

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância**  
**Turma 6 – 2014**



**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.**

**Roberto Nicola**

**Pelotas, 2015.**

**Roberto Nicola**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPel/UNASUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mariana Gonzalez Cademartori  
Pelotas, 2015.

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

N634m Nicola, Roberto Fernandes

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS / Roberto Fernandes Nicola; Mariana Gonzalez Cademartori, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

104 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da família (EaD) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso  
4. Assistência Domiciliar 5. Saúde Bucal I. Cademartori, Mariana  
Gonzales, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

A todos aqueles que escutam inúmeras vezes as mesmas histórias contadas pelos avós e demonstram sempre o mesmo interesse, carinho e atenção.

Aos meus contadores de histórias: Adão Nicola e Lenita Nicola, assim como Thomas Fernandes e Ermita Fernandes.

## **Agradecimentos**

Agradeço pelo apoio ininterrupto de minha orientadora especialista em saúde da família Mariana Gonzalez Cademartori, cirurgiã-dentista mestre em Odontopediatria. Agradeço pela paciência, incentivo e observações sinceras e necessárias ao meu aprendizado.

Meus cumprimentos a supervisora do PROVAB, médica Fernanda Stassen von Heimburg, pelo auxílio acolhedor prestado durante o período do programa.

Em um ano de trabalho de muitos ganhos e conquistas se faz necessário a menção de todos da equipe de saúde da UBS Ivo Braga Fialho : Adriana Siqueira Maciel, Alaide Caetano Rodrigues, Albino Ferreira Kaufmann, Alzira Setembrina Silva Soares Ana Claudia Veigas da Silva, Carlise Oliveira dos Santos, Clarinda Morilo, Deise Carvalho Leal, Eduardo Jornada Bastos, Eleno de Souza, Eliane Marlise Bubanz Sievers, Eroni Carvalho Ferreira, Etevaldo Portela Machado, Eunice Stefan da Silva, Fernando Engel Corrêa, Idalencio Machado dos Santos, Idalmis R. L. Toscano, Irá de Fatima B. Acosta, Joceli Guedes Marques, Jones Retori, Jorge Machado Soares, José Airton Caetano, Juarez Martins Ribas, Leonarda Andrade de Lourenço, Luiz Fernando, Marcelo Flores Kucera, Marcia Goulart Portela, Marindia Silva da Silva, Marisane S. Cesar, Maristela Martins da Silva, Paulo Cesar Machado dos Santos, Persia Adroniram Belmonte, Oldemiz Moraes Nunes, Quelen Freitas de Lima, Querlen Vieira Gloger, Rafael Ayres Caetano, Ricardo Silveira, Rogério da Rosa Zacarias, Rosalaine de Lima Guedes, Sezefredo Ortiz Oliveira, Simone Carvalho Rigon, Tcharle Pavão, Thiago da Silva Loureiro , Valfrido Rodrigues Fontela, Vera Lúcia dos Santos Cogo e Alvaro Junior Silva.

**Epígrafe**

Envelhecimento ou senescência é uma forma permutada para falar do lento e insidioso declínio de estrutura e função que se desenvolve após a maturação sexual e da conquista do fenótipo adulto jovem. Esta seria uma visão de um renomado gerontologista, ou aquele que estuda os processos de envelhecimento. Em sua mesa poderíamos observar vários livros, mas o que estaria em evidência seria um livro sobre genética, aberto no capítulo de mutações progeroides segmentares, nesta página poderíamos observar estruturas cromossômicas, como o telomero e anotações grifadas com uma caneta marca-texto, entre elas o mais aceito processo que explica o envelhecimento: O organismo sadio torna-se fisiologicamente deficiente através das altas frequências de mutações somáticas, especialmente deleções e rearranjos cromossômicos. A função deficiente leva a limitações acentuadas do potencial de duplicação das células somáticas, ocorrendo efeitos sobre órgãos e sistemas específicos o que chamamos de envelhecimento. Tais acontecimentos são justificados por duas diferentes vertentes, as Teorias Programadas e as Teorias Estocásticas.

Debruçado sobre a mesa, um poeta, concatenando sobre o entardecer da vida, não diferenciaria muito do seu colega cientista, talvez ambos fossem a mesma pessoa, uma vez que entender e intender os acontecimentos da vida sejam inerentes a qualquer ser humano. Em sua mesa estariam abertos vários livros, talvez um deles, estaria escrito estes versos de Mario Quintana, em *O Velho do Espelho*:

*“Por acaso, surpreendo-me no espelho: Quem é esse que me olha e é tão mais velho que eu? Parece meu velho pai - que já morreu! Nosso olhar duro interroga: O que fizeste de mim? Eu pai? Tu é que me invadiste. Lentamente, ruga a ruga... Que importa! Eu sou ainda aquele mesmo menino teimoso de sempre. E os teus planos enfim lá se foram por terra. Mas sei que vi, um dia - a longa, a inútil guerra! Vi sorrir nesses cansados olhos um orgulho triste...”*



### Lista de Figuras

<b>Atenção à Saúde do Idoso</b>		
<b>Figura 1.</b>	Mapa territorial de Itacurubi/RS.	<b>17</b>
<b>Figura 2.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>71</b>
<b>Figura 3.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de exame clínico apropriado em dia no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>72</b>
<b>Figura 4.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com a solicitação de exames periódicos em dia no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>73</b>
<b>Figura 5.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos com priorização de medicamentos da farmácia popular no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>74</b>
<b>Figura 6.</b>		

	Evolução mensal do indicador proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que tiveram visitas domiciliares no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>75</b>
<b>Figura 7.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>76</b>
<b>Figura 8.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos com a caderneta de saúde da pessoa idosa no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>77</b>
<b>Figura 9.</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idoso com a avaliação do risco de morbimortalidade em dia no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>78</b>
<b>Figura 10</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos com avaliação da fragilização na velhice no programa da unidade de saúde. Itacurubi, RS, 2014.	<b>79</b>
<b>Figura 11</b>	Evolução mensal do indicador proporção de idosos com avaliação da rede social em dia. Itacurubi, RS, 2014.	<b>80</b>
<b>Figura 12</b>	Senhora mostrando a Caderneta da Pessoa Idosa no dia do Fórum do Idoso em Itacurubi/RS.	<b>100</b>
<b>Figura 13</b>	Amostra de água sendo recolhida em visita domiciliar de moradores do assentamento populacional em Itacurubi/RS.	<b>100</b>

<b>Figura 14</b>	Atividade desenvolvida com fisioterapeuta Fernando no Fórum do Idoso em Itacurubi/RS.	<b>101</b>
<b>Figura 15</b>	Palestra ministrado pelo médico especializando Roberto Nicola no Fórum do Idoso, em Itacurubi/RS	<b>101</b>
<b>Figura 16</b>	Figura da apresentação do Fórum do Idoso em Itacurubi/RS	<b>102</b>
<b>Figura 17</b>	Mapa territorial de Itacurubi/ RS , demonstrando as 6 microáreas.	<b>102</b>
<b>Figura 18</b>	Visita domiciliar realizada no projeto pelo médico especializando Roberto Nicola. Itacurubi/ RS.	<b>103</b>
<b>Figura 19</b>	Visita domiciliar realizada no projeto pelo médico especializando Roberto Nicola. Itacurubi/RS.	<b>104</b>

### Lista de Abreviaturas/Siglas

<b>Abreviatura em ordem alfabética</b>	<b>Nome por extenso</b>
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
4ª CRS	4ª Coordenadoria Regional de Saúde

## Resumo

NICOLA, Roberto Fernandes. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS**. 2015. 105f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS/ UNASUS, EaD, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A atenção básica a saúde do idoso merece ações que sigam os princípios do protocolo do Ministério da Saúde, com bases nas políticas do SUS. Estas ações, quando realizadas de forma criteriosa e por profissionais bem instruídos, são fatores qualificadores da saúde municipal e incentivam a autonomia e independência, na ausência ou não de doenças, da pessoa idosa. Nesse contexto, a implantação do protocolo e os cuidados incrementados ao idoso sobrepõem como um princípio de mudança de uma UBS tradicional para ESFs. Sendo assim, o objetivo desta intervenção foi implantação de uma nova filosofia de trabalho visando melhorar a atenção à saúde do idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS. A partir de metas pré-estabelecidas e objetivos específicos, durante três meses (agosto – outubro 2014), foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: a) monitoramento e avaliação; b) organização e gestão do serviço; c) engajamento público; d) qualificação da prática clínica. Estas ações foram realizadas com base em um projeto elaborado contendo o detalhamento das ações, logística e cronograma definido com a equipe. As ações foram desde a adoção de um protocolo preconizado pelo MS, monitoramento e avaliação dos registros, cadastramento e busca ativa, visitas domiciliares, atividades coletivas à capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada meta. Ao final da intervenção, a cobertura do serviço atingiu um percentual de 20,4% (62 idosos) do ESF Assentamento, prezando nesta atividade os pilares da Universalidade, Integralidade e Equidade aos usuários, com a garantia de um trabalho multidisciplinar e longitudinal. Os indicadores qualitativos alcançaram excelência em sua maioria ao longo dos três meses, fato notório visto que este projeto foi pioneiro em Itacurubi. Através do vínculo entre a Comunidade, a Equipe de Saúde e a Gestão Municipal foram alcançadas melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde da pessoa idosa. Inquestionável a intensificação do acolhimento, do vínculo, da facilidade de acesso, prioridade e continuidade na assistência. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das ações, assim como manutenção das ESFs no município de Itacurubi e implantação de novos projetos que visem outros seguimentos populacionais.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

## Sumário

<b>1 Análise Situacional .....</b>	<b>17</b>
<b>2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Justificativa .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Objetivos e Metas.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3. Metodologia .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.1. Ações .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.2. Indicadores .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.3. Logística .....</b>	<b>59</b>
<b>2.3.4. Cronograma.....</b>	<b>63</b>
<b>3 Relatório da Intervenção.....</b>	<b>66</b>
<b>4. Avaliação da Intervenção .....</b>	<b>70</b>
<b>4.1. Resultados.....</b>	<b>70</b>
<b>4.2. Discussão .....</b>	<b>84</b>
<b>4.3. Relatório para os Gestores .....</b>	<b>86</b>
<b>4.4. Relatório para a Comunidade .....</b>	<b>88</b>
<b>5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>90</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>93</b>

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa, da Unidade de Saúde Ivo Braga Fialho, do município de Itacurubi/RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em 21 de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu em 15 de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.



## 1. Análise Situacional

### 1.1. Texto inicial sobre a situação da Estratégia em Saúde da Família (ESF) /Atenção Primária à Saúde (APS).

Unidade de saúde Ivo Braga Fialho, única UBS no município de Itacurubi/RS. Município com população estimada em 2013 de 3.549 habitantes, área de unidade territorial 1.120.874 km<sup>2</sup>, densidade demográfica 3,07 hab/km<sup>2</sup>, nome gentílico é itacurubiense.



Figura 1. Mapa do município de Itacurubi, Rio Grande do Sul. 2014.

Recentemente, a via de acesso à cidade de Itacurubi foi asfaltada. Tal ação otimizou vários setores de interesse que trazem benefícios à população. A translocação de profissionais qualificados de outras cidades, a chamada migração pendular, foi um ganho imediato. Outro exemplo desta migração é a saída diária de ônibus que transportam estudantes para formação acadêmica, aumentando o número de pessoas com nível superior na cidade.

A UBS é tradicional, inexistente serviço de ESF, suas consultas são assistencialistas, ou modelo antigo, oferece a população consultas médicas (Clínica Geral e Ginecologia), ECG, coleta de CP, curativos, aplicação de injeções, suturas e retiradas de pontos, imunizações, verificações de PA e glicemia, serviço de agendamento de consultas especializadas, consultório odontológico sem RX, pronto atendimento e farmácia central.

Horário de funcionamento das 7-19hs, com serviço de enfermagem de 2ª a 6ª feira. Dispõe de atendimento médico de 2ª a 6ª feira em dois turnos (manhã/tarde) graças aos profissionais do PROVAB e Mais Médicos.

Em relação aos recursos humanos conta com 11 profissionais de ensino superior: 04 médicos (sem contar 01 PROVAB e 01 MM.); 02 enfermeiros; 02 odontólogos (1 prestes a se aposentar); 01 farmacêutico; 01 psicólogo; 01 fisioterapeuta.

Conta com 03 profissionais de ensino médio: 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal. Ainda conta com outros profissionais: 03 auxiliares de serviços gerais e 01 atendente de farmácia, 02 fiscais sanitários, 02 recepcionistas, 01 fiscal sanitário, 01 agente administrativo, 08 motoristas, 01 secretária de saúde, 01 assessora de secretaria.

Sobre as instalações, a UBS é de alvenaria, com pavimento, com local de embarque/desembarque e rampas para facilitar o acesso. Localização estratégica favorável, em avenida principal do município, e de fácil acesso a todos. Tem bela fachada, com pintura recente.

A estrutura física possui as seguintes áreas: recepção e sala de espera, sala de imunizações, dois consultórios médicos, consultório odontológico, sala de procedimento de enfermagem (curativos, suturas e inalações), sala de observação e ECG, sala de fisioterapia, processamento de materiais, farmácia, processamento de roupas, ambiente de apoio, depósito de materiais de limpeza,

lavanderia, sala da secretaria em saúde, sala de vigilância municipal, sala das atividades administrativa da enfermagem, almoxarifados e copa.

Relato sobre minhas primeiras impressões sobre a equipe de trabalho, todos muito receptivos, pessoas humildes demonstrando enorme carinho com a minha chegada. Chego num momento de mudanças e conflitos de interesses políticos, nos quais procuro não participar, prezo pela neutralidade e usufruo desta para analisar adequadamente toda e qualquer situação.

Vejo que a equipe insegura na transformação da Unidade de Saúde Básica em uma Equipe de Saúde da Família, não há instrução adequada dos profissionais responsáveis para esta mudança e há sobrecarga de profissionais que não deveriam ter esta competência.

Minhas impressões sobre a saúde da população, nas poucas semanas de trabalho já fiquei surpreso com altos índices de morbidades relacionadas ao diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. Cito um caso clínico que elucida minhas primeiras impressões: uma senhora tida como excelente educadora e conhecida por todos na cidade, como fosse um patrimônio municipal, lecionava à décadas com excelência, porem findou sua carreira precocemente por morbidades que poderiam ser prevenidas com medidas simples de atenção básica, imagino quantas crianças deixaram de aprender com ela, não há precedentes para tal perda.

Uma questão importante a ser abordada é o Movimento dos Sem Terra (MST), eles vivem em um assentamento com péssimas condições de higiene, saneamento básico e quaisquer infraestruturas. Alguns, por ventura míseros, não têm acesso à água potável, fazendo uso de poços artesianos ou águas oriundas de barragens, dividindo desta com animais para consumo próprio.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

Município de Itacurubi, localizado no oeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada de 3.549 habitantes, segundo IBGE, em 2013. A economia local é predominantemente rural, com base em pequenos produtores. A saúde local é centralizada em uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, chamada Ivo Braga Fialho, onde realizo o PROVAB.

A UBS é de localização estratégica favorável, em avenida principal do município, e de fácil acesso a todos. Tem bela fachada, com pintura recente. Prestam serviços de assistência profissional com consultas médicas (Clínica Geral e Ginecologia), ECG, coleta de CP, curativos, aplicação de injeções, suturas e retiradas de pontos, imunizações, verificações de PA e Glicemia, serviço de agendamento de consultas especializadas, Consultório Odontológico sem RX, Pronto Atendimento e Farmácia Central. Não há atendimento médico todos os dias da semana.

