérias ou disfunções; os casais de idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente e; os que contam com poucos recursos econômicos (SIRENA E MORIGUCHI, 2005).

Para a prevenção de quedas em pacientes idosos, Sirena e Moriguchi (2005, p. 581) sugerem recomendações gerais aplicáveis na atenção primária para os que vivem na comunidade, como, orienta treinar a marcha, revisar medicamentos, programas de exercícios para o equilíbrio, tratar hipotensão postural (nível de evidência II), modificar fatores ambientais (nível de evidência III), tratar doenças cardiovasculares, incluindo arritmias cardíacas (nível de evidência IV). Para aqueles que recebem assistência domiciliar ou que vivem em casas geriátricas sugerem programas de educação para a equipe que assistirá o

paciente, treinar a marcha do paciente, revisar medicações utilizadas e realizar modificações necessárias (nível de evidência II).

Os autores consideram que existem boas evidências de que exercícios físicos demonstram benefícios em relação à prevenção de quedas e propõem sugestões para a abordagem, cuidados e prevenção de tais eventos como: exercícios para ganho de equilíbrio como o Tai Chi Chuan, abordagem de familiares para prevenção de quedas de idosos no domicílio com medidas simples de adequação do ambiente, revisão de medicamentos e métodos auxiliares de apoio como bengalas, andadores.

Gerenciar o cuidado com a saúde do indivíduo por meio contínuo de pontos de atenção à saúde, incluindo as necessidades familiares e sociais é importante para que resultados possam ser conquistados. A gestão visa garantir o bem estar, a qualidade de vida e autonomia das pessoas para utilizar de forma adequada os serviços de saúde oferecidos e, em consequência alcançar a estabilização clínica do indivíduo portador de doença crônica em especial o idoso.

Considerando o levantamento (quadro 1) acima e sua relevância para a proposta deste trabalho, são pertinentes algumas reflexões acerca de alguns problemas importantes de saúde aos quais os idosos estão expostos:

6.2.1 Iatrogenia e problemas com medicamentos

Configura uma situação de saúde dos idosos com repercussões na autonomia e reflexos consideráveis no sistema de saúde, pode ser definida como “prejuízo provocado a um paciente pela omissão ou ação dos profissionais de saúde, mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada e adequadamente realizada” (CHAIMOVICZ *et al.*, 2009, p. 63).

Flores e Colet (2010) consideram que contribuem para a iatrogenia, além da falta de conhecimento do paciente idoso quanto ao seu tratamento medicamentoso, a falta de aconselhamento individualizado, o analfabetismo, a falta de informação escrita personalizada e reforço das instruções orais, a incapacidade para recordar as informações previamente apresentadas e a falta de auxílio no momento da administração dos medicamentos. No entanto, programas de capacitação de cuidadores podem contribuir para reduzir os riscos. Se desconsiderarmos fatores intrínsecos dos idosos como a presença de múltiplas doenças, as alterações farmacocinéticas, farmacodinâmicas, nutricionais e fisiológicas, somados ao elevado número de consultas médicas e de internações hospitalares, percebemos os riscos para

esse grupo de indivíduos, conforme destacaram alguns estudiosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009; FLORES e COLET, 2010).

6.2.2 Incontinência urinária

Trata-se de uma manifestação que se estabelece em muitos idosos e existe o erro de se pensar que seja algo “normal” e por isso deixa-se, então, de realizar orientações e medidas que modificam o curso de desajustes, refletindo na qualidade de vida do idoso como depressão, redução da auto-estima, afastamento das atividades sociais e do relacionamento íntimo (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). Orientações prestadas pela equipe de ESF podem contribuir com melhora significativa de alguns casos de incontinência sem que se recorra a processos invasivos, traumáticos ou medicamentosos. Os exercícios de Kegel, quando bem orientados e indicados, podem contribuir favoravelmente para o controle de uma incontinência de esforço.

6.2.3 Quedas e fraturas

Outro “gigante da geriatria” que contribui com muitas morbi-mortalidades advindas de complicações como pneumonia, infecção hospitalar, síndrome de imobilidade, depressão, mobilização parental, transtornos na vida de familiares, entre outras. A detecção precoce de fatores precipitantes e sua prevenção são medidas importantes em prevenção e, portanto passível de intervenção pela atenção primária.

A equipe deve estar encarregada de investigar os casos de queda em sua área de abrangência e iniciar trabalhos que as previnam junto à comunidade e estimular os idosos a adquirirem um estilo de vida ativo considerando o contexto cultural e econômico da população adscrita, valorizando os costumes locais (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

As condições do ambiente residencial podem aumentar o risco de quedas. Ensaios clínicos que incluíram idosos não institucionalizados e sem problemas de cognição mostraram uma redução de quedas e traumatismos quando riscos específicos foram alvos de intervenção. Além disso, outro estudo mostrou que as quedas são a principal causa de institucionalização precoce com elevado índice de morbimortalidade, redução da capacidade funcional (SIRENA e MORIGUCHI, 2005).

6.2.4 Depressão

A depressão é um transtorno mental comum embora não se tenha uma incidência precisa em idosos, e diferencia-se da tristeza por ser persistente e responsável por muitas incursões dos idosos aos serviços de saúde, com a prevalência de depressão maior variando entre 5 e 9% entre os adultos, e até 50% dos pacientes deprimidos não são diagnosticados (SIRENA e MORIGUCHI, 2005).

Várias condições vividas pelos idosos contribuem para a depressão, patologias diversas que interferem sobre a qualidade de vida e alterações dos hábitos e as próprias transformações físicas e orgânicas dão sua contribuição.

Muitos idosos deixam de receber apoio e de se tratarem devido ao preconceito e ao descaso a que se submetem e por condições da sociedade a que pertencem, como os valores que defendem. Os sentimentos de perda, o “ninho vazio”, a perda de laços sociais, são vivências constantes dos idosos e contribuem para a depressão, muitas vezes os familiares ignoram os sinais e sintomas e relacionam com mudanças “normais da idade” adiando o tratamento e sujeitando o idoso ao isolamento e à perda da qualidade de vida.

É importante a reforma do pensamento da sociedade. É preciso investir no direito a um lugar na vida social. A discriminação, o preconceito, os estereótipos negativos da velhice devem ser extintos da sociedade. Há necessidade de reconstruir conceitos e criar novos paradigmas para uma nova forma de envelhecer e viver a velhice (BERZINS e WATANABE, 2010).

6.2.5 Insônia

É a dificuldade de conciliar o sono de boa qualidade o suficiente para restaurar as necessidades fisiológicas. No idoso, é comum a redução do sono e muitos familiares interpretam erroneamente como insônia e inadvertidamente é motivo de iatrogenia. Várias abordagens e tratamentos com os cuidados necessários ao idoso com insônia são abordados por Chaimowicz *et al.* (2009) dentre eles: a observação dos hábitos de sono como a duração e qualidade do sono, hábito de dormir em horário diferente, sonolência diurna, sono interrompido, uso de medicamentos, hábitos alimentares adequados podem contribuir para um trabalho de reeducação e melhora da qualidade do sono, com tratamento medicamentoso adequado, quando se julgar necessário.

6.2.6 Demências e confusão mental

Transtorno deficitário crônico, adquirido, tardio e “irreversível” da atividade psíquica, principalmente das funções cognitivas, primariamente do juízo, da memória e da orientação.

Os profissionais de saúde deparam diariamente com os problemas relacionados com as demências, dentre elas a doenças de Alzheimer, moderada a avançada. Como se trata de doença de evolução crônica, esforços devem ser direcionados no sentido de contribuir para um melhor entendimento a respeito e detecção precoce para tratamento mais efetivo. A prevalência dobra a cada cinco anos em idosos e alcança quase 20% dessa população a partir dos 80 anos (CHAIMOVICZ *et al.*, 2009).

6.2.7 Hipertensão arterial sistêmica

Segundo Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA/SBC), em sua VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Segundo o DHA/SBC, em nosso país, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. As DCV são as responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. A doença renal terminal é uma condição freqüente na HAS responsável pelo ingresso de indivíduos em programas de diálise. Foram registrados 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2007 apud Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), em seu documento, descreve bem os fatores de risco, medidas de prevenção primária e consideram que a abordagem multiprofissional pode contribuir na modificação do cenário proporcionado pela HAS e faz considerações ao tratamento dos idosos em seu capítulo de hipertensão em situações especiais.

6.2.8 Diabetes

O aumento gradual da população de idosos e com eles as doenças crônico-degenerativas representa uma carga adicional no sistema de saúde e propostas educativas com participação da família e comunidade é crucial.

O diabetes é uma doença que pode apresentar uma evolução insidiosa e segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, acomete cerca de 18% da população de idosos e 50% dos portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 têm mais de 60 anos de idade e está relacionado a risco aumentado de morte prematura, associação com comorbidades e as síndromes geriátricas. A hiperglicemia crônica no idoso pode reduzir sua funcionalidade, prejudicando suas atividades de vida diária, declinando sua qualidade de vida e a hipoglicemia envolve risco de quedas e fraturas.

Programas de educação com o cuidador e familiar sobre reconhecimento de sintomas, tratamento e mudança do estilo de vida, proporcionam melhor adesão e controle da doença.

6.2.9 Saúde bucal do idoso

Levantamentos epidemiológicos indicam que extrações dentárias realizadas durante o curso da vida têm como consequência o elevado percentual de edentulismo observado entre idosos (BRASIL, 1988; PINTO, 1999 apud RIBEIRO, 2009, p. 135).

Após implantação das próteses é importante a manutenção preventiva. O idoso apresenta como fatores de risco para cárie dentária e doença periodontal a hipossalivação, diminuição da destreza manual, problemas cognitivos e mudanças dietéticas causadas por perdas dentárias. Alterações da mucosa bucal estão presentes nos idosos devido a impacto na qualidade de vida e condição nutricional e próteses mal adaptadas proporcionadas por uma prevenção insuficiente. A cárie em elementos dentários retentores de próteses parciais ou perda de retenção podem levar à necessidade de substituição da prótese, aumentando os custos e complexidade do tratamento. Pela elevada prevalência de alterações nos tecidos moles são necessários exames bucais periódicos para prevenção do câncer bucal (RIBEIRO, 2009).

A prevenção das doenças bucais não é responsabilidade apenas do odontologista, é necessário um trabalho em equipe onde todos os profissionais sejam responsabilizados em suas atribuições.

6.2.10 Violência contra o idoso

É toda a situação não acidental que ocasiona danos físicos, psíquicos, econômicos ou privação de suas necessidades básicas. Resulta de ato ou omissão daquele que convive com o idoso. Os tipos mais comuns são: abandono, abuso, maus tratos ou violência física, violência

psicológica, violência financeira ou patrimonial, negligência e sexual (FERNANDES e LICHTENFELS, 2005).

Nem sempre os maus tratos são propositais, muitas vezes são devidos ao despreparo de cuidadores ou das condições socioeconômicas da família ou comunidade. As pessoas idosas tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar à medida que apresentam dependência física e/ou mental e que necessitam maiores cuidados. Quanto maior for o grau de dependência, maior a vulnerabilidade (FERNANDES e LICHTENFELS, 2005).

A notificação da violência contra idosos e um trabalho interdisciplinar e intersetorial, juntamente com a orientação da comunidade, podem contribuir para a redução da violência. É importante que se instigue a atitude, como contato com órgãos competentes sejam estaduais, municipais ou comunitários.

Trabalhos com a comunidade para prevenção de violência com informações gerais e específicas sobre cuidados com idosos reforçam os vínculos entre cuidadores, idosos e equipe de saúde (FERNANDES e LICHTENFELS, 2005).

6.2.11 Osteoporose

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia/Consenso Brasileiro de Osteoporose (2002), osteoporose é um distúrbio do metabolismo ósseo decorrente de baixa mineralização e deterioração da microarquitetura com fragilidade do esqueleto e risco de fraturas.

Para a Sociedade, a prevalência e incidência de fraturas decorrentes da osteoporose parecem ser explicadas por diferenças na massa óssea, frequência de quedas e fatores de risco. Por outro lado, o risco de fraturas tem relação com histórico de quedas, baixa atividade física, redução da força motora, sobretudo a do quadril, baixa cognição, redução da acuidade visual e fatores ambientais. O sedentarismo, idade avançada, baixo IMC, são fatores de risco importantes na incidência de fraturas devidos seus efeitos na densidade óssea associados ao risco de quedas por redução sensorial, miastenia e instabilidade postural.

A prevenção inicia-se na infância e adolescência, com orientações para uma dieta balanceada e rica em cálcio e prática de atividades físicas, pois influenciam o pico de mineralização óssea e um estilo de vida saudável. Evitar o tabagismo e/ou consumo excessivo de álcool é pré-requisito para um envelhecimento saudável.

A terapia de reposição hormonal é uma possível conduta no controle da osteoporose tendo em vista as contra-indicações além dos bifosfonados, ingestão de cálcio, vitamina D, moduladores seletivos dos receptores de estrogênio, calcitonina, paratormônio.

Na osteoporose masculina, é importante investigar causas secundárias, uma delas é o hipogonadismo que necessita reposição androgênica (FERNANDES e LICHTENFELS, 2005).

6.2.12 Nutrição

Nutrição adequada é importante na prevenção de doenças e debilidade funcional. A desnutrição relaciona-se com maior morbimortalidade, maior permanência em internação hospitalar, readmissões, maiores riscos de úlceras de decúbito. Muitos fatores e doenças, além de procedimentos cirúrgicos, podem contribuir para redução do apetite como: pobreza, isolamento social, depressão, demência, dor, imobilidade, refluxo gastroesofágico, alcoolismo, uso de medicamentos, problemas dentários, xerostomia, alterações no reconhecimento de fome e sede, redução do paladar. A variação do peso é um indicador de que algo não vai bem com a saúde do idoso. Perdas de mais de 5% em um mês ou de 10% em seis meses são significativas (SIRENA e MORIGUCHI, 2005).

