

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

Jacqueline Vieira de Paula Sant´ Ana

**ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE DO IDOSO DO PROGRAMA DE FAMÍLIA –
PSF LAGOA – BARÃO DE COCAIS-MINAS GERAIS**

**LAGOA SANTA/MG
2014**

Jacqueline Vieira de Paula Sant´ Ana

**ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE DO IDOSO DO PROGRAMA DE FAMÍLIA –
PSF LAGOA – BARÃO DE COCAIS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

**LAGOA SANTA/MG
2014**

Jacqueline Vieira de Paula Sant´ Ana

**ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE DO IDOSO DO PROGRAMA DE FAMÍLIA –
PSF LAGOA – BARÃO DE COCAIS - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

Banca Examinadora

Prof^a Ivana Montandon Soares Aleixo (orientadora)

Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 27 de agosto de 2014

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, meu marido e toda minha família que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial à Professora Ivana Montandon Soares Aleixo, responsável pela realização deste trabalho.

“Conservar a esperança equivale a não envelhecer. A velhice é mais do que cabelos brancos e rugas. É sentimento de que é tarde demais, é o sentimento de que o palco já pertence à outra geração. A verdadeira doença da velhice não é o enfraquecimento do corpo: é a apatia da alma”

André Maurois

RESUMO

O crescente aumento da população idosa e do aumento da expectativa de vida vem se acentuando consideravelmente. Este fato implica inclusive diversas mudanças. Este trabalho foi realizado com o objetivo de elaborar um plano de ação que vise à melhoria de atendimento e relacionamento dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família Lagoa de Barão de Cocais. Para o seu desenvolvimento optou-se pela pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Idoso, Programa Saúde da Família e educação em saúde, além de análise dos Guias de Atenção à Saúde do idoso do Estado de Minas Gerais, e Manuais do Ministério da Saúde. O Programa de Atenção à Saúde do Idoso prioriza a estruturação de serviços objetivando prestar assistência integral ao cidadão idoso, articulando ações e serviços em diferentes níveis de complexidade de assistência, de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada paciente. Propõe-se à atenção interdisciplinar para a assistência ao idoso. A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Este é o desafio que se coloca ao serviço do Programa Saúde da Família.

Palavras-chave: Idoso. Programa Saúde da Família. Educação em saúde.

ABSTRACT

The increasing elderly population and increasing life expectancy has been increasing considerably. This fact also involves several changes. This work was conducted with the objective of developing an action plan aimed at improving customer service and relationship health professionals of the Family Lagoa Barão de Cocais Health Program. For its development we chose to bibliographic research in the Virtual Health Library, with the descriptors: Elderly, the Family Health Program and health education, as well as analysis of Guides Care of the elderly in the state of Minas Gerais Health and Manuals the Ministry of Health. Programme for Care of the Elderly health prioritizes the structuring of services aiming to provide full assistance to the elderly citizen, coordinating activities and services at different levels of complexity of care, according to the specific health needs of each patient. Proposes to interdisciplinary attention to the care of the elderly. Health care of the elderly is of great complexity, especially when the assistance is directed by a broader concept of health / disease process, aiming at improving the quality of life. This is the challenge facing the service of the Family Health Program.

Keywords: Program. Attention. Elderly. Family Health Programm.

LISTRA DE SIGLAS

PSF	Programa Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatístico
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CF/88	Constituição Federal Brasileira
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PNI	Política Nacional do Idoso
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

LISTRA DE Quadros

Quadro1: Delineamento das operações36.

Quadro 2: Recursos críticos..... 37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVO	13
4	METODOLOGIA	14
5	REVISÃO DA LITERATURA	15
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso tem como prioridade a estruturação de serviços objetivando prestar assistência integral ao cidadão idoso, articulando ações e serviços em diferentes níveis de complexidade de assistência, de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada paciente. Propõe-se à atenção interdisciplinar para a prestação de assistência integral ao indivíduo idoso.

As equipes de saúde percebem a temática do idoso no Programa de Saúde da Família (PSF) e as dificuldades enfrentadas. Os profissionais do PSF apoiam seus estudos nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) que descrevem como idoso qualquer pessoa acima de 60 anos, embora nem sempre a idade cronológica seja um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, pois esse processo é contínuo e sem limites definidos havendo, muitas vezes, dissociação entre idades biológica e cronológica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

.Segundo a OMS, até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo, em número de idosos. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu de 7,3 milhões para 14,5 milhões e, ao mesmo tempo, a expectativa média de vida aumentou no país. O aumento do número de idosos e a expectativa de vida necessitam ser acompanhados pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida, pois a desinformação sobre a saúde do idoso ainda é grande e seus desafios também (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam, menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O grande desafio é implementar a política do envelhecimento, que é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

As políticas de saúde em relação ao idoso têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir deste momento, inicia-se a preocupação com a saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrada no atendimento médico individual e direcionada às doenças crônicas degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro lado, a forma como o Brasil se organizou para promover à saúde à população idosa (LIMA *et al.*, 2000).

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde e imprimir nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade através da humanização da assistência (BRASIL, 1997).

Nesta perspectiva, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ser denominada Unidade Saúde da Família (USF) e tem como ações, identificar os problemas de saúde dos indivíduos e famílias, propor intervenções a estes problemas, consolidar o planejamento estratégico local e, ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer, além de outras, de caráter individual e coletivo (COSTA, 2004).

Ressalta-se a partir dessa exposição que a cidade de Barão de Cocais, localizada na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte de Minas Gerais possui, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), uma população de 28.442 habitantes, distribuída no segmento urbano e rural. A cidade vive basicamente da indústria extrativa mineral e metalurgia e comércio, pequeno e médio produtores rurais e apresenta forte tradição na área cultural.

