

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**

**Universidade Federal de Pelotas**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 04**



**Melhoria na atenção à saúde do idoso, estratégia saúde da família, unidade básica de saúde Guaraituba, Colombo/PR**

Danielle de Mello Cherbiski

Pelotas, 2014

**Danielle de Mello Cherbiski**

Melhoria na atenção à saúde do idoso, estratégia saúde da família, unidade básica de saúde Guaraituba, Colombo/PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

C521m Cherbiski, Danielle de Mello

Melhoria na atenção à saúde do idoso, Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Guaraituba, Colombo, PR / Danielle de Mello Cherbiski ; Marina Sousa Azevedo, orientadora. — Pelotas, 2014.

71 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal. I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

## **Agradecimentos**

A Deus que sempre esteve comigo, fortalecendo-me e conduzindo-me para a construção deste trabalho.

Ao meu esposo, que me apoiou em todos os momentos, até mesmo nos mais difíceis.

As minhas filhas que colaboraram com os momentos de estudos e ausência da mãe.

À equipe da Unidade de Saúde Guaraituba, pela compreensão e pela colaboração decisiva para com este trabalho.

Aos idosos que foram colaborativos durante todo processo do trabalho.

E a Marina Sousa Azevedo que foi minha orientadora e esteve nesta caminhada sempre me apoiando.

## Resumo

CHERBISKI, Danielle de Mello. **Melhoria na atenção à saúde do idoso, Estratégia de Saúde da Família, Unidade de Saúde Guaraituba, Colombo/PR**. 2014. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O atendimento à saúde do idoso consiste em uma ação programática inerente aos serviços de atenção básica à saúde. Para tanto, faz-se necessário o seguimento de normas e rotinas pré-estabelecidas, bem como o trabalho integrado sobre as ações em saúde e capacitação dos membros integrantes das equipes para a execução. Assim, após a análise situacional verificou-se a necessidade de intervir na ação programática de atenção à saúde do idoso até então inexistente na unidade sendo este o foco da intervenção. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde Guaraituba do município de Colombo, Paraná. A intervenção foi realizada no segundo semestre de 2013 a fevereiro de 2014 com duração de 4 meses e a sua elaboração ocorreu em cinco etapas: análise situacional, análise estratégica, intervenção, avaliação da intervenção e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem. Para ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos, melhorar a adesão dos idosos ao programa, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco da área de abrangência e promover a saúde dos idosos foram realizadas ações nos quatro eixos distintos e complementares: monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação para a prática clínica. Utilizamos o Caderno de Atenção Básica nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde. Foram cadastrados 497 idosos e 99,8% receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Todos os idosos acamados ou com dificuldades de locomoção receberam visita domiciliar. Todos os idosos tiveram avaliação da pressão arterial, avaliação multidimensional rápida e 99,4% com exame clínico apropriado e 99,6% investigados quanto a presença de indicadores de fragilização na velhice. Todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos ficaram com os exames complementares periódicos em dia. As orientações nutricionais foram dadas a 98,8% dos idosos, enquanto as sobre atividade física para 78,7% dos idosos. Com relação ao registro 99,6% ficaram com registro específico em dia. Os resultados alcançados foram satisfatórios, conseguimos mudar a rotina da Unidade em conjunto com a equipe. A intervenção realizada propiciou a melhoria na qualidade da atenção à Saúde do Idoso, com aumento na cobertura, melhoria dos registros e com ampliação das orientações relacionadas com a promoção de saúde. O desenvolvimento da intervenção permitiu uma grande troca de experiências entre os profissionais e estreitou o vínculo da equipe com a comunidade. Além disso, a intervenção foi incorporada à rotina da Unidade e servirá como modelo para futuros projetos em outras ações programáticas.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

### Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
ESF	Estratégia de saúde da família
PET-Saúde	Programa para a Educação do Trabalho em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
USF	Unidade de saúde da família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS Pré-natal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
CRAS	Centro de Referência de Assistente Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistente Social
CEO	Centro de Referência Especializada em Odontologia

### Lista de figuras

Figura 1 Gráfico de cobertura do programa de atenção básica do idoso na Unidade de Saúde. Colombo-PR, 2014.....	45
Figura 2 Gráfico de proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Colombo-PR, 2014.....	46
Figura 3 Gráfico de proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta. Colombo-PR, 2014.....	47
Figura 4 Gráfico de proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Colombo-PR, 2014.....	48
Figura 5 Gráfico de proporção de idosos com exames clínico apropriado em dia. Colombo-PR, 2014.....	49
Figura 6 Gráfico de proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. Colombo-PR, 2014 .....	50
Figura 7 Gráfico de proporção de idosos com registros na ficha espelho em dia. Colombo-PR, 2014.....	51
Figura 8 Gráfico de proporção de idosos com a caderneta de saúde da pessoa idosa. Colombo-PR, 2014.....	52
Figura 9 Gráfico de proporção de idosos com Avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Colombo-PR, 2014.....	52
Figura 10 Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Colombo-PR, 2014.....	53
Figura 11 Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Colombo-PR, 2014 .....	54
Figura 12 Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Colombo-PR, 2014 .....	55
Figura 13 Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Colombo-PR, 2014.....	55

## **Apresentação**

Esse volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância, promovido pela Universidade Federal

de Pelotas/UNASUS. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde Guaraituba, Colombo, Paraná.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas: Análise situacional, Análise estratégica, Relatório da intervenção, Relatório dos resultados da intervenção e Reflexão crítica sobre o processo pessoal da aprendizagem.

Na Análise situacional, realizou-se um estudo detalhado da estrutura e do funcionamento da Unidade de Saúde. 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 na ação programática escolhida que ocorreu ao longo da unidade 2. O projeto de intervenção iniciou no segundo semestre de 2013 e foram realizadas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação para a prática clínica. As atividades foram realizadas conforme cronograma estabelecido no projeto de intervenção.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com as figuras correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2013, quando começaram as postagens das primeiras tarefas; a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado ocorreu em agosto de 2014.

## Sumário

Apresentação .....	7
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10



1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise	
Situacional.....	14
2 Análise Estratégica.....	16
2.1 Justificativa.....	16
2.2 Objetivos e Metas.....	17
2.2.1 Objetivo geral.....	17
2.2.2 Objetivos específicos.....	17
2.2.3 Metas.....	17
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Ações.....	19
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	34
2.3.4 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	39
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	39
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	42
4 Relatório dos resultados da intervenção.....	45
4.1 Resultados.....	45
4.2 Discussão.....	56
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	59
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	60
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Bibliografia.....	65
Anexos.....	66

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Sou Enfermeira e trabalho em um município grande com aproximadamente 240.000 mil pessoas, divisa com Curitiba, atualmente estou lotada na Unidade de Saúde Guaraituba, que possui quatro equipes Estratégias Saúde da Família (ESF). A unidade tem aproximadamente 12.000 pessoas em sua área de abrangência.

Temos problemas em relação à estrutura física, não temos Saúde Bucal na unidade por falta de espaço físico, a estrutura necessita de uma reforma urgente, a qual já foi liberada, aguardamos o início da obra, porém o espaço onde fica o imóvel é insuficiente para ampliações.

Os usuários que necessitam de atendimento em saúde bucal são referenciados para as unidades de saúde próximas a nossa unidade, com contato prévio.

Estamos em fase de reorganização, com a mudança de gestão eu e a minha Coordenadora viemos transferidas para esta unidade e, no momento, estamos reestruturando a Unidade, principalmente em relação aos dados, “acolhida do usuário”, agenda de programas, entre outros.

Infelizmente nosso serviço não é informatizado, isso demanda um tempo grande em anotações que poderiam ser otimizadas com a informatização, deixamos de dar mais atenção aos usuários por conta do trabalho manual, até o momento não temos previsão para este serviço em nosso município. Temos dificuldades com recursos humanos, no momento estamos com falta de um médico e de cinco Agentes Comunitários de Saúde, esta realidade é comum no município.

Observamos que não tínhamos conhecimento quanto as ferramentas disponibilizadas pelo Ministério de Saúde em relação ao atendimento ao idoso. Já estamos observando resultados positivos por parte dos usuários nesta fase de reorganização da Unidade, acreditamos que em breve estaremos com o serviço mais organizado.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Colombo, no estado do Paraná, tem aproximadamente 250.000 habitantes temos nove Unidades de Saúde tradicional e 11 unidades com ESF, totalizando 34 Equipes de Saúde da Família, um Centro de Especialidade Odontológica e não fomos contemplados com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, temos um Centro de Referência de Especialidades (CEO), uma Maternidade do Município administrada pela Aliança Saúde em parceria com a PUC, o município não tem Hospital Geral, os usuários são referenciados para hospitais em Curitiba e em outro município, Campina Grande do Sul, quando necessitam de internação, ambos localizados próximos a Colombo.

Os exames laboratoriais são disponibilizados em todas as Unidades de Saúde conforme a demanda. Alguns exames complementares como mamografia, endoscopia e ecografia, são realizados no próprio município e outros são referenciados para a Capital, Curitiba, que fica a uma distância de aproximadamente 15 km.

A Unidade de Saúde Guaraituba, onde atuo, fica em região urbana, com atendimentos exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Existe um vínculo com a Universidade Federal do Paraná, e constantemente recebemos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Terapia Ocupacional. Atualmente temos 3 residentes da UFPR, uma nutricionista, uma enfermeira e uma farmacêutica, estes profissionais nos auxiliam muito no atendimento direto ao usuário, este trabalho multiprofissional é de grande tanto para os usuários quanto para a equipe.

É uma Unidade ESF com quatro equipes quatro Enfermeiros, dois Médicos, quatro Técnicos de Enfermagem e 11 Agentes Comunitários Saúde (ACS), porém dois ACS em licença médica e três em vacância. Não temos Saúde Bucal por falta de espaço físico.

Em relação à estrutura física temos algumas deficiências, os consultórios são pequenos, salas de procedimentos com espaço insuficiente, não temos sala de reuniões, área de armazenamento de materiais, farmácia (temos apenas dispensários), também não temos banheiros com acesso para deficientes. No momento a Unidade está passando por reforma, porém não será ampliada por falta de espaço físico, a Unidade existe há mais de 20 anos e durante estes anos a população cresceu muito e a previsão é que o número de habitantes cresça mais ainda, pois estão construído vários conjuntos habitacionais através do plano Minha Casa Minha Vida.

Nosso serviço não é informatizado, isso demanda um tempo grande em anotações que poderiam ser otimizadas com a informatização, poderíamos aproveitar melhor este tempo despendido e realizar ações aos usuários, mas até o momento não temos previsão para este serviço em nosso município.

As atribuições da equipe são realizadas dentro do possível, existe um trabalho de acolhida do usuário, onde nenhum usuário sai da Unidade sem ser ouvido e avaliado. Temos deficiência nos registros de dados, com a realização desta Pós Graduação, observamos que nossos registros precisam ser melhorados. No

momento não estamos atendendo os programas devido a Unidade estar em reforma, estamos atendendo em 50% da Unidade, mas no próximo mês iremos normalizar o atendimento e só iniciaremos com o cadastro dos programas aos usuários que ainda não estão inscritos e classificados. Temos muito a melhorar, almejamos realizar um controle e registro de todas as ações realizadas, sejam em programas e ou individualmente.

A população da área adstrita é de aproximadamente 12.000 pessoas, não temos ainda computado a idade e sexo dos usuários, apenas uma previsão para atualizar estes dados logo que todas as áreas tenham ACS na equipe. A equipe está incompleta, faltam médicos e ACS, deixando algumas micro áreas descobertas.