A unidade de saúde é vinculada ao Sistema Único de Saúde de forma integral, e apresenta consórcio intermunicipal com o Hospital de Caridade de Santiago (HCS), município vizinho e distante 65 km. O consórcio abrange internações hospitalares, atendimentos de pronto-socorro, urgências e emergências, todos cobertos pelo SUS. A remoção destes pacientes é realizada quase imediatamente por motoristas da prefeitura, em ambulâncias e automóveis adaptados para transporte de pacientes enfermos. Os exames complementares laboratoriais são realizados na própria UBS uma vez por mês, realizados por bioquímico do município vizinho. Os demais exames médicos e de urgência são referidos ao município referência (Santiago) para serem realizados. A UBS conta também com um consórcio de profissionais especialistas e exames de imagem no município próximo, para atender aos pacientes que não possuem planos de saúde e necessitam de atendimento prioritário. Os pacientes conseguem descontos nas consultas particulares ou ajuda do nosso município para custear essas despesas médicas.

Conta com 11 profissionais de ensino superior: 04 médicos (sem contar 01 PROVAB e 01 Mais Médicos), 02 enfermeiros, 01 odontólogo, 01 farmacêutico, 01 psicólogo e 01 fisioterapeuta. Com 03 de ensino médio: 02 técnicos de enfermagem e 01 auxiliar de saúde bucal. Ainda conta com: 03 auxiliares de serviços gerais, 01 atendente de farmácia, 02 fiscais sanitários, 02 recepcionistas, 01 fiscal sanitaria, 01 agente administrativo, 08 motoristas, 01 secretária de saúde e 01 assessora de secretaria.

Em relação à estrutura da UBS, o ponto que considero importante ressaltar é que as instalações foram sendo adaptadas, ao longo de 20 anos, causando desarmonia entre setores, locais inapropriados e confusão para aqueles que não conhecem o local. Possui Projeto Arquitetônico de reformas aprovado pela NVES/DVS/CEVS/SES, porém as áreas aprovadas não foram executadas na sua totalidade e algumas áreas construídas não estão sendo utilizadas conforme o projeto original.

A UBS é de alvenaria, com pavimento, com local para embarque/desembarque e rampas para facilitar o acesso. Ventilação e iluminação natural/artificial satisfatória na maioria dos locais. Revestimento de piso e teto adequados (liso e lavável) em algumas dependências, que passaram por reformas, porém algumas paredes necessitam de manutenção e conservação, pois apresentam rachaduras e mofo.

Portas internas (dos consultórios e outras dependências) de vidro, com cobertura adesiva lisa, lavável e semi-impermeável, que não permitem privacidade dos pacientes em alguns consultórios. Possuem algumas dependências identificadas e outras necessitam de identificação. De modo geral, as condições de higiene e limpeza dos ambientes, equipamentos e mobiliários são insatisfatórias pela a última análise da Inspeção da 4a Coordenadoria Regional de Saúde.

Não possui manutenção preventiva dos equipamentos, só corretiva quando necessário, sem registro. Foi encontrado na sala de vacinas, material perfuro cortante em caixa de papelão comum, o que é extremamente grave (do ponto de vista legal e biossegurança) para os trabalhadores da enfermagem, higienização e meio ambiente. Em outros locais, o descarpax estava depositado no chão, o que não é permitido.

A Unidade não possui abrigo de resíduos, os resíduos são armazenados em bambona de 200L instalada ao ar livre no pátio interno sendo este um local impróprio, pois os resíduos transitam pelo interior da Unidade ao serem colocados para destinação final. Os resíduos infectantes, por vezes são espalhados pelo chão, expostos ao sol e a chuva quando a bambona está muito cheia.

Uma importante deficiência do local está nos medicamentos e insumos complementares na Atenção Básica. Muitas medicações não estão disponíveis na farmácia da unidade e, outra parcela significativa, foi realizada a licitação há meses, sem

resposta do setor de compras do município. A gestão local necessita de mais comprometimento com a saúde do município para priorizar o abastecimento da farmácia básica.

Concluindo este levantamento de irregularidades abordadas neste breve relato, observo que tais inconformidades são de caráter grave e comprometem a qualidade do atendimento, segurança dos usuários e trabalhadores, assim como este que vos escreve. Algumas melhorias poderiam ser realizadas de forma simples, sem necessitar grandes recursos. Por outro lado, existem recursos financeiros para realizar diversas melhorias, mas não há esforço comum para a adequação e ou aquisição. Tais irregularidades afetam, por vezes, o meio ambiente, os trabalhadores que podem se contaminar com materiais pérfuro-cortantes, armazenados de maneira incorreta, e usuários que transitam no local. Não poderiam ocorrer tais conformidades uma vez que a UBS esta em funcionamento em longa data, me surpreende a Vigilância Sanitária não tomar devidas providências e/ou a gestão pública em se adequar às insalubridades recorrentes. Não sei delimitar até onde repercutem tais desarmonias, por assim dizer; ora, além do desconforto físico, legal e bioético, participo que o moral da equipe, usuários e população geral é afetada. A segurança de todos os envolvidos deve ser prioridade. Não pode ocorrer descaso neste assunto, pois por via judicial e legal tais consequências sobrepujam a atenção!

Concomitantemente, traçando um plano de ação, as medidas simplórias de melhorias, que me parecem maioria, devem ser realizadas de maneira resolutivas. Então, com calma, elaborar melhorias que dispõem de meios financeiros, com análises de custo e solicitações orçamentárias. Por fim, promover a manutenção e acompanhamento de todas as medidas, com a união e colaboração de todos.

Sobretudo, na perspectiva de melhorias e na capacidade de acreditar que o ser humano pode ser de fato bom, quando um paciente esta doente, além da cura, ele quer ser tratado por meios de bom grado e respeito.

O perfil demográfico predominante é de população rural com tendência, importante ao envelhecimento da população local, visto principalmente pelo número superior às estimativas referente à população idosa. Baseado na literatura do Ministério da Saúde,

a equipe de saúde apresenta dados, relacionados ao tamanho da equipe e ao número de profissionais, adequados para o tamanho da área adstrita e número populacional.

Os pacientes são atendidos pela equipe básica de acolhimento ao usuário no momento que chegam ao serviço e retiram fichas para o atendimento médico/odontológico. A demanda de atendimento é realizada por meio de fichas de atendimento médico, pois a população local e os gestores municipais não aceitam o atendimento de consultas agendadas. Essa limitação atrapalha o acompanhamento de pacientes, pois a triagem é feita pela ordem de chegada e não segundo a prioridade. O ideal seria o atendimento conforme agendamento prévio de consultas e também por demanda espontânea, baseado na estratificação do risco pela equipe de saúde. Apesar da maneira de funcionamento do serviço não ser a mais adequada, não possuímos excesso de demanda e dificilmente algum paciente sai da UBS sem ao menos receber uma orientação por parte de algum profissional da equipe, mesmo que o atendimento médico/odontológico não seja realizado no turno desejado.

Além desses atendimentos, os casos de urgência e emergência são atendidos de forma prioritária por toda a equipe de saúde, independente do serviço estar com a demanda do dia suprida. Porém vale ressaltar a falta de equipamentos para estes atendimentos, assim como instrumentação, já foram solicitadas inúmeras vezes à prefeitura e esta existindo atraso na entrega destes materiais. Casos de urgência/emergência invariavelmente são encaminhados para Santiago em uma ambulância que carece até em suporte básico.

Partindo para o atendimento de grupos populacionais específicos, a principal limitação encontrada na UBS é a falta de ações de atenção à saúde estruturada e programática. A UBS não possui protocolos ou manuais técnicos de atendimentos, registros específicos ou monitoramento regular das ações de nenhum dos grupos de abrangência, sejam eles crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos ou idosos.

Nosso acolhimento é feito apenas no início da manhã e/ou início da tarde. É realizado o acolhimento individual ao usuário quando este procura o serviço de saúde. Aqueles usuários que estão aguardando atendimento permanecem na sala de espera,

após uma breve conversa com a recepcionista e retirada de sua ficha de atendimento, passam pelo acolhimento individual e são direcionados para os setores definidos.

O acolhimento coletivo tende a ser incentivado quando palestras a grupos populacionais específicos, ou até mesmo familiares, começarem a surgir, unindo os servidores da saúde com o usuário. Para que este processo seja elaborado a política centrada na doença deverá deixar de existir, consolidando a Estratégia de Saúde da Família.

Ao longo do dia são ouvidos todos os pacientes que procuram a unidade de saúde, desde que seja para retirada de medicamentos, informações, pesagem do Bolsa Família, medidas de PA, HGT, informações de horários e etc.

O grande impasse está no fato de que não há consultas agendadas para o serviço médico, odontológico e serviço de enfermagem. Como trabalhamos com distribuição de senhas por turno, esses pacientes que poderiam ser agendados conforme necessidade e tempo oportuno, ocupam as “fichas” daqueles que necessitam de atendimento prioritário, indo de encontro ao princípio da equidade na atenção básica.

Tais ações já demonstraram serem catastróficas, não cumprem com requisitos básicos da atenção primária em promoção, proteção e recuperação da saúde.

Há apenas um serviço assistencialista de livre demanda, não organizada em grupos. Entretanto, há uma comoção em transformar este serviço em duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporcionando maiores cuidados com longitudinalidade, acessibilidade, coordenação e integralidade da população itacurubiense. Uma equipe seria conduzida por um médico do PROVAB e outra do Mais Médico.

As ações de atenção da saúde da criança, entre 0 a 72 meses, oferecem atendimentos apenas de livre demanda, porém não há consulta programática. Este grupo tem livre acesso, não necessitam fichas para o atendimento e mesmo assim não há sobrecarga. O acompanhamento junto à caderneta da criança não é estimulado, algo que já estou mudando, solicitando que a acompanhante da criança tenha sempre em mãos. A vacinação é realizada adequadamente graças à organização da equipe de enfermagem, sendo esta a única atividade programática, mas de difícil monitoramento. Existem 35 crianças menores de um ano de idade, este número



representa 81% do indicador de cobertura. Todas estas crianças tiveram o teste do pezinho, triagem auditiva e orientações sobre aleitamento materno exclusivo realizados.

A região rural de Itacurubi é ampla e de difícil acesso, dificultando a proximidade do serviço de saúde com seus usuários, não exercemos ações programáticas de fato, mas quando há a busca por consultas, aproveitamos aquele momento para transmitir orientações gerais, relativas a cuidados da criança, às mães e acompanhantes. Observo ser curiosa a figura mística das avós, que por esta distância, da saúde e usuários, tomam o lugar do médico e cumprem o papel de monitoramento e aconselhamento das crianças, como antigos Xamãs; temos que ter muito cuidado, por vezes, abordar estes assuntos e desmistificar tais medidas obsoletas podem deixar a família contra o médico ou equipe de saúde. No que se referem às crianças, mães e avós em uma área populacional carente ou de fortes tradições, as ações da equipe de saúde beiram uma arte nobre.

Em relação ao pré-natal, temos 13 gestantes neste momento, 24% do indicador de cobertura. O serviço não é acompanhado por um médico de família, inexistindo consultas programáticas no espectro da estratégia em saúde da família, não há este profissional que realize vínculos de fatos cronológicos: pré-natal / puericultura / pediatria. Porém o serviço é centralizado na figura do médico ginecologista que atende, em um determinado dia da semana, a demanda de gestantes da área. Tais pacientes possuem boa qualidade de atendimentos, tendo preferência ao acesso, sendo conduzidas com todos os cuidados necessários, incluindo participação ativa de psicólogo, fisioterapeuta, enfermagem e serviços secundários e terciários que dispomos. Com a implantação da ESF, prioritariamente, as gestantes serão coordenadas pelo médico generalista, este sim terá o poder de encaminhar a gestante ao ginecologista/obstetra se achares necessário. Acredito que haverá descontentamento das gestantes, ora, eram atendidas por um médico especialista e agora serão atendidas por um generalista. Em seguida verão os benefícios e compreenderão o serviço.

Em relação ao serviço de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama não temos valores quantitativos e nem qualitativos sobre o serviço prestados, não possuo indicadores de cobertura. São atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, com a coleta do citopatológico, médico ginecologista/obstetra citado anteriormente e médica que cumpre com serviços

generalistas em dois turnos por semana. A acessibilidade ao serviço de prevenção é realizada quando as pacientes procuram atendimentos na UBS, por orientação das agentes comunitárias ou por acompanhamento já estabelecido.

Acredito que o serviço, neste formato, não é tão eficiente, apesar de ser muito bom, quanto seria se houvesse agendamento de atendimentos e não por livre demanda. Assim haveria maior controle e buscas por pacientes com pouca adesão. Não são raras as pacientes que atendo que não estão em dia com a prevenção relativa à saúde da mulher. Com o ESF em implantação em nosso serviço, já há a preocupação com a coordenação destas pacientes e melhor acessibilidade. Realizar o agendamento é fundamental para bons resultados, pois envolve toda a equipe para uma mesma atividade podendo ser realizadas atividades dos diferentes serviços, integralidade ao paciente. Trazendo os pacientes para um médico da saúde da família deixaria o especialista em ginecologia/obstetrícia sem a sobrecarga usual em seu serviço.

A diabetes mellitus e hipertensão são duas doenças que causam grandes morbimortalidades ao longo do tempo se não controladas. São doenças complexas e geralmente associadas a outros fatores complexos como dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso, aterosclerose e o que julgo ser de pior controle, o hábito. São doenças crônicas, associadas ou não, distribuídas em várias etapas, em diferentes morbidades secundárias e em pacientes de diferentes faixas etárias e necessidades. Não há amostras de quantos hipertensos e ou diabéticos existem em Itacurubi.

Apenas o controle medicamentoso nas consultas de livre demanda não é suficiente para a maioria dos pacientes e no momento apenas este serviço é prestado em Itacurubi. A demanda é muito grande nos ambulatórios e os pacientes não são controlados, é um fator que diminui severamente a expectativa de vida da população acometida. Os médicos estão agindo em sua capacidade máxima no modelo assistencialista pré-existente e não vencem a brutal demanda. O impressionante é a quantidade de novos casos, fatores relacionados com a alimentação com alto teor de gordura, carboidratos e alcoolismo são assustadores.

Perante esta análise, observo que a cultura do gaúcho na sua essência influencia muito nos números de hipertensos, diabéticos e, sobretudo, no desleixo perante a saúde. Em relatos pude observar que os pacientes presenciaram seus familiares morrerem perante tais circunstâncias e veem tais morbidades como um processo normal da vida. Tentar reeduca-los por vezes beira

o desrespeito, de fato eles preferem a doença que deixar de seus hábitos. Pois nesta cultura, a alimentação rica e exagerada é a recompensa desejada após a atividade rural intensa. São homens e mulheres humildes, trabalhadores braçais enraizados na cultura agropecuária tradicionalista e não temem os males de uma vida desregrada.

Transcrevo um acontecimento que elucida este universo: Paciente idoso chega com dor de forte intensidade precordial, possivelmente um infarto agudo do miocárdio, ele relata que realizara uma cirurgia cardíaca e o cirurgião solicitou que ele retornasse para reavaliação, em uma semana no máximo, perante a gravidade do caso: ele não retornou. Mesma situação ocorreu na segunda cirurgia, sendo esta mais grave. Pergunto impaciente, quanto tempo faz que ele realizou tais cirurgias e ele responde, 28 anos a primeira e 14 anos a segunda`. Não podemos combater o livre arbítrio, porém os custos com a saúde e anos perdidos de vida produtiva são inestimáveis na esfera socioeconômica.

Sobre a saúde da pessoa idosa, os idosos em minha área são prejudicados por não receberem a assistência adequada. Existem, através de dados fornecidos pelos ACS, 608 idosos na área, 2,5 vezes mais do que a média nacional. Eles são tratados com carinho e respeito, porém na parte técnica, ou melhor, na parte de planejamento deixa a desejar. Não há programas visando benefício para esta população, são atendidos na maioria dos casos para renovação de receitas e não são abordados assuntos relativos à saúde do idoso. Tal quadro tende a mudar uma vez implantado a ESF, teremos uma postura diferente e os idosos serão coordenados com maior eficiência, dedicando um período semanal para o atendimento deste grupo, novamente a equipe poderá unir esforços, reforçando a integralidade de forma longitudinal, dois fatores importante visando o cuidado ao idoso.