6.2.13 Atividade física

O sedentarismo é um fator de risco para perda da autonomia, a atividade física traz comprovados resultados positivos para a saúde. Melhora do condicionamento físico, equilíbrio, repercussões cardiovasculares, metabólica, endócrina e psicológica.

O aumento do condicionamento aeróbico e/ou exercícios regulares contribui para a redução de morbi-mortalidade em adultos de meia idade e idosos. Idosos podem ser estimulados a praticarem atividades físicas. Podem ser de resistência, flexibilidade ou de equilíbrio, respeitando-se a indicação e intensidade para cada caso (SIRENA e MORIGUCHI, 2005).

6.2.14 Imobilidade

Imobilidade é a incapacidade de ter as necessidades pessoais de vida diária atendida devida a uma incapacidade de se deslocar sem auxílio de outras pessoas. A síndrome de imobilidade é um conjunto de sinais e sintomas relacionados à restrição ao movimento por causas variadas implicando em comprometimento físico e psicológico podendo culminar com o óbito (BARCELOS e MADUREIRA, 2009).

Os fatores implicados são as polipatogenias, socioeconômicos, ambientais. O repouso por tempo prolongado, neuropatias acompanhadas de contraturas, limitação da marcha e do equilíbrio, as depressões e demências, cardiopatias, pneumopatias, doenças reumáticas principalmente acompanhadas de dor, nutrição precária, polifarmácia e iatrogenia produzindo miastenia, inseguranças para locomoção e medo devido história de quedas.

A imobilização temporária pode produzir atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras de decúbito, alterações ventilatórias com curso de infecções, obstipação, fenômenos tromboembólicos e confusão mental. Outro fator é o excesso de zelo por familiares. A síndrome de imobilidade implica em complicações sérias levando a desagregação familiar e repercussões sociais (BARCELOS e MADUREIRA, 2009).

Perante a síndrome de imobilidade, quando uma reabilitação não for possível, uma abordagem humanizada promovendo o conforto, suporte e dignidade de vida e de morte são de grande relevância para o paciente, familiar e cuidador.

É de grande relevância o emprego de um protocolo de avaliação multiprofissional para que o cuidado seja realizado de forma organizada e sistematizada.

Tendo em vista os problemas familiares, sociais e institucionais para uma assistência de resultados, o sistema de saúde deve instituir-se de equipe multiprofissional, mas que tenha um elo de ligação e constante comunicação entre a equipe de saúde da família e outros profissionais constituindo-se então uma equipe interdisciplinar.

6.2.15 Aposentadoria

O relacionamento que a sociedade expressa com relação à aposentadoria traz implicações negativas com conseqüências pessoais e socioeconômicas. A redução dos proventos, perda do referencial do trabalho levando à perda da identidade pessoal, sentimentos de inutilidade sócio-psicológica, depressão e outros problemas de saúde física e mental. A sociedade capitalista na qual o sujeito está inserido desvaloriza aquele que não produz e por isso desrespeitam o idoso desconsiderando os anos de sua contribuição para a sociedade e vê os idosos como um estorvo quando teimam em manter suas atividades profissionais (SANTOS, 2010).

Programa de preparação para a aposentadoria significa preocupar-se com a qualidade de vida, principalmente quando se tem que arcar com responsabilidades, considerando que

muitas vezes os idosos cada vez mais contribuem financeiramente na manutenção da família em um contexto econômico instável, tanto nacional quanto internacional.

6.2.16 Direitos

Fazer com que os idosos conheçam os seus direitos é uma responsabilidade social. Os direitos do idoso estão assegurados desde a Constituição Federal, mas foi negligenciada ou desconhecida pela população e então se criou o Estatuto do Idoso, mediante a Lei nº. 10.741/2003 (STEFANO, 2010).

O sistema jurídico brasileiro determina que idoso é toda pessoa com 60 anos de idade ou mais (STEFANO, 2010). São indivíduos com direitos assegurados pela legislação. Porém, o que vemos são idosos sendo explorados, extorquidos de seus recursos e impedidos de opinar sobre seu tratamento, muitas vezes com diagnósticos ocultados no afã de “poupá-los”.

O Estatuto do Idoso em seu artigo 2º traz:

“O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, p.7).

O idoso traz toda uma história de vida e realizações e passa por uma transformação que proporciona afastamento de suas atividades após a aposentadoria, perda de amigos levando a uma condição de debilidade orgânica e psicológica. Oferecer à pessoa idosa condição de superar este contexto é importante para que ele se sinta parte da sociedade e detentor de sua condição humana. Assegurar-lhe o direito ao cuidado e tratamento de sua debilidade tornando-o apto a integrar na sociedade oferecendo-lhe trabalho, educação e programas de reabilitação.

Não podemos admitir que o idoso seja desrespeitado em sua individualidade, que seja tratado como “estorvo” pela sociedade. Deve-se garantir o direito de viver em família e em sociedade, com trabalho, saúde e lazer. A igualdade é para todos, respeitadas suas limitações.

6.3 PLANO DE AÇÃO

Após o diagnóstico situacional, análise e discussão entre equipe e comunidade procedem-se a elaboração do plano de ação. Este plano permitirá a aplicação do método de planejamento para processar os problemas identificados e intervir sobre eles (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). A equipe de Saúde da Família – São João já realizou o diagnóstico situacional e levantamento dos principais problemas de saúde dos idosos de seu território conforme já exposto anteriormente. Inicia-se, então, a construção do plano de ação com os passos descritos em seguida.

6.3.1 Definição do problema/Priorização do problema

Após a elaboração do diagnóstico local com a entrevista aos informantes-chave, observação ativa e conversas com usuários e outros funcionários da unidade básica de saúde, a equipe selecionou os pontos mais importantes e montou a priorização dos problemas para planejar ações.

Levando em conta as demandas da população e as necessidades da equipe, elegeram-se as prioridades e formas de intervenção.

A equipe atribuiu valores como “alto, médio e baixo” para julgar a importância do problema e notas de 0 a 10 para classificar o grau de urgência e a capacidade de enfrentamento levando em conta a governabilidade sobre determinada ação. Em alta quando só depende da equipe e sua intervenção não depende de nenhum fator externo o que pode ser difícil de ocorrer se levarmos em conta que são diversos os agentes e sujeitos nas ações propostas e, por fim, estabeleceu uma ordem para as ações de acordo com sua importância e urgência.

Para os problemas levantados, a equipe considerou a prevalência, a necessidade de manutenção da ação levando em conta a classificação e prioridades levantadas.

Vários foram os pontos observados, conforme quadro 1. Portanto, para a proposta do trabalho observou-se a necessidade de abordagem educacional para idosos.

A alta prevalência de idosos no território e muitos deles morando sozinhos e/ou casal sozinho, e tendo em vista os casos de doenças crônicas pertinentes atribuiu-se prioridade alta.

A educação em saúde é uma importante atividade em atenção primária e realizar modificações na forma de transmitir o conhecimento pode proporcionar autonomia aos

usuários tornando-os capazes de atuarem em suas realidades transformando-a e proporcionando meios de adquirirem mais saúde.

Dessa forma, construiu-se a seguinte priorização conforme quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Priorização de problemas segundo diagnóstico local da Equipe de Saúde da Família – São João.

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	8	Parcial	1
Infraestrutura da unidade de saúde	Alta	8	Parcial	1
Risco de proliferação de <i>Aedes</i>	Alta	7	Parcial	1
Prevalência de idosos	Alta	8	parcial	1
A educação em saúde	Alta	8	Parcial	1
Violência (drogas ilícitas, violência contra a mulher)	Alta	7	Parcial	2
Cárie dentária em adultos e crianças	Alta	5	Parcial	2
Cobertura parcial do território pela equipe.	Alta	5	Parcial	2
Falta de esgoto na microárea 5	Alta	5	Fora	3
Desemprego	Alta	4	Fora	4
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	4	Parcial	5
Falta de opções de lazer	Média	3	Fora	6

*Total de pontos distribuídos: 72

6.3.2 Descritor do problema

Como problema para elaboração deste plano de ação, elegeu-se a “Prevalência de idosos” e “educação em saúde” definindo os indicadores utilizados e as fontes de informações conforme quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Descritor do problema educação em saúde para idosos – Equipe São João.

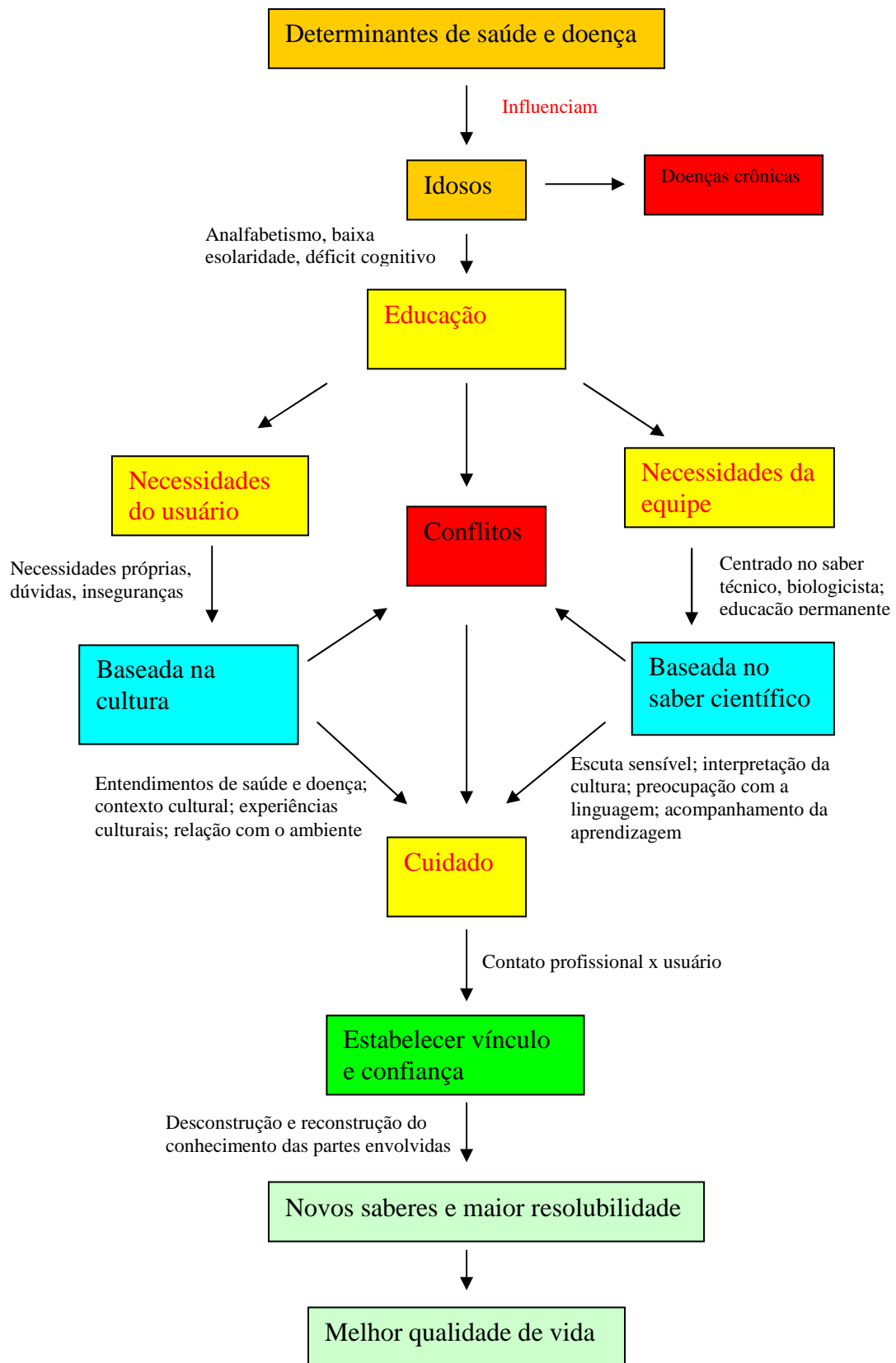
Descritor	Valores	Fontes
População de maiores de 60 anos.	18,88%	SIAB; Fichas A

6.3.3 Explicação do problema

Outro passo importante para a concretização deste plano de ação foi elaboração de um esquema explicativo do problema, com o principal objetivo de explicá-lo, gerando o conhecimento capaz de levar a compreensão de como é produzido e quais são suas principais causas, além de estabelecer a relação entre elas. Como existe uma importância em relação à prevalência de idosos e propostas para educá-los vinculou-se os dois problemas para uma abordagem comum.

Abaixo, encontra-se a Figura 1, que caracteriza a Árvore Explicativa do Problema Prevalência de Idosos e Educação em Saúde.

6.3.4 Árvore explicativa do problema



O passo seguinte para a elaboração do plano de ação foi a seleção dos “nós - críticos”, que são representados pelos problemas sobre os quais é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe. Os problemas que foram considerados como nós críticos foram:

6.3.5 Nós críticos selecionados

6.3.5.1 Educação

O modelo de educação que estamos acostumados e vivenciamos em nossa prática preocupa-se, muitas vezes, em transmissão de conhecimentos – educação tradicional, sem se preocupar com a vivência e/ou experiência de vida das pessoas. Cada pessoa vê as coisas ao seu modo e muitas vezes pensam que o correto é como vêm. Quando o conhecimento parte de profissionais, estes, muitas vezes acham que o conhecimento que detêm é o mais importante e é o correto, não é dado valor ao conhecimento adquirido pelo indivíduo ao longo de sua vida e a desconstrução e reconstrução de um conhecimento se torna um desafio. Além disso, a equipe terá que lidar com a parcela da comunidade analfabeta ou analfabeto funcional.

A educação permite a superação de estágios do desenvolvimento humano, vai além das aquisições culturais e da transmissão do conhecimento, pode tornar o cidadão proprietário do saber que produziu ao longo de sua vida e construir sua humanidade em seu contexto social (VASCONCELOS, GRILO E SOARES, 2009).