Em relação à demanda não temos problemas quando estamos com todas equipes completas, no momento estamos com 50% do quadro, sendo assim, os usuários estão reclamando sobre o número de consultas ofertados diariamente. A Secretaria de Saúde informou que está realizando contratação de médicos através de empresa terceirizada para normalizar o quadro, em breve estaremos com a situação normalizada.

Todos os usuários que procuram a Unidade de Saúde são atendidos seja em consulta médica ou em avaliação realizadas pelas enfermeiras, caso necessite de consulta de emergência encaixamos nas vagas de apoio dos médicos.

Em relação à saúde da criança, utilizamos o protocolo municipal de saúde da criança. Não temos saúde bucal na unidade o que inviabiliza a possibilidade de conhecer a saúde bucal destes usuários. Temos 198 crianças menores de um ano, sendo que 85% participam da puericultura. As ações de saúde da criança realizadas pela Unidade incluem vacinas, consultas de puericultura, acolhimento, atendimento clínico a situações agudas e acompanhamento e desenvolvimento pondero-estatural, as famílias que moram em área de risco são visitadas e acompanhadas frequentemente pelos ACS.

Em relação ao Pré-natal, seguimos o seguinte fluxo: a primeira consulta com a Enfermagem, após o ACS confirmar o endereço, realizamos o cadastro no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-natal), solicitamos a primeira bateria de exames laboratoriais e a primeira ecografia, coletamos informações específicas e orientamos sobre vários aspectos da gravidez bem como sinais de alerta. Após esta consulta a gestante segue o pré-natal com consultas médicas conforme Ministério de Saúde (MS). Estamos realizando

oficinas de gestante bimestralmente com temas específicos, oferecemos um lanche e sorteio de brindes o que tem estimulado bastante a participação das gestantes, costuma ser bem dinâmico. Acreditamos que temos que nos focar mais em relação ao acompanhamento durante as consultas médicas, talvez realizando a pré-consulta, o que podemos aproximar mais das gestantes.

Em relação à Prevenção do colo de útero e mama realizamos o preventivo de Colo de Útero na Unidade, temos registro dos exames realizados e dos resultados recebidos, a cobertura está baixa, pois das 1245 mulheres da área na faixa etária alvo apenas 666 (53,5%) estão com o preventivo em dia, sendo uma cobertura de 53%, já percebemos isto através da respectiva aba, realizamos coleta 4 vezes por semana em meio período e uma vez por mês realizamos aos sábados.

Observamos que as mesmas faltam no dia marcado e não fazemos busca ativa, estamos estudando uma forma de melhorar estes números. Temos que intensificar as ações de Prevenção através de conscientização das usuárias. Pretendemos aumentar o número de coletas assim que termine a reforma da unidade, fazemos busca ativa de todas as usuárias com exames alterados. Temos as vagas destinadas ao Planejamento Familiar, onde agendamos as mulheres que desejam iniciar um método anticoncepcional e também aquelas que estão com resultados de preventivos alterados.

Com relação à prevenção do câncer de mama temos uma cobertura de mamografias de 25%, pois das 807 mulheres com idade entre 50 a 69 anos, apenas 199 estão com a mamografia em dia, os médicos e enfermeiros solicitam o exame, mas até o momento não tínhamos controle das mamografias solicitadas estamos reformulando esta questão, só assim teremos um controle melhor. Realizamos anotação do resultado do exame no prontuário das usuárias e fazemos busca ativa dos casos alterados.

Em relação aos hipertensos e diabéticos, temos um controle dos usuários inscritos no programa, acompanhamos os mesmos nas reuniões mensais e nas consultas, verificando os dados vitais e a validade da receita, caso esteja vencida solicitamos a bateria de exames laboratoriais e agendamos consulta médica. Temos uma cobertura baixa de aproximadamente 40%, acreditamos ser devido ao fato de muitos ainda não serem identificados e outros realizarem consultas através de plano de Saúde e os medicamentos serem retirados na farmácia popular. Algo que nos chamou atenção nas questões reflexivas foi o fato de não examinarmos os pés dos

diabéticos temos que mudar esta postura urgentemente.

Em relação à Saúde do Idoso, temos muitos desafios pela frente, não temos números e tão menos dados de quem são estes usuários, com exceção dos que recebem visitas domiciliares. Até o momento não seguimos nenhum Protocolo para o Atendimento ao Idoso, seguimos a demanda espontânea.

Concluindo observamos que temos muitos desafios pela frente, melhorar os registros, aumentar a cobertura nos programas, identificar os usuários que ainda não foram cadastrados, estudar maneiras de maior captação dos usuários para melhorar a adesão aos programas. Através dos questionários pudemos ter uma visão do nosso atendimento que tem muito a melhorar. Nosso maior desafio é trabalhar com uma população que se muda rotineiramente e devemos estar atentos para a atualização destes cadastramentos.

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

Ao comparar esta análise feita de maneira sistematizada e direcionada pelos materiais disponibilizados no Curso (Caderno de Ações Programáticas, Questionários, Questões Reflexivas), foi possível concluir que tínhamos uma boa noção da nossa realidade, embora não com tantos detalhes. Assim, a análise sistemática da unidade Guaraituba nos deu uma noção mais profunda sobre nosso serviço, apontando mais precisamente que áreas necessitarão de maior atenção.

Em suma, após a análise das atividades anteriormente realizadas e da observação de nossa realidade em conjunto com os colegas de Curso, percebemos que dois grandes desafios a serem vencidos em nosso dia a dia são o aspecto motivacional e as inadequações das condições de trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A longevidade está ocorrendo de forma rápida e a reorganização da Saúde não está acompanhando este fato. No futuro existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, no Brasil existem aproximadamente 17,6 milhões de idosos, conseqüentemente a saúde deverá estar estruturada para este desafio. Os idosos são acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, gerando um processo de incapacidade, dificultando o desempenho de atividades cotidianas de forma independente, comprometendo a qualidade de vida dos mesmos. É função das



políticas de saúde contribuir para que os idosos alcancem as idades avançadas com melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006).

Sabe-se que o número estimado de idosos com 60 anos ou mais residentes na área da unidade básica de saúde é de 1427, porém estes usuários não estão sendo acompanhados como preconiza o Manual do Ministério da Saúde. Atualmente atendemos os idosos que participam do grupo de Hipertensos e diabéticos, mas não temos ações específicas com os demais idosos, sendo assim a qualidade da atenção primária a Saúde do Idoso está sendo insuficiente. Dessa forma, não há registro específico e, portanto não há dados de cobertura e os indicadores de qualidade não puderam ser avaliados. Pelo fato de não haver programa de atenção ao idoso teremos muitos desafios pela frente, não temos números e tão menos dados de quem são estes usuários, com exceção dos que recebem visitas domiciliares. Não seguimos nenhum protocolo, atualmente não acompanhamos os idosos, somente por consultas nos casos de procura.

Assim, sabemos que esta intervenção será muito importante para o melhor acompanhamento dos idosos, trabalhando na atenção primária, estaremos evitando que grande parte dos idosos necessite da atenção secundária. A escolha deste foco foi definida e apresentada para a equipe, a qual recebeu muito bem a novidade, muitos afirmaram que realmente necessitados da implantação deste programa, outros reagiram como se fosse algo que nunca haviam refletido.

A escolha do foco proporcionará um atendimento de qualidade ao idoso e principalmente um acompanhamento contínuo, onde iremos realizar grupos para orientações sobre diversos temas relacionados a saúde do idoso, muitos nesta fase de vida ficam esquecidos pelos familiares, percebemos em nossa área de abrangência que existem muitos idosos que residem sozinhos e recebem visitas esporádicas dos familiares, outros ficam na companhia de cuidadores que também devem ser orientados e assistidos.

Sabemos que é uma atividade pesada, principalmente para aqueles que cuidam de idosos com restrições físicas, este semestre fomos contemplados com o estágio dos alunos da Universidade Federal do Paraná, do curso de Terapia ocupacional, o trabalho de orientação a usuários e cuidadores de idosos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral foi de suma importância e nós da equipe de saúde acabamos adquirindo novos conhecimentos.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde Guaraituba no município de Colombo, Paraná.

### 2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos
2. Melhorar a adesão dos idosos no Programa
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
6. Promover a saúde

### 2.2.3 Metas

#### Relativa ao objetivo 1:

**Meta 1:** Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 40%.

**Meta 2:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Meta 3:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 4:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 5:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

#### Relativa ao objetivo 2:

**Meta 6:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### Relativa ao objetivo 3:

**Meta 7:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Meta 8:** 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 03 meses para diabéticos.

**Meta 9:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 10:** Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

**Relativa ao objetivo 4:**

**Meta 11:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 12:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Relativa ao objetivo 5:**

**Meta 13:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 14:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Meta 15:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Relativa ao objetivo 6:**

**Meta 16:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 17:** Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

### **2.3 Metodologia**

Para o alcance das metas, a equipe realizará as ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica

### 2.3.1 Ações

Para ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos, buscando a meta de ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 40%, no eixo monitoramento e avaliação vamos monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde semanalmente, os dados obtidos a partir do cadastramento feito pelo ACS serão anotados pelo enfermeiro de área em ficha específica e ao final da semana, transferidas para planilha eletrônica. A escolha de 40% deu-se pelo fato de que como estaríamos iniciando do zero a intervenção seria trabalhosa e optamos por esta meta devido ao pouco tempo para realizar as ações.

No eixo organização e gestão vamos acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB. Para o acolhimento serão recebidos pela recepção e, posteriormente, pela enfermagem o qual fará primeiramente a escuta e, logo após, a triagem do usuário conforme quadro clínico, caso seja necessário passar por consulta médica será encaminhado para a consulta no mesmo dia através da vaga de apoio que é disponibilizada, sendo dois apoios por médico/dia. Para o cadastramento serão cadastrados pelos ACS, tanto o acolhimento quanto o cadastramento ocorrerão durante todos os dias de funcionamento da Unidade.

Em relação ao eixo do engajamento público vamos esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. Será realizada orientações aos idosos nas visitas domiciliares dos ACS e nas oficinas do Idoso, onde a comunidade será esclarecida sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e informada sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Quanto ao eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e a equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização. Será realizada a capacitação para toda equipe de saúde da Unidade quanto a Política Nacional de Humanização, para este tema

será disponibilizado o documento base para gestores e trabalhadores do SUS de 2004 para que a equipe tenha conhecimento. Além disso, haverá a capacitação dos ACS sobre o acolhimento aos idosos e sobre como será a busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, será reservada 1 hora antes da reunião da equipe para esta capacitação. Estas capacitações serão de responsabilidade da enfermeira.

Com relação à meta de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. A enfermeira ficará responsável de, semanalmente, transferir os dados coletados pelos ACS para planilha eletrônica.

No eixo de gestão e organização do serviço vamos garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Este trabalho será realizado pelos ACS nas visitas domiciliares diariamente, onde estarão rastreando todos os idosos nestas condições e levantando os dados solicitados pela enfermeira de área.

Com relação ao eixo do engajamento público vamos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. A comunidade será informada na sala de espera, através de informações da equipe, assim como com palestras mensais em locais comunitários do bairro como igrejas, conforme disponibilidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Os ACS serão capacitados pela enfermeira de área, esta capacitação ocorrerá, durante 30 minutos, no início da manhã, durante a segunda semana de intervenção.