Desde que iniciei meus atendimentos no município, a grande maioria dos idosos que atendo, realizo avaliação multidimensional da pessoa idosa, mesmo que em sua forma reduzida. Quando encontro fatores de risco associados a quedas, imobilidade, fragilidade, polifarmácia, saúde mental e outros; realizo exame mais detalhado desses casos. A população idosa não pode ser avaliada quanto indicadores de qualidades por não haver registro para tal ação, esta medida será o primeiro passo após a implantação da ESF.

Os idosos de minha área são intransigentes no que se refere à saúde, para eles quem precisa de médico é quem esta doente, geralmente do sexo masculino compartilha mais desta ideia. Combater esta cultura é essencial. Temos o dever de levar conhecimento para todos. A população brasileira está em constante processo de envelhecimento, logo, teremos uma proporção cada vez maior de pessoas consideradas idosas. Essas pessoas estão cada dia mais em busca de longevidade e saúde de forma integral. Tendo esta noção fica fácil perceber que medidas preventivas diminuirão os gastos com a saúde de modo geral e que a política assistencialista é obsoleta.

### **1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Após refletir sobre determinados assunto desta narrativa situacional da UBS Ivo Braga Fialho, em Itacurubi, concluo que o modelo de saúde tradicional assistencialista, baseando em atendimentos de livre demanda e não se aprofundando em medidas preventivas dos grupos citados, é um modelo esgotado, ou seja, obsoleto. Pois não supre as qualidades da atenção primária, baseada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

## 2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

### 2.1. Justificativa

Estamos acompanhando uma era de transição demográfica, no Brasil e no mundo. Este fenômeno demonstra notórias mudanças, entre as mais distintas, o envelhecimento da população. Se por um lado podemos celebrar esta conquista, por outro lado, existe o desafio de zelar com maior presteza a saúde da pessoa idosa.

As pessoas idosas apresentam fragilidades específicas do ponto de vista fisiológico, psicológico e social, decorrentes das perdas que ocorrem ao longo da vida e que as tornam susceptíveis às alterações no estado de saúde e seus problemas se caracterizam pela diversidade, cronicidade e complexidade. A saúde pública tem conquistado incentivos e metas, o Pacto pela Saúde 2006 que corresponde ao Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão, representa estas prioridades expressa em objetivos. Entre os grupos acolhidos neste importante movimento, os idosos conquistaram grandes benefícios, se assim cumpridos, vêm a somar com outras grandes conquistas, como o Estatuto do Idoso.

Em Itacurubi, município localizado na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, o número de idosos representa 17% da população local, mais que a porcentagem nacional em 2,5 vezes, em análise com o Censo Demográfico de 2010, pelo IBGE (2010). Se existe uma preocupação em esfera nacional com os idosos, em Itacurubi esta preocupação deveria ser 2,5 vezes maior.

Na única Unidade de Saúde em Itacurubi, onde são centralizados os atendimentos da população, os idosos recebem cuidados quando vão procurar consultas por livre demanda. A cidade foi dividida em 08 microáreas, 04 microárea para cada equipe ESF ( uma ao PROVAB e outra ao Mais Médicos ), atuei com um número de 304 idosos, coincidentemente a metade dos idosos de Itacurubi. Destes, foi constatado que 82% sofrem de hipertensão arterial sistêmica e 17% de diabetes. Existe o viés em relação aos

dados, pois os agentes de saúde não são concursados e não confere a eles o diagnóstico, porém o rastreio. Apesar da superestimação, tais números nos ajudam uma vez que demonstram a fragilidade desta população, apontando que deve haver medidas para completar o processo de acessibilidade, ou melhor, dar continuidade ao rastreio dos agentes de saúde.

Em teoria, o programa de atenção à saúde do idoso a ser implantado tende a dar acesso ao acompanhamento a 100% dos idosos cadastrados na ESF que atuei, em um período de 13 meses, caso incorporado a rotina da UBS. Na prática, provavelmente haja alargamento deste período, respeitando as adversidades e reestruturação, caso necessite, após as avaliações dos primeiros resultados. Ao término do período de acesso dos idosos cadastrados, o que difere da acessibilidade sendo esta uma qualidade contínua, o dia deste processo será destinado ao acompanhamento e não necessitará de mais um dia de apoio, dito anteriormente.

O objetivo será a contemplação do idoso, qualificando as ações destinadas a estes usuários, em Itacurubi, respeitando esta fase da vida e proporcionando todos os benefícios conquistados na Atenção Básica nas últimas décadas, na esfera política nacional para a prática municipal, onde ainda é pujante o assistencialismo centrado na doença.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **2.2.1. Objetivo geral**

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi /RS.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura do programa do idoso.
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos idosos.

### **2.2.3 Metas**

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

- **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica a 100% dos idosos.

- **Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

- **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

- **Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

- **Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3. Metodologia**

### **2.3.1. Ações**

#### **2.3.1.1. Ações da Atenção à Saúde do Idoso**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 27,6%.

Monitoramento e Avaliação:



- Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Durante a intervenção, o monitoramento será realizado ao término de cada consulta com o preenchimento da planilha de coleta de dados em formato Excel. A avaliação e monitoramento mais detalhados destes dados serão realizados com o uso das fichas-espelho. Também será realizado o registro específico em prontuário médico. O odontólogo da unidade de saúde não participará efetivamente do projeto, pois sua carga horária é reduzida, dois turnos por semana. Apesar deste contratempo, será disponibilizado a este profissional a ficha-espelho da saúde bucal da pessoa idosa, este material também disponibilizado pelo curso. Assim teremos um breve controle daqueles idosos que buscam atendimento odontológico.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Acolher os idosos.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

O cadastramento dos usuários será contínuo, e realizado por qualquer membro da equipe na UBS. As agentes comunitárias farão a atualização ou cadastramento do idoso por meio de visitas domiciliares, a recepcionista quando for por livre demanda e, os demais profissionais durante o atendimento clínico ou odontológico quando as etapas anteriores não tiverem sido realizadas, assim todos os idosos serão acolhidos e cadastrados.

- Atualizar as informações do SIAB.

As informações do SIAB serão atualizadas pelas agentes comunitárias de saúde, mensalmente, na residência do paciente, cada ACS será responsável por uma microárea, os dados serão repassados conforme a conclusão de cada microárea.

#### Engajamento Público:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Para contemplar esta meta, cada ACS irá organizar, em sua microárea, um ou mais encontros para abordar os temas mencionados acima. Os encontros deverão ocorrer em dias da semana ainda não especificados, no primeiro mês, respeitando particularidades de cada localidade e a agenda da ESF. Participarão destes encontros todos os membros da equipe.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Na semana anterior e na primeira semana de intervenção será realizada a capacitação visando cada membro da ESF Assentamento. Estes encontros serão realizados no intuito de treinar a equipe para o acolhimento aos idosos e para a busca dos idosos desassistidos, tendo como base a Política Nacional de Humanização. A capacitação será realizada na própria unidade e ministrada através de reunião pelo médico especializando. O material de apoio será oriundo do protocolo oficial e será incentivado o livre debate destes temas.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Para contemplar os três meses do projeto, será preenchida a planilha de coleta de dados em formato Excel. Um tópico a ser preenchido corresponde ao monitoramento da AMR. Após o estudo a planilha ficará em desuso, então será necessário pesquisar nos prontuários médicos e coletar os dados para preencher as fichas-espelho. Cada ficha-espelho informa dados referentes à saúde

da pessoa idosa, inclusive o monitoramento da AMR. O preenchimento das fichas espelhos será mensalmente realizado, pelo enfermeiro da ESF Assentamento, no primeiro dia de atendimento a este grupo de cada mês. Ele irá preencher somente as fichas-espelho dos idosos que consultaram no mês prévio, sinalizando com adesivos coloridos aqueles que não estão com ARM em dia.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Os recursos necessários para a AMR serão solicitados ao Secretário de Saúde caso for necessário, por meio de um ofício, previamente ao começo da intervenção.

- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

O recepcionista fará o primeiro contato com o paciente e informará ao técnico de enfermagem. O paciente será conduzido até a sala de procedimentos onde seus sinais vitais será aferido pelo técnico, assim como seu peso, altura e avaliação visual na tabela de Snellen. Ao comando do enfermeiro, o paciente passará até a sua sala, onde realizará uma breve entrevista para o preenchimento da ficha de AMR. O médico prosseguirá com a AMR, em seu consultório, a partir da qualificação dos dados abordados onde o questionário do enfermeiro apontou alterações.

#### Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Estas questões serão abordadas a nível pessoal durante cada consulta médica e nas atividades de âmbito geral: reuniões com a população de cada microárea no primeiro mês (supracitadas nos tópicos de engajamento público). Outros meios importantes

de divulgação serão as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, assim como sua atuação da ESF em associações de bairros e no Grupo do Idoso.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida (AMR).
- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

A capacitação será realizada conforme as reuniões de equipe previamente ao começo da intervenção. Após o começo da intervenção a capacitação será retomada conforme a necessidade.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

O monitoramento será realizado através da Planilha Excel e Ficha-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A aferição da PA, FC, FR, peso, altura e HGT serão realizadas pelo técnico de enfermagem antes de cada consulta médica.

O exame físico detalhado assim como o seu registro será realizado pelo médico atendente.

- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

A busca será desencadeada a partir da constatação que o paciente não teve o exame clínico apropriado perante a ficha-espelho. A consulta será marcada conforme a disponibilidade do paciente e da agenda médica. O enfermeiro deve relatar o atraso ao ACS e este seguirá com a busca do paciente.

- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Os idosos hipertensos e diabéticos terão as mesmas vias de acolhimento dos idosos em geral. Respeitando o princípio da equidade, iremos sempre buscar atender aqueles com maiores morbidades. Além da agenda relevante a saúde dos idosos estes pacientes irão fazer parte das medidas de saúde do hipertenso e diabético, na unidade de saúde.

- Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

O município além das vias regionais de referência pelo SUS, organizada pela 4ª CRS, também esta inserido em um convênio intermunicipal ao oeste do RS. Os pacientes que necessitam de consultas especializadas terão seu acesso garantido, tendo o médico da ESF o gerenciamento destas ações.

#### Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

A orientação seguirá ao nível individual, encontros com a população alvo nas microáreas, por visitas do ACS e em caráter geral no dia do Fórum do Idoso que ocorrerá em Outubro.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A capacitação da equipe seguirá conforme relatado em outras atividades de qualificação, previamente ao começo da intervenção e conforme a necessidade, durante as reuniões de equipe que ocorrem em todas as sextas-feiras.

**Meta 2.3** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

O médico deve relatar no prontuário médico se o paciente esta ou não com os exames em dia, assim como a solicitação destes exames. O monitoramento devesse ao retorno do paciente com os exames ou na ausência deste, pelo enfermeiro que copilará as informações à ficha-espelho. A ficha-espelho terá a sinalização de adesivos sinalizando a ausência.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Temos um convênio com um laboratório de um município próximo que realiza os exames solicitados. O retorno se faz em tempo hábil e a velocidade com que este exame é realizado depende da necessidade do paciente. Exames mais complexos que exigem serem encaminhados a outros níveis segue o fluxo do SUS.

- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Os exames de complementares terão o sinal de alerta com o uso de recados coloridos autoadesivos e caneta marca texto em prontuários médicos e ficha-espelho.

#### Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

A orientação ocorrerá em caráter individual durante a consulta médica e a nível populacionais com as atividades desenvolvidas nas microáreas de cada ACS. O Fórum do Idoso também dará aporte a estas orientações.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares  
A capacitação ocorrerá nas semanas que precedem a intervenção em encontros semanais de reunião da equipe.

**Meta 2.4** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

O monitoramento confere com as responsabilidades do farmacêutico da unidade de saúde, dando suporte ao projeto.

Organização e Gestão do Serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Este controle e registro conferem com as qualidades e responsabilidades do farmacêutico da unidade de saúde, dando suporte também ao projeto.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

A orientação será realizada pelo médico quando entregar a receita de medicamentos ao paciente.

Qualificação da Prática Clínica:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A atualização profissional e capacitação de equipe será desenvolvida perante o protocolo semanas antes do começo da intervenção e também durante ou até mesmo após a intervenção conforme a necessidade.

**Meta 2.5** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

O monitoramento durante o projeto se dará com a planilha Excel, após será conferida pelo enfermeiro via ficha-espelho.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

O registro confere as responsabilidades e qualidades do ACS que dará suporte ao Programa.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Os ACS serão os grandes propagadores destas informações em suas microáreas, mas também confere a qualquer profissional da saúde este ato.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Esta capacitação já ocorre frequentemente e antes do começo do Projeto. Durante os encontros e capacitações gerais este tema também será abordado. Caso necessário o Projeto dará apoio e suporte para esta capacitação caso o enfermeiro responsável pelos ACS ache necessário.

**Meta 2.6** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação:



- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A visita será realizada pelos ACS como frequentemente ocorre. Os ACS serão treinados a identificar situações que configurem riscos ao paciente acamado ou com problemas de locomoção e deverá solicitar visita de um profissional da ESF ou de apoio as ESFs para melhor avaliação, respeitando um escalonamento. Obviamente estes pacientes terão consultas médicas também, a nível domiciliar ou ambulatorial, conforme a necessidade e logística da ação.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A área de atuação da ESF é muito extensa, as visitas domiciliares serão viáveis em caso de brevidade sinalizadas pelos ACS ou respeitando uma logística que o enfermeiro optar perante a necessidade do paciente e conforme a viabilidade da agenda da ESF.

#### Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

As orientações partem das consultas médicas individuais e em orientações de caráter geral pelos ACS ou pela ESF.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

O enfermeiro da ESF orientará e qualificará os ACS brevemente ao começo da intervenção. A capacitação se faz necessária e a atualização deve ocorrer nas reuniões semanais.

**Meta 2.7** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitoramento ocorrerá pela planilha Excel e ficha-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

O acolhimento ao idoso portador de HAS será realizado com o agendamento de consulta ao Projeto.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Será solicitado, pela enfermeira, ao gestor, o envio de equipamentos adequados para a tomada da medida da pressão arterial e manutenção daquelas presentes na unidade.

#### Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

A orientação ocorrerá a nível ambulatorial e atividades em microáreas de caráter geral.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

A capacitação será realizada em reuniões de equipe previamente ao começo da intervenção.

**Meta 2.8** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

O monitoramento ocorrerá através da planilha Excel e ficha-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Todo idoso que procurar atendimento na unidade será passado para a triagem, em que será aferida a pressão arterial e teste HGT realizado, quando pertinente. A queixa principal será ouvida e passada ao médico para casos agudos. Quando sem urgência a consulta será marcada para o próximo horário vago.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Será solicitado, pela enfermeira, ao gestor, o envio de equipamentos adequados para realização do hemoglicoteste e manutenção daquelas presentes na unidade.

#### Engajamento Público:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

As orientações serão ao nível ambulatorial e em encontros com a comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

A capacitação ocorrerá em reuniões semanais da ESF antes do começo da intervenção.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

O monitoramento será feito nas reuniões de grupo, quinzenais ou semanais, a partir das fichas espelho e prontuário odontológico e lista específica para tal.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Todo idoso que procurar atendimento na unidade será passado para a triagem, em que será aferida a pressão arterial e teste HGT realizado, quando pertinente. A queixa principal será ouvida e passada ao médico ou dentista para casos agudos. Quando sem urgência a consulta será marcada para o próximo horário vago.

- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Todos os idosos que procurarem a unidade por livre demanda ou por meio das ACS em visitas domiciliares serão cadastrados no programa.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Os idosos terão prioridade na assistência e marcação de consultas.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Os idosos terão prioridade na assistência e marcação de consultas, portanto, três fichas para consultas programáticas serão destinadas diariamente aos idosos. Casos de urgência também serão atendidos.

#### Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

As orientações serão a nível ambulatorial e em encontros com a comunidades.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

A capacitação ocorrerá brevemente à intervenção em reuniões semanais da ESF.

**Meta 2.10** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

O monitoramento será feito nas reuniões de grupo, quinzenais ou semanais, a partir das fichas espelho e prontuário odontológico.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Todo idoso que procurar atendimento na unidade será passado para a triagem, em que será aferida a pressão arterial e teste HGT realizado, quando pertinente. A queixa principal será ouvida e passada ao médico ou dentista para casos agudos. Quando sem urgência a consulta será marcada para o próximo horário vago.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

O idoso será encaminhado ao atendimento odontológico se necessário, após a avaliação médica. O atendimento ao idoso segue como prioridade em consultas sob livre demanda.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Orientações prestadas a comunidade seguirão a nível ambulatorial e em encontros organizados pelos ACS.

### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de idosos.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

A capacitação seguirá a agenda das reuniões de equipe brevemente ao começo da intervenção e logo após se caso necessário.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

O não comparecimento do idoso na consulta programada desencadeará busca ativa do ACS responsável afim de novo agendamento.

### Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

O ACS será capacitado para organizar o acolhimento do idoso e busca ativa.

### Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A escuta e orientações no que se refere a este grupo populacional partirá das consultas ambulatoriais e em reuniões gerais organizadas pelos ACS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Qualificações serão realizadas cumprindo a agenda de reuniões da ESF brevemente antes do começo da intervenção.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

O monitoramento seguirá com a planilha Excel e fichas-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

As informações serão atualizadas pela enfermeira da equipe.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

A ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso serão apresentadas à equipe como registro de avaliação e monitoramento e devidamente implantada para uso na rotina do serviço.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Por meio da capacitação o registro das informações será pactuado.

- Definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

O monitoramento será feito pelo médico durante a intervenção e, posteriormente pela enfermeira da unidade de saúde.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

O sistema de alerta implantado será o uso de adesivos coloridos anexados ao prontuário médico e em fichas-espelho.

#### Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

As orientações serão realizadas a nível ambulatorial e também em encontros com a comunidade organizados pelos ACS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

A equipe será capacitada com as reuniões semanais brevemente ao começo da intervenção.

**Meta 4.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O médico utilizará a Caderneta da Pessoa Idosa durante a consulta e observará a cronicidade dos registros.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O gestor terá conhecimento da utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa através de um ofício antes do começo do projeto, em tempo hábil para a sua disponibilização.

#### Engajamento Público:

- Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.



Orientações serão realizadas na entrega da caderneta de saúde, assim como em consultas e encontros comunitários.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

A capacitação da equipe ocorrerá durante os encontros semanais da ESF brevemente ao começo da intervenção.

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

**Meta 5.1** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

O monitoramento ocorrerá com a planilha Excel e fichas-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

O princípio da equidade será respeitado durante o projeto.

#### Engajamento Público:

- Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

A capacitação ocorrerá através das reuniões de equipe semanais antes do começo da intervenção.

**Meta 5.2** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

O monitoramento ocorrerá através da planilha Excel e fichas-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice.

O Projeto respeitará o princípio da equidade.

#### Engajamento Público:

- Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

A orientação seguirá no ambulatório, assim como em encontros com a comunidade organizados pelos os ACS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

A capacitação ocorrerá através das reuniões semanais antes do começo da intervenção.

**Meta 5.3** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

O monitoramento se dará através da planilha Excel e fichas-espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço:

- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

O projeto seguirá com o princípio da equidade, que engloba também esta meta.

#### Engajamento Público:

- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

As atividades de orientação social será através de encontros com a comunidade e na consulta ambulatorial individual.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

A capacitação será realizada durante as reuniões de equipe semanalmente antes do começo do projeto.

**Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

#### Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional entre os idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

O monitoramento será através da planilha Excel e fichas-espelho.

#### Organização e Gestão do serviço:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

As consultas agendadas respeitarão o número de 07 idosos por dia.

#### Engajamento Público:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo.

O esclarecimento seguirá a nível individual e em encontros com a comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos.

A capacitação seguirá com reuniões semanais da ESF antes do começo da intervenção.

**Meta 6.2** Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação a prática de exercícios físicos entre os idosos que realizaram primeira consulta programática.

O monitoramento será realizado pela planilha Excel.

Organização e Gestão do serviço:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Serão 07 consultas em dias de atendimento do projeto.

Engajamento Público:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo.

As orientações prestadas a comunidade seguirão a nível ambulatorial e em encontros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos.

A capacitação se dará nas reuniões semanais antes do começo do projeto.

**Meta 6.3** Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar as orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

O monitoramento seguirá com o uso da planilha Excel e fichas-espelho.

Organização e Gestão do serviço:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Para ocorrer um tempo médio adequado seguiremos com 07 consultas semanais.

- Disponibilizar material ilustrativo (se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

Será solicitado ao gestor pela enfermeira.

Engajamento Público:

- Esclarecer a comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

Orientações seguirão a nível ambulatorial e em encontros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

A equipe será capacitada durante encontros semanais antes do começo da intervenção.

**Meta 6.4** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar as orientações sobre higiene da saúde bucal.

As monitorizações ocorrerão com o uso da planilha Excel e uso da ficha-espelho.

Organização e Gestão do serviço:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Será conforme a necessidade do usuário.

- Disponibilizar material ilustrativo (se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

Será solicitado ao gestor pela enfermeira.

Engajamento Público:

- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.  
A orientação seguirá com encontros semanais antes do começo da intervenção.

### **2.3.2. Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Indicador 2:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Indicador 3.** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador 4.** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

**Indicador 5.** Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Indicador 6.** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 7.** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador 8.** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador 9.** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.



Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Indicador 10.** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Indicador 11.** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Indicador 12:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Indicador 13:** Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Indicador 14:** Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Indicador 15:** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Indicador 16:** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Indicador 17:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Indicador 18:** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Indicador 19:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

**Indicador 20:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3. Logística

O manual “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, do Ministério da Saúde (MS) 2006, será adotado como principal guia técnico das intervenções. O Pacto Pela Saúde 2006, no caderno “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento”, também do MS, servirá de apoio, justificando as intervenções.

Sobre a organização do registro específico, uma nova reestruturação dos prontuários médicos será necessária. Deverá existir um local onde serão armazenadas todas as fichas dos idosos da ESF. Neste local, as fichas serão separadas pelas 4 microáreas. Não será realizado prontamente este processo, à medida que os idosos virão consultar semanalmente, os prontuários serão reorganizados desta nova maneira. O enfermeiro terá em mãos o livro registro dos pacientes idosos que vieram consultar nos últimos três meses, buscará informações nos prontuários destes e passará para a ficha espelho. A caderneta do idoso também será uma forma de monitoramento das ações, bem como o prontuário clínico. Concomitantemente, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, etc. O monitoramento e avaliação dos dados da intervenção serão realizados semanalmente por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados.

A capacitação da equipe será realizada na primeira semana de intervenção, segunda-feira à tarde. Haverá leitura dos protocolos citados e sobre responsabilidades individuais e conjuntas, assim como simulação dos acontecimentos previstos no dia do atendimento. Todos os assuntos citados na capacitação serão abordados nesta primeira reunião. Esta reunião será conduzida pelo médico especializando. Na próxima semana, no mesmo horário e local será realizada a segunda reunião de equipe com o mesmo objetivo, a capacitação, mas esta abordará apenas as dúvidas surgidas após na primeira semana, tende a ser uma reunião mais breve afim reforçar pontos importantes.

O cadastramento de novos usuários tende a ser realizado diariamente quando um idoso, que ainda não tem cadastro, solicitar a atendimento. Quando um adulto completar 60 anos, passando ao grupo dos idosos, cabe ao ACS identificar tal situação nas visitas e entregar-lhe a Caderneta da Pessoa Idosa e assim marcar a primeira consulta, na agenda médica, assim que possível.

Itacurubi formou-se cidade um pouco mais de duas décadas, posso assim dizer que é uma cidade em formação, a maior parte de sua população é rural, distribuídas de forma ampla por todo seu território, existindo alguns pontos de concentrações populacionais, os chamados *rincões*. Em virtude deste fato, o engajamento público se tornou um grande desafio, então decidimos descentralizar esta ação. Cada ACS terá a liberdade, dentro do primeiro mês, de marcar uma ou mais reuniões, em sua microárea, para ser abordado os temas do eixo engajamento público. Deve comparecer a estas reuniões pelo menos o médico especializando ou o enfermeiro, o coordenador do grupo de idosos, auxiliar do odontólogo e a ACS responsável. O formato de orientação pode ser até de forma lúdica, dependendo da criatividade e técnica de cada ACS, o importante é abordar todos os temas. Uma estratégia de reforço será abordar pontos chaves destes assuntos e levar as escolas do município, pois é uma maneira de engajamento familiar perante a saúde do idoso. Outro modo é levar os temas as igrejas, organizações de bairros e comunidades (responsabilidade do coordenador do grupo de idosos).

Os faltosos serão visitados pelos ACS e será questionado o motivo da falta. Uma nova data da consulta será elaborada (qualquer terça-feira do mês no primeiro turno). Cada caso terá uma conduta personalizada dependendo dos motivos que levaram a não adesão. Em casos de depressão, por exemplo, onde as falta às consultas costumam ser mais frequente, o médico poderá realizar uma visita, conquistando a confiança do usuário e resgatá-lo novamente a unidade. Temos que ter cuidado e paciência, em alguns casos, o abandono do acompanhamento pode representar maus tratos. É uma ação complexa, onde não podemos deixar existir a contratransferência em aparente descaso do usuário e ignorar os motivos do paciente.

Os pacientes acamados ou com algum tipo de problema de locomoção terão o benefício da visita domiciliar, da equipe de saúde. Esta medida será intermediada pelos ACS com a equipe, o ACS deverá entrar em contato com o enfermeiro que organizará a logística da visita. A visita domiciliar compreende médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos e até fisioterapeuta quando indicado. As consultas serão, a princípio todas as terças-feiras, no turno da tarde. Nossa população de acamados não é numerosa, não havendo a necessidade de ter todas as terças-feiras o atendimento, podendo ser usado este turno para outras atividades quando

necessário. Os agendamentos domiciliares devem ser previamente realizados pelo ACS, não podendo ser solicitado no dia desta atividade.

O atendimento clínico ao idoso, será realizado todas as quartas-feiras, sendo 3 pacientes no turno da manhã e 4 no turno da tarde. No restante do tempo teremos consultas de livre demanda e registro na planilha de coletas de dados. O atendimento será realizado primeiramente pelo enfermeiro. Este irá aferir sinais vitais, assim como peso e altura, hemoglicoteste àqueles que são diabéticos e a avaliação multidimensional do idoso. Após esta etapa, o paciente será conduzido ao ambulatório do médico especializando, este realizará uma avaliação individual detalhada e abordará alterações da avaliação multidimensional com maiores detalhes, prosseguindo na investigação.

Ocorrerá a análise e comparação entre a avaliação multidimensional atual e anteriores; solicitação de exames complementares quando indicado; averiguação do uso dos fármacos da Farmácia Popular com exclusividade; rastreio de diabetes em hipertensos; avaliação quanto a necessidade de consulta odontológica assim como orientação sobre a saúde bucal; investigação de não adesão ao tratamento ou consultas; entrega da caderneta da pessoa idosa, se necessário, com registro da próxima consulta; em caso de retorno breve afim de controle ou avaliação de exames complementares será marcado retorno em uma data alternativa; em atendimento de livre demanda (respeitando a prioridade a idosos e crianças); avaliação de risco de morbimortalidade; avaliação da fragilização na velhice; análise dos dados da avaliação da rede social; orientação nutricional e de bons hábitos; orientação para a prática esportiva, respeitando as necessidades individuais assim como virtudes de cada idoso, ou seja, será realizado uma ampla anamnese como solicitado no manual oficial desta intervenção.

O Grupo de Idosos será uma atividade desenvolvida pelo coordenador, ele deverá realizar o encontro, na última semana de cada mês em um dia a programar, a fim de reunir idosos representantes de todas as microáreas e abordar temas definidos em reunião da equipe. Esta atividade será desenvolvida no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) de Itacurubi. Deve haver a participação ativa dos idosos, troca de experiência entre a população desta faixa etária e orientações de convidados que a

coordenadora irá eleger, para tratar do assunto em pauta. É uma oportunidade de organizar uma atividade com idosos de todas as microáreas mensalmente.

Pelo fato do atendimento odontológico não poder compreender um dia específico ao idoso, sua atuação será de formulação reduzida nesta intervenção. Será disponibilizada a ficha espelho odontológica àqueles idosos que vierem por livre demanda ou indicação médica ao dentista. O preenchimento será realizado pela auxiliar do dentista, e no final desta intervenção o médico especializando analisará os dados para formulação de indicadores previsto na intervenção.

As reuniões de equipe serão realizadas semanalmente, sempre no turno da tarde de sexta-feira. Serão abordados diversos assuntos de caráter geral, dentre eles haverá a discussão do projeto de intervenção. Todos terão o poder da palavra para questionar ou abordar algum tema da intervenção, será rastreado, pelo médico especializando que comandará esta pauta na reunião, o entendimento e bom funcionamento de todos neste projeto, será a oportunidade de solucionar possíveis problemas. Não haverá uma forma rígida de desenvolver esta pauta na reunião geral.

Finalizando a logística irei abordar o tema sobre monitoramento das fichas e digitalização dos dados na planilha de coleta de dados. A planilha de coleta de dados é disponibilizada pelo curso no programa Excel, a todos os especializando para controle e formulação dos índices previamente ditos. No projeto em questão, este registro será realizado quarta-feira após o atendimento dos idosos pelo médico até o final da intervenção.

#### 2.3.4. Cronograma

	<b>Semanas de Intervenção: 1 – 12 semanas</b>
--	---

<b>Atividades</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo do Ministério da Saúde, e atribuição dos profissionais durante a intervenção.	x	X										
Treinamento (capacitação) dos agentes comunitários para a orientação aos idosos quanto às ações de saúde aos idosos e assuntos afins, para realização de visita domiciliar, e busca ativa.	x	X										
Cadastrar todos os idosos da área.	x	X	X	x	X	X	X	x	x	x	x	x
Palestra/Ação comunitária. *	x	X	X	x								
Grupo de idosos.				x				x				x
Atendimento clínico e de enfermagem.	x	X	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x
Atendimento domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**	X	X	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x
Reunião com a equipe para determinar usuários faltosos, visita domiciliar, pacientes	X	X	X	x	X	X	X	X	x	x	x	x



acamados, e atualização do cadastro de pacientes novos.												
Fornecer a caderneta de saúde da pessoa idosa.	X	X	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x
Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	X	X	X	x	X	X	X	x	x	x	x	x
Busca ativa dos idosos faltosos as consultas.	X	X	X	x	X	X	X	x	x	x	x	x
Monitoramento e avaliação dos dados da intervenção	X	X	X	x	X	X	X	x	x	x	x	x

\*As semanas marcadas com um "X" indicam o período em que cada agente pode programar a Palestra/ Ação comunitária. Ou seja, não obrigatoriamente terá esta atividade em toda a semana referida.

\*\* Pode ser que não tenhamos atendimento domiciliar toda semana, mas é preciso que seja disponível caso tenham atendimentos domiciliares de urgência.

### 3 Relatório da Intervenção

#### 3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

**Ação 1.** Capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo do Ministério da Saúde, e atribuição dos profissionais durante a intervenção.

**Análise:** Esta intervenção foi realizada integralmente conforme o projeto ( 1ª e 2ª semana). Houve dificuldades, pois nas reuniões não compareceram alguns ACS que deveriam estar presentes. Estas ausências provocaram a necessidade de reuniões e orientações adicionais que não estavam previstas no cronograma, mas que não prejudicaram o andamento do projeto ou rotina da UBS.

A capacitação dos profissionais de forma bruta foi realizada conforme o projeto na 1ª e 2ª semana e de forma refinada nas reuniões semanais, todas as sextas-feiras à tarde.

Os ACS, apesar de algumas dificuldades pessoais na compreensão ou realizações de algumas atividades, demonstraram comprometimento e responsabilidade. Outros profissionais também foram orientados conforme o protocolo do Ministério da Saúde e não tiveram maiores dificuldades, como neste caso o convívio é diário, diferentemente dos ACS, a capacitação se fez de forma menos didática e mais prática.

**Ação 2.** Treinamento (capacitação) dos agentes comunitários para a orientação aos idosos quanto às ações de saúde aos idosos e assuntos afins, para realização de visita domiciliar, e busca ativa.