A cidade apresenta hoje 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe é composta por: uma Médica, uma Enfermeira, duas Técnicas de Enfermagem, uma Cirurgiã Dentista, uma Auxiliar da saúde bucal, uma Auxiliar de Serviços Gerais, seis Agentes Comunitários de Saúde, uma Recepcionista e conta, ainda, com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (uma Psicóloga, uma Fonoaudióloga, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista, uma Farmacêutica, uma Assistente social).

Através de observação direta, discussão entre a equipe e entrevista com profissionais das diversas áreas e conhecer as posições críticas dos mesmos,

foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles, as necessidades de atenção integral à saúde dos idosos que estão inseridos no Programa de Saúde da Família.

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis do sistema de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo é de grande relevância, pois o cuidado com o idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde.

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. A promoção da saúde é um tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista.

De modo geral, e baseado na majoritária apreciação positiva dos idosos acerca das ações, os programas podem ser vistos como aberturas interessantes, com grau de alcance variado, ao investimento em saúde e bem-estar do idoso para além da lógica usual de assistência à doença. E devem ser apreciados no processo de desenvolvimento da promoção da saúde do idoso e das estratégias de avaliação de programas nessa área.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação que vise à melhoria de atendimento e relacionamento dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família Lagoa de Barão de Cocais.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional do PSF Lagoa em Barão de Cocais detectou a partir do levantamento feito por meio de quatro perguntas abertas baseadas nos Guias de Atenção à Saúde do idoso do Estado de Minas Gerais, e no Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério Público (2006).

Dentre essas questões levantadas, encontram-se:

- Identificar os problemas de saúde dos idosos;
- Propor intervenções a estes problemas;
- Consolidar o planejamento estratégico no PSF da Lagoa;
- Ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e óbito.

Dessa forma, o problema priorizado pela equipe de saúde da família foi “melhorar o atendimento do idoso no PSF Lagoa - Barão de Cocais”, por meio de uma Plano de ação.

Antes, porém, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa para maior conhecimento e sustentação científica das ações propostas. A busca do material bibliográfico se processou na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Idoso, Programa Saúde da Família, educação em saúde. Fez-se, também, estudo dos Programas e Manuais do Ministério da Saúde e Guia de Atenção à Saúde do idoso do Estado de Minas Gerais.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Breve história, definição, limites e possibilidades do PSF.

O PSF é uma estratégia de remodelamento assistencial nacional que tem como características a promoção, proteção e manutenção da saúde da população em geral inclusive do idoso, assim como recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais frequentes. O objetivo geral do PSF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial existente de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com atuação e com definição das responsabilidades dos serviços de saúde para a população. Para o alcance dos objetivos da estratégia do PSF, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidos por profissionais capacitados (BRASIL, 1997).

O PSF é formado por equipes multidisciplinares constituídas por um médico de família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 1997).

Essas equipes atuam principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, promovendo também atividades de educação e promoção da saúde. Cada equipe se responsabiliza por cerca de 1.000 famílias a 4.500 pessoas, moradores de uma área geográfica delimitada (média obtida dos dados do IBGE/1991), trabalhando em regime de dedicação integral.

Algumas outras atividades das equipes do PSF definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) são:

Visitas Domiciliares, cuja finalidade é monitorar a situação de saúde das famílias. Pode-se observar o idoso no convívio da família e de sua comunidade. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, seguindo critérios epidemiológicos e de identificação dos agravantes das doenças e participação em Grupos Comunitários, estimulando a participação em reuniões de grupos, discutindo os termos relativos ao diagnóstico e as alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários para as comunidades.

Com a Conferência Nacional de Saúde de 1986 e com apoio na Constituição de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), através das Leis 8080 e 8142 de 1990, que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade com ações que integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção (BRASIL, 2000)..

O Programa de Saúde da Família - PSF que é uma estratégia criada pelo governo Federal em 1994 que tem como objetivo levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar a qualidade de vida.

O PSF que também é chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como referência modelos semelhantes utilizados em Cuba e no Canadá. Essa política visa o modelo de saúde centrado na cura de doenças para um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças e tem como função: a organização do modelo de atenção à saúde; a promoção da sociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção de saúde (BRASIL, 2000).

Para conhecer a realidade da comunidade e das famílias no território de atuação de cada equipe de saúde da família é necessário: cadastramento das famílias; oficinas; visitas domiciliares; análise de indicadores de morbidade e mortalidade; obtenção de informações e análise dessas informações sobre a cobertura na assistência e a produtividade realizada (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde estipulou como meta para os municípios implantar essa política em toda periferia de todas as cidades do país, dando uma cobertura de 100% de assistência na área da saúde para a população.

Até antes da Constituição de 1988, a saúde era direito apenas das pessoas que tinham carteira de trabalho ou algum vínculo empregatício. Foi somente a partir de 2000 que o Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou os princípios: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização (BRASIL, 1998).

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é marcada pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão dos políticos sociais e econômicos, o que gera um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados aos mesmos.

O Programa Saúde da Família (PSF) teve sua origem em Cuba, tendo sido trazido ao Brasil em 1994 por um médico paraibano lá formado, tendo como

municípios pioneiros: Sobral (CE), Quixadá (CE) e Camaragibe (PE) (BRASIL, 2006).