Em relação à meta de realizar visitas em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. A enfermeira ficará responsável de coletar os dados da ficha-espelho, semanalmente, e transferir os dados para planilha eletrônica.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, a

agenda será organizada a fim de disponibilizar pelo menos 1 turno por semana para a realização destas visitas, as quais serão agendadas pelo ACS.

Com relação ao eixo do engajamento público vamos orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Este esclarecimento será feito pelos ACS, os quais distribuirão entre os pontos comerciais do bairro cartazes informativos e também farão estas orientações durante o rastreamento e cadastramento dos idosos.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Os ACS serão capacitados pela enfermeira da área, estas capacitações ocorrerão a partir de agendamento com os ACS, no turno da manhã, durante 1 hora, ainda na primeira semana de intervenção pela enfermeira.

Para rastrear 100% dos idosos para HAS, no eixo monitoramento e avaliação vamos monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente, a enfermeira fará o controle da necessidade de retorno a unidade destes idosos, a partir dos dados da planilha eletrônica. Os ACS farão o agendamento destes idosos durante as visitas domiciliares.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. O acolhimento aos idosos portadores de HAS será melhorado, todos os idosos que procurarem a unidade serão acolhidos independentemente do turno, os técnicos de enfermagem de área ficarão responsáveis pelo acolhimento e qualquer membro da equipe poderá realizar a aferição da pressão arterial. Além disso, o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde será garantido através de uma revisão de todo material disponível na unidade, havendo necessidade será feito o pedido de novos materiais pela coordenação.

No eixo do engajamento público vamos 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 e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Estas orientações serão dadas pelos ACS durante as visitas domiciliares.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. A equipe receberá esta capacitação que será realizada pela enfermeira por um período de uma hora ao início da reunião de equipe que ocorre semanalmente.

Para rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para DM, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente. A enfermeira fará o controle da necessidade de retorno a unidade destes idosos, a partir dos dados da planilha eletrônica. Os ACS farão o agendamento destes idosos durante as visitas domiciliares. O rastreamento será realizado pela enfermeira de área, mensalmente, nas residências dos idosos acamados e na unidade para os idosos que tenham possibilidade de comparecer.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. O acolhimento aos idosos portadores de DM será melhorado através de acompanhamento de forma individualizada e avaliação dos exames de sangue verificando se estão em dia de acordo com protocolo, será também realizado o hemoglicoteste de todos os idosos no primeiro momento com a finalidade de rastrear DM. Será também garantido junto a gestão, a partir de reunião que será agendada, material adequado para realização de hemoglicoteste na Unidade de Saúde, onde o mesmo deverá estar disponível para uso na unidade e outro para uso das visitas domiciliares, as mesmas deverão ocorrer em dias alternados para que as 4 equipes possam estar saindo com o material.

No eixo do engajamento público vamos 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 e orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. A comunidade será orientada através do Centro de Convivência de Idosos, nas reuniões do Grupo de Hipertensos e Diabéticos e nas visitas domiciliares.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos 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. Esta capacitação será de responsabilidade da enfermeira e ocorrerá durante 30 minutos antes da reunião de equipe na terceira semana de intervenção.

Para melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso vamos buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Este será feito pela enfermeira em planilha eletrônica de forma semanal, a falta do idoso será informada pela recepção que fará a identificação dos faltosos.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Os ACS farão a visita domiciliar para verificar o motivo da falta uma vez na semana, a agenda será organizada de forma que se tenha pelo menos uma consulta por dia garantida para atender aos faltosos.

Com relação ao eixo do engajamento público vamos 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) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas informações serão dadas nas consultas individualizadas para o idoso e sua família, assim como através de informes disponibilizados na sala de espera e ambientes comunitários. Além disso, será ouvida a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos com uma caixinha para sugestões será disponibilizada na recepção para que qualquer pessoa possa opinar a respeito.

Com relação ao eixo de qualificação da prática clínica vamos treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas. Os ACS serão treinados a partir da definição prévia com a equipe sobre a periodicidade das consultas. Esta reunião e decisão serão realizadas em conjunto em uma reunião de 1 hora previamente a reunião de equipe que ocorre de forma semanal.

A fim de melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde buscaremos a meta de realizar a Avaliação Multidimensional Rápida de 100% no



eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. Iremos monitorar semanalmente através de planilha eletrônica, quem ficará responsável será a enfermeira.

No eixo organização e gestão do serviço vamos garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) e definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Iremos verificar os recursos disponíveis bem como seu estado de conservação e se necessário será solicitado à gestão o material necessário para realizar a Avaliação Multidimensional Rápida sendo este um trabalho em equipe, estaremos trabalhando com a equipe de técnicos da Unidade e com a Enfermeira responsável pelo projeto.

No eixo de engajamento público vamos orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, este será realizado em parceria com o Centro de Convivência dos Idosos que fica próximo a Unidade e é frequentado por muitos idosos de nossa área de abrangência, vamos também compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Com relação ao eixo de qualificação da prática clínica iremos capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS e utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Como também, treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Estes treinamentos e capacitações serão realizados pela enfermeira no dia de reunião de equipe por um período de uma hora.

A fim de realizar o 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 03 meses para diabéticos para o eixo do monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde para isso a enfermeira fará a coleta dos dados da ficha-espelho e tabulação em planilha eletrônica semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço iremos definir com a equipe da unidade as atribuições de cada membro em relação ao exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, garantir a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e garantir referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades através de reunião com a gestão.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários 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. Assim, realizaremos oficinas com a finalidade de orientar os usuários e a comunidade organizadas pela enfermeira.

Em relação ao eixo de qualificação da prática clínica iremos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será feita em parceria com as enfermeiras e os médicos da Unidade.

Para buscar realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, vamos monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Para isso vamos usar a ficha espelho e a planilha eletrônica, este monitoramento será realizado pela enfermeira de área, semanalmente.

Com relação ao eixo de organização e gestão do serviço vamos garantir a solicitação dos exames complementares e estabelecer com a gestão mecanismos de articulação para que sejam realizados os exames do protocolo com agilidade, para isso uma reunião com o gestor será agenda para definição destas estratégias. Além disso, serão estabelecidos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, os idosos que forem encaminhados para a realização dos exames receberão uma identificação no prontuário com a data prevista do exames, aqueles que retornarem a consulta de retorno deverão estar com os exames, aqueles que não retornarem na data prevista receberão a visita do ACS.

Em relação ao eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Estes protocolos serão divulgados a partir de cartazes na sala de espera, como também os usuários serão alertados nas consultas individuais.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, iremos capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, esta capacitação será realizada pela enfermeira, por um período de 30 minutos, na reunião de equipe.

Para avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerando os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos), no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Estaremos em contato com a Farmácia popular que localiza-se na frente da Unidade de Saúde para verificarmos este acesso aos medicamentos dos hipertensos/diabéticos, já fazemos este trabalho em parceria com a Farmácia Popular onde somos parceiros de trabalho, identificaremos os idosos usuários de medicamentos e faremos este monitoramento de retirada do medicamento junto a Farmácia Popular, mensalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, a partir de planilha construída, onde todo o medicamento recebido na unidade será registrado quanto a quantidade e data de validade, quando do término do mesmo, será dado baixa na planilha.

Com relação ao eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, serão publicados avisos em painel na própria unidade, além de receberem as orientações individualizadas por qualquer profissional da unidade que acolher estes usuários.

Para qualificação da prática clínica iremos realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e/ou DM, a partir dos cadernos de atenção básica para HAS e DM que serão disponibilizados para a equipe. Além de, capacitar a equipe para

orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para melhorar registros das informações vamos buscar manter registro específico de 100% das pessoas idosas no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde através da ficha espelho que será implantada na Unidade e alimentada pelo enfermeiro de área e passagem dos dados semanalmente para planilha eletrônica.

No eixo de organização e gestão do serviço iremos manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir o responsável pelo monitoramento dos registros que será o enfermeiro de área, 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, todas as informações serão registradas na ficha-espelho e o alerta será feito a partir da avaliação da planilha eletrônica. Vamos ainda verificar a situação do SIAB, que no momento está com sérios problemas, pois existe apenas um digitador para todo município, conversaremos com a gestão sobre este assunto para que haja descentralização, a fim e agilizar o processo.

Com relação ao engajamento público, iremos orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, a partir de cartazes distribuídos no ambiente da própria unidade de saúde.

Para o eixo de qualificação da prática clínica vamos treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos durante a reunião da equipe, a enfermeira dará estas instruções.

Com o intuito de distribuir a caderneta de saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados no eixo de monitoramento e avaliação estaremos vamos monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a partir de planilha eletrônica, semanalmente, pela enfermeira.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a partir de contato telefônico.

Com relação ao eixo do engajamento público vamos orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, realizaremos com a equipe orientações com os idosos e a comunidade nas oficinas que serão realizadas mensalmente.

Para o eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa durante reunião da equipe.

A fim de mapear os idosos de risco da área de abrangência para buscar rastrear 100% das pessoas idosos para risco de morbimortalidade, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, através dos dados na ficha espelho, o médico de área estará realizando este rastreamento e a enfermeira fará a coleta para a planilha eletrônica, semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço iremos priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, deixando a porta aberta da unidade para estes usuários, os quais receberão atendimento no mesmo dia em que procurarem o serviço.

No eixo do engajamento público vamos orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, será realizado orientação através de oficinas mensais pela equipe multiprofissional aos idosos.

No eixo de qualificação da prática clínica, iremos capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, durante reunião da equipe onde a enfermeira fará a orientação.

A fim de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, através da planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente, que será de responsabilidade da enfermeira.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice que terão consultas garantidas e porta aberta na unidade, sendo atendidos em todos os dias da semana.

No eixo do engajamento público orientaremos os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente durante as oficinas mensais realizadas pela equipe multiprofissional.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice pela enfermeira durante reunião da equipe.

A fim de avaliar a rede social de 100% dos idosos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente, a partir da planilha eletrônica, a qual será alimentada semanalmente pela enfermeira.

No eixo de organização e gestão do serviço iremos facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente, estes poderão agendar sua consulta através dos ACS, os quais serão orientados a dar prioridade de agendamento e visita a estes idosos.

No eixo do engajamento público vamos orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, a partir das oficinas multiprofissionais que ocorrerão mensalmente. Além disso, vamos estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa através de trabalhos em igrejas, escolas e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos durante a reunião da equipe.

Para promover a saúde dos idosos e garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. No eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição a partir da coleta de dados da ficha espelho e registro em planilha eletrônica, realizada pela enfermeira, semanalmente.

No eixo de organização e gestão vamos definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis durante reunião da equipe.

Quanto ao eixo do engajamento público vamos orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, através de oficinas ministradas pela equipe multiprofissional mensalmente na Igreja

São Paulo e com o apoio do Serviço de nutrição, onde as estagiárias da Residência em Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Em relação ao eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" do Ministério da Saúde. Além de capacitar a equipe para a orientação nutricional para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, contando com o apoio do Serviço de nutrição e as estagiárias da Residência em Nutrição da UFPR, como também com a nutricionista da unidade.

Com o intuito de garantir a orientação para prática de atividade física regular a 100% dos idosos, no eixo de monitoramento e avaliação iremos monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e vamos monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular estimulando os que estejam ausentes a partir dos dados da planilha eletrônica obtidos da ficha espelho, a planilha será alimentada pela enfermeira semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física. Os enfermeiros serão os principais responsáveis por levar as demandas à gestão.