Educação em saúde deve ser vista como instrumento que permita interação entre usuários e equipe de saúde, dessa forma, buscando os interesses das partes em proporcionar vida melhor e programas de saúde mais eficientes. Nesse contexto, a estratégia em saúde da família apresenta como atribuições, a assistência integral e contínua às famílias adscritas de seu território de atuação, identificando situações de risco à saúde enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades educativas em saúde visando melhoria do auto- cuidado (BRASIL, 1997 apud ALVES, 2005).

Importante sabermos o que as pessoas pensam sobre saúde, qual o conhecimento deles, para daí tentarmos uma nova forma de abordagem e juntos construirmos o conhecimento.

É vigente a discussão da prática educativa baseada no construtivismo (FREIRE, 2011), principalmente quando este conhecimento é construído com adultos. É importante uma prática

educativa que vise construir a responsabilização e a vontade de buscar o conhecimento, instigar a participação popular nas decisões e a busca de um bem comum na comunidade.

As práticas educativas, como propostas, devem abrir espaço ao diálogo efetivo sobre saúde, valorizando como cada pessoa se relaciona com o processo de saúde-doença, as dificuldades enfrentadas e alternativas as quais buscam em seu contexto atual de inclusão/exclusão social. Conhecimentos técnico-científicos devem se compartilhados em espaços de interação e respeito à cultura popular, com visões recíprocas com construção compartilhada de conhecimento (ALVES *et al*, 2005; VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009).

Dentre as práticas executadas, as atividades com grupos foram incorporadas pelas equipes de saúde da família, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde e provavelmente está entre os espaços mais comuns de educação em saúde na atenção básica (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009).

O módulo 4 práticas educativas em atenção básica à saúde: do Curso de Especialização, pontua duas vertentes amplas para o processo de educação com grupos: os grupos socioeducativos e os psicoeducativos (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009). Ambos organizados para possibilitar a aprendizagem para mudança de comportamento, de hábitos de vida e discussão de processos para o autocuidado. O grupo socioeducativo voltado para os aspectos socioculturais que interferem como determinantes de saúde-doença e o psicoeducativo voltado aos processos psíquicos.

6.3.5.2 Necessidades do usuário

Alguns aspectos interferem na prática educativa de uma equipe de saúde. Nem sempre o que a equipe deseja para a comunidade é o que a comunidade espera e deseja da equipe. A compreensão dos conhecimentos da comunidade é importante quando se deseja transformar uma realidade em que os membros construíram sua cultura. É preciso aprender com eles para que eles possam aprender conosco. Os profissionais de saúde precisam compreender a linguagem e os significados de expressões próprias daquela comunidade e assim, proporcionar condições para que a comunidade compreenda seu trabalho compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos com respeito à autonomia (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009).

6.3.5.3 Necessidades da equipe

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto equipe, sofre a influência dos interesses dos órgãos de governança, além de necessidades próprias conforme atribuído pela legislação, local de trabalho, ambiente, necessidades individuais dentro da equipe e enquanto cidadãos.

A capacidade de discernimento sobre o que é de interesse próprio e coletivo às vezes gera conflitos e mediá-los é desafiante. Assim como a comunidade formou sua identidade através de sua cultura assim também o fez cada membro da equipe de saúde e, portanto apresentam interesses próprios. O conhecimento que cada um adquiriu em sua história influencia no momento de julgar valores e o comportamento ético (FREIRE, 2004 apud VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009) torna-se norteador da relação dos interesses da equipe em relação à comunidade.

6.3.5.4 Conflitos

Saber lidar com os conflitos sem ferir interesses da comunidade, da equipe e da gestão é um ponto importante, neste, a escuta com empatia, respeito à autonomia e saberes advindos de cada membro envolvido contribuirão para o sucesso da empreitada.

A busca de reflexão sobre as atitudes contribuirá para um relacionamento harmonioso e participativo com reconhecimento das adversidades em busca de denominador comum.

Saber reconhecer propostas e comportamentos para construção do modelo de saúde baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) poderá contribuir para o processo de mudança com fortalecimento das relações entre os membros envolvidos (gestores, profissionais de saúde, população) de forma democrática, valorizando as condições de vida individual e coletiva (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009).

6.3.5.5 O Cuidado

Com o envelhecimento da população de idosos no Brasil à transição demográfica em curso pela redução da taxa de fecundidade e aumento da perspectiva de vida (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009) espera-se um aumento de demanda nos serviços de saúde pelo aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e de idosos dependente de cuidados e, por isso, a necessidade de pensar estratégias em saúde para esse grupo.

O idoso dependente de cuidados gera grande impacto sócio-econômico na dinâmica familiar, sem esquecer aqueles idosos que não têm um familiar para assumir os cuidados em situação de dependência embora a Constituição Federal (BRASIL, 1988), a política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e a política Nacional da Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) apontam a família como responsável em atender o idoso em suas necessidades. Apesar disso, o sistema de saúde público ou privado não está preparado para esta demanda, seja para idosos com ou sem família (CALDAS, 2003).

A Política Nacional do Idoso atribui incumbências claras ao poder público, onde se destaca a providência de ações de promoção e assistência social, capacitação de recursos para atendimento do idoso, assistência protetiva e de recuperação, programas de ensino, facilitar o acesso a moradia e ao lazer (OKAZAKI, 2010). Os gestores de saúde devem discutir políticas claras que cumpram com essas incumbências. As decisões nesse campo devem levar em conta a participação popular com representantes de cada instância como: representantes dos profissionais de saúde, comunidade, gestão, entidades governamentais e não governamentais e proporcionar facilitação para um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar.

Estudos apontam que, na medida em que a população envelhece progressivamente, surgem idosos com doenças crônico-degenerativas e com dependência para atividades básicas da vida diária e a necessidade de apoio institucional, no entanto ainda é insuficiente (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). A ESF pode contribuir no processo do cuidado com ações de prevenção e orientação adequadas, no intuito de evitar a dependência precoce do idoso dependente que envelhece na comunidade (CALDAS, 2003). A visita domiciliar é uma tecnologia apropriada para abordagem da família em seu contexto familiar e comunitário, através dela é possível a equipe de saúde identificar situações de risco e os problemas de saúde presentes bem como os determinantes de saúde-doença sociais, culturais, familiares e econômicos envolvidos contribuindo na construção de um plano de ação consistente. Na ESF, a visita domiciliar é a ação que aproxima a equipe da comunidade e cria um clima de relacionamento afetivo e amistoso e contribui no planejamento das ações da equipe além de favorecer um momento singular para educação em saúde pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) quando no cuidado aos idosos e seus familiares (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2009).

6.3.6 O desenho das operações.

Para a elaboração do plano de ação, pensou-se nas soluções e estratégias para enfrentamento do problema identificando os produtos e resultados para as operações definidas além dos recursos necessários para sua concretização. Para isso foi realizado o desenho de operações para os "nós" críticos como mostra o Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Educação	<p>Aprendendo a aprender e aprender ensinando.</p> <p>Aprender novas formas de educar ao mesmo tempo em que aprende com a população.</p>	Compreender novos métodos educacionais.	Capacitação da equipe em programas de Educação permanente Linha de cuidado em saúde do idoso.	<p>Organizacional: Organização da agenda.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre os temas e sensibilização da equipe. Questionário para levantamento de dados e informações sobre o território.</p> <p>Político: Espaço para educação; recursos; hora protegida.</p> <p>Financeiro: Financiamento de material e recursos didáticos.</p>
Necessidades do usuário	<p>Tenho voz</p> <p>Aprender a ouvir o que o outro tem a dizer e que deseja para ter saúde.</p>	<p>Melhorar o vínculo.</p> <p>Incrementar a participação da comunidade;</p> <p>Conhecer a cultura;</p> <p>Conhecer as necessidades do usuário.</p>	<p>Participação da comunidade no conselho de saúde.</p> <p>Atividades culturais realizadas pela comunidade.</p> <p>Participação da comunidade na elaboração do</p>	<p>Organizacional: Definição de espaço. Organização da agenda junto à comunidade.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema e do projeto; estratégias de</p>

			diagnóstico de situação do território	comunicação. Político: Articulação entre conselho local, gestão e equipe de saúde.
Necessidades da equipe	Nós sabemos Conscientizar a equipe sobre o que é prioridade para ela em promoção e prevenção à saúde à partir do diagnóstico de situação territorial.	Estabelecer as prioridades da equipe. Estabelecer as prioridades do gestor.	Diagnóstico de situação do território Conhecimento dos pactos para a saúde.	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre os temas e sensibilização da equipe. Político: Articulação entre gestão e equipe.
Conflitos	Dialogando no território Abrir espaço de diálogo entre comunidade, equipe e gestor.	Melhorar o vínculo Aprender a ouvir Entendimento do outro.	Reuniões com formadores de opinião, gestores, conselho local. Criar espaço para discussão.	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre os temas conflituosos. Político: Articulação entre gestor, equipe e comunidade.
O cuidado	Ensinando a cuidar e cuidar ensinando. Implantar linha do cuidado, criar protocolos e manter contato entre cuidador, e equipe e acompanhar desempenho	Melhor qualidade de vida. Fortalecer o vínculo. Corresponsabilização. Maior segurança no cuidado e auto-cuidado.	Estabelecer a linha de cuidado do idoso e criar protocolos. Criar ficha de visita domiciliar. Criar grupos operativos. Preparar o cuidador.	Organizacional: Organização da agenda da equipe. Organização da agenda da equipe junto à comunidade. Planejar visitas domiciliares. Organizar agenda com cuidadores. Cognitivo: Conhecimento sobre os temas

	esclarecendo dúvidas.			pela equipe. Sensibilizar cuidadores e familiares. Político: Viabilização de recursos. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos explicativos, material didático, apostilas.
--	-----------------------	--	--	---

6.3.7 Recursos críticos

Após atividade acima, buscou-se identificar os recursos críticos, que são aqueles recursos indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. No Quadro 4, foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

Quadro 4 - recursos críticos para cada operação.

Operação/projeto	Recursos críticos
Aprendendo a aprender e aprender ensinando	Organizacional → hora protegida para capacitação Político → Espaço para educação; recursos; hora protegida. Financeiro → Financiamento de material e recursos didáticos.
Tenho voz	Organizacional → definir espaço, Organização da agenda junto à comunidade. Político → Articulação entre conselho local, gestão e equipe de saúde
Nós sabemos	Político → Articulação entre gestão e equipe.
Dialogando no território	Organizacional → definir espaço, Organização da agenda junto à comunidade. Político → Articulação entre gestão, equipe e comunidade.

Ensinando a cuidar e cuidar ensinando	<p>Organizacional → Organização da agenda da equipe junto à comunidade. Planejar visitas domiciliares. Organizar agenda com cuidadores.</p> <p>Cognitivo → Sensibilizar cuidadores e familiares.</p> <p>Político → Viabilização de recursos.</p> <p>Financeiro → Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos explicativos, material didático, apostilas.</p>
--	--

6.3.8 Motivação dos atores

O passo seguinte foi análise da viabilidade do plano, quando foram identificados os atores que controlam os recursos críticos, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do plano. Os objetivos principais desse passo foram: identificar os atores que controlam os recursos críticos, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e descrever ações estratégicas capazes de motivar esses atores. O Quadro 5 mostra as propostas de ações para motivação dos atores.

Quadro 5 – Proposta de ações para motivação dos atores

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Aprendendo a aprender e aprender ensinando	Organizacional → hora protegida para capacitação Político → Espaço para educação; recursos; hora protegida. Financeiro → Financiamento de material e recursos didáticos.	Secretaria municipal de saúde (SMS). Gerentes	Favorável	Apresentar o projeto. Capacitar a equipe.
		SMS	Favorável	
		SMS	Favorável	
Tenho voz	Organizacional → definir	SMS mais gerência.	Favorável.	Apresentar o projeto.

	<p>espaço, Organização da agenda junto à comunidade.</p> <p>Político → Articulação entre conselho local, gestão e equipe de saúde</p>	<p>Conselho local</p> <p>SMS, conselho local, equipe</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Reunir representante da gestão, conselho local e equipe de saúde e discutir o assunto e coletar dados e informações.</p>
Nós sabemos	<p>Político → Articulação entre gestão e equipe.</p>	<p>Representante da gestão, Gerência e equipe</p>	<p>Favorável</p>	<p>Reunir representante da gestão e equipe de saúde e discutir o assunto, colher informações e dados, fazer ou atualizar o diagnóstico de situação do território.</p>
Dialogando no território	<p>Organizacional → definir espaço, Organização da agenda junto à comunidade.</p> <p>Político → Articulação entre gestão, equipe e comunidade.</p>	<p>SMS, equipe e comunidade.</p> <p>SMS, equipe e comunidade.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Reunir representante da gestão e equipe de saúde e discutir o assunto coletar dados e informações.</p>
Ensinando a cuidar e cuidar ensinando	<p>Organizacional → Organização da agenda da equipe junto à comunidade.</p> <p>Planejar visitas domiciliares.</p> <p>Organizar agenda com cuidadores.</p> <p>Cognitivo → Sensibilizar</p>	<p>SMS, equipe, usuário, cuidadores.</p> <p>Cuidadores.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto.</p> <p>Reunir com cuidadores e traçar metas para capacitação dos mesmos.</p> <p>Capacitar equipe.</p> <p>Sensibilizar equipe, familiares e</p>

	cuidadores e familiares. Político → Viabilização de recursos. Financeiro → Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos explicativos, material didático, apostilas.	SMS SMS	Favorável Favorável	comunidade. Planejar agenda de encontros. Criar os grupos operativos com idosos e determinar data dos encontros.
--	--	----------------	----------------------------	--

6.3.9 Plano operativo

A outra etapa do desenvolvimento do plano de ação é composta pela elaboração do plano operativo, quando serão designados os responsáveis por cada operação, definindo seus gerentes e os prazos para a execução de cada etapa. Este passo é de extrema importância para o sucesso da operação, uma vez que é o gerente de cada operação que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, e deve contar com o apoio de colaboradores. O Quadro 6 descreve o Plano operativo da equipe de saúde da família São João.

Quadro 6 – Plano operativo

Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsá vel	Prazo
Aprendendo a aprender e ensinando.	Compreender novos métodos educacionais.	Capacitação da equipe em programas de Educação permanente Linha de cuidado em saúde do idoso.	Apresentar o projeto. Capacitar a equipe.		
Tenho voz	Melhorar o vínculo. Incrementar a participação da comunidade;	Participação da comunidade no conselho de saúde. Atividades	Apresentar o projeto. Reunir representante da gestão, conselho local		

	Conhecer a cultura; Conhecer as necessidades do usuário.	culturais realizadas pela comunidade. Participação da comunidade na elaboração do diagnóstico de situação do território.	e equipe de saúde e discutir o assunto, coletar dados e informações.		
Nós sabemos	Estabelecer as prioridades da equipe. Estabelecer as prioridades do gestor.	Diagnóstico de situação do território Conhecimento dos pactos para a saúde.	Reunir representante da gestão e equipe de saúde e discutir o assunto, colher informações e dados, fazer ou atualizar o diagnóstico de situação do território.		
Dialogando no território	Melhorar o vínculo Aprender a ouvir Entendimento do outro.	Reuniões com formadores de opinião, gestores, conselho local. Criar espaço para discussão.	Reunir representante da gestão e equipe de saúde e discutir o assunto coletar dados e informações.		
Ensinando a cuidar e cuidar ensinando	Melhor qualidade de vida. Fortalecer o vínculo. Corresponsabilização Maior segurança no cuidado e auto-cuidado.	Estabelecer a linha de cuidado do idoso e criar protocolos. Criar ficha de visita domiciliar. Criar grupos operativos. Preparar o cuidador.	Apresentar o projeto. Reunir com cuidadores e traçar metas para capacitação dos mesmos. Capacitar equipe. Sensibilizar equipe, familiares e comunidade. Planejar		

			agenda de encontros. Criar os grupos operativos com idosos e determinar data dos encontros.		
--	--	--	--	--	--

6.3.10 Gestão do plano

A etapa seguinte corresponde à gestão do plano, onde deverá ser desenhado um modelo de gestão do plano com o acompanhamento de cada etapa, se estará ocorrendo no prazo determinado ou se haverá problemas que impedirão a concretização da tarefa. É um recurso utilizado para acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias conforme quadro 7.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: Aprendendo a aprender e aprender ensinando.					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Capacitação da equipe em programas de Educação permanente. Linha de cuidado em saúde do idoso.					

Operação: Tenho voz					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Participação da comunidade no conselho de saúde. Atividades culturais realizadas pela					

comunidade. Participação da comunidade na elaboração do diagnóstico de situação do território.					
--	--	--	--	--	--

Operação: Nós sabemos					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Diagnóstico de situação do território Conhecimento dos pactos para a saúde.					

Operação: Dialogando no território					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Reuniões com formadores de opinião, gestores, conselho local. Criar espaço para discussão.					

Operação: Ensinando a cuidar e cuidar ensinando					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Estabelecer a linha de cuidado do idoso e criar protocolos. Criar ficha de visita domiciliar. Criar grupos operativos.					

Preparar o cuidador.					
----------------------	--	--	--	--	--

6.3.11 Planilha para acompanhamento de projetos

Por fim, a atividade final de elaboração do plano de ação será a construção de uma planilha para o acompanhamento de projetos, com o objetivo de acompanhar e avaliar se o plano de ação estará sendo efetivo e estará alcançando seus objetivos. O Quadro 8 apresenta a planilha de acompanhamento dos projetos para educação em saúde para idosos.

Quadro 8 – Planilha de acompanhamento

Problema: Educação em saúde para idosos			
Indicador	Momento atual	Em 6 meses	Em 1 ano
Satisfação do usuário/comunidade			
Satisfação da equipe			
Resolutividade			

7 CONCLUSÃO

A elaboração do plano de ação permitiu aplicar os métodos do planejamento para processar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação capaz de intervir sobre o problema levantado. Foi através da realização do diagnóstico situacional que foi possível identificar os principais problemas que acometem a comunidade e dessa forma, poder construir estratégias capazes de intervir diretamente nessas condições. Intervindo sobre o problema eleito para o plano de ação da Equipe de Estratégia da Saúde da Família será possível melhorar o vínculo com a comunidade além de proporcionar uma melhor resolutividade cumprindo assim com uma assistência integral proporcionando satisfação e qualidade de vida para o idoso, familiares e comunidade.

Esta proposta de plano de ação ainda não foi aplicada na população da equipe por problemas como infra-estrutura, pessoal, equipamentos, atribuição de tarefas. Pudemos verificar as dificuldades encontradas, como por exemplo: reunir representantes da comunidade, o entrave proporcionado pela cultura institucional, sensibilização da gestão, de pessoal e dificuldade de comunicação interdepartamental e interinstitucional.

O diagnóstico situacional é um poderoso instrumento para planejamento de ações, pois, fornece dados que contribuem no levantamento de determinantes e condicionantes de saúde-doença no território, proporcionando criar prioridades para as ações. O território de atuação das equipes deve ser visto em um processo dinâmico, não apenas como um espaço delimitado para o processo de trabalho, e por isso, é necessário que as equipes mantenha os diagnósticos atualizados, observando as modificações ocorridas através do tempo, sejam elas, nos indivíduos, nas famílias, na coletividade, no ambiente e na própria equipe.

Uma estrutura adequada que proporcione facilidade de acesso e condições mínimas para acolhimento, torna-se um facilitador do processo educacional em saúde. A equipe deve estar disposta a recorrer a recursos ao seu alcance e ao alcance da comunidade como, utilização de salas de aula em escolas, centros comunitários, igrejas, espaços de convivência ou associações em seu território.

O modelo de educação permanente hegemônico, não cumpre com a tarefa de preparar os profissionais para as novas propostas de educação em saúde. Até o momento vê-se um modelo voltado à abordagem biologicista, uma prática intervencionista sem considerar os interesses da população, sua cultura, suas características. Observa-se o emprego de técnicas pedagógicas tradicionais, quando o profissional assume como detentor da informação, transmissor de conhecimento com postura de autoridade máxima, sem preocupar-se em

conhecer a realidade social do território, as crenças e valores. Esse comportamento afasta a comunidade da equipe, desestimula a procura de conhecimento causando entraves nas relações e angústias por parte dos profissionais. A desarticulação entre o saber científico e o saber popular, é responsável pela dificuldade em promover ações de saúde pelos profissionais.

Existe a necessidade de preparação de profissionais ativamente, desde a escola, com abordagem não apenas na doença, mas na produção social da saúde com qualidade de vida, visando aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção primária. Tem-se que voltar a atenção para que os profissionais desenvolvam uma práxis mais condizente com o novo contexto da saúde.

Com a mudança da sociedade brasileira a relação dos serviços de saúde com a população apresenta-se complexa e conflituosa e não é diferente no território da equipe de Saúde da Família São João. A heterogeneidade das classes populares nos diversos territórios de uma equipe de saúde nos propõe a relacionar-se com dissimulações, agressões, autoritarismo de gestores, demandas que extrapolam a capacidade do atendimento, informações, muitas vezes equivocadas, transmitidas pela mídia, convívio com o tráfico de drogas e os reflexos dessa realidade na vida das famílias, interesses políticos e empresariais, corrupção, a religiosidade, valores familiares e culturais. A educação em saúde cada vez mais terá que saber lidar com essas situações, com visão de construção de justiça e solidariedade social. O desconhecimento dessa complexidade pelos profissionais de saúde pode gerar angústia, sensação de incapacidade. O trabalho executado com participação da população, com equipe preparada, e com criatividade, pode contribuir para o avanço do que se espera para uma saúde plena, com qualidade de vida e justiça social.

Espera-se que a proposta sirva de estímulo a investimentos em ações de promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu), Fev 2005, vol. 9, nº 16, p.41. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 22/08/2011.

ASSIS, M. *et al.* **Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos.** Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002. p. 146. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao_da_saude.pdf>, acessado em: 25/08/2011.

ASSIS, M. *et al.* **Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos.** Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002. p. 15. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao_da_saude.pdf>, acessado em: 25/08/2011.

ASSIS, M. *et al.* **Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos.** Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002. p. 16. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/promocao_da_saude.pdf>, acessado em: 25/08/2011.

BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Síndrome de Imobilidade. In: CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2010, 172p.

BERZINS, M. A. V. S.; WATANABE, H. A. W. Suicídio em pessoas idosas: a publicização do desespero. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso.** Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 9-22.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988. Senado Federal *apud* CALDAS. C. P. Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. **Cad. Saúde Pública.** 2003; 19 (3): 773-781. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700069&tlng=pt> Acesso: 23/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública, 1988. 137 p. Série C. Estudos e Projetos 4 *apud* RIBEIRO, M. T. F. Saúde Bucal do Idoso. In: CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009. P. 135.

BRASIL. Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília. 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, vol 132, n.3,pp 77-79, Seção 1, pt. 1 *apud* CALDAS. C. P. Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. **Cad. Saúde Pública.** 2003; 19 (3): 773-781. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700069&tlng=pt> Acesso: 23/09/2011.

BRASIL. Lei nº 90.394/96 – Lei de diretrizes e bases da educação de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 23 dez. de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm>. Acesso em: 27/09/2011.

BRASIL. Lei nº 90.394/96 – Lei de diretrizes e bases da educação de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 23 dez. de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm>. Acesso em: mar. 2008 *apud* VASCONCELOS, M; GRILO, M.J.C; SOARES, S.M. Módulo 4: **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2009. p.6.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1997 *apud* ALVES. V. S. **Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface (Botucatu), Fev 2005, vol. 9, nº 16, p.41. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 22/08/2011.

BRASIL. Política Nacional do Idoso, aprovada pela portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília. 1999. Diário oficial da República Federativa do Brasil nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez. Seção 1 *apud* CALDAS. C. P. Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19 (3): 773-781. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700069&tlng=pt> Acesso: 23/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão no Trabalho e educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folder/04_0654_F.pdf> Acesso em: 03/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1ª Ed., 5ª reimpressão. Brasília. 2004. p 7. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) *apud* FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2010, p. 35.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO DEMOGRÁFICO 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 29/09/2011.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2010.

CALDAS. C. P. Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19 (3): 773-781. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700069&tlng=pt> Acesso: 23/09/2011.

CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009, p.54.

CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009, p.63.

CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009, 172p.

CORRÊA, E. J. *et al.* **Iniciação à metodologia científica**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009. 95p.

DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>. Acessado em 13, 14, 22, 23 e 24 jan. 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol95, n. 1, suppl. 1, pp. I – III. ISSN 0066-7824 p 7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>> Acesso em: 29/09/2011

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2010.

FERNANDES, E. O.; LICHTENFELS, P. O Manejo Clínico do Paciente Idoso. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I, GIUGLIANI, E. R. J. e cols. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2004. P. 1261-1271.

FERRI, S. M. N. *et al.* **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 515-529. ISSN 1414-3283. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>> Acesso: 15/10/2011.

FLORES, L. M.; COLET, C. F. Riscos da Polifarmácia em Clientes Idosos. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 291-302.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p. (coleção leitura) *apud* VASCONCELOS, M; GRILO, M.J.C; SOARES,S.M. Módulo 4: **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2009.70p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. *São Paulo Perspec.* [online]. 2000, vol.14, n.2, pp. 03-11. ISSN 0102-8839. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso: 23/09/2011.

GOMES, R., DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [on line] 1994, 2(2):103-14. Disponível em <http://www.scielo.br> *apud* TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Interdisciplinaridade e Trabalho em Equipe na Abordagem da Pessoa Idosa nos Serviços de Atenção Básica em Saúde. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 1.

IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficina 7 e 3 – Contrato de Gestão e Diagnóstico Local**. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MEHRY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 *apud* FERRI, S. M. N. *et al.* **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, p. 518. ISSN 1414-3283. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>> Acesso: 15/10/2011.

OKAZAKI, F. J. Proposta de Reinserção do Idoso na Sociedade: Contribuição da Arquitetura. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P 337-353.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ottawa charter for health promotion**. FIRST INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION. 21 November 1986, Ottawa. WHO/HPR/HEP95.1. p. 1. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>, acessado em 22/08/2011.

PINTO, V. G. epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. (Coord). **ABOPREV** promoção de Saúde Bucal. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. P. 27-41 *apud* RIBEIRO, M. T. F. Saúde Bucal do Idoso. In: CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009. P. 135.

RIBEIRO, M. T. F. Saúde Bucal do Idoso. In: CHAIMOVICZ, F *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2009. P. 135-139.

SANTOS, S. S. C. Idoso e Aposentadoria. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 77-89.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I, GIUGLIANI, E. R. J. e cols. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2004. P. 576-585.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso. In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I, GIUGLIANI, E. R. J. e cols. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2004. P. 581.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol95, n. 1, suppl. 1, pp. I – III. ISSN 0066-7824. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>> Acesso em: 29/09/2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Projeto Diretrizes. Osteoporose em Mulheres na Pós-menopausa**. Elaboração final em agosto de 2002. Disponível em:<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf> Acesso em: 18/09/2011.

STEFANO, I. G. A. Direitos do idoso. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 37-48.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Interdisciplinaridade e Trabalho em Equipe na Abordagem da Pessoa Idosa nos Serviços de Atenção Básica em Saúde. In: MALAGUTTI, B.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Ed. Rubio, RJ. 2010. P. 1-7.

VASCONCELOS, M; GRILO, M.J.C; SOARES,S.M. Módulo 4: **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2009.70p.

VASCONCELOS, M; GRILO, M.J.C; SOARES,S.M. Módulo 4: **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, pág. 6. 2009.

APÊNDICE A

SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO DA EQUIPE SÃO JOÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JOÃO MONLEVADE

2010

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	77
2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	79
3. ASPECTOS AMBIENTAIS.....	79
4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	81
5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	81
6. PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE.....	82
7. RECURSOS DE SAÚDE.....	84
8. MAPEAMENTO DE INSTITUIÇÕES E PROJETOS.....	86
9. SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM INFORMANTES CHAVE.....	87
10. OBSERVAÇÃO ATIVA.....	88
11. PRINCIPAIS PROBLEMAS OBSERVADOS.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	89

SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1. INTRODUÇÃO

AS COMUNIDADES DA EQUIPE SÃO JOÃO.

A equipe São João faz cobertura em saúde da família aos Bairros São João com 80% de cobertura, bairro José Elói com 85% de cobertura e bairro Rosário em três microáreas com 75% de cobertura, desta forma podemos dizer que os três bairros citados são parcialmente incluídos na ESF.

O território da equipe São João é de relevo montanhoso em sua totalidade, as microáreas apresentam calçamento sendo que no bairro José Elói 85% das ruas são calçadas, no bairro São João 99% e as três microáreas do bairro Rosário são 100% calçadas ou asfaltadas.

No bairro Rosário, com três microáreas, existe nove fontes de água nativa, sendo que a população utiliza-se da mesma para consumo próprio. Na microárea 3 (José Elói) existe uma nascente, que é utilizada pela família proprietária do local, e ainda, 2 lagos artificiais formados pelo curso d'água dessa nascente, ambos em propriedades particulares. Na microárea 5 (São João) existe uma fonte de água natural que não é utilizada pela população e que escoar para o esgoto a céu aberto, apresenta também, duas cisternas, sem tratamento, utilizadas pela população quando na falta de água tratada. O acesso à UBS é rápido, porém, no trajeto ocorre passagem de nível sem barreira, o terreno é montanhoso com muitas trilhas utilizadas pela população para reduzir o tempo de deslocamento.

As microáreas 01, 02 e 04 que compõem parte do território da Equipe São João limitam-se ao norte com o bairro Vale do Sol, ao sul com a Avenida Wilson Alvarenga, a leste com o bairro Mangabeiras e a oeste com o bairro JK. A microárea 03 (José Eloy) limita-se ao norte com a área florestal e mineração, ao sul com o bairro São João a leste com áreas de pastagem e a oeste com os bairros Mangabeiras e Vale do sol. A microárea 05 (São João) limita-se ao norte com o bairro José Eloy, ao sul com o bairro São Jorge, a leste com o bairro São Benedito e a oeste com o bairro Nossa Senhora Aparecida.

Dentro da região de cobertura da equipe existem 02 escolas de ensino pré-escolar e próximo ao território existem ainda mais 04 escolas públicas e 04 escolas particulares de ensino fundamental e médio. Existe ainda: 01 área para prática de esportes, um serviço de

assistência jurídica, um centro de assistência ao trabalhador, uma clínica neurológica, uma clínica oftalmológica e um banco privado. Com relação à área comercial, no território existem 20 bares e 14 salões de beleza, conta também com uma igreja católica, 09 igrejas de outras crenças e 04 benzedeadas.

A comunidade do bairro Rosário é mais envolvida com festas religiosas e sempre participam de eventos no centro comunitário local e é a comunidade com maior número de idosos que gostam de participar das atividades propostas pela equipe São João.

A comunidade do bairro José Eloy é menos participativa, menos envolvida que a comunidade citada anteriormente, mas com insistência, participa das atividades e possuem um centro comunitário onde participam de alguns eventos.

A comunidade do bairro São João é a mais pobre, e foi criada em local onde existia centros de prostituição e invasão de terrenos. O índice de marginalidade, analfabetismo, uso de drogas, tráfico, condições precárias de habitação e renda são maiores que nas outras comunidades e, contudo, é a comunidade mais apática e que menos participa das atividades propostas pela equipe.

No território das comunidades do Bairro José Eloy e São João, existem duas equipes de ESF atuantes, a equipe São João e a equipe José Eloi.

2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Em última atualização, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em dez 2009, a população total era de 3653 pessoas perfazendo um total de 984 famílias.

População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe São João de Saúde da Família, segundo sexo e idade - 2009.

Sexo	Faixa etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	2	50	29	55	152	134	608	233	163	300	1736
Feminino	3	30	28	50	133	135	613	273	245	407	1917
Número de pessoas	5	80	67	105	285	269	1221	506	408	707	3653

Fonte SIAB

3. ASPECTOS AMBIENTAIS

No território, apesar de existir coleta de lixo, existem em todas as microáreas, depósitos irregulares de lixo em barrancos e lotes vagos, totalizando 60 lotes. Estão presentes também 11 locais sujeitos a deslizamentos sendo que em quatro pode ocorrer soterramento ou desabamento, e não existe risco de inundação. Colocando em risco o meio ambiente, ocorrem fontes poluentes como: 01 serralheria, 01 oficina de lanternagem com poluente em spray e redes de esgoto a céu aberto em duas ruas da microárea 5.

URBANIZAÇÃO E ACESSO

A maioria das ruas é calçada e apesar de área montanhosa, o acesso é fácil até à UBS.

Na microárea 5 (bairro São João), só existe transporte coletivo nos finais de semana e nas outras microáreas o transporte é diário. A malha viária está disponível em todas as microáreas. Existem avenidas e ruas de acesso principal que facilitam o deslocamento. Cortando as microáreas 03 (Bairro José Eloy) e 05 (Bairro São João) temos uma ferrovia para transporte de minério até a indústria siderúrgica localizada na cidade.

CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS

Existem cinco domicílios revestidos de madeira e os restantes são em alvenaria.

Apesar das fontes de água citadas anteriormente, todas as residências recebem água tratada da estação de tratamento de água do município.

Dezessete domicílios não possuem água filtrada e utilizam a água diretamente da torneira ou a fervem. Apesar de terem a rede geral do sistema de esgoto, existem 06 domicílios em duas ruas, com esgoto a céu aberto.

Todos os domicílios possuem energia elétrica e 100% deles têm acesso à coleta seletiva de lixo.

Tipo de residência

TIPO DE CASA	No	%
Tijolo / Adobe	973	98,88
Taipa revestida	6	0,60
Taipa nao revestida		
Madeira	5	0,50
Material aproveitado		
Outros		

Fonte: SIAB

Famílias com água tratada

TRAT.AGUA NO DOMICILIO	Nº.	%
Filtracao	966	98,17
Fervura	1	0,10
Cloracao		
Sem tratamento	17	1,72

Fonte: SIAB

Rede de esgoto

DESTINO FEZES/URINA	Nº.	%
Sistema de Esgoto	978	99,39
Fossa		
Céu aberto	06	0,609

Fonte: SIAB

Destino do lixo

DESTINO DO LIXO	Nº.	%
Coleta publica	984	100
Queimado/Enterrado		
Ceu aberto	v. texto	

Fonte: SIAB

Energia elétrica

	Nº.	%
Energia elétrica	984	100%

Fonte: SIAB

4. ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS

No território da equipe ocorre um total de 60 analfabetos e destes, 25 são chefes de família. Existem trabalhadores da indústria, comércio e também informais.

De acordo com dados do programa bolsa família, 75 famílias possuem renda per capita de R\$ 70,00.

Famílias que possuem acesso à escova de dente ainda não está disponível e está sendo elaborado a classificação das famílias por grau de risco em função do Plano Diretor da Atenção Primária.

Cobertura em alfabetização e plano de saúde

Nº. de famílias estimadas		%
Nº. de famílias cadastradas	984	
7 a 14 anos na escola	298	76,41
15 anos e mais alfabetizados	3.034	97,52
Pessoas cobertas c/ plano saúde	641	17,55

Fonte: SIAB

5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da Equipe São João de Saúde da Família, município de João Monlevade

Período	2009/2010	2009/2010	2009/2010	2009/2010	2009/2010
Microárea	M1	M2	M3	M4	M5
Doenças do aparelho circulatório	3	3	0	1	3
Neoplasias	2	0	0	1	0
Doenças do aparelho respiratório	1	0	2	1	0
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	3	1	1
Demais causas	0	2	0	1	3
Total	6	5	5	5	7

Fonte: Registro das ACSs

MORBIDADE E CONDIÇÃO REFERIDAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO TERRITÓRIO DA EQUIPE SÃO JOÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – JOÃO MONLEVADE.

Faixa etária (anos)	Doenças referidas										Faixa etária (anos)	Condição referida Gestante (%)	
	ALC	CHA	DEF	DIA	DME	EPI	HA	HAN	MAL	TB			
0 a 14			3 0,55									10 a 19	
15 anos e mais	16 0,51	4 0,13	37 1,19	122 3,92			16 0,51	620 19,93				20 anos e mais	22 1,43
total	16 0,44	4 0,11	40 1,09	122 3,34			16 0,44	620 16,97				Total	22 1,22

Fonte: SIAB

6. PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Consultas médicas no período de 2009

Indicador	2009
Total de consultas médicas	1853
Consulta habitante ano	0,51

Fonte: SIAB

Atendimento aos programas pela equipe São João

Indicador	2009
% puericultura	9,50
% pré-natal	4,37
% prevenção câncer cérvico-uterino	17,05
% diabetes	7,29
% hipertensão	28,63
% hanseníase	0
% tuberculose	0
% atendimentos com programas	66,84

Fonte: SIAB

ACOMPANHAMENTOS DE ALGUNS INDICADORES

Indicadores	2009
Total de encaminhamentos	94
Relação encaminhamentos/consultas	0,05
Para atendimento especializado	94
Internações hospitalares	13
Urgência/emergência	01
Exames solicitados	2.073
Relação exames/consultas médicas	1,22
Patologia clínica	2073
Radiodiagnóstico	94
US obstétrico	37
Outros exames	65

Fonte: SIAB

PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA EQUIPE SÃO JOÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, JOÃO MONLEVADE - 2009

Procedimento	2009
Atendimentos individuais da enfermeira	3273
Consultas médicas	1853
Consultas médicas e de enfermagem	5126
Curativos	720
Inalações	13
Injeções	306
Retirada de pontos	4
TRO	0
Grupo de educação saúde	50
Nº de reuniões	8

Fonte: SIAB

VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELA EQUIPE SÃO JOÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, JOÃO MONLEVADE - 2009

Visitas domiciliares	2009
Visitas domiciliares do médico	99
Visitas domiciliares da enfermeira	364
Visitas profissionais de nível médio	1543
Visitas de ACS	5832
Total de visitas domiciliares	7838
Média mensal de visitas	653,16
Média anual de visitas por família	7,96
Média anual de visitas por habitante	2,14

Fonte: SIAB

7. RECURSOS DE SAÚDE

A UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE SÃO JOÃO

O Centro de Saúde Carneirinhos (policlínica) apresenta-se com duas equipes de ESF com 5 ACS cada uma com médico e enfermeiro com cobertura de: Equipe José Eloi – 3328 pessoas ou 886 famílias e a **equipe São João – 3036 pessoas ou 832 famílias.**

A unidade foi inaugurada em 08 de fevereiro de 1976 com o propósito de ser um centro de puericultura e com o passar dos anos foi perdendo esta característica e tornou-se por muito tempo a unidade de saúde de referência do município para consultas com várias especialidades médicas.

Com a implantação da ESF no município, hoje é sede de duas equipes de saúde da família como descrito acima. Possui localização central e dá cobertura a 27 bairros, ligação próxima a uma das principais avenidas da cidade no centro comercial com várias linhas de ônibus coletivos passando muito próximas à unidade. O prédio é grande, mas construído em uma época em que a população era menor e por disso tem dificuldade para atender toda demanda da população e não foi expandido, portanto com sérios problemas de infraestrutura. Possui várias dependências amplas, porém a sala de espera é pequena, visto a quantidade de médicos que atendem no local, além das equipes de ESF e a demanda pelos serviços. Os consultórios dos médicos da ESF não são adequados para a proposta da estratégia, por não possuírem estrutura para atendimento adequado às gestantes ou consultas ginecológicas. A recepção é ampla, arejada, mas devido a grande oferta de consultas de diversas especialidades além das equipes, apresenta tumulto pela manhã nos períodos de marcação de consulta, o que gera filas e insatisfação dos usuários e profissionais. A sala de reunião da equipe é pequena, pouco arejada, muito freqüentada por outros profissionais por ter sanitário e localizada próxima a uma copa o que dificulta as discussões nas reuniões, principalmente quando envolve sigilo.

As reuniões com as comunidades são realizadas nos centros comunitários e igrejas porque não existe, na unidade, espaço para isso.

A unidade necessita ser reestruturada para melhor atender a população com conforto tanto dos usuários quanto para os funcionários. Os equipamentos já estão em estado precário de conservação necessitando substituição, e para algumas necessidades, necessita equipamentos. A mesa ginecológica está faltando perneira, não tem uma dependência para pequenas cirurgias e nem instrumental para execução.

Recentemente foi implantado um serviço de eletrocardiograma o que causou grande satisfação dos usuários.

A ATENÇÃO SECUNDÁRIA

O município conta com uma unidade de pronto atendimento municipal mais central e um hospital com pronto atendimento de caráter filantrópico em bairro periférico, onde são feitos os atendimentos de urgência e emergência com atendimentos por ordem de chegada e não existe protocolo para atendimento com classificação de risco. O município não dispõe de atendimento móvel de urgência (SAMU), conta apenas com uma frota de ambulâncias sucateadas além de ambulâncias do Consórcio (CISMEPI) e de empresa privada (Remoções Monlevade).

Os indicadores de morbi-mortalidade evidenciam problemas relacionados às doenças crônicas e apontam à necessidade de que a atenção primária esteja voltada para a realização de medidas de prevenção primária de identificação precoce e de controle das doenças crônicas pelas equipes de saúde.

O serviço de apoio diagnóstico também conta com uma rede de serviço terceirizada que oferece alguns exames de alta complexidade com fluxo regulado pelo serviço de regulação, controle e avaliação na SMS.

8. MAPEAMENTO DE INSTITUIÇÕES E PROJETOS NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE SÃO JOÃO

Instituições e projetos	Área de atuação	Público alvo	População coberta	Responsável	Financiamento
Bola cheia	Esportes	Crianças e adolescentes e adultos	Indeterminada	Secretaria de esportes	Tesouro Municipal
Sopão	Assistência social	Todas as faixas etárias	Principalmente carente	voluntários	Doações, Igreja Católica, PMJM
Projeto vida nova (PRÓVIDA)	Educação e cultura	Crianças e adolescentes	80 crianças	Igreja presbiteriana	ONG
Pastoral da criança	Saúde e educação	Crianças menores de 5 anos	Indeterminado	Voluntárias	Trabalho voluntário, Igreja Católica

Fonte: registro das ACSs

EMPRESAS E INSTITUIÇÕES NAS MICROÁREAS DO TERRITÓRIO DA EQUIPE SÃO JOÃO

Micr áreas	Igreja	Comércio em geral	Escola	AA	Centro comunitário	Séc. esporte	Gráfica	Assistência judiciária	Clínicas médicas	Salão de beleza	Agência de automóveis	Oficina mecânica	Área de lazer	Empresa de médio porte	academia
M1	03	15	02		01	01	01		01	06				01	
M2		13							01	04					
M3	01	04								02		01			
M4	01	11	01				01	01	02	02	01		01	04	01
M5		03		01								01			

Fonte: registro das ACS

9. SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES CHAVE

Informantes chave	Problemas	Sugestões
Sra. Ângela Maria Laia - influente na comunidade do Bairro José Eloy, membro da pastoral da criança.	Problemas com o fluxo para as especialidades, tempo de espera por consultas. Problemas cardíacos, diabéticos, osteoporose. Não tem problema com crianças desnutridas em sua área.	Acha que o tempo de espera para a consulta com especialista é muito longo, “tem que marcar consulta com o médico clínico e este encaminha para o especialista”. “ninguém conversa com ninguém” Sugere que a equipe do PSF agilize o processo. Boa relação da equipe com a pastoral da criança.
Irene – partidária política e membro do conselho de comunidade	Falta de atividades recreativas ou áreas destinadas a lazer	Procurar áreas que possam ser aproveitadas que sejam da prefeitura
Dona Elena	A presença de lotes vagos sem capina nos Bairros Rosário e José Eloy servindo de esconderijo para usuários de drogas e bandidos, além da proliferação do mosquito da dengue, acumulando lixo.	Propõe a limpeza pelos responsáveis sob advertência da secretaria de obras e até multa.
Nadir Benício	“o desemprego leva a violência e ao mundo das drogas”	Propõe maior articulação do trabalho do PSF junto ao trabalho social.l
Olímpio Miranda	Brigas entre usuários de drogas. Dificuldades em marcar consultas.	Propõe policiamento mais ostensivo no bairro com rondas à noite. Acha que no centro de saúde tinha que ter mais médicos, principalmente especialistas.
Aparecida Romano	Problemas com o alcoolismo. “No bairro tem um alcoólatra que está incomodando todo mundo”. Desemprego e emprego informal.	Articular tratamento e acompanhamento pelo serviço de saúde mental. Ações para geração de emprego junto à secretaria de ação social.
Dona Maria Silva Mendes da escola municipal	Drogas e violência, evasão escolar por causa do trabalho na lavoura.	Mais opções de lazer e cursos de capacitação para os jovens. “Temos que tirar o jovem da rua”
Elisa	Brigas com muita frequência entre familiares com intervenção da polícia relacionadas ao abuso de álcool	Acha que a prefeitura tem que melhorar o centro de saúde, construir um prédio novo e contratar especialistas. A cidade precisa de ter indústrias para dar mais empregos.
Dona Geralda	A população queixa da demora para realização dos exames e para receber os resultados, por exemplo, de mamografia, preventivo.	Propõe para a equipe articular junto à secretaria de saúde uma forma de agilizar o processo.
Elena Vieira Marques	Áreas de barranco em desmoronamento colocando família em risco.	Solicitar providências junto ao departamento de obras.
Geraldo Marcelino	Esgoto a céu aberto produzindo doenças como diarreia, parasitose.	Solicita urbanização e infra-estrutura de saneamento básico no bairro São João.

10. OBSERVAÇÃO ATIVA

PRINCIPAIS PONTOS OBSERVADOS

- Famílias que vivem em áreas com risco de desabamento nas 5 microáreas
- Esgoto a céu aberto na microárea 5
- Lixo acumulado em lotes vagos nas cinco microáreas
- Animais soltos nas microáreas 3, 4 e 5.
- Pichação do muro da escola e da creche na microárea 3
- Artesanato com barro nas microáreas 1, 2 e 4.
- Mina d'água nas microáreas 2, 3, 4 e 5.
- Atividades manuais (pinturas, bordados, costura, etc.) em todas as microáreas.

11. PRINCIPAIS PROBLEMAS OBSERVADOS

- Acúmulo de lixo nos lotes
- Infra-estrutura inadequada
- Falta de esgoto
- Violência (drogas ilícitas, violência contra a mulher).
- Desemprego
- Cárie dentária
- Risco cardiovascular aumentado
- Falta de opções de lazer
- Risco de proliferação de *Aedys*
- A prevalência de idosos e muitos deles vivendo sozinhos (o casal ou sozinho).

BIBLIOGRAFIA

CARDOSO, F.C.;FARIA, H.P.;SANTOS,M.A. **Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, Coopmed, 2010. 114p.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, coopmed, 2010.

TEIXEIRA C.F. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: Mendes E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994, p.221-236.

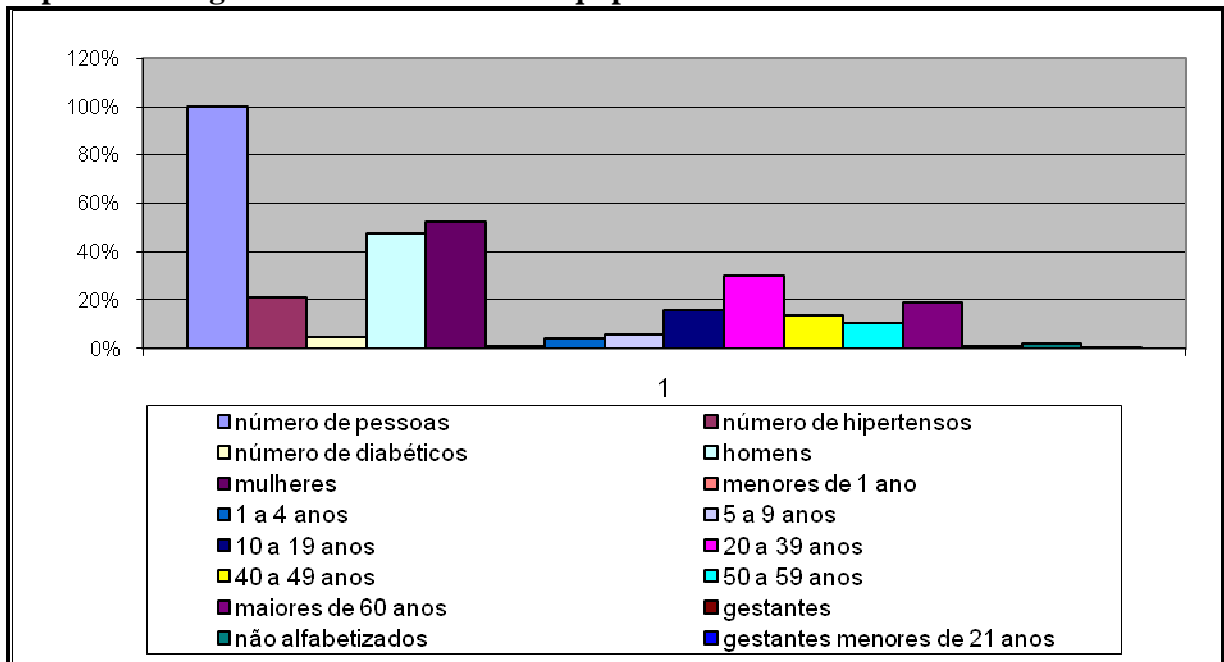
APÊNDICE B – GRÁFICOS E TABELAS ATUALIZADOS DEMONSTRANDO A SITUAÇÃO DO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE ESF – SÃO JOÃO – JOÃO MONLEVADE – MG.

Observação: Os gráficos a seguir se referem a dados atualizados a partir das Fichas A da Equipe de ESF – São João em **Março de 2011**.

Diagnóstico - ESF - Equipe 5 - São João							
Microárea	1	2	3	4	5	Total	Porcentagem
número de famílias	160	155	186	167	158	826	100%
número de pessoas	534	522	714	596	606	2972	100%
número de hipertensos	147	144	108	155	77	631	21,23%
número de diabéticos	34	37	23	28	26	148	4,98%
homens	251	242	344	293	291	1421	47,81%
mulheres	283	279	370	303	315	1550	52,15%
menores de 1 ano	4	4	13	3	1	25	0,84%
1 a 4 anos	15	13	35	23	44	130	4,37%
5 a 9 anos	19	17	53	23	57	169	5,69%
10 a 19 anos	63	56	128	74	150	471	15,85%
20 a 39 anos	142	153	221	198	178	892	30,01%
40 a 49 anos	71	72	107	76	89	415	13,96%
50 a 59 anos	63	63	67	79	37	309	10,40%
maiores de 60 anos	157	144	90	120	50	561	18,88%
gestantes	7	1	10	3	10	31	1,04%
não alfabetizados	8	8	5	15	25	61	2,05%
gestantes menores de 21 anos	0	1	3	0	0	4	0,13%

Fonte: Fichas A – ESF – São João

Aspectos demográficos no território da Equipe de ESF – São João.



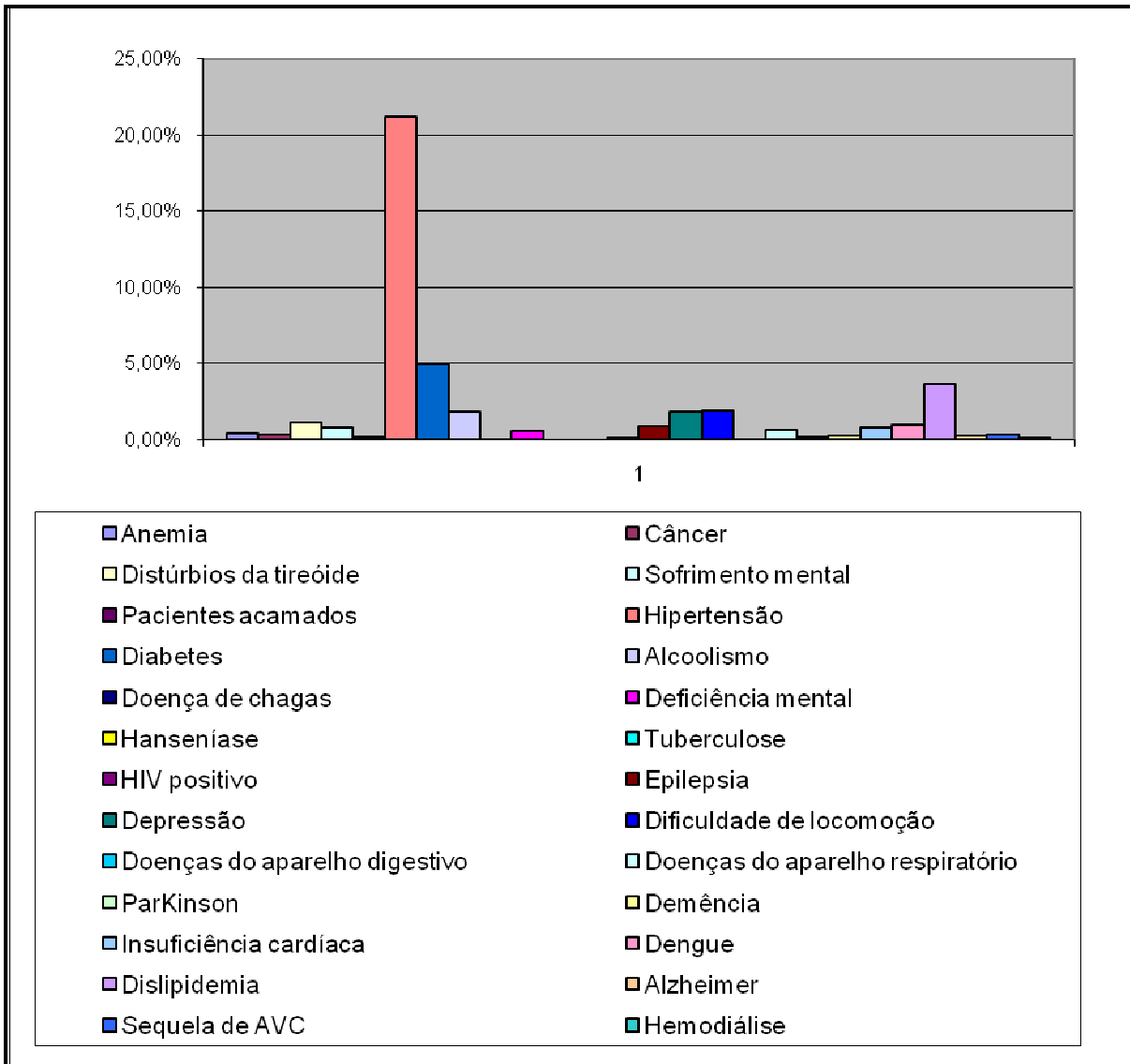
Fonte: Fichas A – ESF – São João

Morbidade - Equipe 05 - São João

Microárea	1	2	3	4	5	Total	Porcentagem
Anemia	3	2	2	2	3	12	0,40%
Câncer	5	4	2	3	0	10	0,34%
Distúrbios da tireóide	15	5	8	3	2	33	1,11%
Sofrimento mental	5	5	3	4	6	23	0,77%
Pacientes acamados	1	1	1	1	1	5	0,17%
Hipertensão	147	144	108	155	77	631	21,23%
Diabetes	34	37	23	28	26	148	4,98%
Alcoolismo	5	14	12	7	17	55	1,85%
Doença de chagas	0	1	0	0	0	1	0,03%
Deficiência mental	1	7	5	1	2	16	0,54%
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0,00%
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0,00%
HIV positivo	0	0	0	1	1	2	0,07%
Epilepsia	6	7	6	5	2	26	0,87%
Depressão	8	19	18	2	6	53	1,78%
Dificuldade de locomoção	13	17	9	11	6	56	1,88%
Doenças do aparelho digestivo		1		0	0	1	0,03%
Doenças do aparelho respiratório		1		13	4	18	0,61%
ParKinson	3	1	1	0	0	5	0,17%
Demência	1	2	2	2	0	7	0,24%
Insuficiência cardíaca	10	9			4	23	0,77%
Dengue		0	6	6	16	28	0,94%
Dislipidemia	18	10	12	48	20	108	3,63%
Alzheimer	1	2	2	2	0	7	0,24%
Sequela de AVC	1	1	3	1	3	9	0,30%
Hemodiálise	0	2	0	0	0	2	0,07%

Fonte: Fichas A – ESF – São João

Morbidade no território da ESF – São João



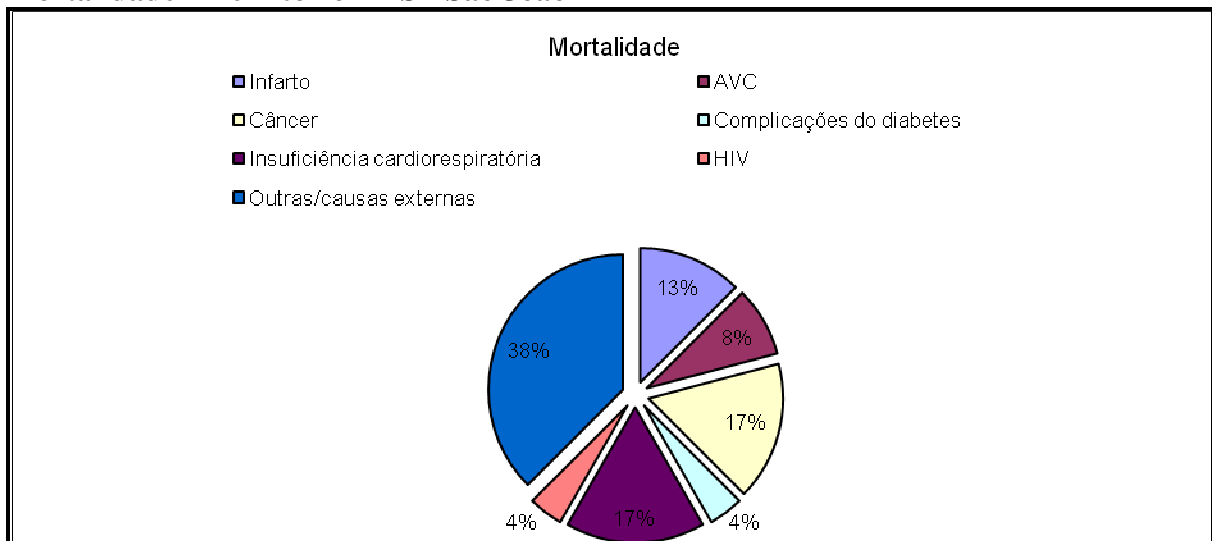
Fonte: Fichas A – ESF – São João

Mortalidade - Equipe 05 - São João

Microárea	1	2	3	4	5	Total	Porcentagem
Infarto	0	1	1	0	1	3	0,10%
AVC	0	0	1	0	1	2	0,07%
Câncer	0	0	1	1	2	4	0,13%
Complicações do diabetes	0	0	0	1	0	1	0,03%
Insuficiência cardiorespiratória	1	2	0	1	0	4	0,13%
HIV	0	0	0	0	1	1	0,03%
Outras/causas externas	1	1	1	2	4	9	0,30%

Fonte: Fichas A – ESF – São João

Mortalidade – Território – ESF São João

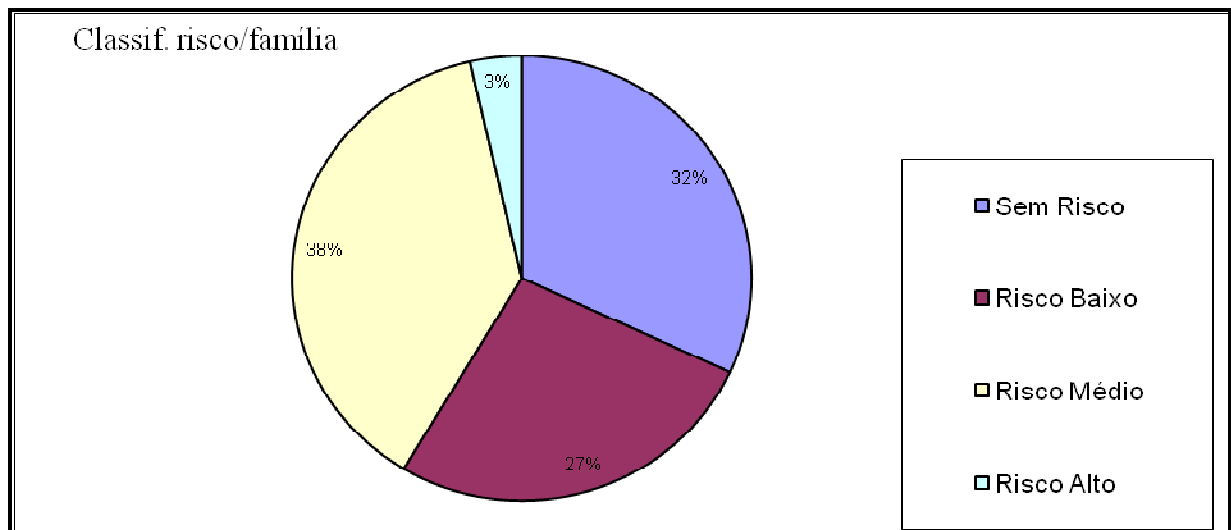


Fonte: Fichas A – ESF – São João

Classificação de Risco/Família

Microárea	1	2	3	4	5	Total	Porcentagem
Sem Risco	39	38	76	53	58	264	31,96%
Risco Baixo	30	40	58	49	43	220	26,63%
Risco Médio	88	73	44	63	44	312	37,77%
Risco Alto	3	4	8	2	13	30	3,63%
Total/microárea	160	155	186	167	158	826	100,00%

Fonte: Fichas A ESF – São João



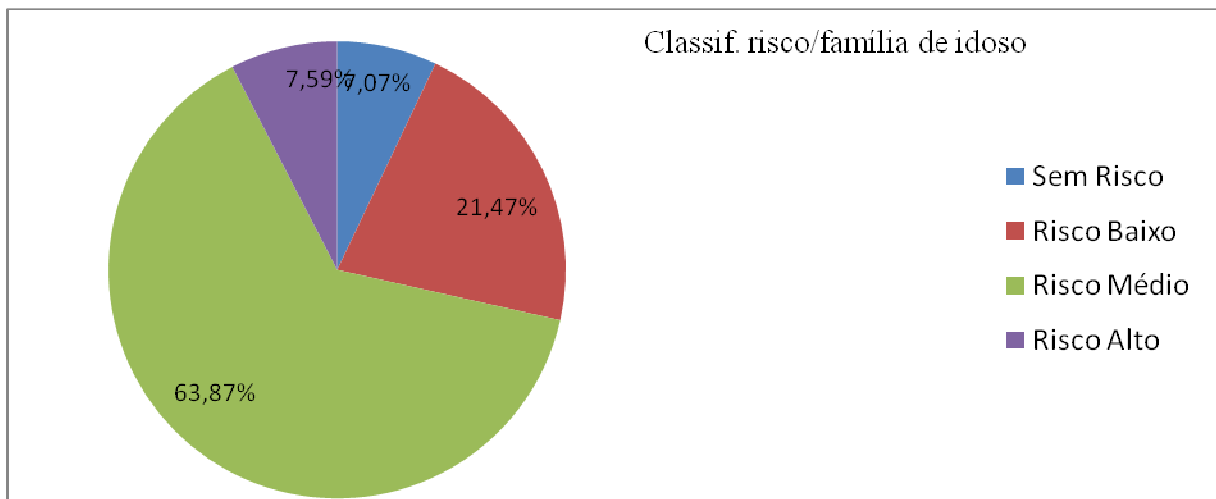
Fonte: Fichas A – ESF – São João

Classificação de Risco/Família de idoso

100,00%

Microárea	1	2	3	4	5	Total	Porcentagem
Sem Risco	5	7	7	7	1	27	7,07%
Risco Baixo	14	26	18	17	7	82	21,47%
Risco Médio	79	60	36	46	23	244	63,87%
Risco Alto	2	5	7	6	9	29	7,59%
Total/microárea	100	98	68	76	40	382	100,00%

Fonte: Fichas A ESF – São João

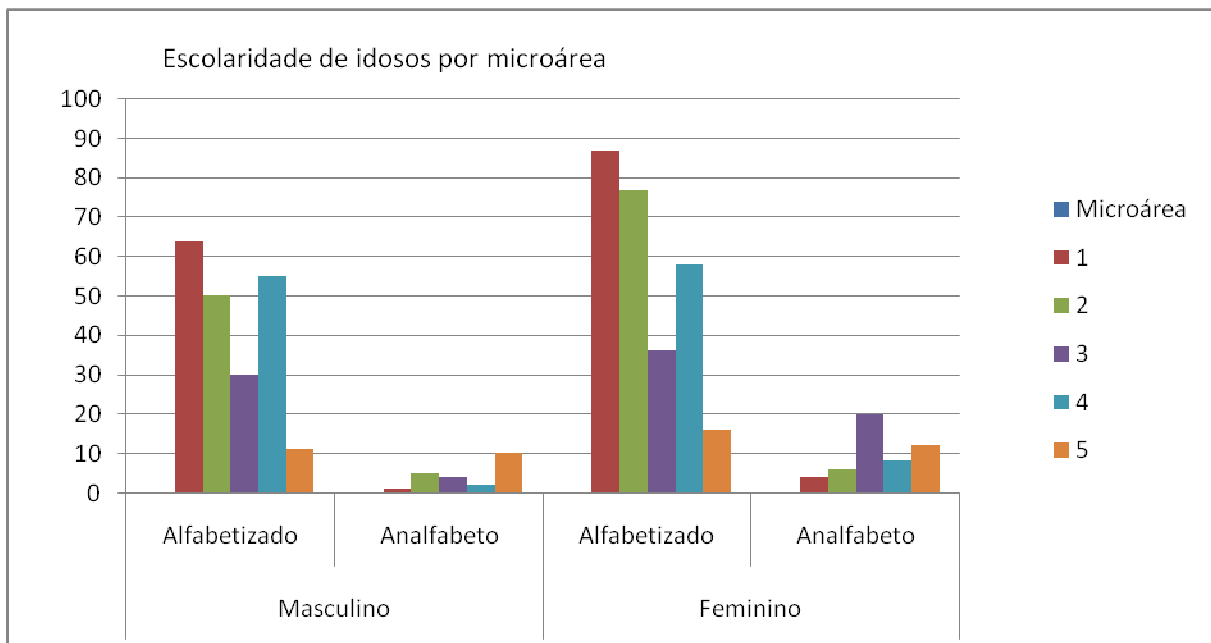


Fonte: Fichas A – ESF – São João

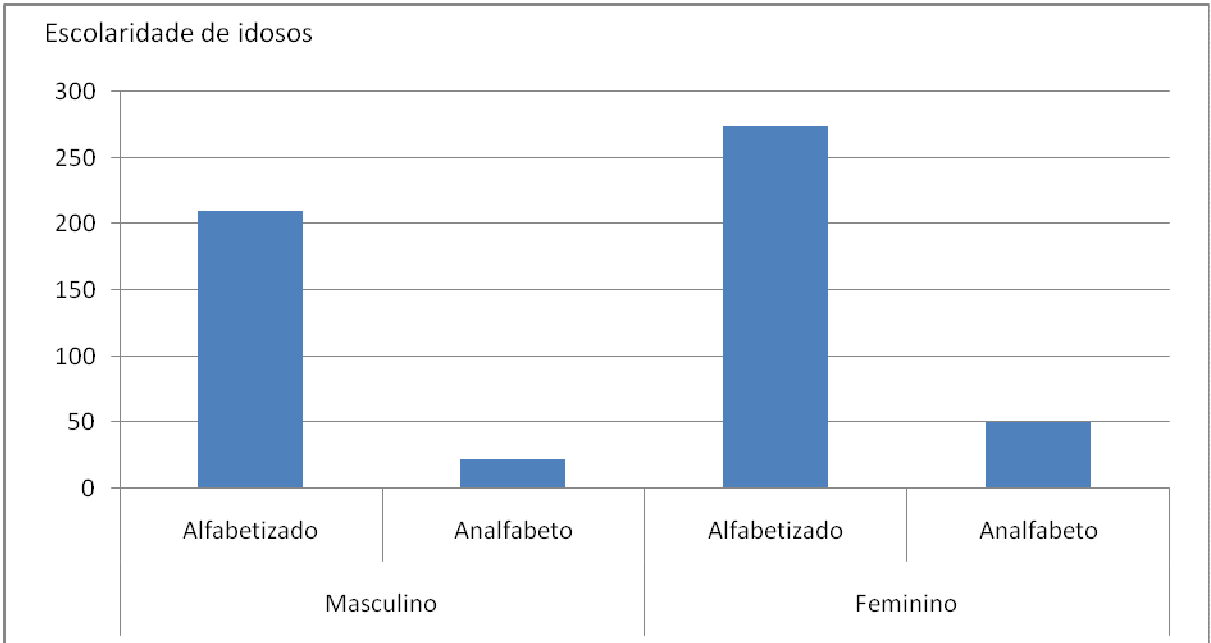
Escolaridade

Escolaridade de idosos do território da equipe de ESF- São João				
Microárea	Masculino		Feminino	
	Alfabetizado	Analfabeto	Alfabetizado	Analfabeto
1	64	1	87	4
2	50	5	77	6
3	30	4	36	20
4	55	2	58	8
5	11	10	16	12
Total	210	22	274	50
Alfabetizados	484	Percentual	87,05%	
Analfabetos	72	Percentual	12,95%	
Total geral	556	100,00%		

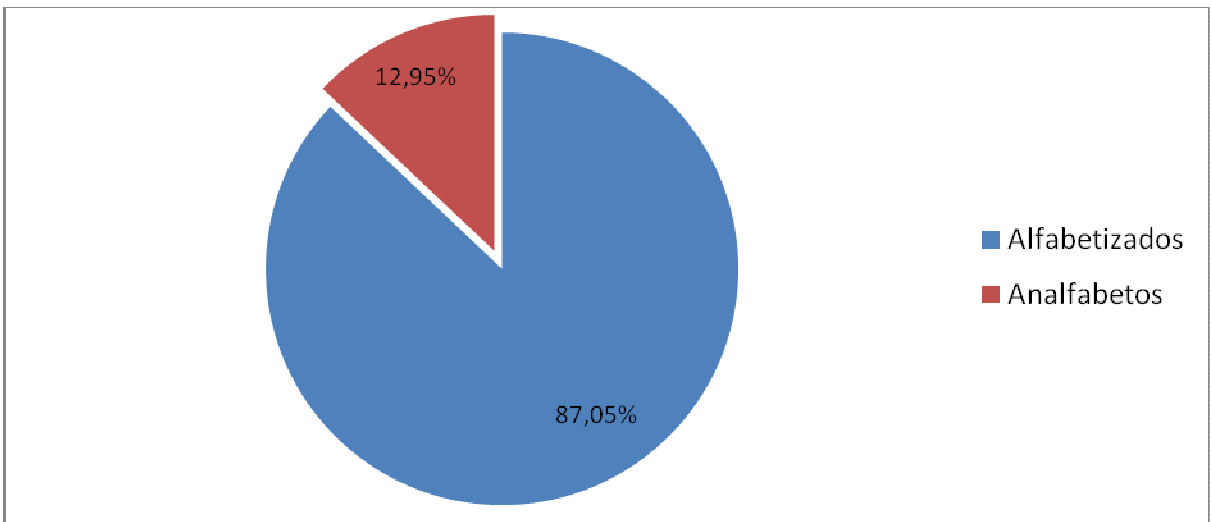
Fonte: Fichas A ESF – São João



Fonte: Fichas A – ESF – São João



Fonte: Fichas A – ESF – São João

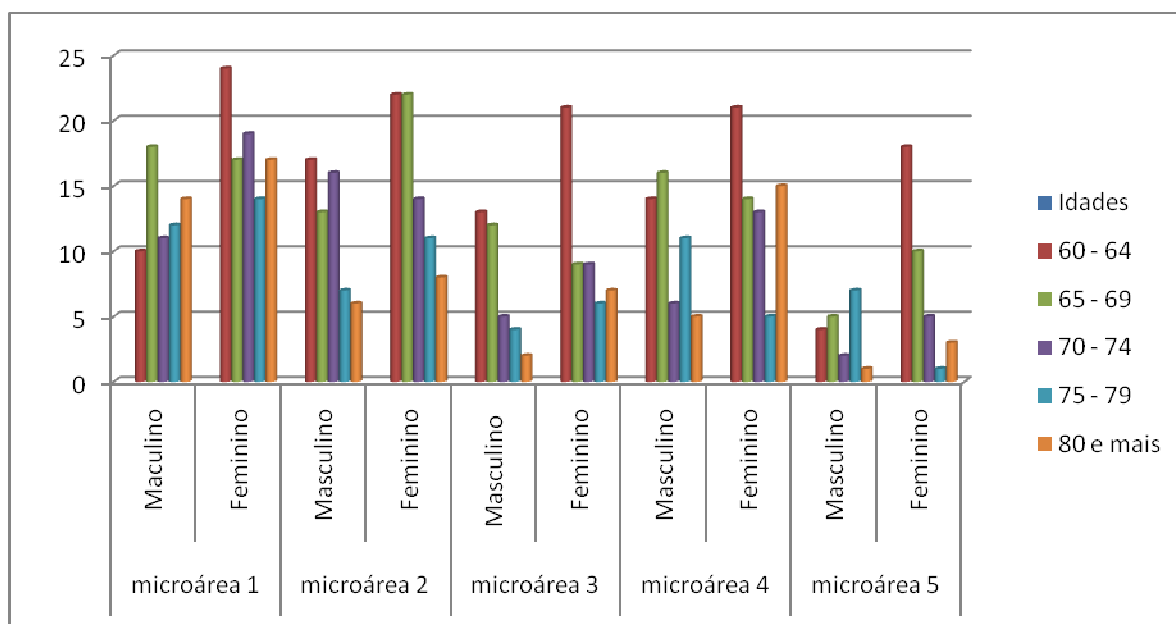


Fonte: Fichas A – ESF – São João

Faixa etária de idosos no território da ESF São João por microárea.

Faixa etária de idosos no território da ESF São João										
	microárea 1		microárea 2		microárea 3		microárea 4		microárea 5	
	Maculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idades										
60 - 64	10	24	17	22	13	21	14	21	4	18
65 - 69	18	17	13	22	12	9	16	14	5	10
70 - 74	11	19	16	14	5	9	6	13	2	5
75 - 79	12	14	7	11	4	6	11	5	7	1
80 e mais	14	17	6	8	2	7	5	15	1	3
Total	65	91	59	77	36	52	52	68	19	37
Total geral	556									

Fonte: Fichas A – ESF – São João

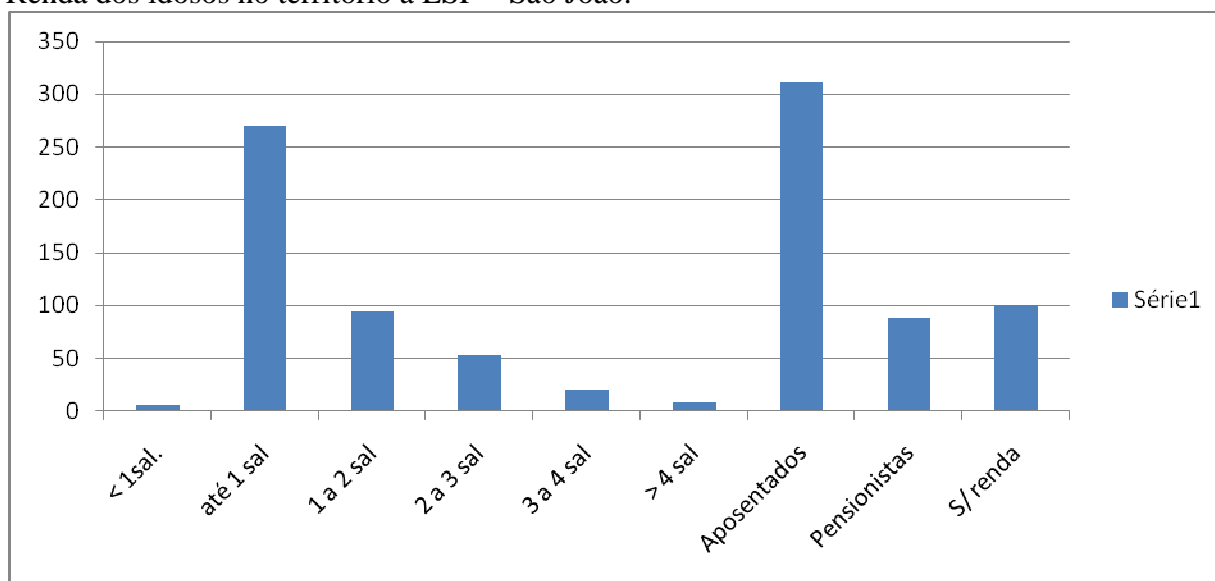


Fonte: Fichas A – ESF – São João

Renda dos idosos no território da Equipe de ESF - São João													
	microárea 1		microárea 2		microárea 3		microárea 4		microárea 5		To tal	masc ulino	femi nino
	Masc ulino	Femi nino	Masc ulino	Femi nino	Masc ulino	Femi nino	Masc ulino	Femi nino	Masc ulino	Femi nino			
Renda sal. Mínimo													
< 1sal.	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	6	0	6
até 1 sal	23	46	30	27	19	35	23	32	12	23	270	107	163
1 a 2 sal	10	9	18	17	8	5	18	7	1	2	95	55	40
2 a 3 sal	24	6	5	4	3	1	8	2	0	0	53	40	13
3 a 4 sal	6	1	2	2	2	0	8	0	0	0	21	18	3
> 4 sal	2	4	0	0	0	0	0	1	1	0	8	3	5
Aposenta dos	57	33	49	29	25	15	49	24	11	19	311	191	120
Pensionis tas	0	26	0	20	1	26	1	11	0	4	89	2	87
S/ renda	0	25	1	29	1	14	1	24	3	3	101	6	95

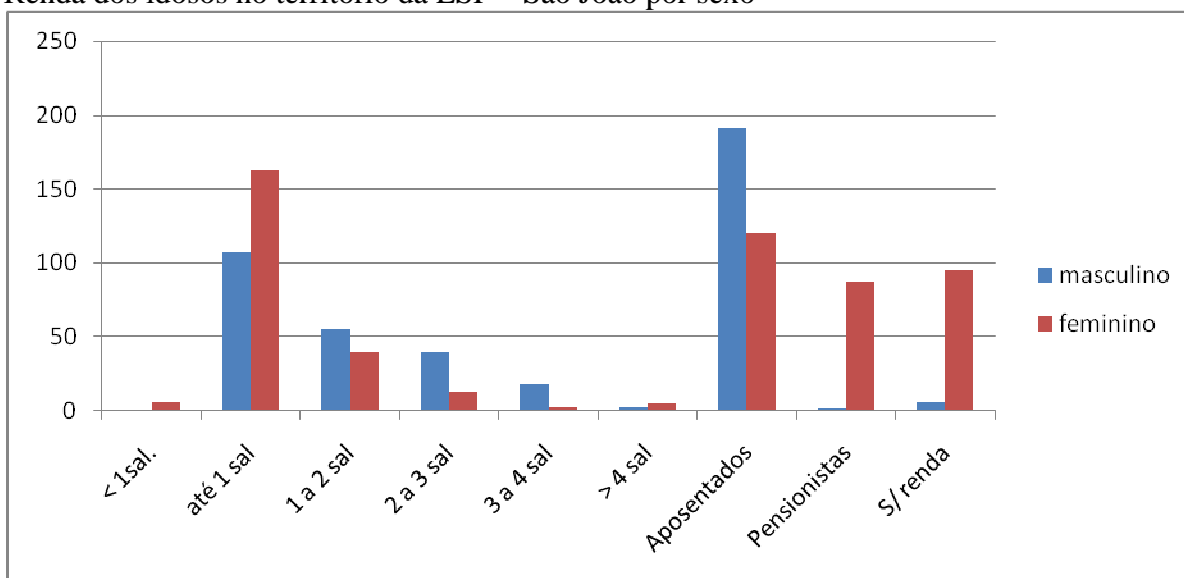
Fonte: Fichas A – ESF – São João

Renda dos idosos no território a ESF – São João.

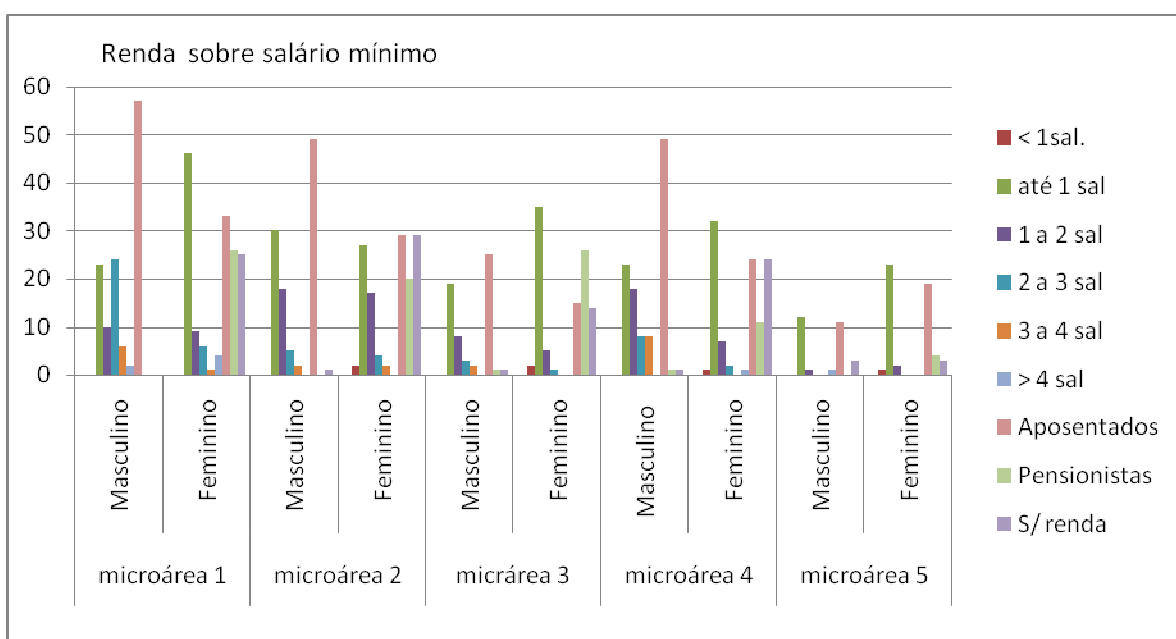


Fonte: Fichas A – ESF – São João

Renda dos idosos no território da ESF – São João por sexo



Fonte: Fichas A – ESF – São João



Fonte: Fichas A - ESF – São João