**Análise:** Esta atividade foi realizada integralmente conforme o projeto (1ª e 2ª semana).

Esta atividade foi desenvolvida juntamente com a atividade anterior e conseqüentemente tivemos as mesmas dificuldades perante as ausências de alguns ACS. No decorrer das doze semanas, percebeu-se que os ACS tinham dificuldades pontuais nas orientações aos idosos sobre às ações de saúde e assuntos afins, estas dificuldades foram percebidas conforme os idosos iam consultar. Eu anotava aquilo que poderíamos melhorar e orientava de forma particular ou geral nas reuniões semanais. Quando era surpreendido de forma positiva, anotava também e

referenciava o ACS tendo este como exemplo. Tivemos erros grotescos, em algumas situações, por exemplo, em uma consulta o paciente não era idoso, tinha 58 anos. Nesta situação, não podemos expor o ACS aos seus colegas e a cobrança deve ser feita de forma particular. Tais erros não eram comuns e quando ocorriam eram oriundos de um agente em particular que enfrentava maiores dificuldades que seus colegas.

A busca ativa foi realizada de forma sistemática e efetiva, todos seguiram corretamente as orientações prestadas. De fato, pensei que encontraríamos algum tipo de dificuldade, mas não ocorreu nenhuma.

**Ação 3.** Cadastrar todos os idosos da área.

**Análise:** Esta ação foi seguida conforme a proposta do projeto, semanalmente. Todos os idosos visitados e que passaram pelas consultas estavam sendo cadastrados. Não houve problemas com esta atividade, pois antes do projeto já era normativa.

**Ação 4.** Palestra/ Ação comunitária.

**Análise:** Infelizmente, não foram realizadas conforme o cronograma (1ª, 2ª, 3ª, 4ª semanas). Itacurubi apresenta áreas muito extensas para apenas uma UBS, apesar de ter o número populacional compatível. Toda a atividade que objetiva reunir determinados grupos populacionais de forma ampla, encontra dificuldades de logística. Apesar de fragmentar estas palestras/ações comunitárias nas quatro microáreas que atuo, não foi possível respeitar o cronograma e tivemos que transpor estes prazos para realizar estas ações. O Fórum do Idoso de Itacurubi, foi realizado em outubro e foi um fator fundamental de ação comunitária ao público vindo a consolidar as outras palestras realizadas.

**Ação 6:** Atendimento Clínico e de Enfermagem.

**Análise:** Não houve atendimento clínico e de enfermagem naquelas semanas que tivemos imprevistos descritos nos relatórios semanais (10ª semana – dia do professor que não houve transporte escolar e 11ª semana que tivemos imprevistos com o temporal que afetou a região). As atividades de atendimentos seguiram a rotina prevista na maioria das vezes. No último mês estávamos sem técnicos de enfermagem e os enfermeiros ficaram sobrecarregados, neste mês realizei exames multidimensionais que o enfermeiro realizaria, sem maiores problemas. Estes atendimentos foram elogiados pela população idosa que percebeu o interesse e as novas diretrizes de conduta por parte de todos os envolvidos.

**Ação 7:** atendimentos domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Análise:** Esta ação se desenvolveu quando requisitada pelos ACS de cada microárea perante a identificação de idosos acamados, sob orientações pré-estabelecidas. Tal ação se tornou bastante penosa pela amplitude territorial e difícil acesso, mas se mostrou bastante oportuna para identificação e abordagem de idosos que nunca teriam consultado de outra maneira. Em Itacurubi, os idosos acamados são levados a UBS via transporte feito por ambulâncias ou veículos da prefeitura, esta medida se estabeleceu antes do projeto e é realizada na maioria das vezes.

Nas consultas domiciliares, é possível perceber de forma real as dificuldades enfrentadas pelo paciente e sua família, aumenta a acurácia terapêutica. Se mostrou fundamental na dinâmica empática médico-paciente, fortalecendo vínculos e serviu para reflexão de futuras condutas frente a novas dificuldades, antes não compreendidas. Foi muito importante esta sétima ação.

**Ação 8:** Reunião com a equipe para determinar usuários faltosos, visita domiciliar, pacientes acamados, e atualização do cadastro de pacientes novos.

**Análise:** Atividade desenvolvida sem maiores dificuldades, realizada em pauta durante a reunião de equipe nas sextas-feiras. Pacientes faltosos eram orientados ao comparecimento de um dia específico juntamente com paciente de livre demanda. Antes deste projeto, havia reuniões de equipe de forma mensal, a partir deste as reuniões tornaram-se semanais facilitando e tornando oportuno diversos assuntos.

**Ação 9:** Fornecer a caderneta de saúde da pessoa idosa.

**Análise:** Esta atividade ocorreu durante as doze semanas. Tivemos que elaborar uma reunião de capacitação no preenchimento desta caderneta, mesmo assim encontramos muitas dificuldades. A dificuldade maior não foi o fornecimento, mas o correto preenchimento e utilização, antes do projeto a caderneta era conhecida apenas como “caderneta de vacinação do idoso”. Tal caderneta ainda não é requisitada por outros médicos da UBS, ainda não é preenchida adequadamente de forma unânime e também ainda não é utilizada de forma por todos os idosos, mas estamos muito mais perto disso que no marco inicial do projeto. A princípio a meta, de fornecimento e orientações, foi e está sendo realizadas.

**Ação 10:** Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Análise:** Maior parte da avaliação da ação 09 foi elaborada através desta ação. Foi concomitante às consultas, realizadas pelo médico e enfermeiro. Muito importante tal atividade, tanto na conduta para com o idoso como no monitoramento das atividades daqueles que preencheram.

**Ação 11:** Busca ativa aos idosos faltosos as consultas.

**Análise:** A busca ativa foi realizada em 100% das faltas e registrada na ficha do paciente idoso. Mas não foi 100% em que o paciente teve o retorno ao ambulatório.

**Ação 12:** Monitoramento e avaliação dos dados da intervenção

**Análise:** Tivemos dificuldades em algumas avaliações e monitoramento de forma geral, a maioria das dificuldades foram discutidas e resolvidas frequentemente pelo DOE com o orientador responsável e em reuniões semanais.

Em relação aos dados odontológicos, não tivemos monitoramento das consultas, eu realizava a avaliação oral em 100% dos pacientes idosos e encaminhava aqueles pacientes que necessitavam de atendimento odontológico, a partir desta etapa, não houve registro.

A ficha espelho odontológica ainda não foi impressa e não tenho como prever quando será e se será impressa. Solicitei inúmeras vezes a impressão e o preenchimento não sendo correspondido, assunto incessantemente discutido pelo DOE também.

### **3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.**

**Ação 5:** Grupo de Idoso

**Análise:** Ação não realizada. Estava previsto um grupo mensal. Não houve interesse/disponibilidade da coordenação do grupo em realizar estas atividades em detrimento de outras atividades ocorrendo na UBS. Porém já há o interesse dos idosos em começar este grupo à partir das palestras comunitárias. Dentro deste projeto não houve o grupo, mas já temos o encaminhamento deste.

### **3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

As dificuldades sempre existem de formas variáveis. Em relação a coleta de dados e sistematização não houveram dificuldades relevantes, pois fui muito bem orientado no DOE. As planilhas foram elaboradas conforme os *feedbacks*, sendo assim de fácil realização. Mesmo se segue com os cálculos dos indicadores, sendo estes realizados de forma automática pelo Excel.

**3.4. Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

Analisar se as ações realizadas no projeto será incorporada ou não à rotina do serviço é uma tarefa difícil. Primeiramente, acredito que se não houver um médico que atue na medicina de família na UBS, tanto pelo PROVAB ou MAIS MÉDICOS, estas ações serão comprometidas e a perspectiva é a unidade se tornar apenas assistencialista. Nossa médica cubana entrou em conflito com algumas autoridades da prefeitura e não se sabe se continuará ano que vem com sua intervenção. Ela seria o meio para que minhas ações fossem incorporadas a rotina caso não houver inscrição do PROVAB por algum médico. A questão é de profissionais da medicina que trabalhe 40 horas semanais para se manter a ESF. Em relação aos outros membros da equipe, estão sempre dispostos para todo e qualquer tipo de ação se orientados de forma organizada e interessada.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1. Resultados**

**Objetivo Geral:** Qualificar a atenção à saúde do Idoso, na UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi –RS.

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa do idoso.**

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

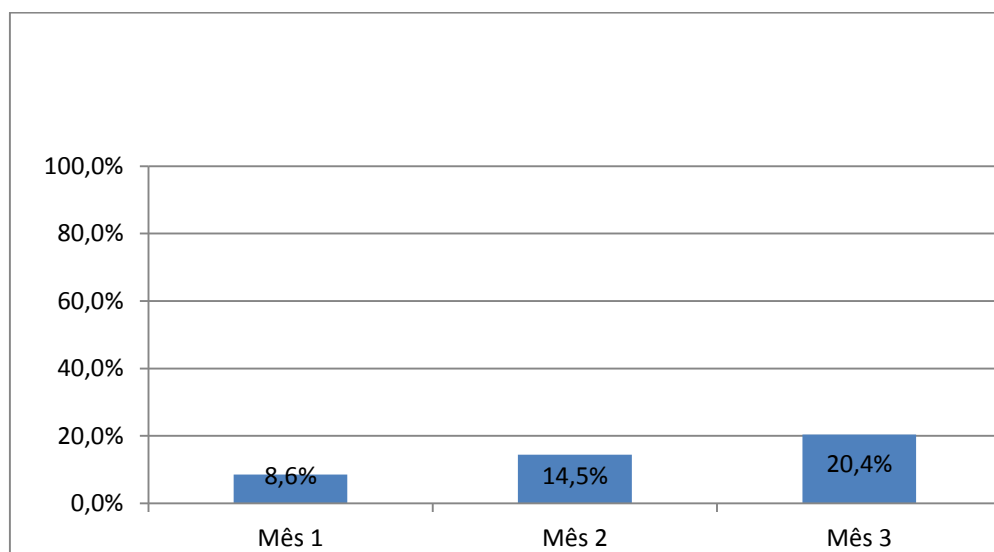


Figura 2. Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS.2014.

A cobertura do programa de atenção à saúde do idoso nos três meses foram 26, 44 e 62 idosos, respectivamente. Cada mês deveria ser atendido 28 idosos e ao término, um total de 84 idosos (27,6 % dos 304 da área abrangida). Foram atendidos 62 idosos, finalizando a intervenção com um percentual de cobertura de 20,4%.

Apesar dos esforços para manter a adesão ao programa, acredito que o número abaixo do esperado se deva a dificuldade de transporte até o posto de saúde, sendo que algumas áreas ficam mais de 35 km de distância. Em outras localidades é impossível se deslocar em caso de chuva pelo elevado risco de atolamento. No último mês, aconteceram alguns imprevistos, entre eles uma tempestade deixando Itacurubi sem água e luz por 14 dias, assim como um feriado.

Por outro lado, o projeto abrangeu 20% dos idosos das 04 microáreas em apenas 3 meses, número este que não pode ser subestimado, representando uma grande conquista.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 3. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

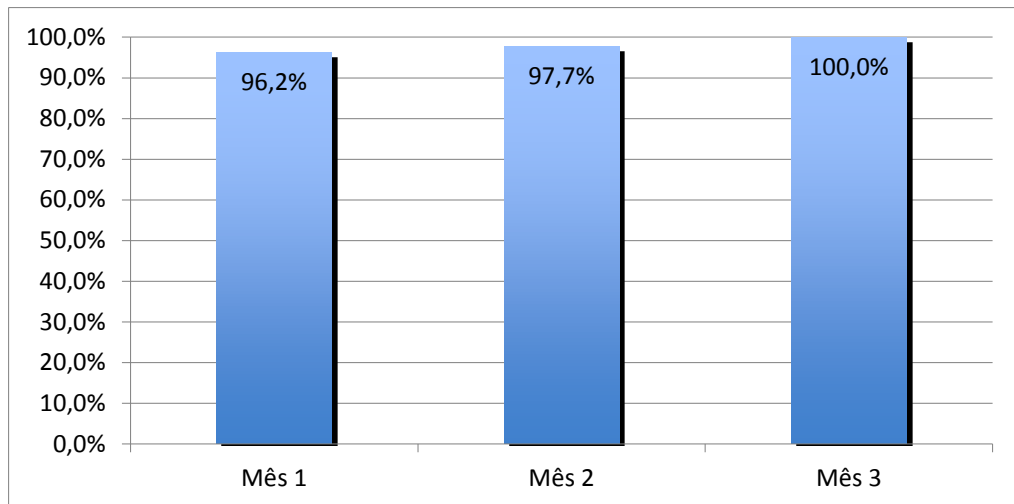


Figura 3. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

A proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia demonstrou uma crescente em 96,2%, 97,7% e 100%.

O exame clínico era realizado sempre. Para classificá-lo como apropriado julguei ser aquele que além da anamnese completa e exame físico direcionado ao idoso, deveria constar exames laboratoriais atualizados ou ao menos encaminhados para determinadas doenças. A partir desta constatação o exame clínico era dito apropriado ou não. Em algumas ocasiões, era solicitado que o paciente retornasse para melhor avaliar e assim realizar um exame clínico dito apropriado.

Este gráfico diz respeito também ao desempenho do médico, sendo que a cada mês estava mais familiarizado com a rotina clínica ao longo dos meses, sendo assim cada vez mais eficaz.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.



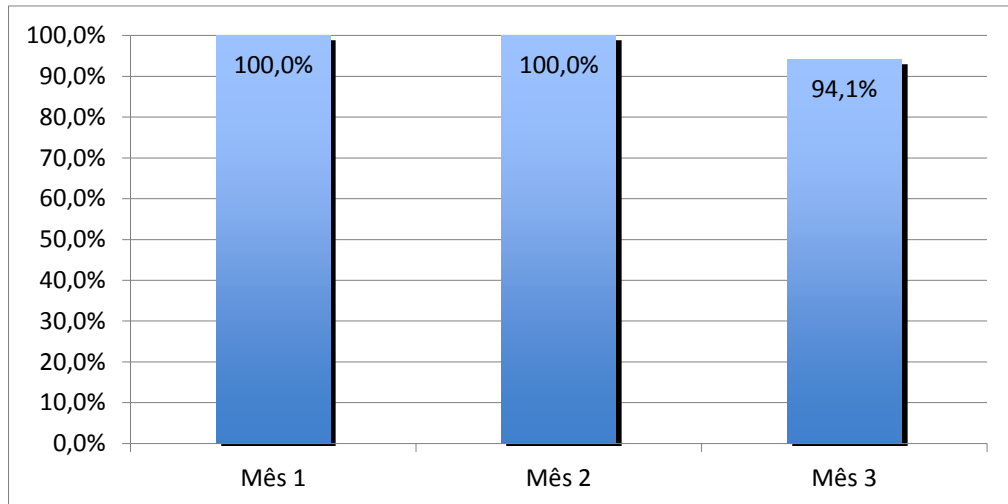


Figura 4. Evolução mensal do indicador proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

A proporção de idosos hipertensos e ou diabéticos com a solicitação de exames complementares em dia é 100% no primeiro mês de intervenção, sendo este percentual mantido no segundo mês e, apresentando um percentual de 94,1% no último mês.

Esta queda foi devido ao fato de que em uma visita domiciliar um idoso não teve seus pedidos solicitados e tal ato foi procrastinado para uma segunda oportunidade, após o recolhimento de dados.

O estudo demonstrou uma alta prevalência de hipertensos e ou diabéticos na população idosa de Itacurubi. Em relação aos hipertensos, os níveis pressóricos em geral eram mal controlados devido, em parte, ao não acompanhamento da doença, por ser esta doença em geral assintomática mesmo em estágios avançados, a erros alimentares/comportamentais e a não adesão ao tratamento farmacológico. Estas constatações é um relato do que foi observado dentro do consultório médico.