Com relação ao eixo de engajamento público vamos orientar os idosos e a comunidade quanto à realização de atividade física regular através de oficinas realizadas mensalmente com a equipe de saúde. Estaremos também reativando as caminhadas que deixaram de serem realizadas há mais de 3 anos, para que os usuários que tenham condições físicas possam ser estimulados, esta caminhada será realizada com acompanhamento de uma enfermeira e de 2 ACS, inicialmente duas vezes por semana. Identificar os idosos que podem estar participando da atividade de caminhada e através do ACS em suas visitas solicitar que os mesmos convidem os idosos a participar desta caminhada.

Em relação ao eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, bem como a prática de alongamento antes e após atividade física durante a reunião da equipe pelos enfermeiros.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1:** Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 40%.

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

**Numerador 1:** Número de idosos cadastrados no programa

**Denominador 1:** Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Indicador 2:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

**Numerador 2:** Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

**Denominador 2:** Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 3:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 3:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

**Numerador 3:** Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

**Denominador 3:** Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 4:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador 4:** Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

**Numerador 4:** Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

**Denominador 4:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.



**Meta 5:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador 5:** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

**Numerador 5:** Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

**Denominador 5:** Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

**Meta 6:** Buscar 80% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Indicador 6:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

**Numerador 6:** Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

**Denominador 6:** Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Meta 7:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Indicador 7:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

**Numerador 7:** Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

**Denominador 7:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 8:** 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 03 meses para diabéticos.

**Indicador 8:** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

**Numerador 8:** Número de idosos com exame clínico apropriado.

**Denominador 8:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 9:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador 9:** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

**Numerador 9:** Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

**Denominador 9:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 10:** Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

**Indicador 10:** Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

**Numerador 10:** Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

**Denominador 10:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 11:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Indicador 11:** Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

**Numerador 11:** Número de ficha espelho com registro adequado.

**Denominador 11:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 12:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Indicador 12:** Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

**Numerador 12:** Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Denominador 12:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 13:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Indicador 13:** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

**Numerador 13:** Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

**Denominador 13:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 14:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Indicador 14:** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

**Numerador 14:** Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

**Denominador 14:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 15:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Indicador 15:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

**Numerador 15:** Número de idosos com avaliação de rede social.

**Denominador 15:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 16:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Indicador 16:** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

**Numerador 16:** Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

**Denominador 16:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 17:** Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

**Indicador 17:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

**Numerador 17:** Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular.

**Denominador 17:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Saúde do Idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006 (BRASIL, 2006). Iremos utilizar a caderneta do Idoso para registro, será também implantado uma pasta com o nome de todos idosos com os respectivos acompanhamentos (consultas, exames, entre outros dados relevantes), a ficha espelho disponibilizada pelo curso será usada para registro das informações, quanto ao material de insumo não temos dificuldades, recebemos através da central de material conforme pedido mensal, todo este trabalho será realizado

manualmente, pois não possuímos computador até o momento. Para organizar o registro específico a enfermeira irá organizar uma pasta por área, identificando os idosos e os acompanhamentos que deverá realizar semanalmente, esta identificação será realizada com o apoio dos ACS que estarão trabalhando neste processo de construção do novo serviço ofertado. Esta pasta será revisada mensalmente nas reuniões de Equipe. Uma planilha impressa será utilizada para preenchimento e coleta dos dados, está ser alimentada e monitorada semanalmente pela enfermeira.

Com relação ao cadastramento do idoso este será feito pelos ACS, os quais farão o rastreamento e consecutivo cadastramento dos idosos da área como rotina diária. Aqueles idosos identificados como um idoso com rede social deficiente será feito o agendamento pelo próprio ACS e, havendo necessidade, solicitada visita domiciliar a equipe médica e de enfermagem conforme a necessidade. Assim como será agendada visita domiciliar para os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. As visitas domiciliares destes usuários ocorrerão semanalmente com a Enfermeira e mensalmente com o médico assim que forem cobertas as duas áreas que estão sem este profissional.

Quanto ao acolhimento aos idosos será dada continuidade ao trabalho que já vem sendo realizado, ou seja, quando um idoso chega na Unidade é atendido desde a recepção até a consulta, será realizada uma avaliação do risco pela equipe de enfermagem, aqueles em maior risco serão atendidos no mesmo turno, sendo assim priorizado para atendimento. Todos os dias e turnos os idosos serão acolhidos, aqueles de menor risco poderão ter sua consulta agendada caso não haja vaga no mesmo dia. Os idosos acamados ou com problemas de locomoção não procuram a unidade, portanto os ACS terão papel fundamental neste processo durante as visitas domiciliares.

A identificação dos faltosos será feito semanalmente pela recepção que informará ao Técnico de Enfermagem o qual identificará a área do idoso e passará as informações ao ACS para realizarem a busca ativa através de visita domiciliar e agendamento de nova consulta.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe utilizaremos o período das reuniões pela Enfermeira responsável pela ação, com duração de 1 hora, uma vez por semana. As atividades serão desenvolvidas baseadas no protocolo anteriormente citado.

Para sensibilizar a comunidade estaremos trabalhando em conjunto com o Centro de Convivência de Idosos, que fica bem próximo da unidade que tem muitos participantes, e nas reuniões dos grupos de Hipertensos e Diabéticos. O centro de convivências será também o local a ser utilizado para as atividades coletivas, as quais ocorrerão uma vez por semana, sendo de responsabilidade do Enfermeiro responsável pela ação, que contará com o auxílio dos ACS e do Técnico de Enfermagem.

De uma maneira geral as ações serão desenvolvidas com o trabalho multiprofissional, onde todos deverão estar engajados no mesmo objetivo, sendo este um serviço que ainda não existe precisamos da colaboração de todos.





### **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**

Todas as ações previstas no projeto de intervenção foram cumpridas, a equipe toda participou o que garantiu o sucesso da intervenção.

Eu, como enfermeira, e a coordenadora da unidade viemos transferidas por questões políticas no início de 2013, chegamos em um território desconhecido e desestruturado, tivemos que começar tudo do zero, desde a acolhida dos usuários até o registro de dados. Demoramos um ano para colocar tudo em ordem, após dois meses na unidade iniciamos a Especialização em Saúde da Família e com a intervenção foi possível estruturar uma ação programática que anteriormente não era realizada na unidade, a atenção a saúde do idoso.

Com o foco no idoso, pudemos cadastrá-los, não tínhamos ideia de quantos usuários idosos havia na área e tão pouco se estavam sendo acompanhados em dia. Foram realizadas reuniões com a equipe em diversos momentos, inicialmente para apresentar o Projeto e, posteriormente, com treinamentos, capacitações e informações das ações que estavam sendo desenvolvidas. Estas ações de capacitação da equipe foram cumpridas integralmente.

As ações referentes a busca ativa não tivemos dificuldades em colocá-las em prática, pois já estavam implantadas na Unidade e só demos continuidade ao serviço que já era rotina, porém agora voltada aos idosos.

Uma das dificuldades encontradas foi em relação a Atividade Física, pois não temos educador físico no município, tentamos realizar a caminhada do Idoso, da primeira vez sem sucesso, alguns relataram preferir caminhar muito cedo, pois o idoso tem esta característica de acordar cedo. Mas agora junto com as residentes conseguimos mudar esta situação, estamos tendo adesão de alguns usuários nas caminhadas.

Hoje já sabemos quantos são, conseguimos realizar visita domiciliar em 100% dos acamados, orientar através de oficina vários assuntos inclusive realizamos uma



palestra com a Odontologia de outra Unidade já que a nossa não tem Saúde Bucal. Conseguimos acompanhar, solicitar exames e agendar consultas para maioria dos idosos.

Outra dificuldade encontrada no decorrer do Projeto foi a falta de dados para iniciar o projeto, pois não tínhamos dados registrados em relação ao idoso, a falta de médicos no quadro prejudicou bastante a intervenção, pois não era possível atender os idosos em consultas médicas suficientes, ficaram muitos como consulta reprimida e com este fato não conseguimos atender 100% dos idosos.

Em alguns momentos também faltaram medicamentos básicos para os hipertensos e diabéticos, como Losartana, Ácido Acetilsalicílico, Metformina, Alondipino, isto causou um transtorno grande para nós profissionais, onde tivemos que providenciar troca de receitas para os usuários, pois com receita recente de 3 meses os mesmos retiram a medicação na farmácia popular gratuitamente.

Outra dificuldade encontrada foram os idosos que moram sozinhos e não tem acompanhamento de um familiar que assuma este idoso, o abandono e descaso dos familiares é um fato que prejudica muito nosso trabalho, passamos a situação para o Serviço Social, mas infelizmente não temos o apoio necessário do serviço solicitado.

Houve também problemas quanto a visita domiciliar em uma determinada área, onde o médico no dia da visita domiciliar tinha apenas 2 horas para realizar os atendimentos, este dia não pode ser mudado porque é o dia que temos o carro da Saúde da Família para realizar as visitas domiciliares porque esta área fica muito distante da Unidade e se formos a pé não rende muito. Mas felizmente este problema agora foi resolvido porque o médico que precisava sair as 14:30 horas devido a um curso de Educação Continuada em Ginecologia/Obstetrícia agora está permanecendo até as 16:00h em visita devido ao cancelamento do curso.

De uma forma geral, as ações previstas no projeto foram realizadas satisfatoriamente.

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

Todas as ações previstas no projeto foram realizadas, apesar de termos passado por um período complicado na unidade, pois tivemos uma reforma geral e a unidade passou a funcionar em dois espaços. Na unidade ficou funcionando a farmácia e a vacina, o restante ficou funcionando no Centro de Convivência, com esta desfragmentação houve muitas dificuldades de espaço físico e organização do serviço. A reforma durou aproximadamente 80 dias, mas conseguimos realizar tudo o que havíamos proposto.

Conseguimos inclusive implementar algo que não estava previsto para os usuários acamados ou com idades mais avançadas. Realizamos um trabalho de mobilidade funcional junto com a equipe do Programa para a Educação do Trabalho em Saúde (PET-Saúde), onde as monitoras de terapia ocupacional, realizaram visitas domiciliares à idosos realizando adaptações no ambiente e de atividades. Além disso, trabalharam a questão de cuidados para a prevenção de agravos à saúde dos sujeitos atendidos, como também orientaram os cuidadores. Esta ação não estava prevista, mas está sendo de grande valia aos idosos e seus cuidadores.

Quanto ao atendimento em saúde bucal também encontramos bastante dificuldades, pois a Unidade não conta com o Programa de Saúde Bucal e ações neste sentido não puderam ser previstas. Por questões de espaço físico na época de implantação da Saúde da Família nesta unidade, não era obrigatório ter saúde bucal. Hoje sabemos que o MS não libera a implantação de saúde da família sem a saúde bucal, sendo assim não foi possível realizar as ações referentes à odontologia. No último mês de intervenção conseguimos realizar uma oficina com um odontólogo do município, o qual falou sobre câncer de boca, tivemos a participação de alguns idosos, os usuários participaram com questionamentos e até exemplo vividos por uma usuária que estava presente e falou sobre seu câncer de boca e tratamento.

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

A coleta realizada foi bem trabalhosa, como já citado anteriormente não tínhamos nenhum registro em relação aos idosos, tampouco sabíamos quantos usuários idosos faziam parte da nossa área de abrangência, sendo assim a implantação iniciou do zero, fizemos a ficha espelho de todos usuários conforme eles passavam pela consulta médica.

As fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram de grande valor para o controle das ações, com este recurso pudemos acompanhar e controlar todas as intervenções previstas.

As carteirinhas dos idosos também não estavam à disposição, antes do início da intervenção tínhamos recebido apenas 50 carteirinhas da gestão, após o início da intervenção fui atrás das carteirinhas e consegui com a central de materiais as cadernetas em número suficiente, com o apoio dos ACS conseguimos distribuir todas as cadernetas aos idosos.

