

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

**NATALIA DE TOLEDO SILVERIO**

**A BAIXA ADESÃO DOS IDOSOS AOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO  
A SAÚDE NA UNIDADE ESCOLA EM PASSOS MINAS GERAIS**

**FORMIGA- MINAS GERAIS  
2014**

NATALIA DE TOLEDO SILVERIO

**A BAIXA ADESÃO DOS IDOSOS AOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO  
A SAÚDE NA UNIDADE ESCOLA EM PASSOS MINAS GERAIS**

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: Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto.

FORMIGA- MINAS GERAIS  
2014

NATALIA DE TOLEDO SILVERIO

**A BAIXA ADESÃO DOS IDOSOS AOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO  
A SAÚDE NA UNIDADE ESCOLA EM PASSOS MINAS GERAIS**

**Banca Examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto

Examinador 2: Ms. Andrea Fonseca e Silva

Aprovado em Belo Horizonte:31 de janeiro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele não estaria vencendo mais essa etapa da minha vida.

Agradeço a minha família pelo apoio em todos os momentos.

À minha orientadora Ana Cláudia por seu incentivo e orientações para que a realização deste estudo acontecesse.

A toda equipe da Universidade Federal de Minas Gerais pelas ações que permitiram que essa pós graduação fosse possível.

À equipe do Programa de Saúde da Família Escola que esteve ao meu lado nessa etapa tão proveitosa de minha carreira profissional.

## RESUMO

No cenário brasileiro o constante crescimento da população idosa tem requerido das políticas públicas ações que propiciem a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória bem como o controle das patologias já existentes. A não adesão as ações da Atenção à Saúde do Idoso é um desafio enfrentado por diversos profissionais atuantes na Atenção Primária de Saúde. Sendo assim, o objetivo deste estudo é a elaboração de um plano de intervenção que permita atuar positivamente nos fatores que tem contribuído para a não adesão dos idosos aos programas de saúde, estabelecendo ações que permitam resgatar a participação dos mesmos nos programas garantindo assim uma assistência integral e promotora de saúde a esse importante grupo populacional. Para a fundamentação teórica do estudo, realizou-se uma revisão literária das seguintes fontes: Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVMS), DATASUS; Google Acadêmico; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Posteriormente ao estudo foi possível conhecer os fatores que influenciam de forma predominante a participação dos idosos as ações de saúde ofertadas na unidade sendo estas: falta de estímulo familiar, predominância do modelo assistencial voltado somente às ações curativas, pouco enfoque das ações promotoras de saúde, adesão aos convênios particulares onde as ações de promoção e prevenção em saúde raramente são priorizadas. Posteriormente elaborou-se um plano de ação com propostas para o enfrentamento das questões que envolvem essa baixa participação dos idosos. Por meio deste, espera-se que a equipe atue no intuito de superar permanentemente esses fatores que afetam diretamente a integralidade da assistência fazendo cumprir o papel da atenção primária de promoção da saúde e prevenção de agravos aos idosos. Destaca-se ainda a relevância da equipe multiprofissional compreender sobre a complexidade do processo senil bem como as ações necessárias para abordagem e acompanhamento adequado desse paciente superando então por meio de ações integradas a resistência aos tratamentos e ações ofertadas na unidade.

Palavras- chave: idosos; serviços de saúde para idosos; estratégia saúde da família.

## **ABSTRACT**

In the Brazilian scenario the constant growth of the elderly population has required from public policies some actions to help the maintenance of a satisfactory quality of life and the control of long existing diseases. The non-adherence acts for "Attention to Health" for the elderly is a challenge faced by many professionals working in the "Primary Health Care". Thus, the objective of this research is to conduct support an intervention plan in order to act on the factors that have contributed to the non-adherence of the elderly population for health care programs, establishing actions that allow rescue their participation in the programs and thus ensuring full health care and promoting assistance to this important population group. For the theoretical foundation of the research, a literary review was carried out using the following sources: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), BVS, BVMS, DATASUS, GOOGLE SCHOLAR; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Subsequently to this research was possible to know the factors that influence predominantly the participation of the elderly in health-care shares promoted in the unit which are: lack of family encouragement, the emphasis on health-care model based only in curing some diseases, low focus on the actions promoting health-care assistance, registration in private health-care insurances where the actions and preventions on good health are not prioritized. Later a plan of action was elaborated with proposals to confront the issues surrounding this low participation of older people. Through this, it is expected that staff acts in order to permanently overcome these factors which directly affect the fulfilling of the role of primary health promotion and prevention of diseases for the elderly. We also emphasize the importance of multidisciplinary team to understand about the complexity of the senile process and the actions necessary for the proper approach and monitoring of this patient surpassing then through integrated actions to the resistance of treatments and actions offered by the unit.

Keywords: elderly, elderly health; primary health care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS-** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AMBES-** Ambulatório Escola
- BVMS-** Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde
- BVS-** Biblioteca Virtual em Saúde
- CEABSF-** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
- CEMIG-** Companhia Energética de Minas
- CEREST-** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CRAS-** Centro de Referência de Assistência Social
- DANTs-** Doenças e Agravos Não transmissíveis
- DST-** Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF-** Estratégia de Saúde da Família
- HIPERDIA-** Referência as Patologias Hipertensão e Diabetes
- HIV-** Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH-** Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM-** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- MG-** Minas Gerais
- NAE-** Núcleo de Assistência em Estomaterapia
- NAEHP-** Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase
- NASF-** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PES-** Planejamento Estratégico Situacional
- PNI-** Programa Nacional de Imunização
- PNUD-** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF-** Programa de Saúde da Família
- SAAE-** Serviço Autônomo de Água e Esgoto
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- UBS-** Unidade Básica de Saúde
- UPA-** Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – .....	16
<b>Tabela 2</b> - População Total, por Gênero, Rural / Urbana e Taxa de Urbanização, 2010.....	19
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da população, segundo escolaridade, Passos, 2010....	20
<b>Tabela 4</b> - Renda, pobreza e desigualdade –Passos/MG .....	20
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da população, segundo faixas etárias acima de 10 anos divididos por micro área, no PSF Escola, Passos 2013 .....	24
<b>Tabela 6</b> - Acompanhamento de operações: grupo de práticas corporais orientadas.....	48
<b>Tabela 7-</b> Acompanhamento de operações: programa HIPERDIA atuante.....	49
.	
<b>Tabela 8</b> - Acompanhamento de operações: grupo de culinária saudável.....	49
<b>Tabela 9</b> - Acompanhamento de operações: acompanhamento da saúde mental .....	50
<b>Tabela 10</b> - Monitoramento geral da participação dos idosos nas ações planejadas após implantação das mesmas.....	51

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Região administrativa de Passos .....14

**Figura 2** - Pirâmide Populacional de Passos, Minas Gerais, 2013.....18

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1</b> - Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano do período de 1991 á 2010 no município de Passos MG .....	15
--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Aspectos demográficos de Passos, Minas Gerais, 2013.....	17
<b>Quadro 2</b> - Principais postos de trabalho da população do PSF Escola, Passos/ MG, 2014 .....	24
<b>Quadro 3</b> - Priorização dos problemas identificados por meio do diagnóstico situacional do município e da área de abrangência do PSF Escola, Passos MG.....	39
<b>Quadro 4</b> - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde na unidade Escola, Passos MG.....	41
<b>Quadro 5</b> - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde na unidade Escola, Passos MG.....	43
<b>Quadro 6</b> - Propostas de ações para a motivação dos atores responsáveis pelos recursos.....	44
<b>Quadro 7</b> - Plano Operativo.....	46

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Contexto Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Diagnóstico Situacional .....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>27</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Objetivo Específico .....</b>	<b>30</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>33</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto Geral

A população nacional tem envelhecido em uma velocidade maior do que as das sociedades desenvolvidas, o que tem ocasionado grande impacto nos sistemas de saúde decorrente das maiores demandas dos serviços e de seus altos custos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2002), nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período. Em 2000, segundo o Censo, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991.

Frente a esse cenário a atenção primária tem sido elemento fundamental para a garantia de uma velhice saudável, visto que a mesma atua tanto na prevenção de condições iatrogênicas quanto nas agudizações de condições crônicas

“O Programa Saúde da Família (PSF), é visto como a principal estratégia de reorganização da atenção básica, garantindo assistência integral à saúde do indivíduo, família e comunidade” (GODINHO; LABATE, 2005).

Porém o que se observa na Estratégia de Saúde da Família Escola de Passos, Minas Gerais (MG), é uma baixa adesão dos idosos aos programas oferecidos na unidade, mesmos àqueles que ofertam um acompanhamento das condições crônicas, fato este que tem contribuído para diversas complicações de saúde e a um aumento da utilização de serviços de longa permanência.

Embora haja um esforço da equipe na busca ativa desses idosos para a participação dos programas oferecidos na unidade, o que nota-se é uma baixa aceitabilidade das ações que são propostas.

Semanalmente são oferecidos eventos, para a terceira idade, com atividades físicas e danças, porém a presença dos idosos é sempre em pequeno número, sendo essa mesma baixa notada no programa de HIPERDIA e nos dias destinados as ações de Saúde do Idoso na unidade.