Com o PSF houve uma lógica chamada propositiva e uma responsabilização e vínculo bem determinados, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade. Rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Um grande equívoco é a identificação do PSF como um sistema de saúde para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional. O PSF é reconhecido como uma prática que requer alta complexidade nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

Em 1994, havia no Brasil apenas 53 municípios com Equipes de Saúde de Família implantadas. Em 2000 esse número cresceu para 2.766 municípios, segundo dados do DATASUS. Atualmente existem em nosso país cerca de 5.110 municípios que aderiram ao Programa Saúde da Família, correspondendo a um montante de 74,9 milhões de brasileiros. São 26.729 equipes de Saúde da Família em todo o país. Assim, contamos com 46,2% da população brasileira sendo beneficiada pelo programa (BRASIL, 2007)

Observamos que esse aumento do número de equipes de PSF foi gradual, na dependência do sucesso do programa e dos resultados positivos que ele fez surgir no Brasil, melhorando os indicadores de saúde do nosso país. Em 28 de Março de 2006, o governo brasileiro emitiu a portaria nº 648 onde ficava estabelecido que o PSF deveria ser a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica para o atendimento em todas as esferas incluindo o atendimento ao idoso.

5.2 Idoso e as políticas públicas e sociais do Brasil e os impactos causados na sociedade.

Este estudo tem como eixo central mostrar as condições em que se encontra a saúde dos idosos da área de abrangência do PSF LAGOA. Mostrar as políticas públicas e sociais do Brasil e os impactos causados na sociedade. Por meio de uma revisão crítica sobre o tema a intencionalidade deste estudo está em subsidiar as discussões que levem a medidas de apoio aos idosos.

Nos últimos anos, ocorreu um aumento significativo no número de iniciativas voltadas para o atendimento às pessoas idosas. Da mesma forma, vêm crescendo as discussões em torno dos direitos desse grupo etário, principalmente em relação à sua qualidade de vida. Mesmo em um país como o Brasil, tradicionalmente identificado como um "país jovem", que culturalmente observamos pouca atenção aos seus idosos, a velhice vem se tornando uma questão de ordem pública, não mais restrita à esfera privada e da família (COSTA, 2004)

Frente ao Estado e à sociedade, que não podem mais ignorá-lo, o idoso se tornou ator na cena política e social, redefinindo imagens estereotipadas, nas quais a velhice aparece associada à solidão, doença, viuvez, morte, etc. e que enfatizam essa fase da vida como uma condição desfavorável, muitas vezes indesejada. No entanto, vem sendo divulgado pela mídia um número cada vez maior de matérias sobre pessoas idosas que, de alguma forma, estariam agindo como "não velhos" (COSTA, 2004).

Idosos são pessoas de idade avançada praticando esportes, dançando e se divertindo, em atividades que demonstram uma vitalidade e uma alegria normalmente identificadas apenas com a juventude. Ao apresentar essas pessoas como exemplos de vitória sobre o tempo, enfatizam a responsabilidade de cada indivíduo perante a forma como envelhece.

É preciso entender que o envelhecimento não é uma enfermidade e sim mais uma etapa da vida. Uma etapa em que é preciso aceitar, entender e aproveitar, porque o envelhecimento também tem os seus aspectos positivos e bonitos como a experiência, a sabedoria. Alicerçado em conteúdo teórico-conceitual das políticas públicas e sociais do Brasil em relação ao Idoso, visando a contribuir para uma sociedade igualitária.

5.3 O idoso na contemporaneidade.

Os idosos tiveram, ao longo da história, momentos de valorização e de discriminação. Na sociedade contemporânea as pessoas com mais de sessenta anos são caracterizadas como idosas. Devido a diferença cultural grande parte da população não se identifica ou não imagina chegar a esta idade, o que leva em a ocorrência de situações de descaso de familiares, da comunidade onde vive e até mesmo do estado que não valoriza os conhecimentos adquiridos durante toda a vida destas pessoas.

Diante disso, as políticas públicas brasileiras destinadas aos idosos são precárias e deficientes. Muitos convivem à margem da mísera aposentadoria, são reféns do preconceito instaurado na sociedade e muitas vezes não fazem parte da planilha de investimento econômico.

Nos dizeres de Clarice Peixoto (2000, p. 82).

No Brasil, a permanente crise econômica reflete-se diretamente tanto nos valores das pensões e aposentadorias, bastante irrisórios, quanto no sistema da previdência social do qual dependem: a assistência médico-social e os serviços hospitalares são precários e incapazes de atender adequadamente à demanda da população. As estimativas estáticas sobre as condições de saúde da população de mais e 60 anos indicam que 80% das pessoas envelhecidas sofrem de alguma doença crônica.

Sendo assim, os idosos são considerados indivíduos “dependentes”, uma vez que não são participantes da produção de bens e serviços da economia do país e ficam a mercê da família, do Estado e das instituições que oferecem serviços gratuitos dentro da sociedade (PEIXOTO, 2000).

Segundo Camarano e Ghaouri (2004), as razões de dependência do idoso junto à família e o Estado são provenientes de situações ocasionadas pela demografia, à incapacidade física e a renda salarial. A dependência demográfica acontece quando idosos acima de 65 anos necessitam de recursos públicos para conseguirem manter suas necessidades, pois, nesta idade, não se conseguem trabalhar e assegurar salário condizente as despesas.

Deste modo, o grande desafio para as diversas sociedades é articular a longevidade com uma boa qualidade de vida, para que:

[...] os anos vividos sejam plenos de significado e de dignidade, e não anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, dependentes, vítimas do isolamento social e dos tristes quadros depressivos; para responder a este desafio, o primeiro passo é o conhecimento do processo demográfico e epidemiológico próprios dessa faixa etária (FREITAS, 2004, p. 34).

Na sociedade contemporânea existe um estigma sobre a velhice muito presente nas relações sociais, talvez este preconceito não esteja ligado totalmente à idade cronológica e sim frequentemente por valores culturais representados por conceitos depreciativos, como indica Barros (2000, p. 139): “[...] a feiura, a doença, a desesperança, a solidão, o fim da vida, a morte, a tristeza, a inatividade, a pobreza, a falta de consciência de si e do mundo”.

Por sua vez, a sociedade institui lugares e posições sociais em que os idosos deverão representar para serem aceitos nas relações pessoais. Por outro lado, a pessoa idosa poderá aceitar esta situação ou ainda reagir, reinventando outras possibilidades para serem inclusas no contexto social (BARROS, 2000).

Diante disso, atualmente existem idosos que criam alternativas de ocupações participativas no convívio social possibilitando um envelhecimento saudável.

Reconhecer-se como idoso na sociedade é difícil, porque a velhice está associada como decadência física, mental e social. Na sociedade brasileira ainda hoje, independente das condições de ser idoso, existe a expressão “velha” que é carregada de conceitos negativos, tais como: perda, improdutividade, fracasso, inutilidade, etc., que estão diretamente ligados a conceitos culturais. É imprescindível que os idosos não incorporarem estas denominações em que influenciam na sua qualidade de vida, impedindo de viver bem e com dignidade (MASCARO, 2004).

Uma questão importante a ser pontuada é que os meios de comunicação são instrumentos mais utilizados para representar símbolos e estereótipos sobre a velhice, porque viabilizam informações para toda a sociedade de massa. Conforme Mascaro (2004, p. 65).:

[...] as ideias que a mídia expressa em relação ao envelhecimento e à velhice são muito significativa, pois podem exercer a função de ponto de referência para os próprios idosos, influenciando seu comportamento e suas atitudes, e também as ideias da criança, do jovem e do adulto, a respeito do que significa envelhecer em nossa sociedade.

Para compreender a velhice, a terceira idade e outras denominações concedidas ao envelhecimento humano, é preciso considerar suas representações e significados particulares em contextos históricos, culturais, políticos, sociais e econômicos. O termo “velhice” assusta e causa rejeição, e a sociedade evita aplicá-la a todas as pessoas idosas, omitindo a realidade e desencadeando um processo de exclusão social, no qual, as pessoas pobres e velhas são esquecidas inclusive pelas políticas governamentais.

Contudo, percebe-se que os idosos devem ser colocados no centro da discussão tanto dos órgãos públicos quanto da sociedade, a fim de que a longevidade dos indivíduos mereça sucesso no campo da saúde e do social, viabilizando serviços, benefícios e direitos, a fim de enfrentar os desafios do envelhecimento de forma eficiente e que a prioridade seja de todos independente da classe e etnia.

5.4 Demografia do idoso

A melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida dos idosos, bem como a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e a evolução tecnológica como procedimentos, diagnósticos e terapias cada vez mais sofisticadas, vem transformando a pirâmide demográfica em nosso país bem como no restante do mundo. Voltar à atenção à saúde ao idoso hoje no Brasil é um ato político social que envolve os gestores, a sociedade e os idosos, que em processo democrático, participativo, articulam-se entre si e negociam as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional (CAMARANO 2005).

Conforme estudos realizados, através do diagnóstico situacional do PSF da Lagoa, em 2011, os idosos numericamente vêm aumentando significativamente nos últimos anos, pois a velhice é uma etapa do ciclo da vida, que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas.

Esta mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade dos anos 70, quando houve um declínio da taxa de natalidade, aponta que para o ano de

2025 existirá no Brasil, aproximadamente 30 milhões de idosos que representarão 15% da população total (FREITAS, 2004, p.55).

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade.

As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes no país, hoje são responsáveis por menos de 10%. Já em relação às doenças cardiovasculares, em 1950, estas eram responsáveis por 12% das mortes, representando hoje mais de 40% do total de mortes (GORDILHO, 2000, p. 48).

Em 40 anos, o Brasil mudou seu perfil de morbimortalidade, atualmente um país típico de uma população de doenças crônicas degenerativas, o que eleva os custos com tratamentos médicos e hospitalares. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são frequentes e a ocupação do leito é maior do que a de outras faixas etárias. A abordagem de tratamento prestada ao idoso ainda não é a adequada. A maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, o principal fator de risco. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir e usufruir de sua própria vida e viver o seu cotidiano de uma forma independente.

Uma grande parcela dos idosos é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e de se organizar, sem a necessidade de ajuda de cuidadores ou familiares.

5.5 O idoso e a família

A família é um ponto de referência em todas as situações e é apontada pelos estudiosos do envelhecimento como o ponto chave para corresponder às questões como o bem-estar e a segurança, ela é o espaço para intimidade e o segredo e dificilmente compartilhado ou exposto ao olhar externo (MASCARO, 2004).

Segundo Mascaro (2004), no século XX, muitas conquistas ocorreram e uma delas foi a longevidade dos idosos que comparada antigamente viviam bem menos. A longevidade e aumento da sobrevida fazem com que ocorra uma sobrecarga financeira para os filhos em fase produtiva.

Peixoto (2000, p. 251).:

Comenta que nos países desenvolvidos as funções familiares foram gradativamente sendo substituídas pelo setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico dos idosos. Este não é o caso, porém, da maioria dos países menos desenvolvidos, o Brasil entre eles onde a família (em especial os filhos adultos) continua representando fonte primordial de assistência à parcela significativa da população idosa.

Camarano (1999) questionam que a população idosa brasileira não é dependente dos seus filhos. A aposentadoria do idoso brasileiro está situada nos valores entre um salário mínimo a três salários mensais, os idosos estão desfrutando melhores condições de vida e saúde que se comparado com os adultos jovens de hoje em dia que estão passando por uma crise de desemprego, falta de oportunidades e violência urbana. Peixoto (2009) aponta que o suporte familiar quanto aos idosos será maior quanto ao número de filhos vivos, diminui a probabilidade de que os pais venham a ser assistido por eles, como também aumenta a carga, por filho de assistência aos pais, em uma sociedade cada vez menos solidária.

Conforme Peixoto (2009), o apoio entre os idosos e a família é via de mão dupla, os filhos oferecem ajuda aos pais e os pais ajudam os filhos.

[...] o intercâmbio de ajuda entre pais e filhos tende a se estender ao longo de todo o ciclo de vida familiar, como se existisse uma espécie de contrato intergeracional estipulando o papel dos diferentes membros da família em cada fase do ciclo (FREITAS, 2004 p. 255).

De acordo com Lima *et al.* (2000), em estudos recentes sobre suporte familiar e social entre os idosos mostram de modo geral, os cuidados aos mais velhos são prestados por uma rede informal de apoio: suas famílias, cônjuges, filhos, parentes e na falta destes, por sua vez através de amigos e vizinhos.

5.6 O idoso e a legislação brasileira

A Constituição Federal determina que se proteja o idoso quanto aos seus direitos e atribuições. O Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1.996 regulamenta a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1.994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências (BRASIL,1996).

O art. 2º e os incisos I, II e IV, referem ao direito do idoso a cidadania, a dignidade o direito à vida que todo o ser humano deve ser respeitado, sem distinção seja pela cor, raça, faixa etária, sexo enfim entre outras discriminações (BRASIL,1998).

O art.3º no parágrafo único declara que todo o idoso tem o direito de asilar é um dever do estado de abrigá-los tendo ou não condições financeiras.No art. 4º e os incisos I, II, III e IV, refere-se á priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços que compete ao governo, estado, município de realizarem centro de convivência à 3º idade para abrigá-los e desenvolver atividades aos mesmos, e assim priorizando o bem estar e até um aumento qualitativo da renda dos mesmos. O art. 9º e os incisos I, II, III, IV, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, competem que é um dever do poder público desde federal, estadual e municipal de realizar um atendimento específico dos idosos nas unidades básicas de saúde – SUS, com uma equipe especializada em geriatria e gerontologia, tendo assim um atendimento de equidade, qualidade e humanizada (BRASIL,1998).

O Art. 15º, parágrafo único, reza que é competência dos ministérios promover a capacitação de recursos humanos voltados para o atendimento ao idoso. O Art. 17º, parágrafo único, afirma que o idoso tem o direito à assistência preventiva, protetiva e de recuperação por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. E o Art. 18º, parágrafo único, atesta que o idoso que não tiver condições de permanecer no asilo devido à enfermidade crônica e precisar de cuidados médicos deverá ser transferido há um hospital para este mão vim há óbito e os demais conseqüentemente.

Diante da síntese acima descrita do “Estatuto do Idoso” podemos analisar que é lamentável a situação em que se encontra o idoso no Brasil e não pela legislação, mas por ser mal elaborada ou simplesmente descumprida. É necessária a mobilização social para o devido respeito ao idoso, exigindo principalmente do poder público a implementação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996).

5.7 O idoso na sociedade

A sociedade contemporânea, tida como uma sociedade de consumo, é regida por valores materiais o que implica ter como objetivo a rentabilidade das pessoas em que se privilegiam apenas os indivíduos adultos ativos. Em consequência, criam-se efeitos negativos sobre as pessoas, como as situações de estresse, doenças psíquicas e físicas o que, de algum modo, acaba diminuindo a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada. Envelhecer é uma fase normal da

vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS,1995) considera a idade de 65 anos como limite inicial caracterizador da velhice. Atualmente, os idosos são focos de discussões não só sociais, mas políticas o que tem levado cada vez mais a valorização e melhoria na qualidade de vida.

Assim segundo Simões (1995, p.18).

O idoso tem um papel sem papel, quer dizer, uma posição social que não implica obrigações, embora, na sociedade contemporânea, as obrigações sejam fundamentalmente trabalhistas, visto que através delas a pessoa conquista seu status econômico e social, quando fica privado de status que proporciona a produzir, assim como liberado das obrigações, fonte de papel atribuído a sua pessoa perdendo seu papel social

Portanto, é tempo de reagir, projetar, exigir mudanças de atitudes tanto da sociedade quanto do Estado, implantando políticas públicas que viabilizem qualidade de vida aos idosos. No Brasil, ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo bruscamente e coincide com o agravamento dos problemas sociais e da situação de desigualdades.

Nesse sentido, Martins (2009) menciona que surgiu a necessidade de organização de movimentos sociais como a criação de conselhos, fóruns e seminários e que visem o combate às desigualdades, contando com a participação dos idosos, das famílias, e todos os responsáveis pelo atendimento. O Estado e a sociedade, em geral, tornaram-se imprescindíveis em apresentar propostas que viabilizem o enfrentamento das questões sociais, tais como: elaboração de políticas públicas criação e ampliação de novos programas bem como de melhoria de propostas que possam aumentar o nível de qualidade de vida dos idosos, com o objetivo de possibilitar maior proteção e em inclusão social para que sejam entendidas como direitos de cidadania e não mais simplesmente como benefício, atingindo toda a sociedade

A Constituição Federal Brasileira, em 1988, assegura a todo cidadão direito social ao viabilizar a participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, através dos conselhos que discutem as demandas, visando atender as expectativas dos diversos segmentos da sociedade, como previdência e saúde (BRASIL, 1998).

A partir da constituição foi reconhecido o direito à proteção social pelo Estado como universal, ou seja, a todo o cidadão que dela necessitar, independente de contribuição prévia terá seu direito garantido.

A Constituição de 1988 trouxe possibilidades da participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, e colaborou para garantir a elaboração de diversas leis que vieram atender as expectativas dos diversos segmentos sociais, principalmente aos idosos (BRASIL, 1998).

No artigo 203 estão regulamentados e definidos os princípios doutrinários e organizativos da Política de Assistência Social e, para assegurar essa política, em 1993, através da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8742 de 07/12/93 (BRASIL, 1993), dispõe ao idoso o Benefício de Prestação Continuada - BPC, os benefícios que garantem um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem tê-la provida por suas respectivas famílias. Essa legislação tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A partir de 1999, o Ministério da Saúde lançou sua própria Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999), através da Portaria n.º 1.395, de dezembro de 1999 da promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam alguma restrição de sua capacidade funcional.

Em 01 de outubro de 2003, a Lei n.º 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), além de reconhecer a velhice como uma etapa da vida assegurando garantias mínimas para sobrevivência, como alimentação, saúde, educação, cultura, esporte, e inclusão social dos idosos. Também estipula obrigações ao Estado e o respeito de toda sociedade aos direitos da pessoa idosa.

O Estatuto ratifica os direitos demarcados pela Política Nacional do Idoso – PNI e acrescenta novo dispositivo e criando mecanismos para coibir a discriminação contra a pessoa idosa. As leis por si só não podem transformar, somente a atuação coletiva e individual pode modificar as condições em que os idosos vivem no Brasil. É preciso fomentar o debate e estimular a mobilização da sociedade.

5.8 Atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde.

O modelo de atenção à saúde predominante por muitas décadas tem-se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo. Desta forma, não se tem conseguido atender adequadamente aos diversos e complexos problemas de saúde da população.

Em 2001, o Ministério da Saúde aprova o “Pacto pela Saúde”, com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal. O Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas no Pacto pela Vida. Também em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para estimular a formulação de estratégias capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa, para promover o envelhecimento saudável, valorizando a autonomia e preservando a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem e também para garantir o acesso a instrumentos adequados de diagnósticos, a medicação e a reabilitação funcional (BANDEIRA;PIMENTA; SOUZA, 2006).

O aumento da longevidade deve ser reconhecido como uma conquista social, sendo a assistência em saúde responsável por grande parcela desse avanço, aliado à cobertura maior de serviços. No entanto, esse novo cenário traz preocupação devido à mudança do perfil epidemiológico das demandas nas políticas públicas, acarretando maiores desafios para o Estado, a sociedade e a família (CAMARANO, GHAOURI, 2004, p.38).

Há necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento da população vai muito além da esfera familiar e a responsabilidade de cada um.

A responsabilidade da família não isenta a responsabilidade do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso – PNS, temos como meta manter ou melhorar a capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhe permanência no meio onde vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Isso significa a valorização da autonomia e da autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso.

O Estatuto do Idoso especifica o direito à saúde no capítulo IV, o qual compreende 5 artigos, (15 a 19). O art. 15 e os parágrafos 1º e 2º delibera sobre formas de efetivação do atendimento a saúde, prevenção, manutenção, reabilitação, apontando também a responsabilidade do poder público (BRASIL, 2003) conforme disposição a seguir:

§ 1º. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I – cadastramento da população idosa em base territorial;
- II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com Poder Público, nos meios urbano e rural;
- V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

§2. Incumbem ao Poder Público, fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação..

O Ministério da Saúde, em 25 de janeiro de 2008, através da portaria GM nº 154, amplia a ações na Atenção Básica através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, possibilitando a inserção de novos profissionais da saúde à equipe mínima necessária para atuar na ESF, das áreas mais diretamente envolvidas com a assistência (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional etc), (BRASIL, 2008).

Apesar de não ter caráter exclusivo para a pessoa idosa, dentre as várias competências e responsabilidades de todos os profissionais que compõem o NASF e que devem ser desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família estão descritas várias metas e ações em prevenção, reabilitação e inclusão social da pessoa idosa (BRASIL, 2008).

Cabe ao SUS, capacitar os profissionais da saúde para que sejam capazes de identificar e propor intervenções sobre os problemas de saúde mais comuns e promover hábitos de vida mais saudáveis, estimular uma alimentação adequada, a

atividade física, o autocuidado, o cuidado com o domicílio, priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas na Atenção Primária, (MARTINS, 2009).

Dentre as diretrizes em relação à saúde do idoso, contemplada no Pacto pela Vida, temos: a promoção ao envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando os critérios de risco; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o fortalecimento da participação social; a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa; a divulgação e a informação sobre a Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, ainda, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

Nas diretrizes do Pacto pela Vida, podemos conhecer as principais ações estratégicas: como a caderneta de saúde dos idosos; o manual da atenção básica e saúde; o programa de educação permanente; o acolhimento que visa melhorar a acessibilidade dos idosos no PSF. Além destes temos também a assistência farmacêutica. A atenção na internação hospitalar e na atenção domiciliar. Todas estas ações ampliam as estratégias já contempladas na Política de Saúde do Idoso de 1999.

Podemos observar em todas as bibliografias consultadas que a sociedade brasileira apresenta-se com vários desafios, dentre eles promover as leis que amparam os idosos, e garantir o seu cumprimento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Apresentamos o quadro 1 com as propostas das ações a serem realizadas no plano operativo

Quadro 1 : Delineamento das operações

Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Cadastro da população idosa em base territorial	100% dos idosos cadastrados na área de atuação do PSF Lagoa	100% dos idosos cadastrados	Cadastro realizado pelas agentes de saúde	Agentes de saúde	3 meses
Curso para cuidadores e familiares	100% dos cuidadores	Participação de 100% dos cuidadores	Prevenção de quedas orientações para melhorar a qualidade de vida	Medica e enfermeira	1 mês
Avaliar e intervir sob o ponto de vista multiprofissional junto aos idosos	100% dos idosos	Atendimento de 100% dos idosos		Medico Enfermeira Fisioterapeuta Nutricionista	6 meses
Atendimentos domiciliares , incluindo a internação para o idoso	100% dos idosos	Avaliação de 100% dos idosos	Avaliação de necessidade de internação hospitalar ou asilos e casas de repouso	Fonoaudióloga Medica Enfermeira	3 meses

6.1. Recursos críticos e atores

Esta etapa do plano delimita os recursos indispensáveis para realização das operações e os atores responsáveis para que as mesmas sejam implementadas (quadro 2).

Quadro 2: Recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos	Atores
Informação ao paciente	Financeiro: não . Político: não. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Coordenador da Atenção Primária à Saúde Profissionais de saúde
Atuação profissional	Organizacional: organização da equipe, entendimento dos membros Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de ensino e abordagem Político: mobilização em torno das questões, relacionadas pelo profissionais Financeiro: recursos para ...	Profissionais de saúde

6.2 Identificação e priorização dos problemas

A melhoria de atendimento e relacionamento dos profissionais de saúde do programa saúde da família em Barão de Cocais (PSF Lagoa).

O Sistema Único de Saúde – SUS é considerado como sendo a porta de entrada na Atenção Básica de Saúde – ABS, sendo a unidade que atende 102 homens e 157 mulheres. Totalizando 259 idosos (maiores de 60 anos).

Desta forma, o Programa de Saúde da Família - PSF tem seu papel destacado nos últimos anos. Sendo assim, esta unidade deve estar equipada com profissionais aptos a atender a população usuária.

No que se refere à população idosa os serviços devem ser ofertados com cuidado, possibilitando o acesso, bem como a humanização, ou seja, o acolhimento deve ser realizado de maneira adequada, criando e desenvolvendo vínculos pautados na ética, respeito e compromisso (PICCINI *et al.*, 2006). Segundo o mesmo autor, os profissionais de o PSF devem:

Os idosos devem ser atendidos de forma humanizada, criando vínculos pautados na ética, compromisso e respeito. A partir desses valores, o acompanhamento dos hábitos e particularidades da vida de cada um se dará de forma saudável, permitindo o maior entendimento das condições familiares e identificando as fragilidades as quais cada pessoa está submetida (PICCINI *et al.*, 2006).

Desta forma, os profissionais devem estar preparados para atender os idosos, trabalhando de forma multidisciplinar, uma vez que cada componente da equipe do PSF, não importando a hierarquização, tem um papel fundamental na assistência do idoso, em busca de proporcionar qualidade de vida à população da terceira idade.

É preciso que todos os membros estejam comprometidos com a eficiência e qualidade do trabalho. Para isso, práticas como uma boa comunicação entre a equipe, um ambiente de trabalho organizado e harmonioso fazendo uso de ações planejadas são de grande importância desde o primeiro contato até as fases finais do atendimento.

Uma boa comunicação é pautada diante do reconhecimento das características peculiares de cada paciente. Para isso, são levadas em conta as condições biológicas, psicológicas, sociais e cultura/espiritual (BRASIL, 2006). O ambiente e o processo de trabalho das equipes de saúde da família precisam ser rodeados de ações proativas. O planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, levando-se em conta o “acolher na família/comunidade” dentro das especificidades e da legislação vigente. Um sistema de trabalho bem organizado é aquele composto por recursos e estruturação das atividades do

profissional, dentro de um planejamento das ações da equipe frente às especificidades de cada atendente e paciente, em se tratando dos PSF's.

O atendimento ao idoso realizado no PSF Lagoa – Barão de Cocais - MG é pautado de ações sistematizadas onde possui maior controle da situação de dos pacientes são planejadas as consultas e atendimentos norteados por instrumentos de assistência elaborados para cada integrante do PSF. Como exemplo dos instrumentos de assistência ao idoso, tem-se o histórico (anamnese e exame físico), escala de depressão, tabela nutricional, controle da pressão arterial, controle da diabetes, entre outros.

Desse modo, baseados nos Guias de Atenção à Saúde do idoso do Estado de Minas Gerais, e no Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério Público, são sistematizados a seguir as atribuições/responsabilidades dos componentes do PSF Lagoa em Barão de Cocais – MG no que se refere às ações no atendimento ao idoso.

Agente Comunitário de saúde	Técnico de enfermagem	Médicos	Psicólogo assistente social	Fisioterapeuta	Odontólogo	Nutricionista	Enfermeiro
Captar o idoso na micro área	Avaliar queixas	Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento ,	Oferecer apoio técnico aos profissionais do PSF e outros serviços, supervisionando o atendimento das equipes	Incentivar o trabalho de reabilitação do idoso como um todo: física, mental e social, o mais precoce	Oferecer o cuidado odontológico que deve incluir: diagnóstico, prevenção e tratamento da carie, doenças periodonta	Realizar avaliações e orientações nutricionais	Consulta de enfermagem

		reabilitação e manutenção da saúde)		mente possível	is e da mucosa, dores na cabeça e pescoço, disfunções problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição		
Cadastrar o idoso na equipe de Saúde da Família	Agendar consultas; Cadastrar	Detectar graus de incapacidade e identificar os gigantes da geriatria	Apoiar e orientar os Grupos de Idosos e familiares das unidades de saúde	Oferecer apoio técnico aos profissionais das unidades de saúde em relação às questões específicas da área (exercí			Avaliação das atividades de vida diária

				cios físicos e orientações posturais), supervisionando e orientando o atendimento das equipes locais			
Informar sobre a existência dos serviços	Encaminhar para os grupos operativos	Oferecer o cuidado através de orientações diversas, Visitas domiciliares ao idoso. solicitação de exames complementares	Realizar avaliações individuais, se necessário				Imunizações
Orientar o idoso sobre a importância	Encaminhar para o serviço de saúde	Encaminhar, quando necessário, usuários a					Orientar tratamento medicamentoso e não

<p>ncia da consultoria médica para detectar precocemente, os problemas de saúde</p>	<p>bucal se necessário</p>	<p>serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência</p>					<p>medicamentoso</p>
<p>Auxiliar a equipe multiprofissional nas visitas domiciliares</p>	<p>Orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidade</p>	<p>Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilidade</p>					<p>Encaminhamento para saúde bucal</p>

	ade	pe lo acompanh amento do usuário					
Agen dar ações e ou inter ven ções		Apoiar técnica mente a equipe de saúde; Contribuir e participar das atividades de Educação Permanen te dos ACS, Auxiliares de Enferma gem					Trabalho em grupo

..

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi realizado com o objetivo de contribuir para uma reflexão sobre como os idosos estão inseridos no programa de estratégia de saúde da família do PSF Lagoa. Buscou-se, ainda, averiguar o pensar do profissional da área da saúde atuante no PSF Lagoa de Barão de Cocais em relação às necessidades de atenção integral a saúde dos idosos que estão inseridos no Programa de Saúde da Família daquele município.

Nesta trajetória foi preciso considerar a necessidade de contínuos investimentos na capacitação dos profissionais, visando à abordagem multidimensional e interdisciplinar da pessoa idosa e tendo como eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção, conforme proposto no pacto pela saúde do idoso.

Foi possível observar, ao final deste estudo, como um grupo de profissionais (equipe do PSF) pode fazer diferença na vida de usuários idosos. Seria muito confortante se em todo o nosso país houvesse equipes de PSF comprometidas com o bom atendimento ao idoso, em toda a sua extensão, suas dificuldades, suas limitações.

Na sistematização do atendimento, devem ser considerados não apenas os casos em que o paciente já apresenta sinais de agravos, mas também deve ser orientado que os idosos realizem consultas preventivas no PSF, além de estímulos para que formem grupos sociais de interesse comum, tenham uma alimentação adequada, pratiquem atividades físicas e mantenham hábitos saudáveis, tudo isso em prol de um resultado que proporcione bem estar e qualidade de vida na terceira idade.

No estudo realizado todos os profissionais que atuam no PSF Lagoa em Barão de Cocais - MG se comprometeram em empenhar-se nas ações propostas para a melhoria do atendimento do idoso, como alternativa para melhorar a saúde, bem como prevenir doenças e também realizar ações que visam o bem estar do idoso de forma que a população idosa seja mais saudável e também tenham qualidade de vida na terceira idade.

Para que as ações venham ser implantadas de forma significativa é necessário que todos os profissionais que operam no PSF atuem de forma significativa e também possibilitar capacitação para aqueles que necessitam de melhorar o empenho junto aos idosos, através de palestras, treinamentos, minicursos.

Desta forma, este estudo buscou compreender e desenvolver ações que buscam a melhoria da qualidade de vida dos idosos do PSF Lagoa no município de Barão de Cocais - MG, favorecendo assim a diminuição do internamento, quantidade de medicamento, entre outros que favorecem a melhoria da saúde do idoso.

Este trabalho não teve a pretensão de esgotar todas as questões envolvidas no PSF Lagoa, no município Barão de Cocais - MG, mas analisar fatos revelados nos depoimentos dos envolvidos com a finalidade de avançarmos no estudo dos fenômenos que interferem na vivência dos idosos que estão inseridos na sociedade atual e especificamente aqueles que integram o Programa de Saúde da Família.

REFERENCIAS

BANDEIRA, EMFS; PIMENTA, FAP; SOUZA, MC. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. p. 13-79.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Decreto nº 1948**, de 3 de junho de 1996. Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 3 jun. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 07 jun. 2013.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE . **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida na população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395**, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 10 dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://www.cref6.org.br/arquivos/PORTARIA_n154.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Portaria GM/MS 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/portaria_MS_399.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2008. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes e Normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: MS, 28 mar. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 05 jul.. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528**, de 19 de outubro de 2007. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 out., 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/institutoconscienciago/sade-da-familia-uma-estrategia-para-a-reorientao-do-modelo-assistencial>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção básica. Programa saúde da Família. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, 2000. 44 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8742**, de 07 de dezembro de 1993. **Lei:** Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF, 7 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 08 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10741**, de 1 de outubro de 2003. Que dispõe sobre O Estatuto Nacional do Idoso e dá outras providências. 2003

CAMARANO, Ana Amélia. **Como vai o idoso brasileiro?**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. 57 p.

CAMARANO, Ana Amélia; GHAOURI, Solange Kanso. Idosos brasileiros: que dependência é essa?. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 594 p.

CAMARANO, Ana Amélia. et al. *Texto didático*. Rio de Janeiro, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coletânea de leis: um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social**. 2. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2003. p.43-65

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 194 p.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Lígia (Org.). **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau, 2004. 399 p.

GORDILHO, Adriano et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000. 90 p.

LIMA, A.M.M .et al. Saúde no envelhecimento. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 109-132.

MARTINS, José Alves. **Aspectos da experiência da deficiência física**: uma abordagem sócio antropológica. 2009. 146 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

MASCARO, Sônia de Amorim. Um pouco da história. In: MASCARO, Sônia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004. 93 p.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...In: BARROS, Myriam Moraes Lins de; (org.). **Velhice ou terceira idade?**: estudos antropológicos sobre identidade, a memória e política.4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000. 235 p.

PICCINI , Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.657-667, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

SIMÕES, R. Ciência e consciência: tatuagens no corpo idoso. In: Moreira, WW (org). **Corpo presente**. Campinas: Papirus, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing**: a policy framework. Madri: OMS, 2002. 59 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.