A maior dificuldade em preencher as planilhas foi o tempo, pois tínhamos muitos dados para serem digitados. Em relação aos gráficos muitas vezes os mesmos desfiguravam em virtude de algum preenchimento inadequado necessitando de ajustes que muitas vezes eram difíceis de detectar dificultando, assim a interpretação dos mesmos em alguns momentos.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra**

A intervenção foi incorporada na rotina da unidade, conseguimos implantar na agenda dos médicos espaço para o atendimento específico ao idoso. Estamos realizando registro dos dados através da ficha espelho e o acompanhamento através da planilha de coleta de dados.

Implantamos como rotina a realização do hemoglicoteste nos usuários com Pressão Arterial acima de 135x90mmhg, assim como realização de dextro não só para os idosos, mas para todos usuários e os resultados foram surpreendentes, pois foram identificados vários usuários com resultados alterados e que não tinham conhecimento da situação.

Além disso, mantivemos a realização de oficinas com os usuários idosos, com orientações importantes como as nutricionais com apoio da residente de Nutrição da UFPR que está fixada em nossa Unidade.

Outra questão que gostaria de comentar é o fato de trabalhar em uma unidade com quatro equipes de Estratégia Saúde da Família, onde cada uma atua somente em sua equipe, atende sua população e desconhece as demais áreas. A partir da intervenção pude conhecer todos os usuários acamados das quatro áreas, hoje conheço todos os acamados que fazem parte da unidade, isto é muito importante, pois na falta de um colega da unidade podemos acolher e atender sem maiores dificuldades caso necessitem naquele dia do atendimento domiciliar.

Com o trabalho da colega com o foco na atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos conseguimos classificar os hipertensos por grau de risco, realizamos este trabalho através do Framinhgam, escrevemos um trabalho sobre a classificação e estaremos apresentando no início do mês na cidade de Ponta Grossa em um Evento do PET-Saúde, nossa unidade foi pioneira em realizar esta classificação.

Outro ponto positivo para a continuidade da ação é a vinda dos residentes da UFPR na Unidade de Saúde, agora contamos com uma nutricionista, uma enfermeira e um farmacêutico, que vieram para somar no atendimento aos usuários da unidade. A intervenção terminou, porém os atendimentos serão realizados de forma continuada e com o envolvimento de toda a equipe, inclusive com os acadêmicos da Terapia Ocupacional no atendimento aos nossos usuários com necessidades especiais.

Dentre as atividades que estão sendo fortalecidas destaco as atividades físicas, onde iniciamos junto com os residentes as caminhadas três vezes por semana no período da manhã, por enquanto estamos com poucos usuários participando, mas acreditamos que logo este número estará maior, pois muitas pessoas nos abordam na rua e demonstram interesse em participar da atividade.

Assim, concluo que o projeto foi realizado de maneira satisfatória e estamos dando continuidade ao trabalho, ou seja, as ações previstas no projeto foram incorporadas à rotina do serviço.

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos idosos. O número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde é de 736. Durante os quatro meses de intervenção 497 idosos foram cadastrados. A meta estimada de ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 40% foi alcançada. No primeiro mês foram 70 idosos cadastrados (9,5%), no segundo mês 2 foram 115 idosos (15,6%), no terceiro mês 3 foram 261 idosos (35,5%) e no último mês 497 idosos (67,5%) foram cadastrados cumprindo com a meta de cobertura (Figura 1).

O engajamento da equipe foi essencial para que a meta fosse alcançada, os ACS fizeram um levantamento dos idosos e suas respectivas áreas, assim com este levantamento foi possível organizar o cadastramento dos idosos. A equipe toda colaborou, cada um dentro de sua respectiva função desde o início.

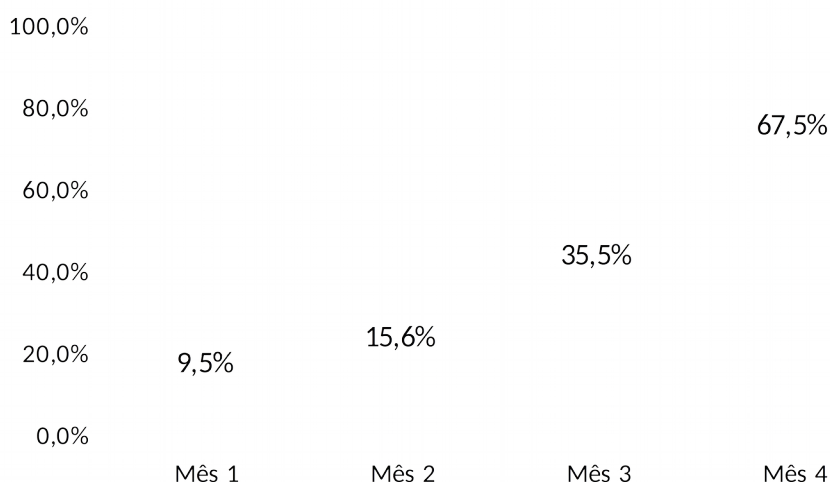


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Colombo-PR, 2014

Quanto ao cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção iniciamos do zero, pois não tínhamos nenhum registro destes idosos, fomos aos poucos conhecendo os idosos realizando visitas domiciliares nas 4 áreas. No primeiro mês foram 24 idosos (23,1%), no segundo mês 26 idosos (25%), no

terceiro mês 40 idosos (38,5%) e ao final de quatro meses conseguimos cadastrar e visitar 48 idosos (46,2%), não conseguimos atingir a meta de 80% nos quatro primeiros meses da ação (Figura 2). A principal dificuldade foi o tempo, temos muitos programas na unidade em andamento não sendo possível dedicar muito tempo a uma única ação, mas a passos curtos fomos cadastrando e acompanhando os acamados, vamos dar continuidade e em breve atingiremos a meta anteriormente estipulada.

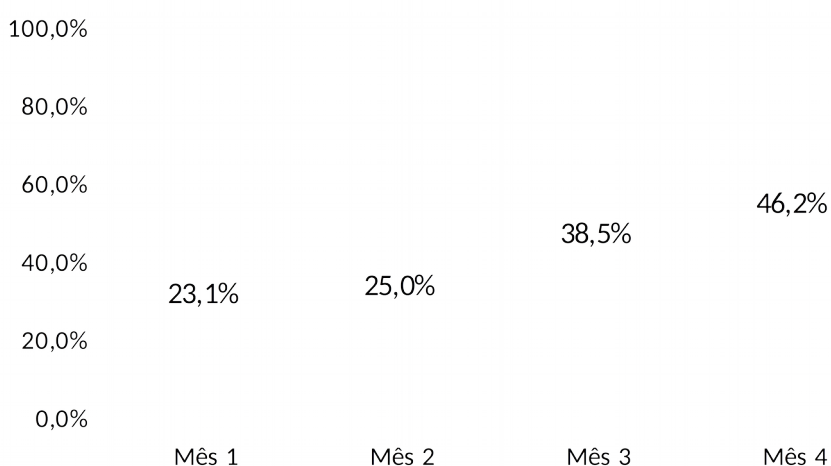


Figura 2. Gráfico de proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Colombo-PR, 2014.

Com relação à meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção atingimos a meta desde o primeiro mês de intervenção até o último mês em 100%, ou seja, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados receberam a visita no mesmo mês do cadastro. Visitamos 24 idosos com problemas de locomoção ou acamados no primeiro mês (100%), 26 no segundo mês (100%), 40 no terceiro mês (100%) e 48 no quarto mês (100%). Isto foi possível porque estivemos intensificando as ações dentro do foco, priorizamos as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção das 4 áreas, com a participação da equipe e dos acadêmicos da Terapia ocupacional atingimos a meta sem dificuldades. Enfatizo que havia uma área sem o profissional médico, mas com o apoio dos médicos das outras áreas conseguimos atingir a meta.

Com relação a meta de verificar a pressão arterial na última consulta em 100% dos idosos atingimos a meta de 100% ao final da intervenção (Figura 3). No mês 1 fizemos a verificação da pressão arterial em 69 idosos dos 70 cadastrados (98,6%), no mês 2 todos os 115 idosos (100%) cadastrados tiveram a pressão arterial verificada, no mês 2 todos os 261 idosos (100%) cadastrados também e no mês 4 todos os 497 idosos (100%) cadastrados tiveram a pressão arterial verificada na última consulta (Figura 3).

A verificação de pressão arterial durante a consulta era rotina na unidade não havendo nenhuma dificuldade em alcançar esta meta de 100%, a qual foi atingida já no segundo mês de intervenção e se manteve nos demais meses.

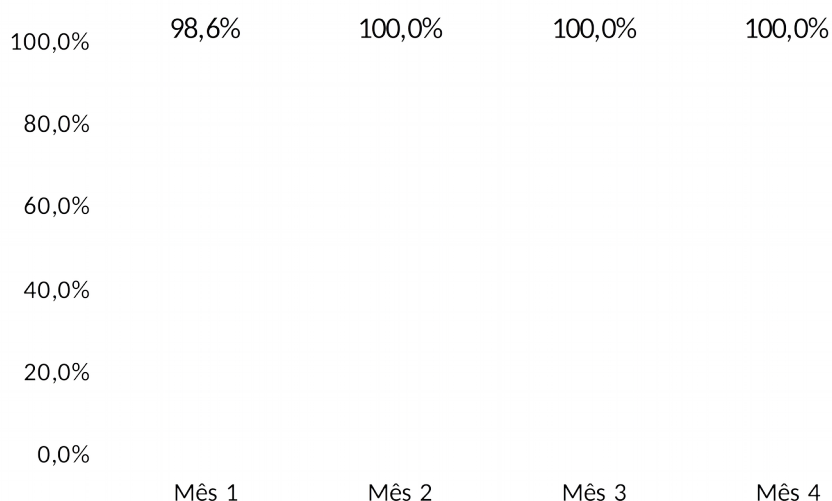


Figura 3. Gráfico de proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Colombo-PR, 2014

Em relação à meta de rastrear 100% dos idosos hipertensos para DM atingimos a meta já no mês 1 (100%), mantendo a mesma proporção no mês 3, 4 e 5 de 100%. Assim, no mês 1 foram 52 idosos rastreados (100%), no mês foram 84 idosos rastreados (100%), no mês 3 foram 166 idosos rastreados (100%) e no mês 4 foram 315 (100%). Esta meta foi fácil de ser alcançada porque fizemos reuniões com a equipe de enfermagem explicando a importância de estar implantando a rotina de rastrear os usuários que estivessem com a pressão arterial maior de 135x80mmhg, os mesmos compreenderam tal mudança na rotina e facilmente atingimos a meta. Com relação a meta de realizar busca ativa em 100% dos idosos faltosos a meta foi alcançada no mês 1 e seguiu no mês 2, 3 e 4 em 100%. No mês 1, 2, 3 e 4 foram 3



idosos faltosos que receberam busca ativa (100%). Assim atingimos sem dificuldades esta meta, pois de uma maneira geral os idosos não faltavam às consultas agendadas porque já era de rotina serem lembrados pelos ACS no dia anterior à consulta.

Com relação à meta de 100% dos idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, conseguimos no primeiro mês dos 70 idosos acompanhados realizar a avaliação em 68 (97,1%), no segundo mês dos 115 avaliamos 113 (98,3%), no terceiro mês dos 261 idosos avaliamos 259 (99,2%) e no último mês dos 497 idosos avaliamos 494 (99,4%) (Figura 4).