Em sua maioria, os idosos buscam a unidade apenas para agendamento de exames e consultas voltadas para a resolução de condições de saúde, ficando a mesma limitada à sua função assistencial com perda do foco preventivo e promotor de qualidade de vida.

Pressupõem como possíveis causas para esse fato, a realidade dos idosos da área de abrangência, onde muitos possuem plano privado de saúde e uma cultura de ações curativas dos modelos de atenção que enfocam apenas a doença sem considerar a importância das ações preventivas e de controle constante das condições crônicas contribuindo ainda assim com o agravamento das doenças já instaladas.

Essa situação tem gerado consequências com relação à qualidade de vida desses idosos, visto que o abandono de tratamentos tem possibilitado agudizações das doenças crônicas e instalação de novos quadros patológicos. Além disso, o sedentarismo da população senil, que deveria ser evitado com a realização das atividades físicas que são realizadas com os idosos nas unidades, tem sido responsável pelo atrofiamento e até causa dos mesmos se tornarem acamados, devido à inatividade da musculatura, além dos óbitos decorrentes dessa complicada situação.

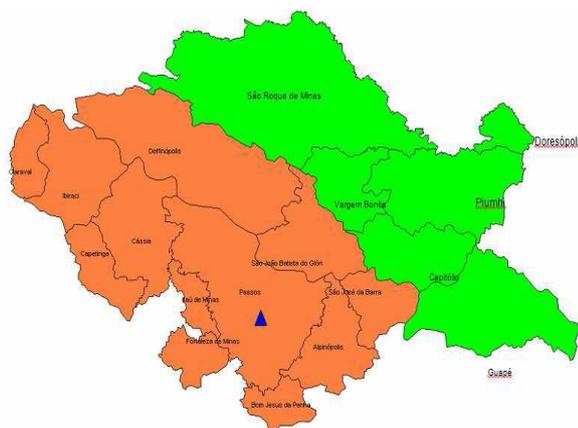
Portanto a adoção do estilo de vida saudável e o cuidado com a própria saúde são importantes em todas as fases da vida de uma pessoa, assim como na terceira idade. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para adotar esse estilo de vida. Pelo contrário, é importantíssimo que todas as pessoas adotem e vivam de forma cuidadosa e preventiva, este estilo de vida saudável. É de extrema importância o envolvimento em atividades físicas, uma alimentação saudável, a realização de consultas médicas periódicas e o uso de medicamentos corretos prescritos pelo médico, que podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e promover uma qualidade de vida do indivíduo (PAIVA, 2010).

## **1.2 Diagnóstico situacional**

O presente estudo concretizou-se no município brasileiro de Passos, localizado no interior do estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Por seu grande desenvolvimento é considerada a “capital” do Sudoeste Mineiro, situada próxima das margens do Rio Grande, sendo cidade-pólo do Circuito Turístico Nascentes das Gerais. Localiza-se a 343 quilômetros de distância da capital Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS, 2010).

Limita-se com as cidades de Delfinópolis, Cássia, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Itaú de Minas, Fortaleza de Minas.

**Figura 1- Região administrativa de Passos**



Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Passos, 2013.

### **Aspectos geográficos**

O município possui uma área de 1.338,070 km<sup>2</sup> composta por paisagens planas, sendo ligeiramente ondulado em determinados locais, com áreas adequadas a agricultura e pecuária. O ponto mais elevado situa-se a 1224m, no morro Bom Descanso e o morro Garrafão, com 1125m.

Os solos são originários de rochas pré-cambriana, cuja análise química mostra grande riqueza em minerais primários, com altos teores de potássio, transferindo aos solos características de alta fertilidade.

O município é rico em recursos hídricos, estando situado na bacia de Rio Grande, Rio São João, Ribeirão Conquista e Ribeirão Bocaína, maior manancial de abastecimento de água à população de Passos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS, 2010).

É a 4.<sup>a</sup> maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26.<sup>a</sup> do Estado. Situa-se a 745 metros acima do nível do mar e possui clima Tropical de Altitude com temperatura média anual superior a 18°C e inverno seco. A precipitação média anual é de 1.709,4 mm (IBGE, 2013).

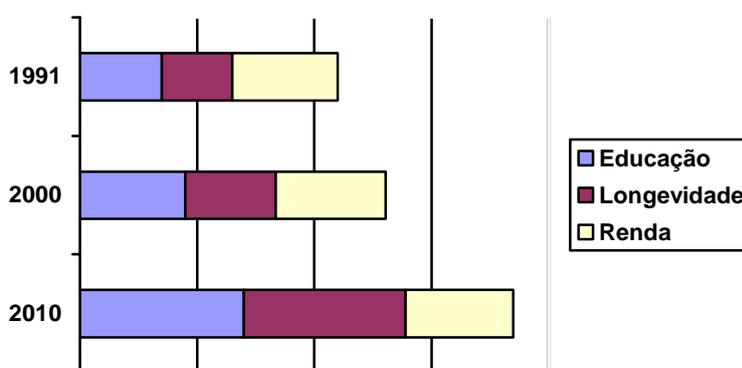
Segundo IBGE (2013), a concentração habitacional varia em torno 111.651, sendo que o número de famílias, de acordo com o Setor de Vigilância

Epidemiológica do município é de 18.111 distribuídos em 38.107 residências, dentre estas 38.072 são particulares que se define como moradia onde o relacionamento entre seus ocupantes é ditado por laços de parentesco, de dependência doméstica ou por normas de convivência e 35 são residências coletivas que são instituições ou estabelecimentos onde a relação entre as pessoas que nela se encontravam, são restrita a normas de subordinação administrativa, sendo no município representadas por orfanato, asilos, penitenciária.

### Aspectos socioeconômicos

Segundo IBGE (2013), o Índice de Desenvolvimento Humano de Passos, IDH é de 0,756 destacando-se conforme o gráfico abaixo o aumento dos indicadores nos últimos anos.

**Gráfico 1 – Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano do período de 1991 á 2010 no município de Passos MG.**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Passos foi de 0,756, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi educação, seguida por longevidade e por renda, sendo que o mesmo fenômeno ocorreu na comparação dos anos de 1991 e 2000.

**Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, 2010.**

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2013</b>
<b>IDHM Educação</b>	0,303	0,514	0,658
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	27,25	36,94	52,48
% de 5 a 6 anos na escola	50,01	71,06	96,53
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	48,69	83,01	87,95
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	17,90	56,48	63,65
% de 18 a 20 anos com médio completo	11,31	31,77	46,21
<b>IDHM Longevidade</b>	0,711	0,785	0,866
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,68	72,11	78,15
<b>IDHM Renda</b>	0,653	0,697	0,741
Renda per capita	466,72	613,26	802,97

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2010.

Conforme dados do IBGE (2011) para população estimada, 94,87% (100.842) da população residem na zona urbana, enquanto 5,18% (5.448) residem na zona rural.

O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes urbanos é no valor de 550,00 reais e em relação a os domicílios particulares permanentes da zona rural, e de 400,00 reais mensais, segundo dados IBGE (2011) e aproximadamente, 17% dos chefes de domicílios da região possuem renda familiar de até um salário mínimo.

Os percentuais de atendimento verificados para a rede de saneamento básico no município mostram-se sistematicamente superiores aos observados para o restante do estado. Dessa forma, o Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE), concessionária prestadora de serviço de água e esgoto desde 1963, é responsável por tratar e abastecer 37.948 residências, o que representa 99% das casas existentes no município, segundo a empresa. A coleta de lixo, realizada pela empresa Seleta, abrange 100% das residências urbanas e no setor rural são disponibilizados *containers* e caçambas para a dispensação do lixo e posterior coleta pela empresa.

Já a rede de esgoto atende 37.181 residências, ou pouco mais de 97% do número total de domicílios da cidade. Quanto à energia elétrica, fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), prestadora de energia do município, a abrangência é de 97,6% dos domicílios, o que corresponde a 36.900 residências.

As principais atividades econômicas do município são a agroindústria (açúcar, fermento, laticínios, frangos), agropecuária, cana, café, milho, avicultura de corte e de postura, suinocultura, indústria confeccionista, serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS, 2010).

### Aspectos Demográficos

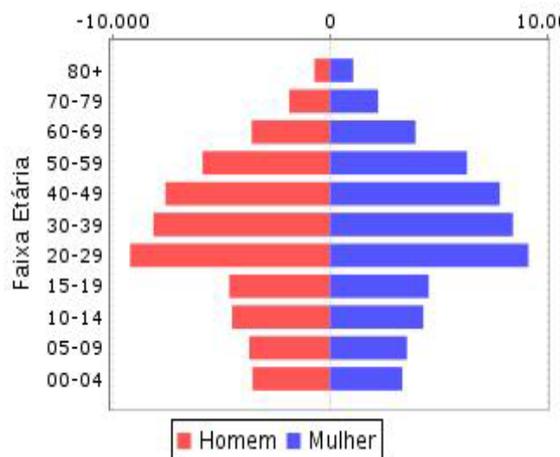
Os indicadores demográficos revelam as características da população em termos de composição etária, padrões de mortalidade e comportamento reprodutivo, além de registrar os movimentos migratórios e sua distribuição pelo território. O conjunto de informações e indicadores gerado pelos estudos demográficos tem especial relevância para as análises das condições de vida da população (IBGE, 2011).