Estes pacientes devido à idade e aos níveis pressóricos apresentavam graus variados de insuficiência renal. Os pacientes diabéticos também não eram controlados em sua grande maioria, não sabiam relatar quais alimentos eles poderiam ou não fazer uso assim como a adesão e acompanhamento insuficiente. Então, constato que este ponto foi uma das grandes contribuições do projeto. Estes exames permitiram várias novas abordagens, todos os diabéticos foram encaminhados ao serviço de oftalmologia para a realização da fundoscopia, na prevenção e controle de cegueira no diabético. Exames em ambos estes grupos permitiram diagnosticar inúmeros casos de insuficiência renal de graus variados.

O projeto oportunizou a prevenção, diagnóstico e controle dos hipertensos e diabéticos, fato notável percebido a alta prevalência e incidência destas doenças nesta faixa etária.

**Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

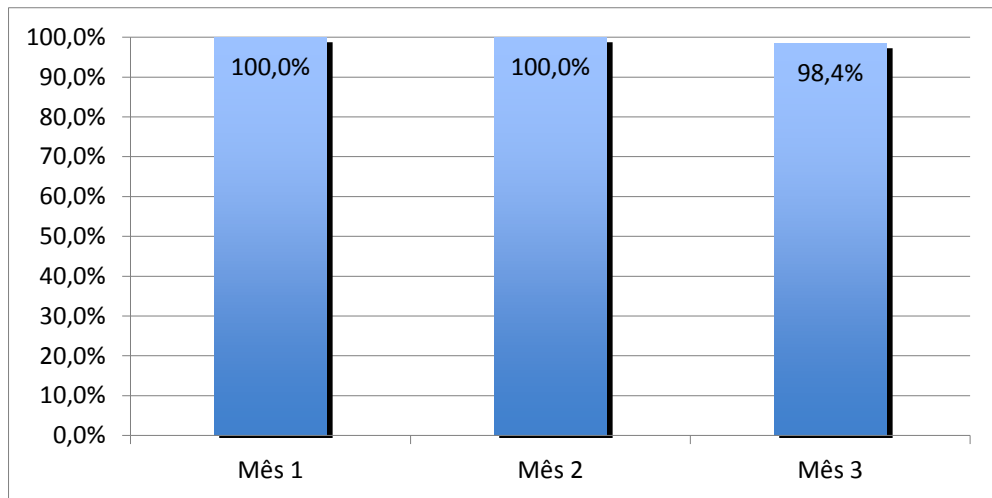


Figura 5. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

Proporções respectivas mensais de 100%, 100% e 98,4% de idosos com prescrições de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

A prescrição de medicamentos prioritariamente da Farmácia Popular é uma normativa neste projeto, salvo em alguns casos específicos em que outras medicações se fazem necessária, comuns em casos de doenças psiquiátricas, em que já foi testado fármacos da Farmácia Popular sem haver benefício ou em casos de polifarmácia onde se faz necessários medicamentos que não interagem entre si.

Esta medida foi muito bem aceita pelos pacientes, pois era mais econômica. Números neste gráfico demonstram o quão foram incentivados o uso de remédios da Farmácia Popular e sua significativa adesão.

*Figura 7.*

**Meta 2.6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

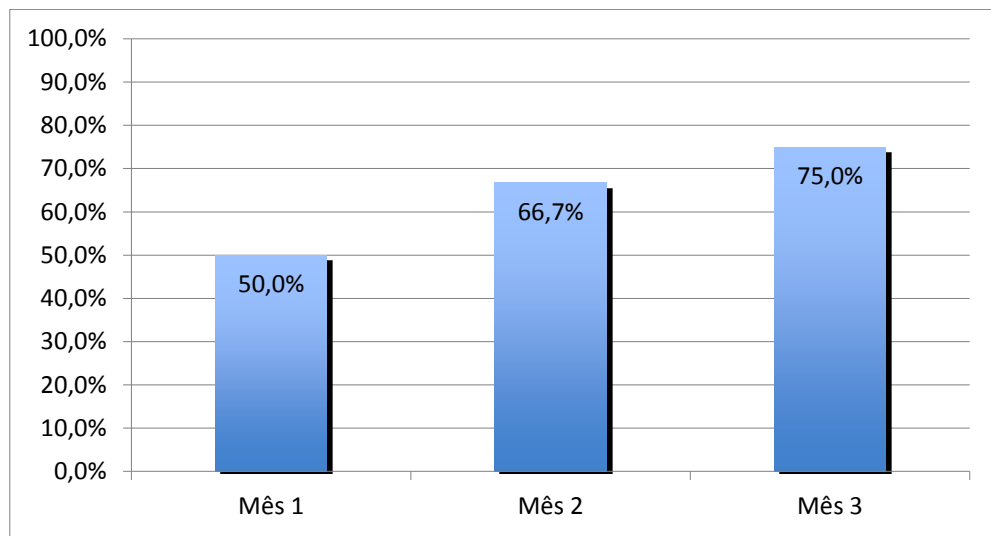


Figura 6. Evolução mensal do indicador proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

No primeiro mês da intervenção 50% (n=1) dos usuários foram visitados, no segundo mês 66,7% (n=4), finalizando a intervenção com um percentual de 75% (n=6). Com o cadastro dos idosos acamados e com problemas de locomoção foram realizadas visitas domiciliares a fim de avaliar riscos de queda e ações de prevenção de úlceras de pressão. Estes pacientes também receberam visitas do fisioterapeuta da unidade para orientações de possíveis atividades para melhor bem estar. Familiares foram triados para doença do cuidador e os ACS receberam orientações específicas de como identificar maus-tratos entres outras condutas pertinentes.

Observo que este cadastro trouxe benefícios diversos e sua continuidade é vital para qualidade de vida destes pacientes. Foram disponibilizados aos pacientes acamados colchões adequados quando necessário, para esta condição. Toda equipe se mostrou muito unida em propiciar a estes pacientes melhores condições de vida, muito gratificante foi observar que alguns detalhes simples poderiam significar grandes mudanças na vida destes idosos e seus familiares.

As visitas domiciliares aos idosos acamados e ou com problemas de locomoção são muito importantes, visto no parágrafo anterior. Ir ao encontro em loco destes pacientes teve grandes benefícios a este grupo. Entretanto, o deslocamento, por vezes, se faz muito custoso. Para se chegar até um determinado lugar se ocupa muito tempo e se coloca em risco a efetividade; ora, para se chegar a um lugar muito

distante, a translocação necessária prejudica o atendimento de outros idosos em detrimento de apenas um idoso.

Para a resolução deste problema, treinamos os ACS para avaliar as condições de bem estar destes pacientes, e quando eles relatam alguns sinais que chamamos de alerta, programamos a visita com o(s) profissional(s) cabível(s) para resolução do problema, podendo compreender o médico, o enfermeiro, a psicóloga, o fisioterapeuta, etc.

**Meta 2.10.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

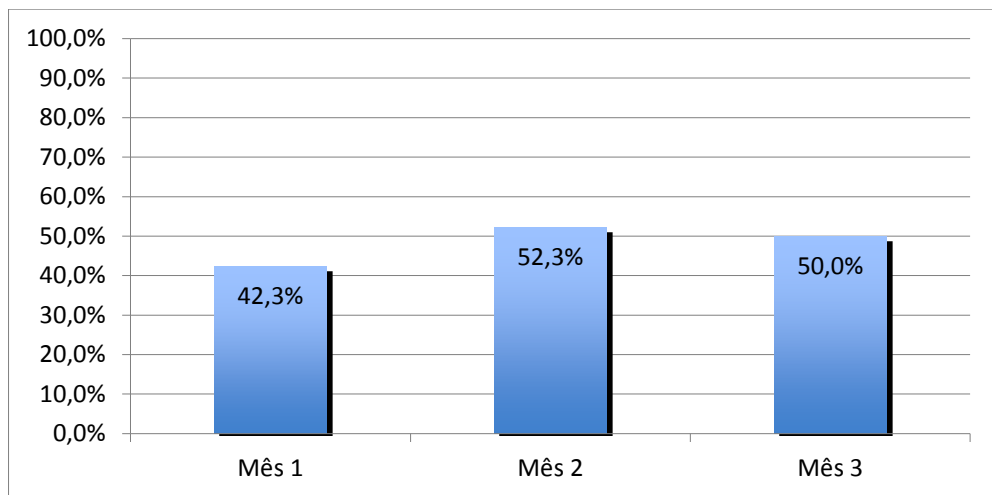


Figura 7. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

O gráfico demonstra quantos idosos tiveram suas primeiras consultas odontológicas programáticas em cada mês, no primeiro mês da intervenção o indicador alcançou um percentual de 42,3% (n=11), 52,3% (n=23) e 50% (n=31).

A partir da constatação que os idosos necessitariam de consultas odontológicas em sua grande maioria, foi selecionado aqueles casos mais severos para fazer parte da primeira consulta programática e em casos de menor seriedade encaminhados para a livre demanda odontológica com indicação de consulta.

A partir da consulta odontológica não tivemos mais controle destes pacientes pelo fato da dentista não se adequar ao projeto, por não utilizar a ficha espelho proposta.

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

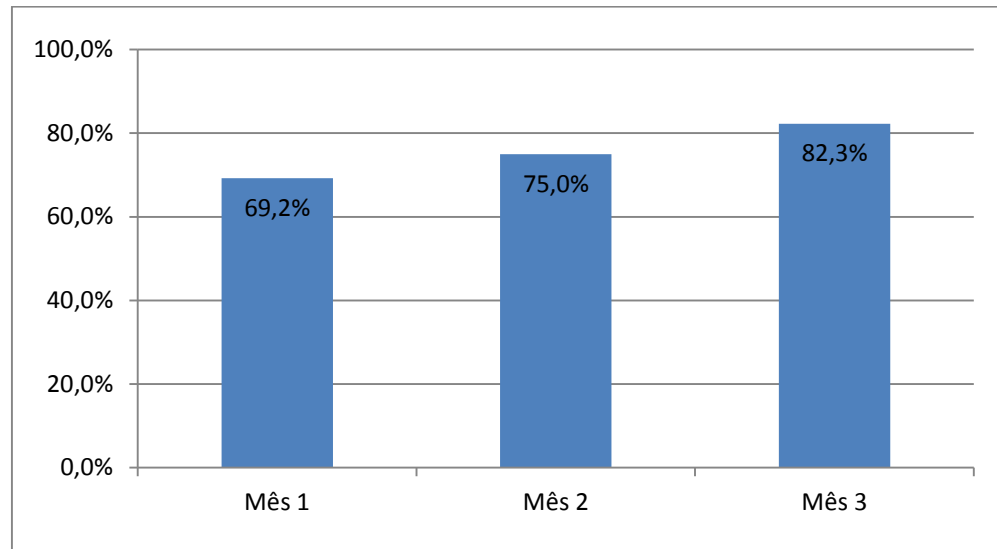


Figura 8. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

O indicador atingiu 69,2% (n=18), 75% (n=33) e 82,3% (n=51) nos seguimentos mensais do estudo. A caderneta da pessoa idosa não vinha sendo utilizada pela equipe de saúde em Itacurubi. Existiam várias cadernetas armazenadas que não haviam sido entregues aos pacientes. Um dos motivos abordados era que os ACS não tinham capacitação de preenchê-la. Foram necessárias instruções durante o período de reunião de equipe para a correta distribuição e utilização da caderneta. Hoje são raros os idosos que vão consultar sem a caderneta do idoso, pois se fez entender que é um pré-requisito básico para a consulta em si.

Quando o paciente não possui a caderneta do idoso, o ACS responsável é acionado para realizar a visita, entrega da caderneta, preenchimento e orientações necessárias ao uso.

**Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.**

**Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

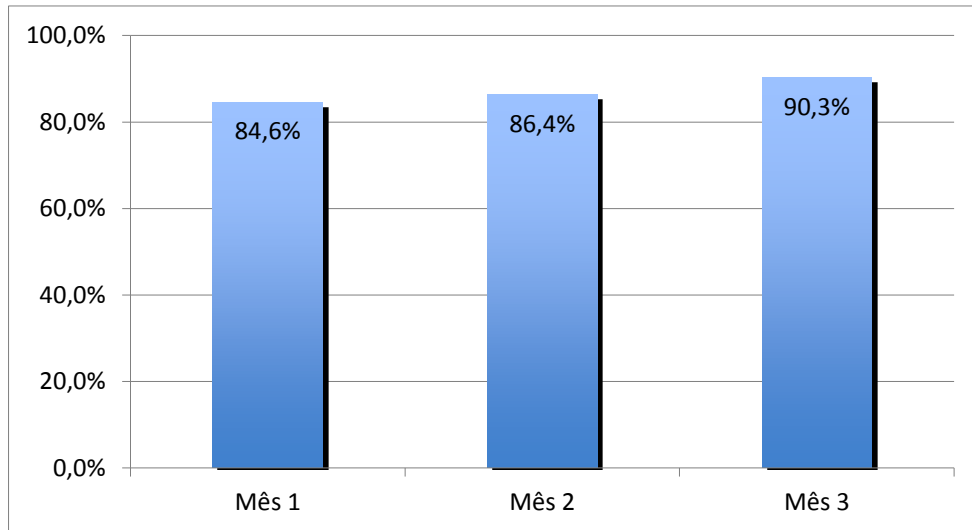


Figura 9. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

A proporção de idosos com avaliação de riscos para morbimortalidade segue em 84,6% (n=22), 86,4% (n=38) e 90,3% (n=56) nos meses estudados.

O risco de morbimortalidade em dia é algo difícil de atingir logo no primeiro encontro, alguns dados precisam ser analisados em uma segunda ou terceira consulta e por vezes o relato de um familiar próximo ou solicitação de um exame se faz necessário.

O médico pode até aferir prematuramente o risco de morbimortalidade através do histórico e anamnese completa, mas existem casos difíceis de serem avaliados em um primeiro contato. Muitas vezes o paciente esquece o nome do remédio que faz uso, não sabe que tipo de cirurgia foi realizada no passado, o porquê do falecimento de parentes de primeiro grau e tudo isso associado a um péssimo hábito de registro ilegíveis e ou superficiais nos prontuários médicos.

**Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

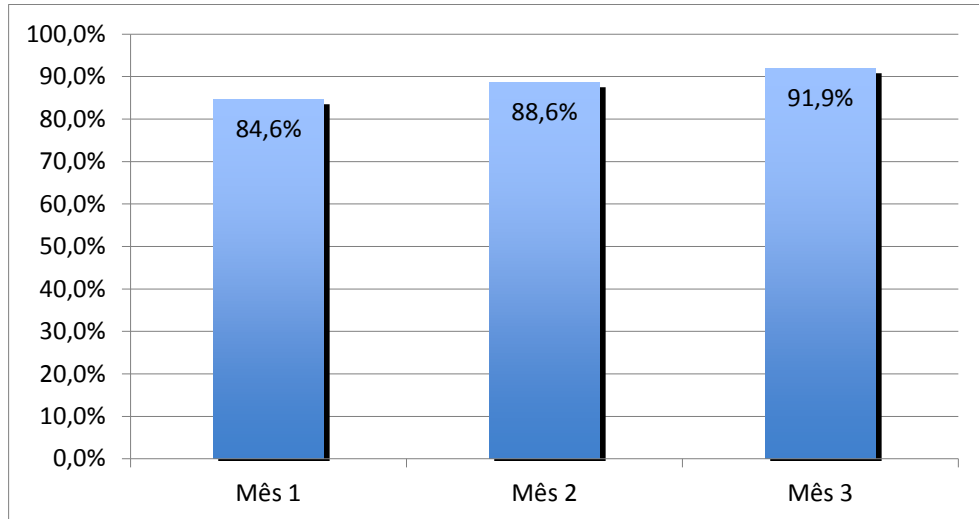


Figura 10. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

Proporções de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia correspondem a 84,6%, 88,6% e 91,9% nos meses referentes ao estudo.

A avaliação para a fragilização na velhice foi algo que tive dificuldade em aferir. Sua classificação se faz necessária e é muito importante, mas em parte é subjetiva. Depende da vivência do médico com este grupo de pacientes e não é fácil para aqueles que estão começando.

A fragilidade e o envelhecimento que por vezes confundem-se, ou até mesmo fragilidade e doença crônica convergem a uma mesma significância. As avaliações foram realizadas conforme o manual técnico do projeto.

**Meta 5.3.** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

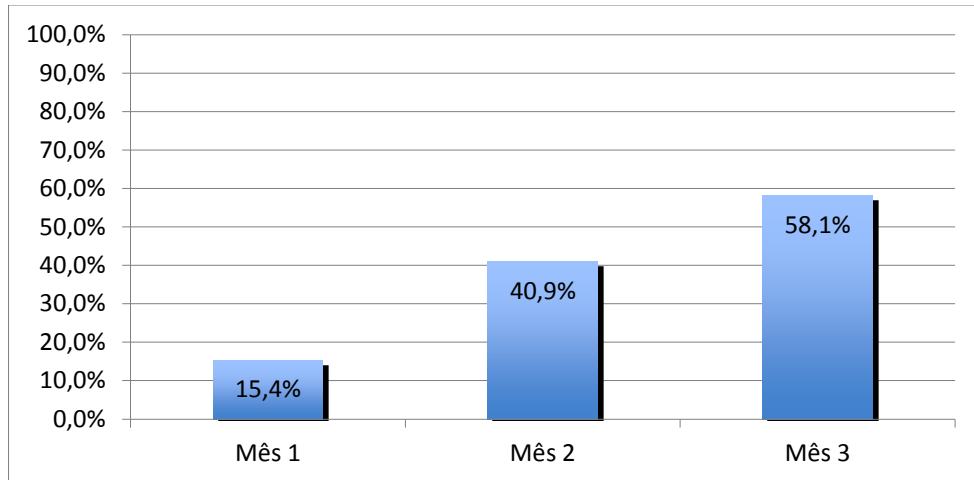


Figura 11. Evolução mensal do indicador proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde Ivo Braga Fialho, Itacurubi, RS. 2014.

A meta da avaliação de rede social em dia abrangeu em caráter cumulativo 15,4%, 40,9% e 58,1% da população estudada. A rede social de apoio entende-se o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Possui estrutura e funções diversificadas, de acordo com as necessidades de cada faixa etária. O envelhecimento tem especificidades marcadas pela posição de classe de indivíduos e grupos sociais, assim como pela cultura, política, condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades. Esta definição foi concebida por Anita L. Neri, no livro *Palavra-chave em Gerontologia* (2001).

Elaborado este conceito de rede social, percebe-se que para aferi-la se deva ao menos ir a campo e transpor as barreiras físicas da UBS, ir até a comunidade e se colocar no lugar do morador em loco, caso contrário serão apenas suposições acerca de relatos. Lembrando que dois terços da população de Itacurubi são de origem rural e disseminadas em diversos rincões, o elo mais seguro para aferir e entender o comportamento social destes pacientes é o próprio ACS. Seguindo este pensamento realizei diversos questionamentos para elaborar uma concepção geral dos rincões das diversas regiões e estipular a seguridade social e comportamental envolvida.

Os ACSs não têm controle técnico acerca das redes sociais, não sabem estipular quais são as necessidades pujantes de um determinado nicho e classificam fatos imprudentemente através de pré-conceitos formados sob percepções de caráter pessoal. Ou seja, são leigos neste aspecto ou mal instruídos. Cheguei a esta constatação ao término do primeiro mês do projeto, então resolvi ir a campo.



Aqueles avaliados no primeiro mês eram apenas da zona urbana de famílias que já vinham consultando comigo, por isto o pequeno número ao gráfico.

Consultas domiciliares em pontos estratégicos foram importantes para a correta avaliação da rede social. Há muito consumo de água oriunda de poços artesianos ou barragens, e em alguns casos a água é escura, com coloração da terra, desprotegida e exposta aos animais. Preocupado em resolver este problema, entrei em contato com a 4ª Coordenadoria de Saúde do Estado, na parte de Vigilância Sanitária e percebi que se tratava de questões políticas e em que nada poderia realizar a não ser demonstrar preocupação.

Visitei associações comunitárias, especulei a prática religiosa, atividades de lazer, círculos sociais, as famílias dos assentados entre outros aspectos não menos importantes. Para melhor controle solicitei um mapa para trabalhar e formar vínculos com a área estudada, assim como informar nele as coletas de dados que vinham sendo realizadas. Como não havia equipes de saúde da família, a territorialização não era tida como um processo importante. Mesmo assim, percebe-se através deste mapa a extensão territorial de cada microárea.

Assim que conheci melhor algumas questões da comunidade, aliados a funcionalidade familiar consegui avaliar a rede social com maior segurança e de forma mais esclarecida para com o paciente idoso.

### **Metas alcançadas em 100%**

Ao final da intervenção puderam ser observadas metas alcançadas em 100% durante os três meses das ações, refletindo diretamente nos indicadores utilizados para tal avaliação.

Indicadores referidos:

**Indicador 2.** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

**Indicador 6.** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

**Indicador 8.** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

**Indicador 9.** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

**Indicador 10.** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Indicador 12.** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

**Indicador 13.** Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

**Indicador 18.** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

**Indicador 19.** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Indicador 20.** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Estes indicadores alcançaram 100% devido à vontade de construção de uma nova realidade em Itacurubi por toda a equipe de saúde. Esta soube assimilar as orientações implantadas, uma vez que cada ação representou uma novidade e conseqüentemente um desafio.

A meta da Avaliação Multidimensional Rápida em dia alcançou 100% nos três meses. A avaliação multidimensional rápida foi uma ferramenta utilizada em todos os pacientes que foram cadastrados no programa. O enfermeiro era responsável por esta atividade em uma ficha entregue ao médico, em anexo ao prontuário do paciente. Como era a primeira atividade realizada com o paciente, por vezes procrastinávamos em sondar questões de sexualidade para não constranger o paciente, sendo por vezes realizadas quando assegurada a confiança.

Após ler a avaliação realizada pelo enfermeiro, o médico registra no prontuário aqueles dados que deram alterados e segue a investigação a fim de quantificar e qualificar estas alterações nas tabelas disponibilizadas pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Meta de cadastramento de idosos acamados ou com problemas de locomoção realizada em 100 % nos seguimentos mensais do estudo. Assim que identificados todos os idosos acamados ou com algum problema de locomoção permanente, cadastrávamos conforme esta condição, estes idosos recebiam atendimentos prioritários assim como cuidados especiais dos ACS.

A meta de rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica atingiu 100 % nos três meses do seguimento do estudo. Todos os idosos tiveram suas tensões arteriais aferidas. A aferição da tensão arterial se faz necessária em qualquer triagem da equipe de enfermagem. É um método normativo que já vinha sendo cumprido previamente ao projeto. Mas algumas orientações novas foram propostas, como a aferição dentro do consultório pelo médico quando níveis pressóricos eram

duvidosos, quando o paciente apresentava doença aterosclerótica, hipotensão postural, entre outras situações.

Na UBS temos esfigmomanômetro infantil, para adultos e obesos. Sendo todos calibrados periodicamente. Apesar de não haver indicação, as ACS possuem aparelhos para aferição automáticos e realizam a aferição quando o paciente solicita em visitas domiciliares, não cabendo a elas o diagnóstico de hipertensão, sendo este um ato médico.

Todos os hipertensos foram rastreados para o diabetes, este gráfico está implícito no gráfico dos exames complementares em hipertensos e ou diabéticos, onde o rastreo do diabetes se faz necessário no exame complementar do hipertenso. Mas como este gráfico representa um forte indicador de qualidade no atendimento ao idoso ele se torna necessário para qualificar o projeto. Os números alarmantes de hipertensos e ou diabéticos em Itacurubi, já discutidos, merecem sempre ser abordados e seu rastreo essencial.

A meta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingiu 100% nos três meses de estudo. Na anamnese abordamos questões sobre a saúde bucal dos pacientes, alguns já vinham sendo acompanhados por odontologistas, outros não. Seguindo a consulta, era realizado o exame físico que compreendia a cavidade oral. Todos os pacientes foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico e aqueles que necessitavam, de fato, eram encaminhados ao dentista. Caso retornassem sem a avaliação do dentista, eram novamente destinados a este ambulatório, até que assim o fosse.

Há muitos idosos com uso de prótese bucal e muitos com indicação para o uso. Percebi ao longo do projeto que a saúde bucal em Itacurubi, não apenas em idosos, é muito precária. Não existe consultório odontológico particular na cidade, aqueles que necessitam, procuram em outras cidades próximas. Quando comecei o projeto havia apenas um odontólogo que trabalhava somente um turno por semana, após foi contratado outro profissional que trabalha mais dois turnos por semana. Os consultórios odontológicos estão sempre lotados e muito do que é necessário ser realizado, não é de fato comportado à pequena estrutura que possuímos. A situação é alarmante, vejo na população menos abastada a história natural de falência da arcada dentária. É de fato sub-humano, não me precipitaria em dizer que a saúde bucal em Itacurubi é praticamente inexistente, apesar de ótimos odontólogos que possuímos.

A meta atingiu 100% em relação aos faltosos que receberam busca ativa nos três meses do estudo. Todos os idosos que faltam consulta programada recebem a busca ativa para tentar novamente reestabelecer o elo com o paciente. Estes pacientes foram abordados através dos ACS e novas consultas foram programadas, ou pela demanda espontânea ou quando o projeto abordasse novamente a microárea em questão, no caso mensalmente. Quando o usuário falta a consulta, se não houver encaixe na livre demanda, este paciente será realocado na agenda das consultas do idoso e preencherá uma vaga que poderia ser utilizada por outro idoso. Então a falta é sempre prejudicial, tanto ao paciente, quanto para a programação e execução desta atividade. Entendemos que as faltas sempre irão existir, porém educamos nossos ACS para transmitir a importância do comparecimento na data programada, assim como identificação dos motivos da ausência para melhor orientação. Em sua grande maioria, o não comparecimento às consultas ocorre devido à intempéries relacionados à chuva e ou ausência de transporte.

A meta de registro de idosos com ficha-espelho em dia seguiu 100% em todo o estudo. A ficha-espelho é um método onde o enfermeiro faz a compilação de alguns dados pertinentes do prontuário médico afim de fácil consulta de dados, futuramente.

As metas de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para a prática regular de atividade física e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) atingiram 100%. Atividades de caráter geral sempre encontram dificuldades em Itacurubi pela ineficiência de concentrar a população em um determinado local e em uma estipulada data. Entretanto, todos os pacientes ao término da consulta, após avaliação, recebem orientações sobre hábitos saudáveis, contemplando a nutrição e também a prática física regular.

## **4.2. Discussão**

Para que a intervenção fosse realizada, tivemos que implantar em Itacurubi uma nova política de saúde, foram revistas as bases da UBS tradicional, para a implantação de duas ESF que dividiriam o amplo território. A população é estimada de 3.549 habitantes, segundo IBGE, em 2013, o que poderia comportar apenas uma

ESF, porém foi levado em conta a ampla territorialização para a decisão de implantação de duas equipes. Esta decisão foi apoiada por representantes da 4ª Coordenadoria de Saúde, situada em Santa Maria, responsável por supervisionar nossa UBS.

O atendimento assistencialista por livre demanda foi enraizado durante os 26 anos, desde que houve a emancipação do município, para ser mudado agora. Algumas características da UBS tradicional ainda se mantêm, respeitando um custoso processo de transição. A intervenção em si não obteve tantas dificuldades quanto está sendo a mudança da operacionalidade. A maior dificuldade da intervenção foi se estabelecer durante um penoso processo de transição e sua maior virtude foi guiar, através de suas bases, o rumo ideológico nesse processo.

Em relação à equipe de saúde, a intervenção estreitou laços à medida que reuniões eram necessárias semanalmente, algo que não ocorria antes. A partir destas reuniões, aproveitamos e realizamos encontros gerais e tratamos de outros assuntos também. Devo ressaltar que para a realização da intervenção foi inestimável a boa vontade e disposição de todos da equipe de saúde.

Através da intervenção o serviço teve que se adequar a uma nova filosofia de trabalho. Foi necessário qualificar, reorganizar, otimizar a equipe de saúde.

Trouxemos novas responsabilidades e conseqüentemente surgiram novas dificuldades que levaram a equipe a permanecer unida. Ou seja, a intervenção além de agregar ao serviço, foi um agente qualificador e um fator de união.

A intervenção está dando oportunidade ao município em ter o conhecimento sobre a população idosa e quais as necessidades que devem ser priorizadas para melhor aporte a estes idosos. As únicas atividades em prol da pessoa idosa eram as vacinações, que inclusive não compreendeu a meta estabelecida.

Além de incentivar e apoiar a mudança de operacionalidade das ações da saúde, a intervenção esclareceu a população idosa algo que ela pouco sabia, sobre seus direitos. A intervenção cumpriu de forma significativa esta ação. Hoje, qualquer idoso de Itacurubi tem a oportunidade de consultar e ser acompanhado de forma longitudinal, contínua e organizada, algo que o assistencialismo não oportunizava.

Todo o idoso tendo acesso a este sistema haverá drasticamente reduções de morbimortalidade com aplicações de medidas preventivas assim como acompanhamento de doenças. Por exemplo, antes da intervenção não havia prevenção contra osteoporose nos idosos, não existia rastreamento do câncer de

próstata, preocupação com quedas, uso da caderneta de idoso, adequação e solicitação de exames em dia para diabéticos e hipertensos, assim como o rastreamento destas doenças de forma ampla. A intervenção trouxe ao idoso o esclarecimento de seus direitos antes sonhados.

Antes da intervenção, o número total de idosos, assim como quantos existiam em cada microárea, não era de conhecimento da equipe de saúde. Com o começo da intervenção, criamos métodos de melhor controle e cadastramento, guiados pelas instruções da equipe de especialização em saúde da família da UFPEL. Existe hoje, após a intervenção, a necessidade de melhor territorialização das microáreas.

Mapas contendo informações da população são fundamentais para futuras ações de intervenção, tanto na população idosa como na população geral.

A intervenção deve ser mantida e incorporada à rotina do serviço, primeiramente, por não haver previamente cuidados específicos e organizados ao grupo em questão. E por ser um agente qualificador do serviço de saúde, uma vez que esta intervenção pioneira trouxe consigo uma nova filosofia de trabalho.

Melhorias devem ser realizadas na ação programática de forma contínua, vejo como prioridade hoje duas questões importantes e fundamentais: armazenamento de dados por via virtual das fichas-espelhos e mapeamento das microáreas para melhor estudo tático da população.

Tendo a necessidade de começar a intervenção em idosos também na outra ESF que ainda não incorporou a saúde do idoso em sua agenda ou repensar sobre a continuidade de duas equipes ESF, se uníssemos estas equipes em apenas uma, talvez o serviço ficasse mais centralizado e eficiente. Outra medida que deve ser implantada é um programa de computador que facilite e organize os dados de uma forma elucidativa, como uma planilha Excel que fique a disposição do enfermeiro chefe, sendo este responsável pela sua manutenção juntamente com as fichas espelho, que também podem ser organizadas em arquivos digitais, poupando espaço e otimizando trabalho.

### **4.3. Relatório para os Gestores**

Médico Roberto Nicola formado pela Universidade Luterana do Brasil, Canoas/RS, no ano de 2012; trabalhou como Tenente no Exército Brasileiro, em Santa Maria, em 2013; realiza serviços médicos na Unidade Básica de Saúde Ivo Braga

Fialho, em Itacurubi, desde março de 2014. Vem através desta carta realizar um Relatório da Intervenção realizada em Itacurubi.

Através do programa chamado PROVAB, tive a oportunidade de ganhar uma bolsa do Ministério da Saúde e me especializar em Saúde da Família, via EAD pela UFPEL e ao mesmo tempo, trabalhando na cidade de Itacurubi, cidade muito próxima à minha cidade natal, Santiago-RS.

O meu trabalho cumpriu com 4 períodos bem estabelecidos. Primeiramente, quando cheguei a esta acolhedora cidade, analisei e fiz inúmeros relatórios de como funciona o serviço de saúde municipal: questões estruturais da Unidade Básica de Saúde (UBS), atribuições de cada profissional da equipe de saúde, atenção ao paciente que necessita de atendimento, observei como eram conduzidos os pré-natais, período de cuidados da mãe pós-parto (puerpério), atenção com a saúde da criança, controle do câncer de colo de útero e de mama, cuidados com os hipertensos e diabéticos, saúde da pessoa idosa e inclusive a atenção à saúde bucal. Pesquisei pequenos detalhes como o projeto arquitetônico da UBS ou os locais corretos dos extintores contra incêndio e até questões mais amplas, como a influência política sobre o serviço.

Após esta primeira etapa, que serviu como oportunidade de familiarização, pude escolher um foco para realizar uma determinada ação de melhoria no sistema. Escolhi a Saúde do Idoso, por ter mais simpatia por este grupo, talvez porquê sempre tive muito carinho dos meus avôs, pessoas que possuo muita estima. Claro, trabalhava também com todos os outros grupos em atendimentos diários. Para melhorar o atendimento aos idosos, tivemos que mudar o jeito de se fazer saúde em Itacurubi, foram formadas duas Equipes de Saúde da Família (ESF) sem interferir na atuação dos outros médicos que já estavam trabalhando previamente. Eu e minha colega cubana Dra. Idalmes Lugones, do programa Mais Médicos, éramos responsáveis por cada equipe. Para entender melhor o que mudou, faço a seguinte descrição: Antes o paciente necessitava estar doente e ir até o posto pedir ajuda, hoje acompanhamos estes pacientes para eles não fiquem doentes, mantendo também o atendimento ao doente!

De fato, contemplamos a prevenção sem deixar de lado as outras medidas. Este é o jeito certo de se fazer saúde. Quem adere a este sistema recebe inúmeros benefícios, inclusive financeiro, do Governo Federal e a população fica mais protegida quanto às intempéries da vida.

Continuando com o projeto de atenção à Saúde da Pessoa Idosa, estudei todos os protocolos disponíveis pelo Ministério da Saúde em relação a esta população, assim como Estatuto do Idoso, elaborando os objetivos, as metas e as ações. Com o auxílio de orientadores especializados da UFPEL, construímos uma logística a ser implantada, um cronograma de ações e a utilização de planilhas do Excel para registrar os dados desta intervenção.

Com o projeto pronto, teve início a intervenção propriamente dita. Por 12 semanas, deveríamos atender 21 idosos de cada microárea, num total de 84 idosos (próximo a 30% de idosos destas 04 microáreas). As microáreas abordadas correspondiam à região dos Agentes Comunitários de Saúde: Idalêncio Machado, Leonarda, Maristela e Clarinda.

O programa ainda esta em funcionamento após os primeiros três meses de registro e análise, a sua continuidade devesse ao interesse dos gestores e a aceitação da população. Os resultados e todos os passos citados neste pronunciamento estão registrados detalhadamente em meu trabalho de conclusão de curso (TCC), sendo este o quarto e último ato disponibilizado àqueles que tiverem interesse.

Posso assegurar que todas as ações visaram e beneficiaram a pessoa idosa de forma neutra, respeitosa e extremamente profissional, o que sem dúvidas trouxe inúmeros benefícios, que serão melhores notados conforme haja contiguidade do projeto na rotina de trabalho da UBS.

#### **4.4. Relatório para a Comunidade**

Esta carta foi escrita pelo Médico Roberto Nicola sendo destinada a todos os habitantes de Itacurubi. Ao pedido do médico, esta carta deve se manter a disposição no Posto de Saúde e divulgada através dos Agentes Comunitários de Saúde àqueles que tiverem interesse.



Ao longo do ano de 2014 – 2015, trabalhei em Itacurubi com muito carinho e dedicação. Trouxe a esta acolhedora cidade alguns ensinamentos que aprendi e venho aprendendo sobre a Medicina de Saúde da Família. Neste período realizamos algumas atividades que gostaria de compartilhar com a comunidade através desta carta.

A maior parte da população de Itacurubi é rural, porém aqueles que moram na cidade têm maior facilidade em receber fichas de atendimento médico. Aqueles que moram no interior, precisam acordar muito cedo e conseguir meios de transporte para o atendimento e mesmo assim, por vezes, nem conseguem fichas.

Acreditamos que todos devam ter atendimento médico igualitário. Para facilitar o atendimento a toda à população, criamos duas Equipes de Saúde da Família. Estas equipes trabalham de forma organizada e divide toda a população em grupos: idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes, entre outros. Cada grupo recebe atendimento em um determinado dia da semana, as consultas são agendadas e não haverá mais fichas para este tipo de atendimento. E aqueles pacientes que estão muito doentes e precisam consultar com urgência? Estes pacientes sempre irão receber atendimento, pois é uma obrigação atender aqueles que necessitam de ajuda.

Os pacientes que chegam ao posto de saúde para receber atendimento sem agendamento devem receber uma avaliação que dirá se o atendimento é de urgência ou pode aguardar até um segundo momento. O importante é que todos serão atendidos e a consulta será realizada conforme a necessidade.

Importante ressaltar que estas medidas não atrapalhará o atendimento dos outros médicos (Dr.Caetano, Dr.Jones, Dr.Ricardo) que trabalham em apoio a este novo sistema, mantendo os atendimentos habituais.

Esta mudança esta acontecendo e não chegamos aonde gostaríamos, pois ainda realizamos atendimentos por fichas, estamos aprimorando o sistema para melhor transição visto o incomodo que trás uma mudança repentina. Precisamos do apoio da população para mudar este sistema de saúde antigo e ineficiente.

Vocês, população de Itacurubi, possuem direitos bem estabelecidos na constituição. É dever do município realizar a prevenção e investir na saúde pública, abram os olhos e nos ajudem a mudar este sistema antigo de se fazer saúde. Se vocês não exigirem melhorias nada irá acontecer, muitos líderes políticos que aqui trabalham não estão interessados no melhor para a população e sim em votos.

Tenho total confiança no nosso Secretário da Saúde, o Sr. Jorge Machado. Podemos contar com ele, pois o seu caráter está acima de idealizações políticas. Sigam as orientações desta equipe de saúde, são homens de bem e estejam sempre presente nas reuniões e palestras quando vocês forem chamados a participar, a sua ajuda é fundamental.

Sou muito grato à população de Itacurubi, em especial a Equipe de Saúde, que além de serem grandes companheiros de trabalho, se fazem grandes amigos para a vida toda.

## **5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Durante o processo de especialização em Saúde da Família me deparei com situações práticas onde as resoluções sempre estavam ao meu alcance via apoio didático na Plataforma Educacional Kurt Kloetzel. Este apoio seguido da atenção de minha orientadora Dra. Mariana Gonzalez Cademartori, fizeram a diferença e em momento algum fiquei desassistido.

Ao chegar a Itacurubi me deparei com um sistema de saúde bem diferente daquele que estou deixando. Houve muitas mudanças em pouco tempo e me sinto orgulhoso por fazer parte deste processo. A intervenção específica em relação à Saúde do Idoso foi muito importante, mas não foi o processo mais penoso. Para que este projeto pudesse se estabelecer, precisávamos correr contra o tempo e transformar uma UBS tradicional, enraizada durante toda a história municipal, para uma UBS com ESF muito bem organizada.

Quando cheguei na UBS não imaginava que minha ação fosse ir além do atendimento usual médico e da realização da intervenção em si. Tivemos que estudar toda estrutura funcional de uma UBS, interessante citar que a Análise Situacional foi a parte mais importante, a meu ver, desta ação, pois foi a partir desta que retiramos materiais teóricos que daria suporte a nova filosofia de trabalho. Usei o roteiro fornecido pela Plataforma Kurt Kloetzel para a qualificação do serviço como um todo e não apenas no que diz respeito a Saúde da Pessoa Idosa.

Minha orientadora do PROVAB Dra. Fernanda Stassen von Heimburg aliados ao auxílio da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pela fiscalização da UBS, foram fundamentais nas reuniões que delimitaram o caminho a ser seguido pelas ESFs. Assim planejamos passo-a-passo a nova filosofia de trabalho. Para que tudo ocorresse adequadamente foi necessário até a mudança do Secretário Municipal da Saúde, para uma pessoa que tivesse os mesmos ideais que a equipe de saúde almejava, Sr. Jorge Machado.

Os idosos foram o grupo populacional que mais obtiveram benefícios durante todo o processo. Assim como os demais grupos populacionais (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, etc.) os idosos não recebiam nenhum apoio perante o Pacto pela Saúde, concebido em 2006, apenas consultas sob livre demanda e vacinações sazonais. Utilizamos os idosos como grupo pioneiro para a nova estrutura de trabalho. Não se tratava em melhorias a Saúde do Idoso, como o curso pregava, e sim na concepção da Saúde do Idoso. Tudo era muito novo, tanto para mim quanto para a equipe de saúde. Tive o apoio constante do enfermeiro Marcelo Kucera e sua esposa, também enfermeira Querlen Kucera, pessoas que merecem todo o meu respeito e admiração.

No andamento do projeto, já inserido no planejamento estratégico, visei os idosos como grupo piloto, passamos a recolher dados sobre este grupo juntamente com os ACS, estas pessoas humildes que necessitavam de qualificações, ou seja,

tínhamos que estudar também as atribuições dos ACS para que pudéssemos ter um retorno de qualidade. Percebi que os ACS são os olhos e os ouvidos deste sistema peculiar de se fazer saúde e sem eles poucos poderíamos realizar. Os dogmas do SUS estudado em outrora começara a fazer sentido como nunca antes eu tinha percebido, sem esta oportunidade prática. É um sistema de fato fabuloso, já ouvira esta qualificação de meu professor na faculdade, mestre em saúde da família e lembrei que até achei graça no momento. Seus problemas políticos e desvio de verbas públicas são outras questões que não cabem neste momento.

Durante a intervenção percebi que não adiantava ter o melhor projeto em mãos que a prática é algo imprevisível, depende da experiência e não da aventura que eu estava vivendo. Se não fosse o auxílio constante de minha orientadora e apoio didático, mais uma vez eu teria falhado. Estas situações me mostraram que eu nunca estava realmente pronto, de fato me mostraram que a obediência e calma faziam diferença.

Vi que estávamos no caminho certo, quando pessoas de outras cidades estavam querendo consultar conosco devido a mudança e atenção prestada a população outrora desassistida, fato notório.

Em algum momento desta trajetória reparei que eu era um médico de Saúde da Família, pelo menos agindo como tal, pensando como tal, planejando como tal e de forma intuitiva e natural. No início do projeto não pensava que seria tão intenso estas mudança no meu comportamento. Sempre fui um médico humanitário, atento as necessidades do paciente que não compreende apenas a esfera médica, mas no que se refere a ter carinho e ser cuidador. Um dos meus professores em tempos de faculdade se chamava Salvador Célia e me identificava muito com o ser empático que ele tanto abordava.

No estudo do idoso, dois assuntos me fizeram enxergar com outros olhos a abordagem do paciente, a Avaliação da Funcionalidade Familiar e a Rede Social de Apoio. Aprendi muito seguindo estas avaliações, comecei a perceber o paciente como produto do seu meio e não apenas em detrimento da visão unitária da pessoa. Fiquei tão encantado com que estava aprendendo que nas visitas domiciliares comecei a estudar a origem da água que faziam uso, alimentos, religião, quem controlava as despesas da casa, quem eram os vizinhos, qual era a diversão, o que faziam nos finais de semana, como era o trabalho, etc. Percebi que cada membro familiar cumpre uma função e o equilíbrio vem com divisões que não sobrecarreguem nenhum

membro, cada um tem suas responsabilidades. O idoso é um ser que vai cedendo espaço para aqueles que estão chegando e seu posto é substituído por outro membro que vai ganhando importância. Isto é um processo natural da vida. Se a pessoa adulta envelhece em uma família que é mal estruturada, não terá um aporte sadio para esta nova fase da vida, ou seja, a tendência que ocorrer uma somatização patológica é muito maior que em uma família bem estruturada. Perceber isto, durante o envelhecimento dará tempo ao médico de intervir e organizar a dinâmica funcional da família, antes que os membros destas sejam sobrecarregados. Por isto a importância de uma equipe de saúde unida, pois nesta hora que precisamos de psicólogos, dentistas, ACSs, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. Aprendi muito com estes ensinamentos.

Do projeto vou levar para a minha vida profissional vários ensinamentos, muitos já citados e outros ainda vou descobrir futuramente. Algo simples que não posso deixar é o hábito de registrar, aprendi que a partir deste hábito aprendemos com nós mesmo, o ser humano tem uma facilidade de esquecer muito rápida e uma prepotência que não esquecerá nada. Alguns registros escritos a meses neste projeto me fazem reaprender, lembrar e reviver situações que não faria de outra forma.

## 6. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.
2. BEAUVOIR, Simone. **A velhice: realidade incômoda**. (2a ed.). DIFEL, São Paulo 339pp, 1976.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).
5. BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 de set.
6. BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de dez.
7. BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de jan.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo 2010**. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 10 out. 2014.

## **Anexos**







**ANEXO C – Comitê de ética.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

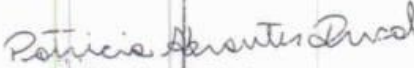
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa


**Projeto: *Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde***

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---



## Apêndice



**Figura 12.**



**Figura 13.**



Figura 15.



Figura 15.





Figura 16.

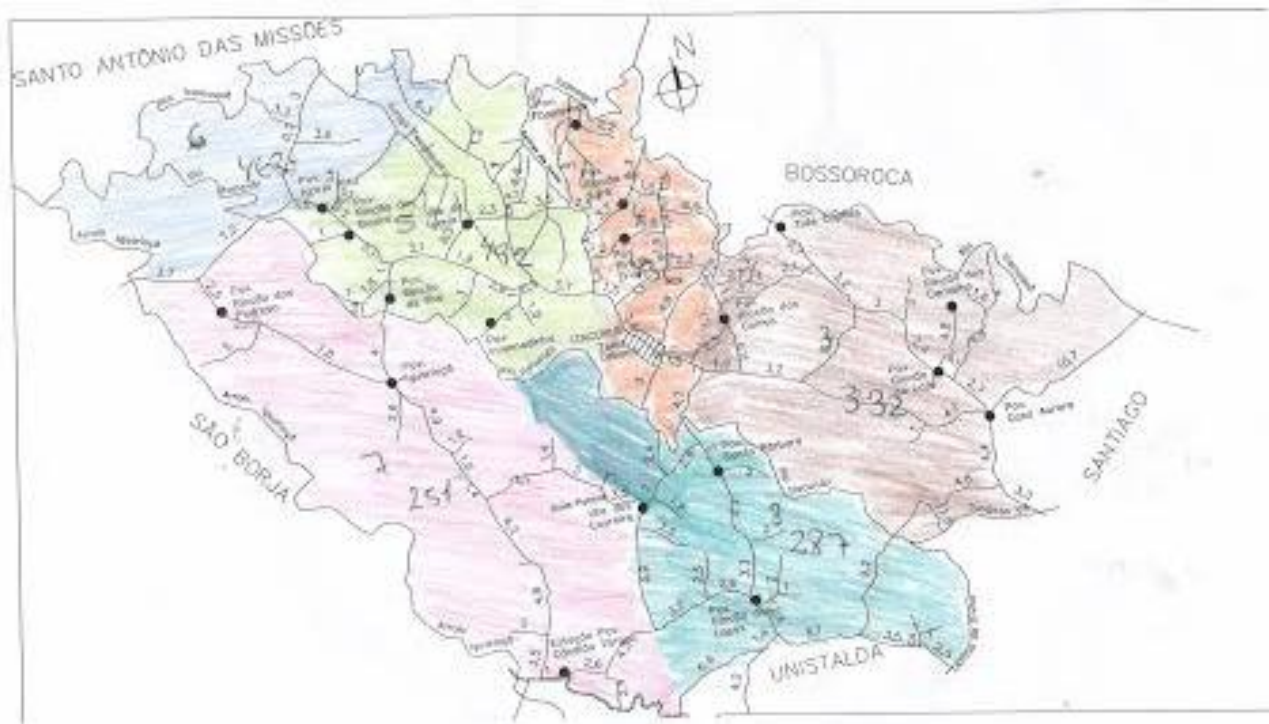


Figura 17.



**Figura 18.**



**Figura 19.**