Conforme os idosos passavam por atendimento já fazíamos a avaliação multidimensional Rápida baseado no modelo do Ministério de Saúde com o apoio das Enfermeiras da Unidade e dos Médicos e a meta de 100% foi quase atingida faltando 3 idosos para a realização desta avaliação, uma vez que estes idosos não estavam na área no momento desta avaliação, posteriormente quando retornaram para suas residências foi realizado, porém não entrou na planilha em tempo hábil.

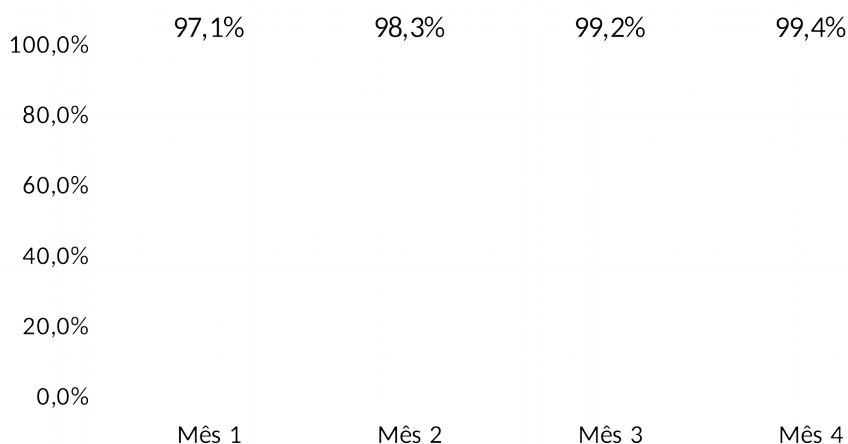


Figura 4. Gráfico de proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à metade 100% dos idosos com exames clínicos apropriado em dia, foi mais tranquila para ser trabalhada, os idosos eram cadastrados e agendados para consulta médica, conseguimos atender quase todos, não chegamos a 100% devido estarmos com a agenda lotada haja visto que ficamos a intervenção inteira com falta de um profissional médico.

No primeiro mês conseguimos encaminhar para exame clínico os 70 idosos atendidos (100%), no segundo mês passaram por exame clínico 108 idosos dos 115 atendidos (93,9%) no terceiro mês dos 261 idosos atendidos 214 passaram por exame físico (82%) e no quarto mês dos 497 idosos atendidos 494 passaram por exame físico (99,4%) (Figura 5).

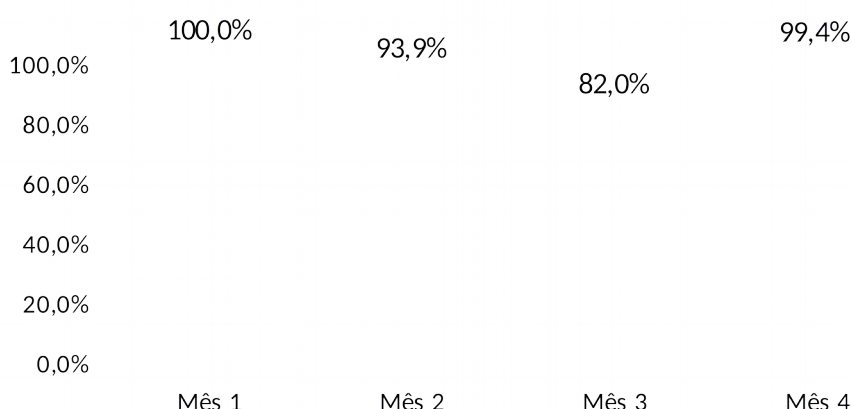


Figura 5. Gráfico de proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de solicitar a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos os exames complementares periódicos em dia conseguimos atingi-la durante os 4 meses de intervenção, atingindo 100% no mês 1, 2, 3 e 4 com 51, 83, 164 e 312 idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia, respectivamente. Conforme protocolo do município as enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família solicitam os exames complementares antes que o usuário passe pela consulta, dessa maneira fizemos o controle dos idosos que estavam há mais de 6 meses sem realizar os exames, facilitando o processo do atendimento médico.

Tivemos grandes dificuldades em atingir a meta de acesso aos medicamentos prescritos para 100% dos idosos, pois durante toda a intervenção tivemos problemas com o recebimento de medicamentos, por problemas operacionais a Central de Material do município atrasou a entrega de alguns medicamentos citados no decorrer do trabalho, isso nos deixou bem prejudicados, pois fazíamos a reunião mensal dos hipertensos e não tínhamos todos os medicamentos para dispensar,

orientávamos a retirarem na farmácia popular que distribui gratuitamente desde que estejam com receitas com no máximo 3 meses de validade, fato este que causou transtornos, pois os idosos renovam as receitas na Unidade a cada 6 meses, houve necessidade de em alguns casos contar com a colaboração do profissional médico para troca de receitas, portanto esta meta não foi atingida em 100%.

Com relação a meta avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos, conseguimos no primeiro mês dos 70 usuários atendidos 59 conseguiram retirar o medicamento, sendo (84%), no segundo mês dos 115 usuários atendidos 86 tiveram acesso aos medicamentos (74,8%), no terceiro mês dos 261 usuários atendidos 197 tiveram acesso aos medicamentos (75,5%) e no quarto mês dos 497 usuários 350 tiveram acesso aos medicamentos (70,4%) (Figura 6). Sendo assim não conseguimos atingir a meta de 100% pelos problemas citados acima.

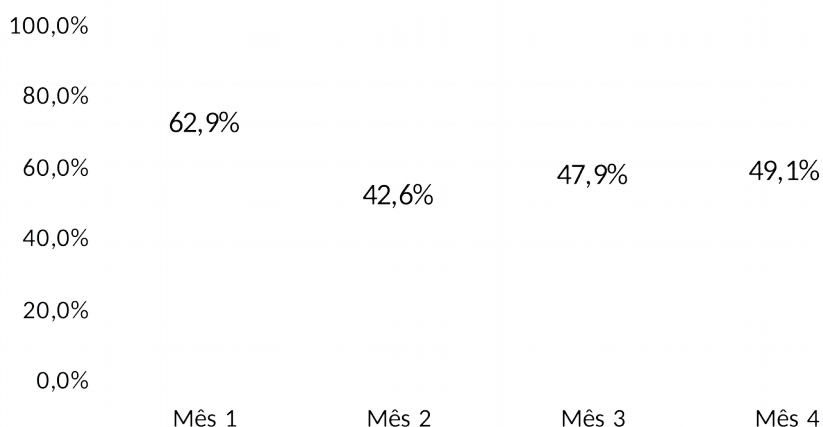


Figura 6. Gráfico de proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. Colombo-PR, 2014

Com relação a meta de manter registro específico de 100% das pessoas idosas, conseguimos no primeiro mês dos 70 idosos atendidos conseguimos registrar 69 na ficha espelho (98,6%), no segundo mês dos 115 atendidos conseguimos registrar 113 na ficha espelho (98,3%), no terceiro mês dos 261 atendidos conseguimos registrar 259 na ficha espelho (99,6%), e no quarto mês dos 497 atendidos conseguimos registrar 495 na ficha espelho (99,6%) (Figura 7).

Usamos o modelo proposto pelo curso e conseguimos implantar a ficha espelho, conforme os idosos eram atendidos fomos preenchendo a ficha, esta tarefa

ficou sobre a responsabilidade da enfermeira de área com apoio do técnico de enfermagem e também do médico, foi trabalhosa, pois são muitos dados, porém conseguimos chegar bem próximo da meta proposta.

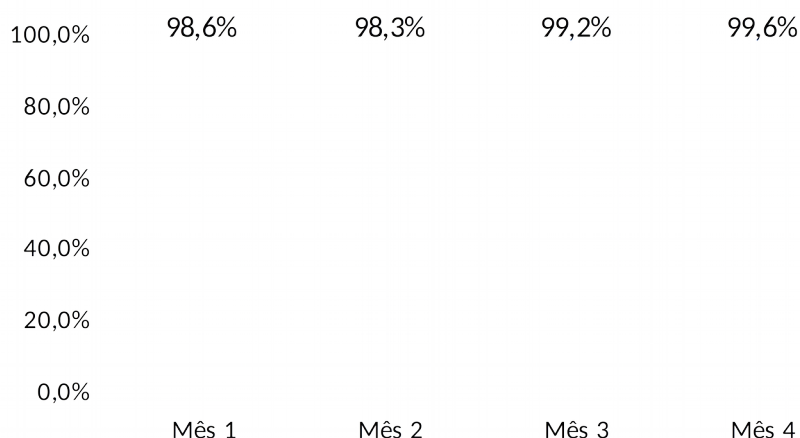


Figura 7. Gráfico de proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, conseguimos distribuir no primeiro mês dos 70 idosos atendidos 67 (95,7%) receberam a Caderneta do Idoso, no segundo mês dos 115 idosos 100% receberam a Caderneta do Idoso, no terceiro mês dos 261 idosos atendidos 100% receberam a Caderneta do Idoso e no quarto mês dos 497 idosos atendidos 496 (99,8%) receberam a caderneta do Idoso. Chegamos bem próximos da meta estabelecida que era de 100% (Figura 8).

A caderneta foi distribuída com sucesso, inicialmente não tínhamos à disposição na unidade as cadernetas, mas após o início dos trabalhos conseguimos com a central de materiais esta caderneta. No nosso município, a mesma não foi implantada, a nossa Unidade é a única do município onde os idosos tem este instrumento para o acompanhamento da sua saúde. As mesmas foram distribuídas pelos ACS e preenchidas pela equipe.

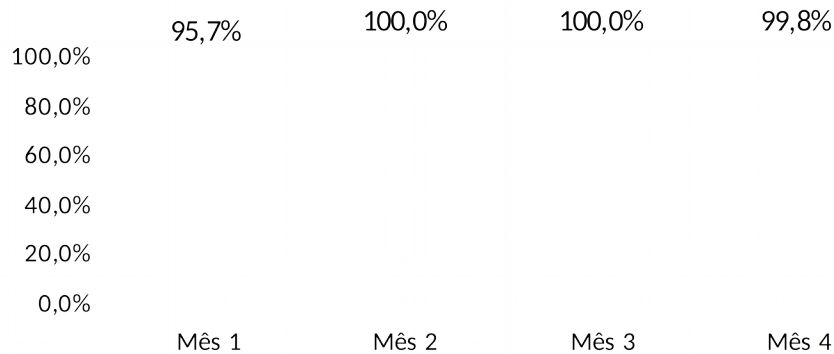


Figura 8. Gráfico de proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade também chegamos bem próximos e a atividade foi desenvolvida sem maiores problemas, durante o período que estávamos realizando o atendimento aos idosos conseguimos realizar este levantamento e registrar nas fichas específicas.

No primeiro mês realizamos a avaliação de risco para morbimortalidade, dos 70 idosos atendidos avaliamos 69 (98,6%), no segundo mês dos 115 idosos atendidos avaliamos 113 (98,3%), no terceiro mês dos 261 idosos atendidos avaliamos 259 (99,2%) e no quarto mês dos 497 idosos atendidos avaliamos 496 (99,8%) (Figura 9).