**Quadro 1 - Aspectos demográficos de Passos, Minas Gerais, 2013.**

<b>Município: Passos – Minas Gerais</b>			
<b>População Total: 111.651</b>			
<b>Faixas Etárias</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>Total</b>
00-04	3.558	3.317	6.875
05-09	3.706	3.530	7.236
10-14	4.498	4.282	8.780
15-19	4.626	4.528	9.154
20-29	9.171	9.098	18.269
30-39	8.102	8.391	16.493
40-49	7.552	7.791	15.343
50-59	5.846	6.284	12.130
60-69	3.598	3.922	7.520
70-79	1.876	2.206	4.082
80+	715	1064	1779
<b>Total</b>	<b>53.248</b>	<b>54.413</b>	<b>107.661</b>

Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Passos, 2013.

**Figura 2 - Pirâmide Populacional de Passos, Minas Gerais, 2013**



Fonte: Plano Diretor Municipal Passos, 2013.

Pelo perfil demográfico observa-se a configuração de um estreitamento na base da pirâmide, onde estão as faixas etárias mais jovens, acompanhado de alargamento no centro e no topo, nas faixas etárias adultas e idosas. Isto caracteriza queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população, especialmente no sexo feminino, que a partir dos 30 anos é maior proporcionalmente em relação ao sexo masculino.

Os indicadores de morbimortalidade vêm se transformando, e a tese da transição epidemiológica, elaborada a partir da observação de mudanças ocorridas no perfil de saúde das populações da região, ainda é discutida (IBGE, 2011). Observa-se aqui o mesmo processo recente de envelhecimento da população brasileira, em que se verifica um aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade, queda da mortalidade infantil e declínio de doenças infecciosas.

Nesta direção, emergem necessidades de reformular as ações de intervenção do setor saúde, no sentido de priorizar as demandas advindas do crescimento e das condições de urbanização, do envelhecimento populacional e do número relevante de óbitos em homens adulto jovens.

A taxa de crescimento populacional obtida pela diferença entre o número de nascimentos e óbitos ocorridos em determinado período, conforme os dados divulgados pelo Centro de Estudos de Políticas Públicas da Fundação João Pinheiro (2010), apresentou uma queda significativa no crescimento anual da população em todo o Estado de Minas Gerais. Tal resultado surpreendeu todas as expectativas em relação a projeções e à própria contagem de população anterior realizada em 2007.

Ao serem analisados os resultados para o recorte estadual, verificou-se que, entre 2000 e 2010, a taxa anual de crescimento da população mineira ficou em torno de 0,91%, número bem menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas. O número significa uma queda de participação da população do Estado de 11% para 10% no total do país (IBGE, 2010).

Entre 2000 e 2010, a população de Passos teve uma taxa média de crescimento anual de 0,90%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,55%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 8,17% (IBGE, 2010).

**Tabela 2 - População Total, por Gênero, Rural / Urbana e Taxa de Urbanização- Passos- MG, 2010.**

População	População (1991)	População (2000)	População (2010)	População (2013)
População Total	84.622	97.211	106.290	111.651
População residente masculina	42.156	48.233	52.568	53.248
População residente feminina	42.466	48.978	53.722	54.413
População urbana	74.223	89.911	100.842	*
População rural	10.399	7.300	5.448	*

\* Dados não divulgados pelo Instituto  
Fonte: Pnud, Ipea e FJP

O município de Passos conta com uma população estimada para o ano de 2013, segundo o IBGE (2010), de 111.651 habitantes, distribuída por seu território de 1338,07 Km<sup>2</sup>, o que constitui uma densidade demográfica de 79,44 habitantes/Km<sup>2</sup>.

O perfil educacional na região Sul/Sudoeste, onde situa o município de Passos vem melhorando (tabela 3), com redução significativa do analfabetismo em

todas as faixas etárias, especialmente na população com 15 anos e mais (7%). (IBGE, 2010).

**Tabela 3 - Distribuição da população, segundo escolaridade, Passos, 2010.**

Escolaridade	Distribuição da população %
Sem instrução/ 1º ciclo fundamental incompleto	4,34
1º ciclo completo/2º ciclo incompleto	10,68
2º ciclo fundamental completo ou mais	78,49
Não determinada	6,48
Total	100

Fonte: IBGE – Censos Demográficos

A renda per capita média de Passos cresceu 72,05% nas últimas duas décadas, passando de R\$466,72 em 1991 para R\$613,26 em 2000 e R\$802,97 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 31,40% no primeiro período e 30,93% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,50% em 1991 para 2,03% em 2000 e para 0,90% em 2010 (IBGE, 2010).

A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini, instrumento usado para medir o grau de concentração de renda apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, passou de 0,55 em 1991 para 0,53 em 2000 e para 0,49 em 2010 (IBGE, 2010).

**Tabela 4 - Renda, pobreza e desigualdade de Passos- MG, 2010.**

	1991	2000	2010
Renda per capita	466,72	613,26	802,97
% de extremamente pobres	5,50	2,03	0,90
% pobres	21,58	11,88	4,42
Índice de Gini	0,55	0,53	0,49

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

## **Indicadores da saúde no município**

O município encontra-se territorializado, com adscrição de áreas de abrangência e cobertura de 100% da população urbana e rural, 60% pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 40% pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais.

As 17 Unidades da ESF estão distribuídas em pontos estratégicos da cidade e recebem os nomes dos bairros onde estão localizadas. A expansão da cobertura pela ESF, nas áreas adscritas pelas UBS, integra as metas do Plano Municipal de Saúde em vigor, em consonância com a nova Política Nacional da Atenção Básica/2011, que reconhece a Saúde da Família como a estratégia recomendada e prioritária para a consolidação da Atenção Primária de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

As equipes da ESF são constituídas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 1 recepcionista, apoiados por equipes multidisciplinares dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formadas por nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

A programação local dessas unidades de saúde é estabelecida anualmente, a partir do diagnóstico de saúde da população. Com base nessa programação, os atendimentos médicos são distribuídos em: 1) imediato, para pessoas com queixas agudas, ou com agudização de condições crônicas, que necessitem atendimento no momento em que acessam a unidade de saúde; 2) agendado, para pessoas que acessam a Unidade de Saúde da Família (USF), porém, não requerem atendimento imediato, sendo agendadas ao longo da semana; 3) programado, para atendimento de grupos específicos (crianças, adolescentes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, saúde mental, gestantes, idosos), os quais são previamente agendados pelos ACS, sem que os usuários tenham de acessar a Unidade de Saúde da Família. Estes têm enfoque preventivo e representam 60% das ações desenvolvidas pelo médico dessas Unidades de Saúde.

As principais ações e programas desenvolvidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são: acolhimento aos usuários na Unidade de Saúde e no domicílio; visitas domiciliares com enfoque na vigilância em saúde individual e coletiva, realizada por todos os membros da

equipe de Saúde da Família e NASF; atenção integral à saúde de gestantes e crianças (grupos de gestantes; classificação de risco de gestantes e priorização de ações; atendimento pré-natal das gestantes de risco habitual); acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças (puericultura) conforme preconização das Diretrizes Clínicas (Linha Guia de Saúde da Criança); programa Saúde de Ferro; acompanhamento do aleitamento materno, com atendimento domiciliar multiprofissional; grupos informativos sobre educação para a saúde em sala de espera, creches, escolas e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na Atenção Integral à Saúde do Adolescente, verifica-se atendimento médico e de enfermagem individual, de caráter integral; Programa Saúde na Escola, com enfoque em sexualidade e drogas; participação no Projeto Pró-jovem dos CRAS, para abordagem de planejamento familiar e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); grupos informativos de educação para a saúde em sala de espera e escolas.

Na Atenção Integral à Saúde do Adulto têm-se como ações a identificação da população adulta, com classificação de risco e priorização de ações, conforme recomendações das Diretrizes Clínicas de Atenção à saúde do Adulto (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); prevenção e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e diabetes (Programa Hipertensão); Projeto Obesidade, para estímulo à perda de peso; Programa antitabagismo; Projeto Saúde nas Empresas, em parceria com Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); atendimento a pessoas em situação de privação de liberdade (população carcerária), por meio de atendimentos e atividades de grupos realizados na Penitenciária de Passos; acompanhamento de saúde mental; grupos de artesanato; grupos terapêuticos (Roda de Conversa); diagnóstico e acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase; atendimento médico e de enfermagem individual, de caráter integral.

Na Atenção Integral à Saúde do Idoso realiza-se o acompanhamento médico e de enfermagem para a saúde do idoso; classificação de risco e priorização de ações; visitas domiciliares; grupos de convivência; grupos de práticas corporais e artesanato; grupo de cuidadores; tratamento de feridas dentre outras.

As ações e programas da Unidade Básica de Saúde (UBS) assemelham-se as desenvolvidos pelas ESF, porém realizadas exclusivamente nas Unidades de Saúde e com enfoque individual.

Também é da responsabilidade da UBS o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com cobertura de toda a população urbana e rural.

O acesso aos usuários é viabilizado por meio da procura por atendimento (demanda espontânea), agendamento presencial ou encaminhamento feito pelas ESF para atendimentos de pediatria e de ginecologia, de acordo com os territórios de abrangência.

A atenção primária é responsável pela coordenação da rede de atenção à saúde do município e dos fluxos de atendimento, juntamente com os serviços especializados que compõem a atenção secundária e a terciária.

A Atenção secundária à saúde é realizada em 8 Unidades de Saúde sendo 1 Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnóstico, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24 horas), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE), 1 Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES), 1 Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP), 1 Unidade do Programa Viva Mulher, 1 Unidade do Programa de Hepatites Virais.

Os serviços especializados que integram este nível de atenção atuam de forma conjunta com a Atenção Primária para o fortalecimento da rede de atenção, por meio de diversas ações e serviços.

A atenção terciária à saúde em Passos é feita em dois hospitais gerais (Santa Casa de Misericórdia e Hospital São José) e em um hospital psiquiátrico (Hospital Otto Krakauer).

### **Território e área de abrangência**

O território da unidade, atualmente possui em sua área uma população de 2.362 habitantes e 946 famílias adscritas.

Dividiu-se essa população em micro áreas a fim de vincular cada agente comunitário a uma facilitando assim o atendimento sem sobrecarrega profissional.

Segue abaixo a tabela 5, com o quantitativo populacional de cada micro área.

**Tabela 5 - Distribuição da população, segundo faixas etárias acima de 10 anos divididos por micro área, no PSF Escola, Passos 2013.**

Micro área	Valor absoluto (habitantes)
Micro área 1	418
Micro área 2	368
Micro área 3	351
Micro área 4	362
Micro área 5	406
Micro área 6	457
<b>Total</b>	<b>2.362</b>

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Passos

A população adscrita da unidade apresenta os seguintes dados em relação ao nível de alfabetização: 38% (897 pessoas) possuem ensino fundamental (completo e incompleto), 32% (755 pessoas) possuem ensino médio (completo e incompleto) e 20% (600 pessoas) cursaram ou cursa ensino superior.

A população da área referida é composta em sua maioria por idosos que são economicamente inativos sendo a população restante distribuída em diversas profissões. Segue abaixo o quadro 2, com os principais postos de trabalho.

**Quadro 2- Principais postos de trabalho da população do PSF Escola, Passos/ MG, 2014.**

Profissão	Quantitativo (valor absoluto)
Comerciante	102
Professor	76
Serviços Gerais	42
Secretária	38
Vendedor	36
Balconista	34
Motorista	27
Costureira	26

Enfermeiro	25
Eletricista	24
Cabeleireira	22
Empresário	22
Advogado	21
Médico	19
Mecânico	19
Funcionário Público	16
Faxineira	13
Técnico Eletrônica	10

Fonte: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Passos MG

Segundo informações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Passos a taxa populacional do território de abrangência empregada varia em torno de 39%, concluindo-se que essa baixa taxa deve-se a maioria da população ser composta por idosos que não exercem nenhuma atividade remunerada e têm a aposentadoria como única fonte de renda.

A maioria populacional mora em casas com boa estrutura física e possuem os aparatos essenciais para uma vivência satisfatória.

As cinco principais causas de óbito do território são:

- 1- doenças cardiovasculares,
- 2- doenças respiratórias,
- 3- neoplasias,
- 4- doenças infecciosas e anormalidades laboratoriais,
- 5- mortes por causas externas (acidentes automobilísticos, quedas, assassinatos)

As principais ações ambulatoriais desenvolvidas na área da unidade são: visita domiciliar por profissionais de nível médio, aferição de pressão arterial, consulta médica em atenção básica, consulta profissional de nível superior.

As maiores causas de internação são: parto normal, tratamento pneumonias ou gripes, tratamento cirurgias múltiplas e tratamento de insuficiência cardíaca.

## **Unidade de Saúde**

Localizada na Rua David Baldini 106, área central do município de Passos, o PSF Escola atua em parceria com a Fundação de Ensino Superior de Passos, propiciando ambiente de estágios e aprendizagem a alunos da instituição. O horário de funcionamento é das 07 às 16:30 horas, sendo que o fechamento da unidade é alterado somente às quintas feiras, quando a unidade fecha às 15 horas para a Educação Permanente que é realizada no próprio local.

## 2 JUSTIFICATIVA

Frente à predominante população senil no território da unidade, a baixa adesão aos programas de atenção à saúde do idoso foi atribuída como um dos fatores que tem contribuído de maneira relevante para a perda de capacidade funcional e independência física e mental.

A adesão aos tratamentos vem sendo considerado um processo complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e perpassando por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (PIRES; MUSSI, 2010).

O trabalho a ser desenvolvido com os idosos requer persistência por parte do profissional visto que a mudança comportamental e adesão ao que é proposto passam pelo enfrentamento cultural voltado para ações que somente curam e promovem alívio de sintomas.

Para tal faz-se necessário que a ação de educação em saúde permita um diálogo permanente junto ao idoso no contexto da Atenção Primária de Saúde, para o estabelecimento do vínculo de confiança entre o profissional e o usuário facilitando assim o entendimento e a adesão ao que é proposto (JACINTO; SANTOS; SILVEIRA, 2012).

Cabe a equipe de Saúde da Família desenvolver meios para superar a resistência apresentada pelo usuário idoso para adesão ao ofertado pela unidade, visto que nessa fase o mesmo encontra-se em declínio vital e mais propenso a internações e complicações de doenças crônicas sendo portanto necessário identificar as situações que agravem ainda mais as patologias já instaladas.

Trata-se de um período da vida com maior prevalência de limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social (SILVA et al, 2009).

Quando a atenção primária falha no sentido de fornecer uma atenção integral tem como consequências complicações e internações desses idosos em outros pontos de atenção a saúde desencadeando sérios transtornos no que diz respeito a qualidade de vida desses indivíduos e no funcionamento de outros pontos prestadores da assistência.

Ainda Segundo Capriolli, Braz e Ciosak (2011), o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação de leito é maior do que o de outras faixas etárias.

Porém nem sempre velhice é sinônimo de doença, visto que as patologias quando já se encontram instaladas no indivíduo, o acompanhamento adequado permite uma convivência satisfatória sem comprometimento funcional e social.

Em geral as doenças dos idosos crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes de interação contínuas, conforme relata Capriolli, Braz e Ciosak (2011).

A unidade de saúde como promotora de atenção integral deve ofertar aos idosos suporte psicossocial, por meio de grupos interativos, atividades dinâmicas que permitam ao indivíduo o convívio com outros idosos e evite o isolamento social tão comum nessa fase da vida.

Segundo Brito (2002), os serviços de saúde para os idosos buscam a atenção integral, numa perspectiva de prevenção, com o objetivo de manter sua autonomia e independência e diminuir as limitações. A atenção integral pressupõe a assistência à saúde em suas diversas especialidades e o desenvolvimento do potencial humano do idoso, com a valorização das habilidades pessoais e experiência de vida, a participação comunitária e a inclusão social.

O objetivo em se ofertar uma assistência integral aos idosos deve ser meta de toda a equipe que deve atuar conjuntamente no enfrentamento dos entraves que impossibilitem que o papel primordial da atenção básica seja cumprido.

Sugere-se que o Programa de Saúde da Família possa desenvolver dentro de suas funções uma atenção mais abrangente e mais completa em relação aos idosos que necessitam de cuidados (SILVA et al, 2009).

Segundo Costa, Santana e Melo (2007), é importante pensar o cuidado a partir do princípio que cada idoso vai apresentar um grau de dependência, diferindo assim a assistência, com o objetivo de reduzir e compensar as limitações inerentes da idade e debilidade da velhice.

Portanto a manutenção da capacidade funcional dos idosos está diretamente relacionado à qualidade de vida dos mesmos e a possibilidade desse indivíduo se manter ativo no meio em que vive, exercendo a sua independência.

Ainda segundo (JACINTO; SANTOS; SILVEIRA, 2012), a prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para as estratégias que possibilitem uma vida mais saudável, permeada pela monitorização do impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de sua família e assegurada pela intervenção direcionada a tais perspectivas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção com vistas ao fortalecimento da adesão dos idosos aos programas de Atenção à Saúde da unidade de Estratégia de Saúde da Família Escola do município de Passos, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivo Específico**

Identificar os fatores que contribuem para a não adesão aos programas de saúde e estabelecer ações para o enfrentamento dos mesmos.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do presente estudo concretizou-se por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência. Para tanto, coletou-se dados da equipe, dos profissionais dos setores de epidemiologia e CEREST do município, de registros da Unidade de Saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Plano Diretor Municipal e arquivo da Prefeitura Municipal de Passos, referentes à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico. Este processo somado à vivência da unidade permitiu a identificação dos principais problemas enfrentados pela equipe durante o processo de trabalho que em um segundo momento foram listados por ordem de relevância e posteriormente apresentados por meio de reunião à equipe.

. Após analisadas todas as informações, identificou-se a população idosa como predominante no território e como questão de maior relevância a baixa adesão dos mesmos aos programas de saúde da unidade sendo que a partir disto, foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco desse grupo etário, em médio e curto prazo, planejar e programar ações preventivas e redutoras do problema. Em seguida, foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência aos idosos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVMS), DATASUS Google Acadêmico; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: idoso; serviços de saúde; atenção à saúde do período de 2009 à 2014. Além disso, consultou-se manuais de Atenção à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde e textos dos módulos da Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

Por fim, iniciou-se a construção do plano de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Após a seleção do problema de maior relevância fez-se a sua descrição caracterizando-o da maneira mais precisa possível, identificando suas causas e os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento iniciou-se o planejamento para operacionalização das

estratégias de enfrentamento e análise dos recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis por cada ação definidos.

Segundo Melleiro, Trochin e Ciampone (2005), o método PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A projeção da população, divulgada recentemente no Brasil, aponta que os idosos deverão representar 26,7 % da população (54,8 milhões de idosos para uma população de 218 milhões de pessoas), em 2060, numa proporção 3,6 vezes maior do que a atual (IBGE, 2011).

O aumento da expectativa de vida ocorre em decorrência ao maior acesso a saneamento básico, melhores serviços de saúde, avanços da medicina, acesso a cultura, esporte e lazer elevando o quantitativo de idosos no Brasil em proporções cada vez maiores. Ainda conforme afirma Osório et al (1999, p 35), "o aumento da longevidade deu-se em grande parte ao progresso da medicina e a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde".

O envelhecimento da população acima dos 65 anos relaciona-se com a diminuição da fecundidade sendo que com a redução de jovens têm-se um aumento relativo dos idosos (BORGES, 2012).

É possível notar que a elevação do número de idosos é resultante em grande parte da independência das mulheres no mercado de trabalho onde a formação familiar assume segundo plano, contribuindo esse processo então para o envelhecimento populacional.

Frente a essas estimativas evidencia-se a grande necessidade da organização das políticas públicas no intuito de propiciar meios para a manutenção do completo bem estar físico e emocional dos idosos, garantindo-lhes uma velhice com a melhor qualidade de vida possível.

Osório et al (1999), afirmam que este novo cenário não é visto como desafio somente ao Estado e às autoridades sanitárias, mas também a sociedade e a família.

Embora a literatura evidencie a importância das ações de políticas públicas serem direcionadas para propiciar um envelhecimento saudável, os esforços parecem ser insuficientes para que esse objetivo seja concebido a todos.

Quanto maior a população idosa maiores será as taxas de ocupação de leitos de longa permanência, utilização de recursos de média e alta complexidade evidenciando a importância da prevenção e da manutenção de uma vida saudável.

Ainda que a qualidade de vida seja fator multifatorial é possível por meio de hábitos saudáveis e controle de patologias crônicas já instaladas, aproximar-se do que se considera uma velhice saudável.

Doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, mas dependerão do acesso que o indivíduo tem aos serviços preventivos, que orientam para a redução de fatores de risco e levam à adoção de hábitos de vida saudáveis

Segundo Silva e Rodrigues (2007), nesse determinismo biológico de nascer, amadurecer, envelhecer e morrer, o tempo e a forma que se processam essas fases depende de cada indivíduo, da programação genética, de fatores ambientais inclusive acesso aos serviços de saúde.

A unidade de Saúde da Família tem grande destaque no que diz respeito à prevenção de agravos e promoção da saúde nos idosos considerando que a mesma desde sua criação visa o desenvolvimento da assistência de forma integral dos diferentes grupos etários.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), a ESF caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizando a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas.

A escolha das intervenções preventivas de saúde a serem implementadas são importantes, porém a maneira como elas serão conduzidas é provavelmente mais importante para programas de prevenção eficazes. Na prática clínica não é suficiente apenas decidir quais intervenções preventivas de saúde serão implantadas deve-se assegurar como essas recomendações apropriadas terão continuidade.

Em conformidade as diretrizes de criação dos programas de saúde da família por meio do SUS, as equipes de saúde da família devem realizar de cada indivíduo do território o cadastramento que permitirá a realização do diagnóstico situacional além do acompanhamento das condições de saúde e que servirá de instrumento para subsidiar futuras ações em saúde. Além disso, é esse o instrumento que o Agente Comunitário de Saúde deve fazer uso para realizar a busca ativa de idosos que abandonaram tratamentos, não participaram das ações da unidade dentre outras medidas.

Acredita-se que a Unidade de Saúde da Família devido ao seu vínculo com a comunidade, seja o local propício para as ações dos profissionais de saúde, para eliminação de fatores de risco relacionados com a capacidade funcional, bem como o estabelecimento de ações que facilitem a formação de grupos de idosos estimulando o convívio social saudável (LEMOS, 2005).

Pacheco e Santos (2004), afirmam que a ESF é a estratégia que melhor contribui para a manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida ao ser humano.

Atualmente, é comum as pessoas rotularem o processo de envelhecimento como um estado patológico do ser humano estando esse estereótipo mais ligado a tentativa de combatê-lo que entendê-lo, sendo que nessa fase o indivíduo necessita de ajuda no enfrentamento das mudanças de sua fase vital.

Segundo Borel (2009), a educação em saúde é uma forma de orientação ao idoso e sua família de como lidar com suas dificuldades e descobertas durante o processo de envelhecimento, podendo ser trabalhada em estratégias de saúde da família já que este é um local de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Independente do grau de instrução a educação em saúde deve sempre visar a manutenção da qualidade de vida com o mínimo de limitações que o impedirão o idoso de desfrutar esse ciclo em sua vida de forma independente e satisfatória.

As ações de caráter educativo podem ser desenvolvidas por meio de pequenos grupos que possibilitarão o conhecimento de maneira mais ritmada ao idoso que requer maior tempo para assimilar a informação se comparado a um adulto. Devido a esse processo as informações devem ser repassadas aos idosos de forma clara e de fácil compreensão sendo os recursos audiovisuais de grande valia (BOREL, 2009).

Por seu fator de complexidade o desenvolvimento das ações com os idosos requer da equipe multidisciplinar empenho no que diz respeito a promoção de mudanças, hábitos e culturas muitas das vezes prejudiciais a saúde, e ações mais abrangentes nos casos em que a mudança se torna um processo ainda mais complexo.

Por inúmeros fatores a adesão as ações de saúde tem sofrido constante declínio visto que a assistência ao idoso se trata de um processo complexo e de enfrentamento de cultura e conhecimentos muita das vezes arbitrários a própria saúde.

O enfrentamento da resistência dos idosos as ações de saúde ofertadas pela unidade exige dos profissionais estratégias que vão desde a abordagem domiciliar até a educação em saúde que tem se tornado uma grande ferramenta para a superação de antigos aspectos socioculturais que promovem a descontinuidade do bem estar físico e psicossocial dos idosos.

A não aderência dos idosos em programas de saúde passa por aspectos da educação, do âmbito familiar e social, na área da saúde e da economia, da quebra de vários paradigmas. Diante disso é de grande importância que os fatores que viabilizam a aderência de idosos à programas de saúde sejam reforçados em contrapartida os fatores que provocam desistência sejam identificados e combatidos.

Cabe a equipe multidisciplinar estabelecer estratégias que vão de encontro as necessidades desses idosos sempre considerando a importância da colaboração dos diferentes componentes da equipe para estabelecer ações que reduza o absenteísmo das tão importantes ações de saúde ofertadas na unidade

Segundo Borel (2009), a não adesão aos tratamentos medicamentosos tem despertado bastante preocupação nos profissionais de saúde devido a seu aumento constante com o passar dos anos dado a importância de se fazer o uso racional dos meios terapêuticos. Cabe aos profissionais orientar sobre a importância do uso correto das medicações além da necessidade de sobre hipótese alguma interromper o uso terapêutico sem indicação médica. Como fatores responsáveis pela não adesão medicamentosa temos o analfabetismo, redução da capacidade de memória, baixo valor aquisitivo, falta de motivação para o uso, falta de apoio da família.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se principalmente na família e na atenção básica em saúde, através das unidades básicas de saúde (UBS) especialmente aquelas sob a estratégia de saúde da família, devendo estas representar para o idoso um vínculo com o sistema de saúde

O Governo de Minas Gerais (2006), afirma no contexto da Linha Guia do Idoso sobre a fundamentalidade da organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do idoso na produção do cuidado em defesa da vida. Tal enfoque será norteado por uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos ressaltando a importância da singularidade dos idosos e tornando-os sujeitos de sua própria condição de saúde.

O idoso proporcionalmente as condições em que vive deve ser responsabilizado pela não participação das ações de saúde disponibilizadas visto

que a recusa de participação torna o processo da assistência ainda mais complexo.

O cuidado ao idoso deve estar pautado no equilíbrio entre cuidar e prestar assistência, visto que o profissional não deve ater-se somente a parte de cuidados físicos e sim valorizar o processo da assistência garantindo assim que o idoso tenha um atendimento integral tanto na promoção quanto no cuidado em saúde.

É importante segundo Silvestre e Neto (2003), que os profissionais da ESF tenham uma necessária compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Entretanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representem uma efetiva e progressiva ameaça para a saúde da pessoa idosa. Frente a tal realidade, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas e o que sugere ser patológico.

## **6 PLANO DE AÇÃO: DESENVOLVIMENTO**

Conforme afirmam Cardoso et al, (2008, p.14), “ o Planejamento Estratégico Situacional é uma preparação para a ação. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. Esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudiquem o resultado final”.

Para cada problema diagnosticado de um território deve-se selecionar apenas um projeto de intervenção, pois se faz necessário a avaliação da viabilidade do mesmo.

### **5.1 Definição do problema**

No decorrer do diagnóstico situacional foi possível a identificação de algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais da unidade de saúde tanto na prestação da assistência quanto no processo de trabalho sendo estas listadas e apresentadas a equipe para levantamento de prioridades e soluções para as mesmas. A citar foram: baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde; falta de comunicação entre membros da equipe; escassez de material para diversos procedimentos; demora no agendamento de exames e atendimentos especializados; população não compreende as regras da unidade

### **5.2 Priorização do problema**

Juntamente com a equipe realizou-se a priorização dos problemas anteriormente identificados. Segundo Cardoso et al, (2008), é necessária a seleção daqueles problemas a serem enfrentados, assim como sua classificação de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento do mesmo.

**Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados por meio do diagnóstico situacional do município e da área de abrangência do PSF Escola, Passos MG.**

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Classificação por ordem de relevância</b>
Baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde	Alta	9	Alta	1
Escassez de material para diversos procedimentos	Alta	8	Média/ Baixa	2
Demora no agendamento de exames e atendimentos especializados	Alta	7	Baixa	3
Falta de comunicação entre membros da equipe	Média	6	Alta	4
População não compreende as regras da unidade	Média	5	Alta	5

Posteriormente a análise de cada problema juntamente com a equipe definiu-se por unanimidade que o que tem produzido maior impacto na integralidade das ações de assistência da unidade é a baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde ofertados na unidade.

### **5.3 Descrição do problema**

A questão que tem se tornado grande entrave para a prestação de uma assistência integral à população tem sido a baixa adesão dos idosos aos programas de Atenção à Saúde ofertados na unidade, desencadeando diversas condições prejudiciais a esse grupo populacional.

Esse fato tem como agravante a grande predominância da população idosa do território, que requer de forma constante ações voltadas à saúde e manutenção da qualidade de vida.

#### **5.4 Explicação do problema**

O acesso aos serviços privados de saúde por parte da população do território tem influenciado de forma negativa a adesão as ações de promoção de saúde oferecidas na unidade, pois ainda há o predomínio de uma cultura em saúde centrada no médico com enfoque nas ações que promovem a cura e alívio de sintomas sem a devida valorização das ações de promoção e prevenção que visam manter e restabelecer o bem estar físico e psíquico.

#### **5.5 Identificação dos “nós críticos do problema”**

Essa etapa desenvolvida juntamente com a equipe de saúde foi elaborada a partir das seguintes ações: apresentação da definição de “nó crítico” de um problema e definição de soluções para os mesmos. Segundo Cardoso et al (2008), trata-se de um tipo de causa de um problema que quando trabalhado torna-se possível sua transformação dentro da realidade da localidade.

Nó crítico: NC

NC 1: Perda da capacidade funcional e física

NC 2 : Acompanhamento ineficaz das condições crônicas mais freqüentes nos idosos

NC 3: Hábitos alimentares inadequados

NC 4: Ausência do acompanhamento da saúde mental do idoso

#### **5.6 Desenho das operações**

Nesta etapa realizou-se o desenho das operações, no qual consiste em descrever operações para enfrentar os “nós críticos”, sendo possível nesse processo

a identificação dos recursos necessários, os produtos envolvidos e os resultados esperados.

**Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde na unidade Escola, Passos MG.**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>NC 1-</b> Perda de capacidade funcional e física	<p>*Grupo de Práticas Corporais Orientadas- DANTs</p> <p>*Promoção de atividades educativas sobre a importância de exercitar-se</p>	<p>* Estimular a prática de exercícios e a manutenção da independência física e funcional.</p> <p>* Conscientizar o idoso quanto a importância e benefício da atividade física.</p>	<p>* Programa de caminhadas</p> <p>* Programa de natação e dança.</p> <p>*Palestras e atividades dinâmicas</p> <p>*Campanhas educativas nas rádios locais</p>	<p><b>*Organizacional-</b> para a realização das atividades físicas, palestras e outras atividades.</p> <p><b>*Cognitivo-</b> informações sobre o tema, profissionais capacitados, etc.</p> <p><b>*Financeiro-</b> contratação de pessoal capacitado, campanhas de conscientização da terceira idade.</p> <p><b>*Político-</b> Disponibilizar local adequado.</p>
<b>NC 2-</b> Acompanhamento ineficaz das condições crônicas mais frequentes nos idosos	<p>Programa HIPERDIA atuante</p> <p>Sou 12x8- aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da pressão descontrolada.</p>	<p>*Evitar complicações decorrentes das agudizações das condições crônicas</p> <p>*Contribuir com uma qualidade de vida satisfatória</p>	<p>*Realizar busca ativa dos idosos não participativos aos programas de controle da pressão arterial.</p> <p>*Capacitação da equipe</p> <p>*Conscientização da população alvo quanto ao controle das condições crônicas de saúde</p> <p>* Atendimentos noturnos na unidade.</p>	<p><b>*Organizacional-</b> busca ativa dos usuários, organização para a divulgação em rádios</p> <p><b>*Cognitivo-</b> estratégias para enfrentamento da resistência ao tratamento</p> <p><b>*Político-</b> apoio da gestão, mobilização do maior número de pessoas, realização de educação</p>

			<p>* Fornecimento de cartão de controle das patologias crônicas.</p> <p>* Campanhas educativas em rádios locais</p>	<p>permanente.</p> <p><b>Financeiro-</b> Material para panfletagem, anúncios em rádios e emissoras locais.</p>
<b>NC 3-</b> Hábitos alimentares inadequados	Grupo de Culinária Saudável	<p>* Reforçar sobre a importância de uma alimentação adequada</p> <p>* Prevenção de patologias decorrentes de maus hábitos alimentares</p>	<p>* Apoio de equipe nutricional</p> <p>* Divulgação de campanhas de hábitos saudáveis</p> <p>* Palestras educativas ao tema.</p> <p>* Consulta nutricional.</p>	<p>* <b>Organizacional-</b> para a realização de campanhas e palestras, mobilização da nutricionista do NASF para as consultas.</p> <p>* <b>Cognitivo-</b> informações e estratégias de abordagem ao usuário</p> <p>* <b>Político-</b> disponibilização de local apropriado, equipe</p> <p>* <b>Financeiro-</b> recursos materiais, audiovisuais, equipe.</p>
<b>NC 4 -</b> Ausência de acompanhamento de saúde mental do idoso	<p>* Acompanhamento da saúde mental do idoso.</p> <p>* Grupos de apoio psicossocial.</p>	<p>* Garantir independência mental para o idoso</p> <p>* Prevenir a exclusão social</p> <p>* Acompanhar e evitar quadros depressivos</p>	<p>* Grupos operativos de suporte psicológico</p> <p>* Equipe treinada para acompanhamento de casos mais graves.</p> <p>* Visitas domiciliares do profissional psicólogo.</p>	<p>* <b>Cognitivo-</b> equipe capacitada</p> <p>* <b>Político-</b> Local adequado para a realização de reuniões e palestras.</p> <p>* <b>Organizacional-</b> apoio da profissional psicóloga do NASF para acompanhamento de alguns casos</p>

### 5.7 Identificação dos recursos necessários

Nesta etapa definiu-se juntamente com atores os profissionais da equipe de saúde da família, a coordenadora da atenção básica, o secretário de saúde, os recursos críticos necessários para a operacionalização de cada ação.

**Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema baixa adesão dos idosos aos programas de atenção à saúde na unidade Escola, Passos MG.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Grupo de Práticas Corporais Orientadas-DANTs	<b>Financeiro</b> > contratação de pessoal capacitado,  <b>Político</b> > Disponibilizar local adequado para a realização das atividades.
Promoção de atividades educativas sobre a importância de exercitar-se	<b>Financeiro</b> > contratação de pessoal capacitado, campanhas de conscientização da terceira idade.
Programa HIPERDIA atuante	<b>Político</b> > objetivar maior mobilização populacional  <b>Financeiro</b> > aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos, aparelhos de P.A
Sou 12x8- aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da pressão descontrolada.	<b>Financeiro</b> > Material para panfletagem, anúncios em rádios e emissoras locais.  <b>Cognitivo</b> > estratégias para enfrentamento da resistência ao tratamento
Grupo de Culinária Saudável	<b>Político</b> > disponibilização de local apropriado, equipe capacitada.  <b>Financeiro</b> > recursos materiais, audiovisuais, equipe.  <b>Cognitivo</b> > equipe capacitada.
Acompanhamento da saúde mental	<b>Cognitivo</b> > equipe capacitada  <b>Organizacional</b> > participação mais

	efetiva profissional psicólogo.
Grupos de apoio psicossocial.	<b>Organizacional</b> > apoio da profissional psicóloga do NASF para acompanhamento de alguns casos.

Segundo Campos, Faria, Santos (2010), para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- Quais recursos cada um desses atores controla;
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano

### 5.7 Motivação dos autores envolvidos nas operações

Após identificação dos atores que controlam os recursos críticos necessários, analisa-se seu provável posicionamento em relação ao problema, por fim motivando o autor para a efetivação da proposta.

#### Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores responsáveis pelos recursos.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Grupo de Práticas Corporais Orientadas-DANTs	<b>Financeiro</b> > contratação de pessoal capacitado,  <b>Político</b> > disponibilizar local adequado para a realização das atividades.	*Secretaria de Saúde  *Secretário de Saúde	*Favorável  *Indiferente	*Apresentar projeto
Promoção de atividades educativas sobre a importância de	<b>Financeiro</b> > contratação de pessoal capacitado,	* Secretário de Saúde.	*Favorável	Apresentar projeto para Secretária de Saúde e

exercitar-se	campanhas de conscientização da terceira idade.			Coordenação da Atenção Básica.
Programa HIPERDIA atuante	<p><b>* Político&gt;</b> objetivar maior mobilização populacional</p> <p><b>Financeiro&gt;</b> aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos, aparelhos de P.A</p>	<p>*Secretaria de Saúde</p> <p>* Secretaria de Saúde</p>	<p>*Favorável</p> <p>*Favorável</p>	
Sou 12x8- aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da pressão descontrolada.	<p><b>Financeiro&gt;</b> Material para panfletagem, anúncios em rádios e emissoras locais.</p> <p><b>Cognitivo&gt;</b> estratégias para enfrentamento da resistência ao tratamento</p>	<p>* Secretário de Saúde</p> <p>*Equipe de Saúde da Família</p>	<p>* Indiferente</p> <p>*Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p> <p>Conscientizar a equipe sobre a importância..</p>
Grupo de Culinária Saudável	<p><b>Político&gt;</b> disponibilização de local apropriado, equipe capacitada.</p> <p><b>Financeiro&gt;</b> recursos materiais, audiovisuais, equipe.</p> <p><b>Cognitivo&gt;</b> equipe capacitada</p>	<p>*Secretário de Saúde</p> <p>*Secretário de Saúde</p>	<p>*Indiferente</p> <p>*Indiferente</p>	<p>*Apresentar o projeto</p> <p>*Apresentar o projeto</p>
Acompanhamento	<b>Cognitivo&gt;</b>	*Secretária		Apresentar o

da saúde mental	equipe capacitada  <b>Organizacional</b> > participação mais efetiva profissional psicólogo	de Saúde  Secretária de Saúde e equipe do NASF	Desfavorável  *Favorável	projeto e sensibilizar o gestor
Grupos de apoio psicossocial	<b>Organizacional</b> > apoio da profissional psicóloga do NASF para acompanhamento de alguns casos	* Secretaria de Saúde e Coordenador do NASF	*Favorável	Apresentar cronograma e projeto.

## 5.8 Elaboração do plano operativo

Nessa etapa é realizada a elaboração do plano operativo, que tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) definindo um prazo máximo para a realização do mesmo.

### Quadro 7 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Grupo de Práticas Corporais Orientadas-DANTs	Estimular a prática de exercícios e a manutenção da independência física	*Programa de caminhadas  *Programa de natação e dança	*Apresentar o projeto	*Enfermeira Luana Matos	*4 meses
Promoção de atividades educativas sobre a importância de exercitar-se	Estimular a prática de exercícios e a manutenção da independência física	*Palestras educativas  * Campanhas em rádios locais	*Apresentar projeto para Secretária de Saúde e Coordenador da Atenção Básica.	* Enfermeira Natalia e Luana	* 2 meses.
Programa HIPERDIA eficaz	*Evitar complicações decorrentes das agudizações dos casos crônicos	*Realizar busca ativa dos idosos não participativos ao programa  *Capacitação da	*Definir o plano de ação	*ACS da unidade e médico Luiz Moreno	* 2 à 3 meses

	*Contribuir com uma qualidade de vida satisfatória	equipe *Conscientização da população alvo quanto ao controle das condições crônicas de saúde			
Sou 12x8- aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da pressão descontrolada.	* Evitar complicações decorrentes das agudizações dos casos crônicos  *Contribuir com uma qualidade de vida satisfatória	*Conscientização da população alvo quanto ao controle das condições crônicas de saúde  * Atendimentos noturnos na unidade.  * Fornecimento de cartão de controle das patologias crônicas.  * Campanhas educativas em rádios locais	*Apresentar o projeto  Destacar a equipe sobre a importância..	Enfermeira Luana, Coordenadora da Atenção Básica, Enfermeira Natalia.	* 4 à 5 meses.
*Grupo de culinária Saudável	*Reforçar sobre a importância de uma alimentação adequada  *Prevenção de patologias decorrentes de maus hábitos alimentares	*Apoio de nutricionistas  *Divulgação de campanhas de hábitos saudáveis  *Palestras educativas ao tema  *Apoio de empresas para a disponibilização de materiais e instrumentos	Apresentar o do projeto	*Enfermeira Luana, ACS Simone e Maria Cristina, nutricionista Camila	* 3 meses para início das atividades
*Acompanhamento da Saúde Mental	*Ofertar suporte psicossocial por meio da equipe do NASF  *Prevenir a exclusão social	*Grupos operativos de suporte psicológico  *Equipe treinada para acompanhar casos mais graves		Psicóloga Joice e ACS	6 à 9 meses

	*Acompanhar e evitar quadros depressivos  * Cadastrar 100% dos pacientes com alterações de saúde mental				
Grupos de apoio psicossocial	*Garantir independência mental para o idoso  *Prevenir a exclusão social  *Acompanhar e evitar quadros depressivos	Equipe treinada para acompanhar casos mais graves.  *Visitas domiciliares do profissional psicólogo.	*Apresentar cronograma e projeto	* Marcel, equipe NASF.	1 à 2 meses.

### 5.9 Monitoramento e Avaliação

Para essa etapa optou-se pela realização do monitoramento e avaliação das operações por meio de dados coletados e apresentados em tabela onde os dados servirão de parâmetro para a avaliação da efetividade das ações planejadas, cumprimentos de prazos, sendo que este instrumento sugere a possibilidade de mudanças em qualquer um dos elementos do plano operativo. Sendo assim esse sistema de monitoramento embora ainda não implantado, brevemente será incorporado como forma de avaliação de resultados.

#### **Tabela 6 -Acompanhamento de operações: grupo de práticas corporais**

Operação: Grupo de práticas corporais orientadas

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativas</b>	<b>Novo Prazo</b>
Apresentação do projeto					
Aprovação do projeto					
Agenda programada					
Cronograma de atividades					
Definição dos profissionais					
Programa de caminhadas					
Programa de natação					

**Tabela 07 - Acompanhamento de operações: programa HIPERDIA atuante**

Operação: Programa HIPERDIA atuante

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativas</b>	<b>Novo Prazo</b>
Busca ativa dos idosos não participativos do programa					
Capacitação da equipe					
Sensibilização da população sobre a importância do controle de doenças crônicas					

**Tabela 08 - Acompanhamento de operações: grupo de culinária saudável**

Operação: Grupo de culinária Saudável

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativas</b>	<b>Novo Prazo</b>
Busca de apoio de nutricionistas					
Divulgação de campanha de hábitos saudáveis					
Palestras educativas sobre o tema					
Busca de apoiadores para disponibilização de materiais					

**Tabela 09 - Acompanhamento de operações: saúde mental**

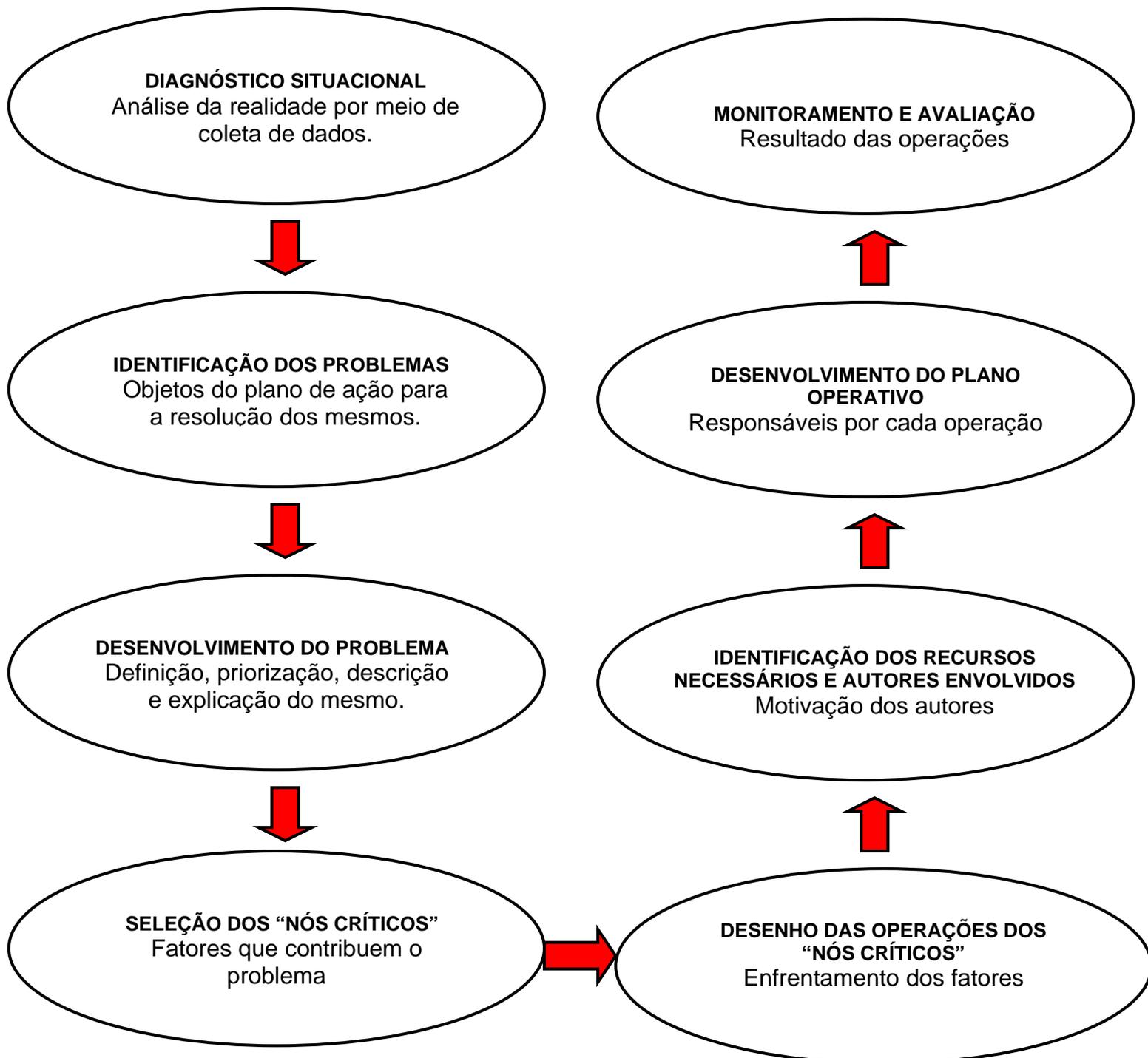
Operação: Acompanhamento da saúde mental

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativas</b>	<b>Novo Prazo</b>
Ofertar suporte psicossocial por meio da equipe do NASF					
Promoção de grupos de apoio e suporte mental					
Cadastrar 100% dos pacientes com alterações de saúde mental					
Acompanhar pacientes com alterações de saúde mental					

**TABELA 10- Monitoramento geral da participação dos idosos não ações planejadas após implantação das mesmas**

<b>Projetos e ações propostas</b>	<b>Quantitativo (idosos) 1 à 3 meses</b>	<b>Quantitativo (idosos) 4 à 7 meses</b>	<b>Quantitativo (idosos) 8 à 12 meses</b>
Grupos de práticas corporais			
Participação regular no Programa HIPERDIA			
Participação no grupo de Culinária Saudável			
Grupo de apoio psicossocial			

### 5.10 Representação gráfica da elaboração do projeto de intervenção



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não adesão dos idosos aos programas de saúde da família é um problema enfrentado por diversas unidades de saúde. O presente estudo teve como principal objetivo apresentar meios para a superação desse entrave que compromete a integralidade da assistência em saúde ao idoso e a qualidade de vida do mesmo.

No decorrer do estudo foi possível verificar a relevância do tema, pois se comprovou que a assistência aos idosos requer maiores cuidados por se tratar de período repleto de mudanças físicas e psíquicas.

Por meio do diagnóstico situacional e elaboração do presente estudo concluiu-se que a adesão as ações de saúde da unidade é um dos mais importantes desafios para a equipe de saúde, pois, o alcance das metas com relação à qualidade da assistência está diretamente relacionado à promoção de qualidade de vida dos idosos.

Para enfrentamento do “nó crítico” elaborou-se o plano de intervenção que visa direcionar ações e recursos necessários para a resolução da questão de forma efetiva.

No estágio final do plano de ação considera-se que talvez se faça necessário a reestruturação de algumas ações ou manutenção das propostas definidas de modo que as mesmas se concretizem a atinja de forma efetiva seu objetivo.

Acrescenta-se para a viabilidade do plano de ação a mobilização multisetorial e interdisciplinar no intuito da concretização dos projetos apresentados, alcance dos recursos necessários bem como esforços conjuntos para efetivação dos mesmos.

Por meio das ações definidas temos que este estudo parte do entendimento que as ações mais importantes são aquelas que promovam a saúde do idoso prevenindo agravos, permitindo a continuidade das ações e aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe por meio de educação permanente que visa capacitar a equipe na atuação frente aos entraves da assistência da população senil.

O monitoramento e avaliação dos resultados será de suma importância por servirá de parâmetro constante para a real efetividade das ações assim estabelecidas no plano de ação, bem como o alcance dos objetivos.

## REFERÊNCIAS

BOREL, S.C. **Avaliando a participação dos idosos em atividades grupais de educação em saúde em uma unidade de Saúde da Família- Escola na cidade de Passos MG. 2009.** 69F. Trabalho de Conclusão de Curso- Faculdade de Enfermagem de Passos, Fesp/ UEMG, Passos.2009.

BORGES, G. **Proporção de idosos nos Brasil deve ser três vezes maior em 2060.** 2012. Disponível em: < <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/08/29/idosos-devem-ser-267-da-populacao-brasileira-em-2060.phtm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde da Família.** 2004. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 out. 2014

BRITO, S.F. Serviços de Saúde para Idosos. 2002. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/dcscs>>. Acesso em: 15 out. 2014.

CAPRIOLI, V; BRAZ, E; CIOSAK, I.S. Perfil das reinternações de idosos em um hospital escola da região oeste do Paraná. **Revista Nursing**, v. 14, n. 156, p. 120-150, 2011.

CARDOSO, F.C, *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde.** Belo Horizonte. Editora UFMG., nescon/ UFMG, 2008.

CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS JOÃO PINHEIRO. **Crescimento Populacional.** 2010. Disponível em: < [www.fjp.mg.gov.br/index.php/institucional/265-cepp](http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/institucional/265-cepp) />. Acesso em: 17 maio 2014

COSTA, R.P.S; SANTANA, J.C.B; MELO, R.R. Cuidados de enfermagem e o envelhecimento: da prática à reflexão. **Revista Nursing**; v.166, n.14, p.70-75, 2007.

GODINHO, W.A.R; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**; v. 13, n. 06, p. 10-22. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext) >. Acesso em: 21 out. 2014.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. 2002. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm> >. Acesso em: 29 jul. 2014.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos**. 2011. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 17 maio 2014

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais**. 2010. Disponível em: < [www.ibge.gov.br/home/.../indicadoresminimos/sinteseindicais](http://www.ibge.gov.br/home/.../indicadoresminimos/sinteseindicais)>. Acesso em: 10 maio 2014

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2013. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 17 maio 2014.

JACINTO L.A.T; SANTOS, A.S.D; SILVEIRA, R.E. Fatores de risco para a doença arterial coronariana em idosos: perspectivas para a atuação da enfermagem. **Revista Nursing**, v. 169, n.15, p.326-330, 2012.

LEMOS M. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. 2005. 63F. Trabalho de Conclusão de Curso- Faculdade de Enfermagem de Passos, Fesp/ UEMG, Passos.2005.

MELLEIRO, M.M; TROCHIN, D. M; CIAMPONE, M.H.T. O plano estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**; v. 18, n. 2, p. 165-171, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a08v18n2.pdf> >. Acesso em: 30 jul. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte, 2006.

OSORIO, R.G et al. **Como vai o idoso brasileiro**. Instituto de pesquisa econômica aplicada 1999. Disponível em: < <http://ipea.gov.br/pub/td/td0681.pdf>> . Acesso em: 29 set. 2014.

PACHECO. R. O; SANTOS, S. S. C. **Avaliação global de idosos em unidade de PSF**. 2004. . Disponível em: < <http://www.unati.uerj.br/TSE/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 28 set. 2014.

PAIVA, S; V; C. **Os programas sociais voltados para o idoso independente.** 2010 .Disponível em: < <http://www.cuidardeidosos.com.br/os-programas-sociais-voltados-para-o-idoso-dependente/> >. Acesso em: 19 de jul. de 2014.

PIRES, C.G.S; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para controle da hipertensão arterial. **Revista Nursing**, v. 156, n. 13, p. 50-56, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS. **Classificando Passos- MG.** 2010. Disponível em: < <http://www.passos.mg.gov.br/> >. Acesso em: 17 maio 2014.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS. **Plano Municipal de Saúde de Passos**, 2014: Secretária de Saúde de Passos, 2014, 52 p.

SILVA, J.V; SILVA, J.A; MOREIRA, M.M.R; GOMES, P.O; SANTOS, F.G.B As representações sociais sobre ser idoso e ser cuidador de idoso em cidades do Sul de Minas Gerais. **Revista Nursing**, v. 137, n.12, p. 485-490, 2009.

SILVA, M.H; RODRIGUES, M.A de O. **Assistência Integral à Saúde do Idoso:** o desenvolvimento de ações de educação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Passos- MG. 2007. 96F. Trabalho de Conclusão de Curso- Faculdade de Enfermagem de Passos, Fesp/ UEMG, Passos.2007.

SILVESTRE, J. A; NETO, M. M. da c. **Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública. v.19, n.3. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < [http:// www.scielop.org.scielo.php?script=sci](http://www.scielop.org.scielo.php?script=sci)>. Acesso em: 25 set. 2014.