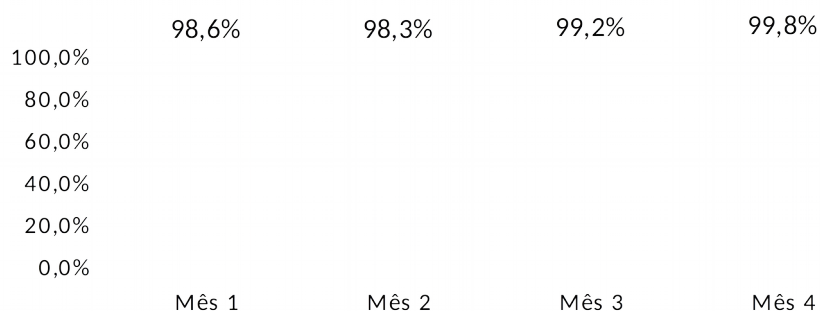


Figura 9. Gráfico de proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, no primeiro mês dos 70 idosos atendidos conseguimos classificar 68 (97,1%), no segundo mês dos 115 idosos atendidos conseguimos classificar 113 (98,3%), no terceiro mês dos 261 idosos atendidos conseguimos classificar 259 (99,2%) e no quarto mês dos 497 idosos atendidos conseguimos classificar 495 (99,6%) (Figura 10).

Apenas 2 idosos atendidos não foram investigados quanto a fragilização da velhice, a enfermeira de área quem fez as avaliações e nos casos mais graves contamos com o apoio do serviço social do nosso bairro, o Centro de Referência de Assistente Social (CRAS), que realizou visitas domiciliares e entrou em contato com os familiares dos idosos responsabilizando-os em relação ao idoso. Esta não é uma tarefa fácil, mas com este apoio conseguimos quase atingir a meta.

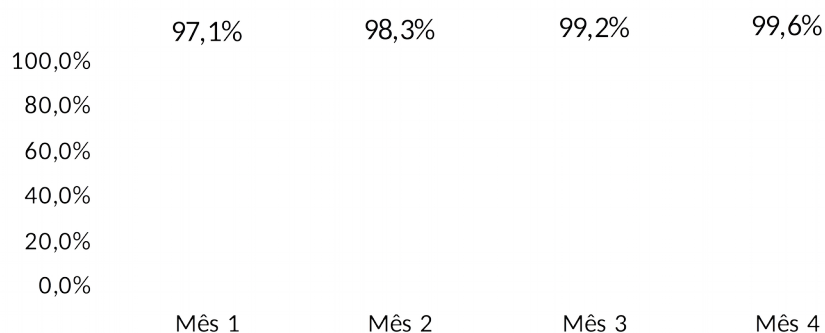


Figura 10. Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de avaliar a rede social de 100% dos idosos, no primeiro mês 70 idosos dos 70 atendidos foram avaliados (100%), no segundo mês 115 idosos dos 115 atendidos foram avaliados (100%), no terceiro mês dos 261 idosos dos 261 atendidos foram avaliados (100%) e no quarto mês 496 idosos dos 497 atendidos foram avaliados (99,8%) (Figura 11).

A meta foi realizada sem dificuldades, pois criamos uma rotina em que conforme os usuários eram avaliados no seu retorno realizávamos esta classificação, apenas um idoso deixou de ser registrado há tempo, posteriormente registramos o mesmo na planilha da unidade.

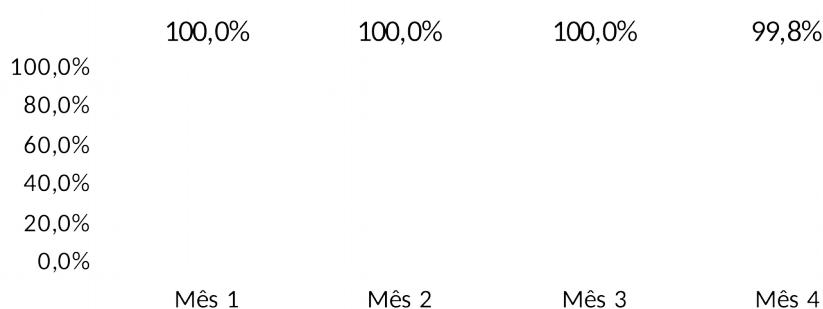


Figura 11. Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Colombo-PR, 2014

Com relação à meta de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, quase atingimos a meta final no mês 4, como 98,8% dos idosos com esta orientação. No primeiro mês dos 70 idosos atendidos conseguimos realizar orientação a 65 (92,6%), no segundo mês dos 115 idosos atendidos conseguimos realizar orientação a 109 (94,8%), no terceiro mês dos 261 idosos atendidos conseguimos realizar orientação a 255 (97,7%) e no quarto mês dos 497 idosos atendidos conseguimos realizar orientação a 491 (98,8%) (Figura 12).

Através de Oficinas realizamos alguns momentos de encontros com os idosos, contamos com a participação de Acadêmicas de Nutrição da UFPR para estas ações e com o apoio dos ACS pudemos trazê-los para as oficinas. Depois que recebemos a residência de Nutrição da UFPR, pudemos trabalhar juntos em oficinas e trabalhar melhor este tema, o que facilitou bastante o processo.

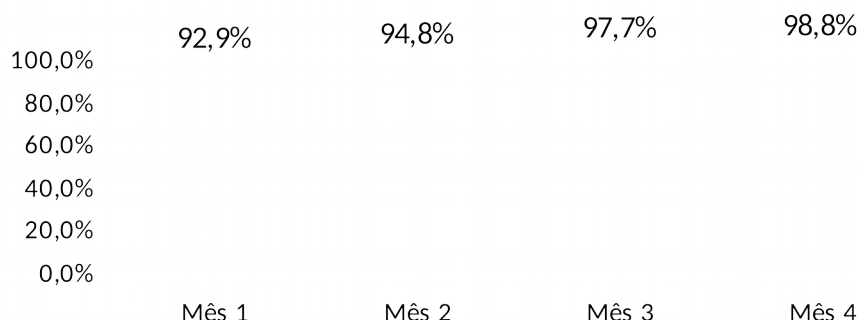


Figura 12. Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Colombo-PR, 2014

Em relação à meta de garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos, no primeiro mês realizamos orientações sobre a prática de atividade física para 40 idosos dos 70 atendidos (57,1%), no segundo mês dos 115 atendidos orientamos 75 (65,2%), no terceiro mês dos 261 atendidos orientamos 192 (73,6%) e no quarto mês dos 497 atendidos orientamos 391 (78,7%). Esta foi a meta mais difícil de trabalhar, pois decidimos realizar a orientação somente aos idosos que não tinham nenhuma restrição física (Figura 13), o que impossibilitou atingir a meta de 100%.

Não temos educador físico no município, mesmo assim tentamos implantar as caminhadas, mas não tiveram sucesso. Alguns idosos também tem limitações devido à idade e restrições em participar das atividades, mas conseguimos através de oficinas trabalhar a importância da atividade física para a maioria.

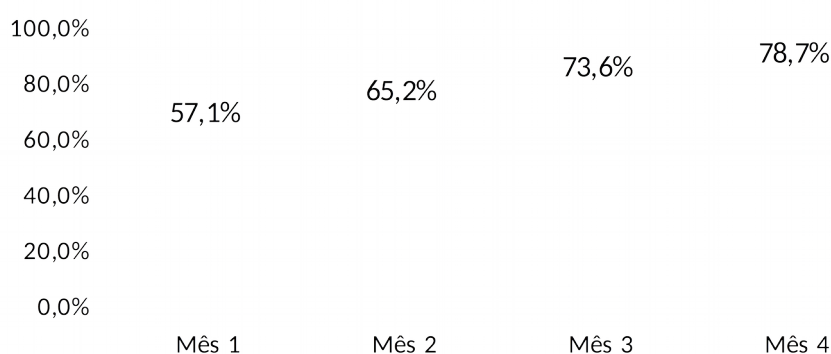


Figura 13. Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Colombo-PR, 2014



## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na ESF Guaraituba proporcionou melhoria na qualidade da Atenção à Saúde do Idoso, com o cadastramento dos idosos, aumento na cobertura do programa, com registros organizados e implementação de atividade direcionadas à promoção da saúde dos nossos

Esta melhoria não pode ser considerada plena, pois ainda não atingimos todas as nossas metas, além disso, ainda não tivemos uma atenção integral ao idoso, pois não pudemos realizar nenhuma ação relacionada à Saúde Bucal, nossa unidade não conta com esta modalidade e tão pouco temos previsão para isso acontecer, tendo em vista que não possuímos espaço físico para a realização de reformas que possibilitem a implantação de Saúde Bucal na Unidade. De qualquer forma, tivemos uma grande melhoria na atenção a esta população que antes não tinha nenhum programa voltado para ela.

Capacitamos a equipe para o cadastramento e acompanhamento dos idosos. A equipe teve participação fundamental nestas mudanças, havia na Unidade uma Enfermeira realizando o mesmo trabalho com foco nos hipertensos e diabéticos, sendo assim nas reuniões semanais intercalávamos os assuntos e fomos trabalhando continuamente os temas referentes aos devidos Programas do Idoso e Hipertenso/Diabético. Este fato foi de extrema importância pois a maioria dos idosos é diabético e ou hipertensos e fizemos um trabalho concomitante. Foram trabalhadas as ações que seriam implantadas na unidade e aos poucos se tornam rotina na UBS.

Os funcionários aderiam as novas rotinas com facilidade após o treinamento, onde explicamos a necessidade de tais mudanças, a principal dúvida foi em relação ao tempo para implantar as novas ações, durante todo o expediente da Unidade atendíamos muitos usuários e estávamos bastante envolvidos com isso, porém aos poucos conseguimos implantar e os mesmos foram gradativamente adaptando-se as novas rotinas sem maiores problemas, com certeza houve melhora significativa do acompanhamento dos idosos.

A organização deste Programa anteriormente inexistente, com cadastramento dos idosos, organização dos registros e a possibilidade do monitoramento das ações

também foi importante para a equipe que pode avaliar o serviço e os indicadores de saúde destes usuários.

Realizamos um fluxo de atendimento onde, inicialmente foram cadastrados os idosos da área e aos poucos agendamos consultas para os mesmos, também foi solicitado pelo enfermeiro os exames de rotina antes da consulta, assim otimizando as consultas médicas.

Conseguimos implantar a Caderneta do Idoso, nenhuma unidade do município havia distribuído a caderneta, pois a secretaria de saúde do município não havia disponibilizado em quantidade suficiente, com o início da intervenção solicitamos a central de materiais do município a liberação de cadernetas em número suficiente para que todos idosos pudessem receber e nos foi liberado, fomos pioneiros nesta ação.

Antes da intervenção, a atenção ao idoso era centralizada apenas na consulta em que os mesmos solicitavam, agora nos organizamos para oferecer consulta à todos os idosos cadastrados. Esta nova organização teve também impacto em outra atividade, onde realizamos a estratificação de risco para os idosos com HAS, isto possibilitou a priorização ao atendimento nos casos específicos.

Além disso, podemos mapear e visitar os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Com relação à promoção à saúde organizamos oficinas para trabalhar alguns temas referentes à Saúde do idoso, nas quais os mesmos participavam de forma bem dinâmica. Também organizamos uma oficina com profissionais da Saúde Bucal de outra unidade, já que não temos odontólogo na unidade, e tivemos um público bem grande e participativo.

A comunidade percebeu as mudanças no atendimento ao idoso e está muito satisfeita com as alterações. Sabemos que alguns idosos ainda estão sem o atendimento, mas já temos uma programação para cadastrá-los e atendê-los, pois daremos continuidade as ações desta intervenção. Alguns usuários perceberam que diminuiu o número de consultas da demanda com a implantação desta ação, porém quando questionavam explicávamos sobre as mudanças em algumas rotinas e não tivemos problemas com relação a isso. Os familiares ou cuidadores dos idosos estão muito satisfeitos com o atendimento a estes usuários, a receptividade na visita

domiciliar foi boa, também destaco a importância de estar conhecendo os idosos de todas as áreas da unidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se não tivéssemos alguns desgastes com a gestão municipal. Ficamos um longo período com o quadro de médicos incompleto, quase 1 ano sem o profissional em uma determinada área. Isto fez com que o número de atendimentos médicos fosse menor do que o previsto, hoje este quadro já normalizou o que nos possibilita realizar os atendimentos de forma adequada.

Conseguimos observar melhorias, nas atividades relacionadas à Saúde do Idoso, este é um trabalho contínuo onde estaremos trabalhando para intensificar as ações realizadas e a conscientização da comunidade na adesão ao Programa. Desta forma, vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço.

Conforme citado anteriormente a intervenção terá continuidade na Unidade, onde estaremos empenhados em atingir todas as metas previstas, como por exemplo, iremos continuar cadastrando os idosos bem como o acompanhamento aos acamados ou com problemas de locomoção.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Este relatório visa apresentar a implantação da ação programática Atenção à Saúde do Idoso. Este é um dos programas que devem ser implantados em todas as equipes ESF. Na unidade Guaraituba, que foi inaugurada há 24 anos, não tínhamos o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, mas durante o início da especialização pudemos avaliar a importância que teria a implantação do Programa para a população da unidade melhorando a qualidade do atendimento a esta população tão especial.

Conseguimos implantar o Programa e desenvolver um trabalho que contou com a adesão dos idosos e a participação da equipe.

A partir da implantação do Programa foi elaborada uma ficha espelho para registro específico, os dados desta ficha foram coletados semanalmente e foi possível o monitoramento do Programa. Em maio de 2013 iniciamos as ações referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, primeiramente organizamos o registro e realizamos o cadastramento de todos os idosos da área adscrita. Além

disso, distribuimos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos cadastrados. Fizemos o acolhimento, agendamento de consultas e exames, visitas domiciliares, ações de promoção à saúde entre outras ações que permitiram a melhoria da atenção à saúde dos idosos. Além das ações coletivas com oficinas onde foram abordados temas como alimentação saudável, saúde bucal e prática de atividade física, na qual tivemos boa participação, foram também realizadas pela equipe o atendimento individual, sendo que tanto na Unidade como em visita domiciliar àqueles idosos com dificuldade de locomoção, solicitamos os exames necessários conforme protocolo e acompanhamos todos os casos individualmente.

Todas as ações que foram e estão sendo desenvolvidas têm a participação de toda equipe. Os funcionários foram capacitados durante o processo de implantação do Programa de Atenção ao Idoso, onde cada membro da equipe teve orientação sobre sua atribuição, cronograma do projeto e ações que seriam desenvolvidas.

A unidade Guaraituba não conta com nenhum Programa de Saúde Bucal e, por isso não pudemos implantar ações relativas à Saúde bucal.

De uma maneira geral, os idosos não faltavam às consultas agendadas porque já era de rotina serem lembrados pelos ACS no dia anterior à consulta.

Durante a consulta de Enfermagem além da avaliação eram solicitados exames laboratoriais de rotina conforme protocolo, o que otimizava as consultas médicas. Durante a intervenção a unidade também esteve realizando a estratificação de risco para hipertensos. Fomos pioneiros no município em realizar esta ação. Contamos também com o apoio dos residentes da UFPR que estiveram presentes nas ações.

Após 4 meses de intervenção as ações previstas foram todas realizadas, conseguimos atingir quase todas as metas que estabelecemos no projeto, conforme demonstra o quadro abaixo:

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	40,0%	68,2%
Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	100%	100%
Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	100%	100%
Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	100%	100%
Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca	80%	100%

ativa.		
Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	100%	99,6%
Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	100%	99,6%
Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	100%	100%
Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.	100%	49,4%
Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.	100%	99,8%
Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	100%	100%
Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	100%	100%
Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	100%	99,8%
Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	100%	100%
Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.	100%	99,0%
Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	100%	78,5%

Quadro 1. Meta estipulada e resultado alcançado após 4 meses de intervenção. Colombo-PR, 2014.

A intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Guaraituba atingiu os objetivos propostos melhorando a cobertura no atendimento aos idosos. Nossa maior dificuldade foi a falta de medicamentos que em muitos momentos não tínhamos o suficiente para distribuir entre a população idosa diabética e hipertensa.

Embora a intervenção tenha tido êxito atingindo o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde do idoso, não podemos deixar de registrar que estaremos lutando para a implantação da Saúde Bucal. O Programa será continuado e incorporaremos as ações à rotina da nossa unidade.

#### 4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Vimos por meio deste relatório informar à comunidade que a Equipe de Estratégia Saúde da Família Guaraituba realizou um trabalho junto aos idosos desta comunidade, a partir deste trabalho diversas mudanças ocorreram e pudemos melhorar a atenção à saúde do idoso e seus familiares.

A Unidade de Saúde Guaraituba tem uma população de 12.976 pessoas e diversas atividades são realizadas pela equipe, tais como consultas médicas, vacinação, oficinas em grupos, avaliações emergenciais, preventivos, muitas destas

ações são voltadas para grupos específicos da população como hipertensos e diabéticos e crianças.

Os idosos da área da unidade até antes deste trabalho eram apenas atendidos quando tinham alguma queixa ou quando pertenciam a algum outro grupo já existente. A partir deste trabalho que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção à Saúde do Idoso e que durou 4 meses pudemos conhecer melhor os idosos de nossa área, acompanhar e solicitar exames necessários para todos os idosos atendidos, bem como encaminhar às diversas especialidades. Realizamos registro na ficha espelho de todos os idosos cadastrados e com isso agora temos um controle dos idosos. O trabalho contou com a participação de toda a equipe e também da comunidade.

Durante o trabalho conseguimos cadastrar muitos usuários (46,2%) e acompanhamos cerca de 68% dos idosos de nossa Unidade. Acompanhamos também aqueles que tinham dificuldade de locomoção, realizamos visita domiciliar em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Todos foram verificados quanto à pressão arterial na última e entre os hipertensos todos foram rastreados para DM.

Durante a intervenção, estivemos trabalhando vários tópicos, tais como o acolhimento ao idoso, atendimento clínico na unidade ou em visitas domiciliares, rastreamento para DM nos usuários com pressão sustentada acima de 135X80mmhg, fragilização na velhice, avaliação multidimensional rápida, realização de exames clínicos em dia e complementares periódicos, distribuição da caderneta do idoso, avaliação da rede social, orientações relacionadas a nutrição e prática de atividade física. Conseguimos também realizar uma oficina com um dentista da rede que falou sobre câncer de boca.

Verificamos que muitos idosos vivem sozinhos ou com cuidadores, assim orientamos sobre os sinais de emergência, periodicidade nas consultas, fizemos também encaminhamentos para o Centro de Referência Assistente Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistente Social (CREAS) solicitando apoio para alguns idosos que estavam em situação de risco. Uma atenção organizada, com participação de toda a equipe e adesão da população resulta em

usuários com uma melhor saúde. Tanto para as ações individuais como para as coletivas observou-se um grande envolvimento da equipe como um todo.

Assim, ao término da intervenção podemos dizer que ela foi um sucesso, pois conseguimos atingir quase todas as metas propostas.

Com relação ao acesso aos medicamentos prescritos não foi possível atingir a meta anteriormente estipulada, pois ficamos alguns meses com medicamentos em falta na unidade, sendo os usuários orientados a procurar a farmácia popular da região.

Embora tenha terminado a intervenção, o trabalho continuará, a equipe toda adaptou-se as mudanças e vamos continuar com a mesma dedicação que houve durante a intervenção de 4 meses.

Assim, será fundamental a continuidade da participação da comunidade na atenção à saúde do idoso com a finalidade de construirmos um SUS cada vez melhor.

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

Primeiramente, este curso foi uma imposição da gestão, não foi uma opção pessoal, logo que iniciei a coordenadora geral da ESF do município foi substituída,

mas como não costumo parar o que inicio continuei o curso. Apesar dos desafios e dificuldades encontradas no seu decorrer, hoje acredito que o curso trouxe ganhos para a Unidade e conseqüentemente para os usuários. Como a proposta envolvia todo ambiente de trabalho procurei focar um tema que fosse importante para a unidade e para a população. Como não havia nenhum registro na unidade sobre os idosos optei por este foco.

No início tive bastante dificuldade, pois já estava há anos sem estudar, eram muitos dados a serem coletados, era um desafio semanal onde eu precisava estudar muito para dar conta. Estivemos durante 3 meses com a unidade em reforma, ficamos atendendo em outro local, fato este que prejudicou um pouco o atendimento aos idosos. Também ficamos quase um ano com o quadro de médicos incompleto, outro desafio a ser enfrentado.

Quando o curso iniciou fiquei preocupada com a gestão porque como eu participei da gestão anterior imaginei que seria muito difícil conseguir alguma mudança, afinal o relacionamento com a atual gestão era péssimo para todos que estavam na ponta, ficavam o tempo todo cobrando metas e tínhamos que conviver mensalmente com ameaças de desconto em nossos salários. Após muitas reivindicações conseguimos mudar esta realidade, a secretária de saúde foi substituída e conseguimos trabalhar mais tranquilos e, a partir daí, foi possível visualizar novos caminhos sem ameaças e com respeito.

O ponto principal foi envolver toda a equipe neste trabalho, mostrando a importância da intervenção. Houve colaboração de toda a equipe, pois sozinha seria impossível implementar esta nova rotina. Além disso, tivemos a sorte de sermos escolhidos para acolher os residentes da UFPR que estarão conosco nos próximos 2 anos, estes profissionais (enfermeira, nutricionista e farmacêutica) vieram somar conosco, trabalham muito com a prevenção de doenças.

No desenvolver do trabalho pude notar as melhorias na qualidade do atendimento ao idoso, conhecer os usuários acamados de todas as áreas que até então eram desconhecidos.

Percebi que era possível organizar um fluxo onde o atendimento era monitorado facilitando o acompanhamento dos idosos, os mesmos sentiam-se acolhidos com outro olhar sem entender direito o que estava acontecendo.



Pude também perceber que devemos usar mais os recursos disponíveis, como os protocolos do ministério de saúde, onde encontramos dados úteis para melhorar nosso conhecimento profissional. O curso também mostrou o quanto ainda podemos melhorar. O envolvimento de toda a equipe mostrou que conseguimos criar vínculos mais fortes com a população e melhorar a saúde população de forma mais efetiva.

Posso concluir que houve uma grande integração entre as diversas esferas e o processo de trabalho da unidade foi organizado e melhorado. Assim, este curso foi um grande aprendizado.

A intervenção foi um sucesso, embora não tenha sido atingido 100% em todas as metas fico feliz em ver como estamos hoje, pois se olharmos para o passado não tínhamos registros algum dos idosos que pertenciam à unidade. Hoje, já sabemos quantos são, quem são e se estão com exames e consultas em dia, entre outros dados importantes sobre nossa comunidade idosa.

Assim, noto que aquela imposição inicial pela gestão tornou-se algo desafiador e ao mesmo tempo prazeroso. Quanto às atividades semanais foram essenciais para aumentar os conhecimentos e uma reflexão da nossa rotina, sem dúvida nenhuma valeu muito ter realizado este curso, posso agora vislumbrar novos horizontes.

## **Bibliografia**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.



## **Anexos**















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.

*Patrícia Abrantes Duval*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL