

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes,  
Encruzilhada do Sul/RS.**

**Aliuska Utria Vera**

**Pelotas, 2015**

**Aliuska Utria Vera**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes,  
Encruzilhada do Sul/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPeI, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

V473m Vera, Aliuska Utria

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes, Encruzilhada do Sul/RS / Aliuska Utria Vera; Mateus Casanova dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Santos, Mateus Casanova dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente para meus pais que tão longe estão de mim, mas sempre estão aqui comigo porque, graças a formação que me ofereceram, hoje estou aqui e sou uma profissional com capacidade de ajudar aos demais como eles sempre desejaram. A meus irmãos, sobrinhos e toda a família que fica com orgulho de meu trabalho.

## **Agradecimentos**

Agradeço à equipe de trabalho que ofereceram tanto esforço e dedicação para juntos realizar este projeto, a meu orientador e à orientadora com a que iniciei o curso pela paciência e ajuda a pesar das dificuldades que afrontaram com o idioma, assim como a UFPEL que nos acolheram neste programa que apresento certas inconveniências no início.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	56
Figura 2	Proporção de idosos com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia	57
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	58
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	59
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	60
Figura 6	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	61
Figura 7	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	62
Figura 8	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	63
Figura 9	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	64
Figura 10	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	65
Figura 11	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	66
Figura 12	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	67
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	67
Figura 14	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	68
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	69
Figura 16	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	69
Figura 17	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	70
Figura 18	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	71

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não-Transmissível
<b>CAP</b>	Caderno de Ações Programáticas
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIPERDIA</b>	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPeI</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## RESUMO

VERA, Aliuska Utria. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes, Encruzilhada do Sul/RS.** 86f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento da população vem aumentando progressivamente no mundo todo e Brasil não estão exceto disto, e que traz diversas doenças, pelo qual este grupo populacional precisa de uma atenção diferenciada e de qualidade. Realizamos uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de idoso na Unidade Básica de Saúde Campos Verde, município de Encruzilhada do Sul, RS, Brasil, que foi motivada porque tínhamos uma baixa cobertura, com uma população idosa muito grande e com muita carência de ações preventivas direcionadas a melhorar estilo de vida destes usuários. Os resultados obtidos mais relevantes foram: 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e com visitas domiciliares realizadas, obtendo uma atenção à saúde deles com melhor atenção de qualidade no próprio domicílio, em relação ao cadastramento conseguimos atingir 87,5%, a meta era 100% e não foi possível mais o trabalho será continuado. Conseguimos melhor acompanhamento nos usuários hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia chegando 91,3% ao final da intervenção. Conseguimos isto com a programação de retorno à consulta dos idosos para acompanhamento. Tivemos percentual bom no rastreamento de hipertensos para diabetes, chegando 99,6% idosos rastreados. Tudo isto foi pelo acompanhamento em dia de exame clínico da maioria dos idosos hipertensos devido ao trabalho feito pela equipe e as ações na UBS no grupo de hipertensão e diabetes, em que foram orientados os usuários sobre a importância dos exames complementares. A intervenção para a Equipe permitiu uma melhor capacitação da equipe em geral, assim, percebe-se que estão mais preparados para o acolhimento e acompanhamento dos idosos, permitiu uma boa integração da Equipe toda para oferecer uma atenção de qualidade à população de forma geral. Para a comunidade esta intervenção ficou com muito impacto, já que eles ficaram muito satisfeitos pela prioridade aos idosos. Para o serviço foi muito importante já que aumento o número de acompanhantes dos usuários pelas palestras oferecidas na sala de espera, aumento o número de usuários nos grupos de hipertensos e diabéticos, onde a maioria está na faixa etária de maiores de 60 anos.

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



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11 ago. 2014.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional em 06 nov. 2014.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 3
2.2.1 Objetivo geral.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 3
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 3
2.3 Metodologia .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 5
2.3.1 Ações.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 6
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística .....	44
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão .....	71
5 Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências .....	80
Apêndices.....	81
Anexos.. ..	84

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado à melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes, Encruzilhada do Sul/RS.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado abaixo: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11 ago. 2014**

Como médica vinculada ao Programa Mais Médico para o Brasil, do Ministério da Saúde (MS), atuo na Estratégia Saúde da Família (ESF) que fica em Campos Verdes, município de Encruzilhada do Sul, Estado Rio Grande do Sul. A ESF em seu interior tem uma estrutura para colaborar na resolução de problemas de saúde que a população precisa. Apresenta um consultório médico, consultório odontológico, sala de reuniões, sala de curativo, sala de enfermagem, sala de enfermagem para fazer triagens, recepção, banheiros, cozinha e tem equipamentos fundamentais necessários para atenção primária à saúde. A equipe básica está composta por médica cubana, odontólogo, enfermeira, técnica enfermagem, recepcionista, administrador, sete agentes comunitários de saúde e auxiliar geral. A ESF atende uma população de 4567 pessoas e faz atendimentos que iniciam 8 horas da manhã até às 12 horas. No turno da tarde começamos às 13:30 e terminamos às 17 horas. Observa-se que consultas são agendadas e também a demanda espontânea de preferência são atendidas as urgências. Além disto, fazemos visitas domiciliares àqueles usuários que não podem chegar até a UBS, por exemplo, acamados e outros com algumas incapacidades. Tenho a percepção que os usuários ficam muito felizes ao ter médicos fixos na UBS porque assim têm todos os dias seus atendimentos quando precisam e, desta forma, resolver seus problemas de saúde. Destaco que eu tenho a maior satisfação quando o

usuário termina a consulta e fala para mim “*muito obrigada doutora, gostei muito de seu atendimento*”, porque os problemas de saúde dos usuários têm que começar pelo acolhimento que o médico seja capaz de oferecer à comunidade. Observo nestas semanas que estou atuando inicialmente no Serviço, como principais problemas de saúde da comunidade: doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial); doenças mentais; alto índice de tabagismo; uso excessivo de medicamentos fundamentalmente antidepressivos e ansiolíticos.

Por outra parte a equipe de saúde e eu temos uma boa relação interpessoal porque para que a ESF tenha uma boa dinâmica de trabalho precisamos dessa ação maravilhosa. Desta forma cumprimos com as condições para ser resolvido os problemas da comunidade porque se não ficamos unidos a equipe não tem uma boa função. Os usuários são muito bem atendidos pela equipe de saúde ao chegarem na Unidade de Saúde. Também, a comunidade tem uma inter-relação muito importante no processo saúde-doença. Assim, fica evidente na participação ativa deles nas atividades de palestras e grupos todos os meses. Na ESF temos pessoas que nos apoiam com o trabalho dentro da comunidade, eles são lideranças comunitárias que não precisamente formam parte da equipe de saúde, mas se caracterizam um pilar fundamental para desenvolver melhor o trabalho.

Também, não posso deixar de falar a falta de tratamento dietético dos usuários que forma parte da cultura e é um pilar importante para saúde deles. Por isso, eu posso perceber que nós temos muito que fazer em nossa Unidade de Saúde, particularmente quero ir embora quando cumprir meu tempo de trabalho com a satisfação de que deixe uma população digna de acolher as orientações médicas. Somado a isto, a equipe de saúde faz encontros com grupos especiais (diabéticos, hipertensos, grávidas, obesos e usuários com problemas de álcool), além de atividades de promoção, como por exemplo, palestras. Por isso, penso que se continuarmos trabalhando com a maior dedicação e com ajuda do curso os usuários podem resolver seus problemas de saúde em 90% e quero compartilhar minhas experiências de trabalho com os colegas participantes do curso. Por último, para um melhor funcionamento da saúde no município precisamos também uma boa gestão da Secretaria de Saúde que até agora eu acredito que apresenta uma boa dinâmica de trabalho

até onde eles podem porque ficamos em um município que não tem muito desenvolvimento econômico. Por isso, às vezes, temos dificuldades para deslocamentos dos usuários fora da cidade, caso necessitam consultar com outras especialidades que não possuímos.

## **1.2 Relatório de Análise Situacional em 06 nov. 2014**

O município de Encruzilhada do Sul possui 25500 habitantes, a qual conta com cinco ESF e uma UBS. Há pouco tempo iniciou-se a implantação do Núcleo de apoio á saúde da família para um apoio priorizado aos ESF. Além disso, o município conta com hospital que apesar de ser privado, tem convenio com o SUS. Em relação à atenção especializada há no município traumatologista, cirurgião geral, pediatra, ginecologista e dermatologista, as outras especialidades necessitam de deslocamento da população para outros municípios conveniados. Além disso, há um pronto atendimento que os usuários podem ser observados durante 24 horas. O município possui 2 laboratórios clínicos que prestam serviço á população por convenio, e 2 consultórios onde são realizados os serviços ultrassonográficos. Esta análise situacional se refere a uma ESF urbana, conveniada ao SUS e ás instituições de ensino. Nela são realizados atividades de promoção da saúde, além de outras. A UBS tem uma equipe de saúde formada por 1 médico clinico geral, 1 cirurgião odontólogo, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista, 1 administrador, 1 auxiliar geral e 6 agentes comunitárias.

A estrutura física da UBS Campos Verdes não está em conformidade com o que é preconizado pelo MS e isso atrapalha a qualidade do atendimento aos usuários, contudo a unidade está em plano de reforma e remodelação vinculada á prefeitura municipal. Todavia, mesmo com estas dificuldades é possível encontrar dispositivos necessários para o acolhimento dos usuários, assim como a presença de corrimão na estrutura para aqueles usuários com dificuldade para a locomoção.

As atribuições das equipes não são cumpridas totalmente, já que por falta de materiais muitos procedimentos deixam de ser realizados. Ainda assim, pode-se afirmar que o usuário é atendido com eficiência e qualidade que este requer. A atenção á demanda espontânea na Unidade de Saúde é bem acolhida, em que todos os usuários que procuram consulta no posto priorizando-os quando necessário e dando o devido encaminhamento a cada um deles.

A área de abrangência da UBS tem uma população de 4567, deles 2413 mulheres e 2154 homens, tendo em conta que a população é muito grande para um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e uma secretaria. Embora esta situação, tomamos algumas medidas para atender toda a população da área de abrangência, por exemplo: agendamento dos usuários com doenças crônicas, acolhimento todas as semanas para os usuários idosos, e consulta livre para demanda espontânea, com esta organização também fica resolvido o excesso de demanda espontânea.

Quanto à Saúde das Crianças de 0-6 anos há o desenvolvimento da promoção e prevenção de doenças, acidentes, e outras. Estas são feitas na UBS, nas escolas e na comunidade. Não há um registro específico e programado destas ações, em cada uma das reuniões da equipe planeja-se as atividades do mês seguinte ficando registrado em ata. Na unidade a cobertura de atenção á saúde da criança é muito boa, já que estes são um dos grupos priorizados e as consultas são feitas. Em controle temos 33 crianças para 60 % de cobertura. Não contamos com registro específico no posto pero todos tem cadernetas de saúde da criança onde são registrados os dados das consultas, as crianças com risco tem consultas garantidas com o pediatra, são visitadas pelos agentes comunitárias e pela equipe de saúde, e tem prioridade para acolhimento no posto, para vacinação, e todos tem consultas de puericultura. Só temos dificuldade ainda com as atividades de promoção e prevenção da saúde porque não temos logrado que todas as mães tenham assistido as palestras sobre atividades de promoção para as crianças e seu desenvolvimento físico e intelectual.

A atenção ao pré-natal e puerpério é realizada na unidade de saúde de forma satisfatória e além das consultas, existe o grupo de gestante que acontece uma vez por mês e que são realizadas palestras e orientações

específicas sobre o cuidado da gravidez, assim como sinais de alarme do trabalho de parto, aleitamento materno, cuidado com o recém-nascido e outros temas de importância para elas. Há um cronograma destas atividades com local, horário e tema. Além disso, realiza-se o monitoramento das consultas programadas e a assistência delas, além de visitas domiciliares para um controle mais específico e a realização das orientações dada pela equipe. Além das consultas realizadas nos postos existem as avaliações com ginecologista, dependendo do risco das grávidas, e mesmo com seguimento por especialista e não pela ESF, continuam sendo acompanhadas através das visitas domiciliares. Todo o acompanhamento é realizado por protocolo de atenção pré-natal do MS, as ações são programadas e monitoradas regularmente. É um sucesso que as gestantes tenham garantido o acompanhamento na área de abrangência e atenção especializada no município, temos dificuldade com realização de exames como alfa feto proteínas, ainda muitas gestantes acreditam que é melhor cesariana que parto normal pelo que temos que continuar trabalhando nesse sentido. Temos uma cobertura de 15 % (10 usuárias), gestantes atendidas pela equipe (dados obtidos pelo CAP), e o restante fica sendo acompanhada pela ginecologista por riscos e elas são também registradas e visitadas pela equipe na área, a população também trabalha e ajuda no acompanhamento sobre todo nas visitas domiciliares e busca ativa para primeira consulta no primer trimestre. Todos os membros têm responsabilidades nas ações e os registros são trabalhados com qualidade como falamos anteriormente.

Na UBS faz-se exame cito patológico para controle do câncer de colo de útero para todas as mulheres de 25 a 55 anos e outras que precisem com critério médico, só que estas são realizadas em número de 40 por mês, por questões administrativas, não atendendo à demanda e à expectativa do protocolo do programa. Ao analisarmos o Caderno de Ações Programáticas (CAP), o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 1258. Tendo esta estimativa do CAP, o total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é de 998 (79%). Destas, 236 (24%) estão com o exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia e 232 (23%) com exames coletados com amostras satisfatórias. Percebo que é uma numeração que não deve ser

destinada dessa forma já que se trata de prevenção e diagnóstico precoce e tem que ser a livre demanda de acordo com o número de mulheres nesta idade.

Em relação ao câncer de mama são realizadas as mamografias em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade todos os anos e aquelas que tenham algumas dificuldades das mamas e não fiquem neste grupo de idade são avaliadas e se precisam também fazer o exame. Pelo CAP, o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 471 em estimativa. O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 394 (84%). Ainda o cadastramento para melhorar a prevenção de câncer de colo uterino e de mama está muito baixo pelo que é um programa no que temos que trabalhar muito e pensamos adotá-lo como projeto quando termine a intervenção dos idosos.

O atendimento aos hipertensos e diabéticos que são um grupo importante na população na ESF, tendo um total de hipertenso de 239 para 23 % de cobertura e diabéticos 114 para 39 % segundo o CAP, tem um dia na semana que só é para atendimento deles nos dois turnos, independentemente caso tenham alguma queixa fora desse dia são bem atendidos também. Além disso, uma vez ao mês acontece o grupo de diabéticos e hipertensos na ESF, para que desta forma tenham mais informação sobre a doença e seus cuidados. As ações aos diabéticos e hipertensos estão estruturada programaticamente só que não conta com registro específicos deles, além dos prontuários médicos onde são registrados todos os atendimentos e consta na ata onde tem toda a informação das ações específicas de promoção e prevenção de saúde, há muitas coisas positivas nos atendimentos dos diabéticos e hipertensos já que 90% desta população cumpre com o tratamento solicitado e a dieta requerida, todavia uma das dificuldades encontradas é a ausência de farmácia nos postos, desta forma os usuários não tem seus medicamentos em tempo, assim é preciso fazer fila na única farmácia do SUS do município que fica longe do posto para conseguir a medicação e tem muitas queixas disto. Por outra parte temos uma participação bastante grande deles nas ações de educação em média de 80%. As consultas são feita com qualidade e eficiência, é destinado um dia inteiro para estes atendimentos, ainda falta um melhor controle de registros das atividades, tem qualidade e são



feitas por toda a equipe. Os idosos têm 100% de preferência para os atendimentos com muitas poucas ações planejadas e monitoradas, não temos uma programação das ações razão pela que decidimos adotar este projeto. São priorizados também para as visitas domiciliares. A adesão da comunidade ainda esta por resolver para ela temos pensado utilizar as associações de bairro onde estes tem uma participação muito importante, a qualidade da atenção e dos registros não é a melhor assim como as atividades de promoção e prevenção da saúde que tanta importância tem para este grupo por suas vulnerabilidades, temos dentro do projeto a capacitação da equipe para uma atenção de qualidade com responsabilidade de todos os seus membros. Também a unidade tem as condições estruturais de deslocamento, ainda falta a programação dos seguimentos, não tem monitoramento adequado das ações de saúde e não existe registro específico destes, por tanto não cumpre com o protocolo nem manual técnico preconizado pelo SUS, existem muitas coisas que precisam melhorar para uma atenção mais adequada aos idosos, em primeiro lugar é preciso concluir a atualização do cadastramento deste grupo para ter um registro atualizado deles e poder trabalhar diretamente com seus problemas de saúde de uma forma mais organizada. Dentro dos aspectos positivos temos o nível preferencial deles e o atendimento rápido para com este grupo, também a participação da população das ações de saúde é muito baixa, temos que trabalhar muito para incentivar a população a participação destas atividades, assim como melhorar o monitoramento destas ações e os registros, toda equipe está trabalhando nestas ações.

Os maiores desafios são: finalizar a atualização do cadastramento de 100% da população, ter o atendimento de toda a população da área de abrangência do posto assim como os grupos priorizados (lactantes e gravidas), preparar mais ainda as agentes comunitárias assim como outros funcionários da comunidade para buscar fazer mais palestras na comunidade, levar todos os programas do ministério de saúde, buscar com o gestor de saúde ter todos os atendimentos da atenção primaria dentro do município, e realizar os exames laboratoriais em 100% para a população.

Dentro os melhores recursos que a UBS apresenta tem-se a permanência da equipe de saúde na Unidade de Saúde com entusiasmo e força para trabalhar e poder resolver os problemas da população, apoio da

comunidade, busca-se um importante apoio da secretaria de saúde com o aumento de especialistas no município, a ampliação e remodelação dos postos.

Em relação à Saúde dos Idosos, a população alvo da área adstrita é de 624, por estimativa do CAP que foi alimentado por dados obtidos da UBS por meio do SIAB. Porém, são atendidos na UBS 578 usuários idosos, correspondendo a 93%. Destas, nenhuma tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, não há realização de Avaliação Multidimensional Rápida, 489 (85%) estão com acompanhamento em dia, 134 (23%) são hipertensas, 98 (17%) são diabéticas, 489 (85%) têm avaliação de risco para morbimortalidade, 378 (65%) têm investigação de indicadores de fragilização na velhice, 504 (87%) com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 489 (85%) com orientação para atividade física regular e 399 (69%) com avaliação de saúde bucal em dia. Observa-se que muitos usuários tem acompanhamento em clínicas particulares. Estamos procurando ampliar o enfoque de qualificação desta ação programática no sentido do atendimento à Saúde do Idoso em acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A UBS tem uma população de 4567 usuários para os quais ficam 2 odontólogos fazendo atendimento clínico e ações coletivas. A capacidade instalada para prática clínica em minha ESF não está acorde com a média da política nacional de saúde bucal já que não faz o atendimento adequado por cada turno, pelo motivo da falta de materiais odontológicos estéril, sendo estes esterilizados fora do posto por falta de esterilizadora.

As capacidades instaladas para ações coletivas são realizadas na UBS em 100%, cumprindo os odontólogos com a visita nas escolas, fazendo atividades educativas, as reuniões correspondentes a cada grupo de idade na UBS, além da participação com a equipe nas diferentes atividades com a comunidade.

Minha forma de registro permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas já que pude obter a informação adequada para o preenchimento deste por meio de registros específicos e prontuários médicos.

Em relação à capacidade instalada da parte clínica, avalia-se a média de procedimentos clínicos por habitante. No mês que mensuramos a média está

em 0,4, no mínimo preconizado pelo SUS, só que há que manter este número ou melhorá-lo.

A atenção à primeira consulta odontológica programática na UBS está muito baixa. Temos dificuldades com os materiais odontológicos estéreis pela falta de esterilizadora e, às vezes, isso dificulta o atendimento.

O desenvolvimento de ações coletivas na UBS não está em 100%, mas, de forma geral, está bem, já que as ações de saúde bucal em pré-escolares estão em 70%, assim como em escolares, os quais estão em 70%. A outra parte fica pendente por contar com só um odontologista para tanta população e dedicado mais a parte da assistência e as atividades de prevenção na comunidade e escolas ainda tem muito que melhorar.

A razão entre as primeiras consulta programática e as não-programadas diferem muito, já que, às vezes, aparecem muitas avaliações de atendimento urgente que não podem esperar e estes tem que ser atendidos, e como não contamos com muitos materiais estéril o resto da consultas se dificultam. Nesta direção, percebemos que a saúde bucal na UBS pode ser melhorada. Primeiro, tem que ter todas as condições necessárias, isto é, materiais para o bom desenvolvimento dos profissionais de saúde porque sem os instrumentos não pode ter um adequado desenvolvimento para com os usuários. Esta dificuldade que temos em nossa UBS com a esterilizadora já esta informada em reuniões correspondente com o gestor de saúde no município. Portanto, esperamos que isto seja melhorado com a instalação de uma esterilizadora no Serviço. Também o trabalho pode ser melhorado com a contratação de técnica odontológica para ajuda do odontólogo e aumentar a participação deles nas comunidades.

Os questionários das ações programáticas foram uma ferramenta importante de trabalho e não olhamos pela pressão assistencial, como por exemplo: a programação dos atendimentos odontológicos, a quantidade de consultas programadas aos diferentes grupos etários e desta forma uma melhor preparação das equipes de saúde.

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

Na primeira percepção da UBS tinha dificuldade como: maus hábitos alimentícios, uso excessivo de medicação, maus condições estruturais da Unidade de Saúde, nenhuma percepção de risco, pouco conhecimento de doenças agudas. Estas já têm melhorado 80% através do trabalho preventivo e de promoção pela equipe de saúde, onde toda a equipe está envolvida como um todo. Os usuários têm criado uma melhor cultura sanitária, tem um bom controle das doenças crônicas pelo seguimento nas consultas e nas atividades de prevenção e promoção, assim como uma melhor percepção dos riscos, para todas estas mudanças fizemos um trabalho muito importante durante todo o trabalho desenvolvido, nós traçamos estratégias de trabalho que permitiram melhorar estes problemas, exemplo: organizamos a agenda de trabalho, dando mais prioridades aos idosos, temos um dia inteiro para pacientes hipertensos e diabéticos, reorganizamos os atendimentos para ter uma maior cobertura para as consultas as demanda espontâneas, oferecemos melhor qualidade aos grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes e planejamos atividades de promoção e prevenção na comunidade, nas escolas, nas associações de bairro. Está se construindo quarto de expurgo, sala de reunião de agente comunitário. O município tem mais especialidades se aproximando, como consultas de óptica e optometria sendo disponibilizadas.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O foco de intervenção para este projeto está baseado na Atenção à Saúde do Idoso, já que é uma ação muito importante na Unidade de Saúde em atuo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (IBGE, 2012). Este grupo populacional é muito grande, sendo uma população muito vulnerável e frágil. Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos. Fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (BRASIL, 2006). Isto requer uma atenção especializada estando em constante crescimento dia a dia pelo qual a pirâmide populacional identifica aumento do envelhecimento (BRASIL, 2013). O projeto de intervenção proposto pretende contribuir para melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

A UBS Campos Verdes na qual atuo conta com um consultório médico, um odontológico, uma sala de reuniões, uma sala de enfermeira, uma da técnica de enfermagem, uma recepção, sala de espera, uma cozinha, 3 banheiros, 1 ambulatório, uma sala de esterilização, um quarto para almoxarifado, e tem a estrutura física adequada para o deslocamento dos usuários com dificuldade para a locomoção. A equipe é composta por uma

medica clinico geral, um odontólogo, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma secretaria, um administrador, uma auxiliar geral, e 6 agentes comunitárias; Esta UBS atende uma população da área de abrangência de 4567 pessoas.

A população alvo da área adstrita é de 624, mais são atendidas na UBS 578 pessoas idosas segundo dados do CAP, informações da UBS a traves do SIAB. Destas ultimas só são atendidas atualmente ao redor de um 50 %, já que muitos usuários tem acompanhamento em clínicas particulares, já alguns que tinham estes acompanhamentos fora da UBS referem que antes não tinham medico fixo, mais já recatamos um pouco destes atendimentos por este motivo e cada dia teremos uma porcentagem maior até ter toda a população. Esta população não tem a qualidade 100% adequada já que precisamos ainda melhorar a atenção deste grupo a traves do trabalho da equipe fazendo mudanças para obter um melhor atendimento, assim como materiais de trabalho, nossa UBS desenvolve ações de saúde para melhorar a qualidade de vida desta população, por exemplo: são realizados os grupos de idosos na UBS, palestras na sala de espera, avaliação periodicamente com odontólogo, e estamos trabalhando para ter as avaliações multidimensionais e aumentar mais a qualidade destes trabalhos de grupo para esta população.

Esta intervenção é importante no contexto de UBS em que por ser este grupo populacional um dos mais vulneráveis e de maior número na população. A equipe está envolvida como um todo neste projeto para melhorar cada dia mais a atenção desta população, trabalhando em conjunto, já que só assim se alcança os objetivos propostos. Temos muitas dificuldades e limitações existentes, por exemplo: a população muito grande, muito tempo para assistência e pouco para promoção de saúde, pouca cultura de saúde para a população, pouca cultura em relação aos hábitos alimentares, falta de preparadores físicos para a realização de atividades física desta população. O aspecto que viabiliza a intervenção deste projeto é: o interesse da equipe de trabalhar neste projeto, desejo da população idosa em ganhar conhecimento sobre o cuidado próprio nesta idade, bom trabalho dos agentes comunitários. Ela pode melhorar a atenção á saúde da pessoa idosa em muitos aspectos, por exemplo: chegar aos 100% da cobertura deste grupo populacional, aumentar a cultura sanitária e alimentaria incentivar toda população sobre a importância de

mudar estilo de vida, assim como a realização de exercícios físicos, melhorar num 100% os indicadores de qualidade desta população alvo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Campos Verdes, Encruzilhada do Sul/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

## **2.3 Metodologia**



Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Campos Verde, no Município de Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todos os usuários acima de 60 anos residentes na área de abrangência. O projeto de atenção na ação programática Saúde do Idoso será uma intervenção, utilizando questionários e formulários de protocolos de atendimento em trabalho de campo na Atenção Primária à Saúde (APS), dialogando diretamente com os materiais publicados pelo Ministério da Saúde (MS) Brasil 2006, particularmente como referências deste trabalho. O projeto se iniciará com o conhecimento da Unidade Básica de Saúde, população e área adstrita. A Análise Situacional será o momento de conhecer a realidade por meio de gráficos quantitativos e qualitativos que pretendem desvelar as ações programáticas típicas em APS no cotidiano no Serviço, repercutindo na sensibilização do que está sendo realizado. A saúde dos idosos, enquanto temática a ser desenvolvida nesta intervenção, se deu como foco através da observação destes mecanismos da análise situacional, caracteristicamente a Unidade 1 do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

As fichas-espelho (Anexo "A") serão anexadas aos prontuários de cada idoso que consultar e for acompanhado pelo serviço na ação programática. Os agendamentos terão a contribuição de toda a Equipe, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção serão atendidos em visitas domiciliares, acompanhando a rotina de agendamentos do serviço e também priorização de atendimentos, conforme acolhimento pelos profissionais. Os registros das visitas serão realizados por meio da ficha-espelho do idoso e também anexados aos prontuários na Unidade Básica. Os atendimentos e dados obtidos serão registrados na planilha de coleta de dados (Anexo "B"), em conjunto com os demais idosos acompanhados na intervenção. Com isto, os dados fornecidos permitirão melhor monitoramento desta ação programática na UBS Campos Verdes, Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

As diversas ações programáticas trabalhadas na UBS foram descritas e analisadas quantitativa e qualitativamente através de gráficos resultantes dos dados obtidos na análise situacional. Observando a importância da criação de mecanismos para obtenção de dados que possibilitassem a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, tal ponto foi definido como foco da intervenção.

### **2.3.1 Ações**

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção da saúde de idoso da área da unidade de saúde para 100%.

-Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade saúde periodicamente (mensalmente).

Detalhamento das ações:

Para que o objetivo proposto seja alcançado, iremos realizar reunião de equipe todos os meses para que também possa ser feito a avaliação e o monitoramento da cobertura dos idosos. Responsáveis medico e enfermeira.

-Organização e gestão de serviço:

Ações:

- Acolher os idosos.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento das ações:

Faremos um acolhimento diferenciado e prioritário aos idosos que derem entrada no posto e demandam atenção. Também será realizado um cadastramento de 100% dos idosos pelos Agentes Comunitários de Saúde, além de atualizar tais dados nas cadernetas (SIAB) em todas as consultas e visitas domiciliares. Responsável enfermeira.

-Engajamento público:

**Ações:**

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realiza-lo na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção aos idosos na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:**

Serão realizadas palestras na comunidade que abordarão sobre a importância da atenção aos idosos e sobre a existência do programa na unidade de saúde, procurando envolver toda população idosa que assiste a nossa unidade.

Responsáveis: médico e enfermeira.

**-Qualificação da pratica clinica:****Ações:**

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

**Detalhamento das ações:**

Sabendo da importância da equipe na produção e desenvolvimento de um bom trabalho, iremos realizar mensalmente reuniões com a equipe, na qual desenvolveremos aulas de capacitação para oferecer um adequado acolhimento dos idosos no posto e aos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como a implantação da politica nacional de humanização. Responsável enfermeira.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de avaliação multidimensional rápida semestralmente em todos idosos acompanhados pela UBS.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar os números de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com os protocolos adoptado na UBS e sua periodicidade.
- Monitorar o acesso aos medicamentos na farmácia popular.
- Monitorar os números de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrado.
- Monitorar realização de visitas domiciliares de idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Monitorar os números de idosos submetidos a rastreamento para HAS e DM periodicamente.

- Monitorar avaliação das necessidades de tratamento odontológico de idosos e numero cadastrado em acompanhamento no período.

Detalhamento das ações:

A monitorização de todos estes seguimentos ocorrerá da seguinte forma: realizaremos avaliação multidimensional rápida em todos os idosos acompanhados, exames clínicos apropriado dos idosos em cada consulta, controle do numero de idosos hipertensos e diabéticos com exames solicitados e realizados mensalmente, tentaremos facilitar o acesso á farmácia popular, manter devido controle dos 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção realizando visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção, manter controle de todos os idosos submetidos a rastreamento para HAS e DM semestralmente e por fim realizar em cada consulta avaliação de saúde bucal dos idosos cadastrados e em acompanhamento. Responsáveis: médico e enfermeira.

- Organização e gestão de serviço:

Ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida.
- Definir as atribuições de cada Profissional da equipe.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos.
- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clinico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referencia e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
- Garantir a solicitação de exame dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidades para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das ações:

Iremos realizar reuniões de controle com a administração para a manutenção dos recursos necessários, orientar a cada Profissional da equipe suas atribuições na avaliação multidimensional rápida dos idosos e capacitar cada uns deles no exame clínico dos hipertensos e diabéticos, capacitar os ACS sobre busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado, realizar acolhimento aos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, manter controle de referencia e contra referencia de usuários com alterações neurológicas em extremidades, solicitar os exames complementares protocolizados e que tenham garantia da realização destes, ter controle de estoque de medicamentos e registrar as necessidades para os hipertensos e ou diabéticos e por fim realizar visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problema de locomoção trimestralmente. Responsáveis: enfermeira, técnica enfermagem.

-Engajamento público:

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- 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 sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visitas para os idosos acamados ou com problema de locomoção.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.
- Informar a comunidade sobre a importância de avaliar e controlar a saúde bucal dos idosos.

#### Detalhamento das ações:

Para tal, realizaremos palestra na comunidade sobre a importância das avaliações multidimensionais e do tratamento oportuno das limitações bem como palestras evidenciando aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e a necessidades de realização de exames complementares e sua periodicidade.

Também abordaremos sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular-hiperdia e possíveis alternativas para ter este acesso.

Iremos promover capacitações aos ACS sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sua disponibilidade para que orientem a população e palestras sobre a importância do rastreamento de HAS e DM, de avaliar a saúde bucal, e do atendimento odontológico prioritário de idosos.

Responsáveis: odontólogo e enfermeira.

-Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar os profissionais para os atendimentos dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinar a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações, mas complexas.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Realizar atualização do Profissional do tratamento de hipertensão e diabetes.
- Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problema de locomoção.
- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problema de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visitas domiciliares.

Detalhamento das ações:

Realizaremos aulas para a equipe, profissionais e demais membros para o atendimento dos idosos incluindo treinamento para a aplicação da avaliação

multidimensional rápida e para o encaminhamento dos casos que necessitem de avaliação mais complexa.

Utilizaremos o protocolo de atenção aos idosos para a realização de exame clínico apropriado, o registro adequado, e solicitação de exames complementares. Revisaremos periodicamente o tratamento de hipertensão e diabetes pelo profissional. Teremos reuniões de capacitação para os ACS sobre o cadastramento dos acamados ou com problemas de locomoção, e sobre identificação e acompanhamento domiciliar destes, e reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Responsável: médica.

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

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

-Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Manteremos um devido controle mensal da periodicidade das consultas previstas no protocolo que utilizaremos. Responsável: médico.

-Organização e gestão de saúde:

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Realizaremos busca ativa no domicílio dos faltosos e com isso iremos providenciar para que esses idosos provenientes desta busca ativa sejam acolhidos de forma calorosos na nossa unidade, buscando a formação de vínculos valiosos. Responsável ACS e secretaria.

-Engajamento público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.



- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações:

Realizaremos palestras na comunidade sobre a importância da realização de consultas e sua periodicidade, bem como daremos oportunidade para que a população se expresse, criando um vínculo estratégico para melhorar a qualidade dos atendimentos, com o objetivo de que a população frequente nossa unidade com maior adesão. Responsáveis: enfermeira e técnica de enfermagem.

-Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Capacitaremos os ACS para que se tornem aptos a dar as orientações da periodicidade das consultas dos idosos, sendo que as consultas serão realizadas cada 3 meses. Responsável enfermeira.

Objetivo 4: Melhora dos registros das informações.

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

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

-Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhada na unidade de saúde.
- Monitorar os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Detalhamento das ações:

Iremos tentar manter um devido controle e revisão dos registros periodicamente e revisar os registros da caderneta dos idosos a cada três meses. Responsável técnica de enfermagem.

-Organização e gestão de serviços:

Ações:

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- 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.

Detalhamento das ações:

Organizaremos o trabalho nas planilhas e registros específicos de acompanhamento do atendimento aos idosos, coordenando com a equipe como vai ser o registro das informações, o responsável pelo monitoramento dos registros é o médico do posto de saúde. Realizaremos um registro específico que permita a avaliação dos idosos que tem consultas e exames atrasados pra que seja atendido o mesmo dia que procurem atendimento.

-Engajamento público:

Ações:

- 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.

Detalhamento das ações;

Realizaremos palestras na comunidade pra orientar sobre seus direitos em relação á manutenção de seus registros. Responsável enfermeira.

-Qualificação da pratica clínica:

Ações:

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

#### Detalhamento das ações:

O treinamento ocorrerá na primeira semana de intervenção, onde além de expor o projeto iremos mostrar como será a implementação e os instrumentos que serão utilizados, assim todos da equipe terão acesso e capacidade para entender e fazer tais registros, sendo que os responsáveis por esse processo é o médico e a enfermeira, mas todos devem participar na passagem de informações importantes para o acompanhamento destes idosos.

#### Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

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

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

#### -Monitoramento e avaliação:

##### Ações:

- Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

#### Detalhamento das ações:

Teremos um controle periódico dos idosos com risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência através da investigação de indicadores de fragilização na velhice. Trabalharemos em parceria com agentes sociais pra a realização de avaliação da rede social e revisão dos que tem rede social deficiente. Responsável: médico.

#### -Organização e gestão do serviço:

##### Ações:

- Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.
- Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

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

Detalhamento das ações:

Vamos garantir o atendimento priorizado aos idosos de maior risco de morbimortalidade e com fragilidade. Trabalharemos de forma prioritária com os idosos de rede social deficiente nas consultas e nas visitas domiciliares.

Responsável medico.

-Engajamento público:

Ações:

- Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.
- Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.
- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento das ações:

Como relatado anteriormente, também farão parte das palestras na comunidade e na sala de espera abordar sobre o nível de risco e a importância de acompanhamento mais frequente, manteremos contato direto com os idosos fragilizados para acompanhamento mais frequente visando facilitar aos idosos o conhecimento de como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde. Organizaremos as redes sociais de apoio e centros laborais pra estimular a socialização com os idosos (montaremos parcerias de trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, pessoas influentes na comunidade, etc.).

responsável enfermeira.

-Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

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

Detalhamento das ações:

Bridaremos os profissionais de nossa equipe com aulas sobre a identificação e registro de fatores de risco pra morbimortalidade da pessoa idosa e sobre registro de indicadores de fragilidade da pessoa idosa. Responsável enfermeira e técnica de enfermagem.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

-Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações:

Realizaremos em cada palestra ações que possam chegar aos idosos pra se alimentar melhor e de forma saudável e para isso tentaremos a participação de um nutricionista. Serão feitos diagnósticos a todos os idosos com obesidade e desnutrição. Será provida a realização de atividade física regular para todos os idosos da comunidade e individuais nas consultas e visitas domiciliares dos profissionais e ACS. Responsável enfermeira.

-Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações:

Todos os membros da equipe terão que conhecer como orientar aos usuários previamente e preparação com os profissionais para a prática de atividade física regular.

Ao gestor municipal de saúde pediremos parceria com outras institucionais para a realização de atividade física. As consultas serão planejadas com o tempo de dar orientações individuais. Responsável medico.

-Engajamento público:

Ações:

- Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das ações:

Realizaremos palestras com os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios de adoção de hábitos alimentares saudáveis e sobre a realização de atividade física regular, serão realizadas juntamente com a dentista da equipe para dar orientação sobre importância de higiene bucal e de próteses dentarias. Responsáveis odontólogo e medico.

-Qualificação da prática clínica:

Ações:

- 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".
- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das ações:

Realizaremos aulas periodicamente com a equipe para orientação de hábitos alimentares saudáveis, preparação para toda a equipe sobre orientação nutricional específica para idosos hipertensos e diabéticos e reuniões de equipe com o objetivo de capacitá-la sobre atividade física regular e higiene bucal e próteses dentária aos idosos. Responsável: enfermeira.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

Indicador 1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

Indicador 3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

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

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

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

Indicador 4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa

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

Indicador 5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

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



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

Indicador 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

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

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

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

Indicador 7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

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

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

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

Indicador 8: Proporção de idosos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa rastreado para diabetes mellitus

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

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

Indicador 9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

Indicador 11: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador 12: Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia  
Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

Indicador 13: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

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

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

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

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

Indicador 14: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

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

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

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

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

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

Indicador 16: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Indicador 17: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

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

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

Indicador 18: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

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

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

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

Indicador 19: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

O projeto de intervenção, ao ser implantado, usaremos como manual o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006; 2013) do Ministério da Saúde.

Nesta direção, utilizaremos a caderneta de saúde da pessoa idosa e a ficha espelho disponíveis pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 100% dos idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor todas as fichas espelhos necessária e para imprimi-las. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados.

Vamos monitorar a cobertura dos idosos mensalmente em reuniões com a equipe e ACS no posto, e para acolher, cadastrar todos os idosos da área de cobertura e atualizar as informações do SIAB nos apoiaremos á toda a equipe, capacitando-os sobre acolhimento, busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento e sobre a política nacional de humanização. Faremos palestras na associação comunitária mensalmente, na sala de espera da consulta semanalmente sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, as facilidades de realiza-lo na unidade de saúde e sobre a existência do programa de atenção a idoso.

O monitoramento de avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, acesso aos medicamentos da farmácia popular, acamados ou com

problema de locomoção, rastreamento para HAS e DM, de necessidades de tratamento odontológico será feita na unidade de saúde por toda a equipe em reuniões todas ultimas sexta de cada mês, responsáveis: medico e enfermeira da equipe.

Os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida estão garantidos. Para a capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos treinaremos a equipe sobre avaliação multidimensional, atribuições de cada membro, no exame clínico, acolhimento dos hipertensos e diabéticos, registro dos idosos acamados ou com problema de locomoção, cadastramento, atenção prioritária dos idosos serão feita semanalmente sexta 3.00 hora da tarde, responsável: médico.

Nas palestras na comunidade se falara sobre a importância das avaliações, condutas esperadas nas consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, necessidades de realização de exames e sua periodicidade, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular, todo isto será feito cada 15 dias na associação comunitária responsável médico e enfermeira.

O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do atendimento será feito nas reuniões da equipe cada 15 dias responsável o medico; Para organizar as visitas domiciliares, busca dos faltosos e acolhimento provenientes das buscas domiciliares, fará treinamento aos ACS sobre orientação do idoso quanto a realizar a consulta e sua periodicidade e a toda a equipe. Na comunidade se falará sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade.

Para monitorar a qualidade dos registros e da caderneta de saúde da pessoa idosa realizaremos reuniões de equipe a cada 15 dias, sendo o médico o responsável. A atualização das informações do SIAB, registro específico de acompanhamento, o sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso de consultas, realização de exames e não realização de avaliação multidimensional fará treinamento á equipe no preenchimento de todos os registros e da caderneta de saúde da pessoa idosa. Solicitar ao gestor municipal a disposição da caderneta de saúde da pessoa idosa (24-12-2014) pelo medico; A orientação aos usuários e a comunidade sobre seus direito em relação a manutenção de seus registros de saúde e sobre a importância de

portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, serão feito nas palestras na comunidade.

O monitoramento do numero de idoso de maior risco de morbimortalidade, com indicadores de fragilização e com rede social deficiente será feito nas reuniões da equipe mensalmente responsável a enfermeira. Para priorizar o atendimento aos idosos de maior risco, fragilizados e com rede social deficiente faremos capacitações aos profissionais da equipe nas reuniões, responsável o medico; A orientação aos idosos sobre seu nível de risco, fragilizados como acessar o atendimento prioritário e promoção da socialização da pessoa idosa trabalharemos com grupos de apoio, nas igrejas e do estabelecimento de redes sócias de apoio mensalmente, responsável técnica enfermagem.

O monitoramento á realização de orientação nutricional, obesidade, desnutrição, orientação de atividade física regular e atividades educativas individuais, será feito mensalmente no posto pelo medico e a enfermeira; Faremos capacitação á equipe para a promoção de hábitos alimentares saudável, orientação nutricional especifica para idosos diabéticos e hipertensos, sobre a realização de atividades física individual e de higiene bucal e de próteses dentarias definindo o papel de cada membro da equipe nas reuniões da equipe semanalmente, responsável o medica. A orientação dos idosos cuidadores e da comunidade será feita nas palestras mensalmente pela enfermeira.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde de idoso.	X															
Monitorar a cobertura dos idosos da área.		x				x				x				X		

Capacitação á equipe sobre acolhimento, cadastramento e politica nacional de humanização.	X	x														
Capacitação aos ACS sobre a busca dos idosos que não estão em acompanhamento, cadastro e acompanhamento domiciliar dos acamados ou com problemas de locomoção.	X	x														
Treinamento da equipe pra aplicação da avaliação multidimensional rápida, encaminhamento adequado dos casos e sobre exames clínicos apropriados.	X	x														
Realizar o cadastramento dos Idosos abrangentes á área de cobertura.	X	x	X	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X	X
Palestras na comunidade sobre: a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, existência do programa, periodicidade da realização de exames e tratamento oportuno pra o envelhecimento saudável e riscos de doenças neurológicas e cardiovasculares.		x	X				x				X				X	
Monitorar a realização de avaliação multidimensional rápida, exames clinico apropriados, hipertensos e diabéticos e exames solicitados de acordo ao protocolo, acesso aos medicamentos da farmácia popular. E acamados e com problemas de locomoção.	x	x	X	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X





Monitorar o número de idosos de risco na área de morbimortalidade, pra indicadores de fragilização na velhice, com rede social deficiente e orientação sobre alimentação saudável, exercícios físicos regulares e educação individual.			X			x			x			x			x	
Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, fragilizados, com rede social deficiente nos agendamentos e visitas domiciliares.	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definir o papel da equipe na orientação pra hábitos alimentares saudáveis na pratica de atividades físicas regalarm.	X															
Demandar do gestor municipal parcerias institucionais pra realização de atividades físicas.	x															
Orientar aos idosos e cuidadores sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal e prótese dentaria.			X				x				x				x	

### **3. Relatório da intervenção**

A intervenção que visou melhorar a atenção à Saúde do Idoso na UBS Campos Verdes, município de Encruzilhada do Sul, RS, Brasil aconteceu entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Ao finalizar a coleta de dados do projeto de intervenção temos muito prazer em resumir o trabalho feito pela equipe toda. Foram 16 semanas de coleta de dados e de muito trabalho, ainda não chegamos à meta proposta, mas estamos satisfeitos com os resultados alcançados e daremos continuidade para que tenham atendimento todos os idosos da área de abrangência. Para isto, temos como objetivo continuar com o trabalho depois de concluído a intervenção para o Curso e ter incluídas as ações na rotina diária de trabalho do Serviço.

Todas as ações planejadas foram realizadas em tempo com algumas dificuldades que tivemos que enfrentar e resolver. Nosso objetivo era cadastrar e atender aos 100 % dos idosos da área de abrangência, mas não foi possível. Embora isto, acreditamos que com a rotina diária da intervenção dentro das atividades da UBS vai ser possível em curto tempo este êxito.

A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde de idoso foi feita na primeira semana de intervenção, em que demos a conhecer porque era importante a intervenção e como deveria ser o mesmo. Isto foi feita no primeiro dia da semana 1 da intervenção em reunião de equipe durante duas horas. Eu

desenvolvi sobre o protocolo e como deveríamos enfrentar o trabalho. A equipe entendeu o porque que era necessário realizar o mesmo. A primeira parte foi difícil porque pensaram que era impossível de somar os usuários com pouca cultura de atendimento preventivo em saúde, também porque a equipe tinha muito trabalho já que a população é muito grande (4575) e a assistência ocupa a maior parte do tempo de trabalho. Ao final da capacitação, tínhamos a confiança em que pode ser e que isto é uma tarefa da UBS do dia a dia, tendo os programas da medicina da família que forma parte da rotina de trabalho assistencial e gerencial em saúde.

O segundo momento de destaque foi a ação de capacitação dos agentes comunitários sobre o cadastramento aos idosos da área de abrangência, além de seu trabalho. Isto também teve certa discordância, porém nada que atrapalhou o objetivo do projeto. As profissionais foram muito receptivas e entenderam porque era necessário e importante realizarem o cadastramento. A capacitação da equipe sobre acolhimento, cadastramento e política nacional de humanização foi realizada na quarta-feira da primeira semana, onde ficou responsável pelo acolhimento toda equipe, do cadastramento as agentes comunitárias e do preenchimento dos dados nas planilhas a enfermeira e a médica. O treinamento da equipe sobre a avaliação multidimensional foi feita sexta-feira da primeira semana, em que cada membro ficou com a responsabilidade individual na intervenção. Aqui só dificultou um pouco o serviço de psicologista que foi muito instável durante o trabalho, mas com ajuda da psicóloga do NASF, foi possível resolver a situação. Nesta primeira semana foi muito o trabalho para organizar e preparar o pessoal e foi possível com o empenho e interesse que mostraram todos os membros.

O cadastramento começou rápido porque os agentes comunitários em número de seis, tinham os registros dos usuários com deficiências de locomoção e acamados e tivemos a participação dos colaboradores da comunidade, sendo cinco no total. Eles ajudaram muito sobre todo com os usuários faltosos às consultas e usuários que não realizaram exames. Também, já tínhamos dialogado com o secretário de saúde do município para a logística e apoio nas dificuldades que se apresentarem e foi muito bem acolhido e apoiado. Embora ficarmos dois meses sem secretário, todas as inquietudes dos usuários foram tramitadas e tratadas de resolver. Ainda ficam

algumas, as mais generalizadas, como a falta de especialistas fundamentais na atenção ao idoso como cardiologista, urologista, endocrinologista, oftalmologista, que são as que mais deslocam usuários diariamente no município. Além disto, como a realização de exames demorados e os medicamentos da farmácia do SUS, que muitas vezes não tem os que precisam e os usuários tem que comprar.

A avaliação clínica dos usuários foi feita diariamente, assim como as avaliações multidimensionais. As pessoas tinham pouco conhecimento de seus direitos e de prevenção e promoção em saúde, de atenção bucal e pouca cultura de atendimento domiciliar. Isto foi mudando e com o trabalho da equipe sentiram-se atendidos.

As palestras nas filas de espera das consultas começaram na primeira semana. Este foi o cenário mais aproveitado pela equipe para divulgar os objetivos da equipe com a intervenção e suas vantagens para a comunidade de idosos, feitas pela enfermeira, eu e a técnica enfermagem. Quatro dias por semana fizemos as atividades. Depois, as palestras na comunidade foram caracterizadas como outro cenário importante para dar a conhecer a importância da intervenção, a periodicidade dos exames, cuidados aos acamados ou com dificuldades de locomoção, fragilizados, com rede social deficiente e com risco de morbimortalidade. Foram feitas três palestras na comunidade sempre organizadas por os agentes comunitários e colaboradores e a colaboração de toda a equipe na logística. Ainda fica pendente uma palestra para dar a conhecer os resultados da intervenção e explicar que o trabalho forma parte do dia a dia do posto e que pretendemos atender a 100% dos idosos da comunidade. Também, nestas palestras falamos sobre prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, de alimentação saudável, importância de realizarem exercícios físicos, imunização, e consumo excessivo de medicamentos e automedicação, temas muito discutidos na comunidade e acolhidos pela população alvo.

Todas as ações foram desenvolvidas no projeto, sendo umas com mais facilidades que outras. A realização de exames foi discutida com a secretaria de saúde por causa dos gastos do município porque não temos laboratórios estatais e todos tem que pagar o SUS. As maiores facilidades para realizar o

trabalho foram: o interesse da equipe e apoio da comunidade, da Secretaria de Saúde na logística e o empenho dos agentes comunitários.

As principais dificuldades foram: a pouca cultura sanitária dos usuários, pouco material odontológico para o atendimento integral, dois meses sem secretário de saúde para tramitar as queixas dos usuários, as férias no meio da intervenção, que além de não atrapalhar porque a equipe continuou, a intensidade do trabalho diminui um pouco. Ainda ficam por resolver as insatisfações dos usuários pela Secretaria de Saúde que são interfaces que se distanciam da governabilidade do Serviço, mas que a intervenção conscientizou para todos da Equipe.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Durante toda a intervenção não houve ações que não foram possíveis ser desenvolvidas. No decorrer das atividades sempre tivemos em perspectiva que se não era possível desenvolvê-las nos prazos estabelecidos para serem realizadas, faríamos nas semanas próximas, conseguindo cumprir integralmente o cronograma proposto no projeto.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

O trabalho de preenchimento de planilhas de coleta de dados motivou interesse da Equipe em continuar, procurando atingir os 100% dos usuários da área de abrangência dentro do Programa, já que ficamos em um 87,5% de cadastramento e estamos com a perspectiva de continuidade na rotina diária da Unidade de Saúde.

O preenchimento das planilhas de coleta de dados nas primeiras semanas foi complicado por falta de compreensão. Aqui a avaliação multidimensional não estava sendo reportada como devia ser. Por isto, os

indicadores dessas semanas foram alterados no transcorrer da intervenção com a ajuda do orientador.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A incorporação das ações previstas na intervenção foi implementada na rotina diária do trabalho da equipe com a finalidade de dar continuidade à ação programática escolhida. Mesmo assim, com o curso finalizado, há o compromisso em continuidade e com certeza chegaremos à meta proposta no início da atividade, em que os usuários idosos de nossa área terão o atendimento de qualidade e eficiência que merecem para a melhora ainda mais da atenção.

## **4. Avaliação da Intervenção**

A avaliação da intervenção compreende uma das partes da Unidade 4 do Curso. Todo o processo envolve analisar aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas dezesseis semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 8 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à Saúde do Idoso. Na área adstrita da UBS Campos Verdes, sabendo que a população idosa estimada para a área era de 457, apresentamos o total de idosos residentes na área de abrangência de 578 pessoas, percebendo que a realidade é maior que a estimativa, sendo a fonte do registro o SIAB, onde obteve a informação.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

No curso da intervenção não foi possível atingir a meta, conforme a Figura 1. Porém, acompanhamos no primeiro mês 144 idosos (24,9%), no segundo mês 214 (37%), no terceiro mês 354 (61,2%) e no quarto mês 506 idosos (87,5%).

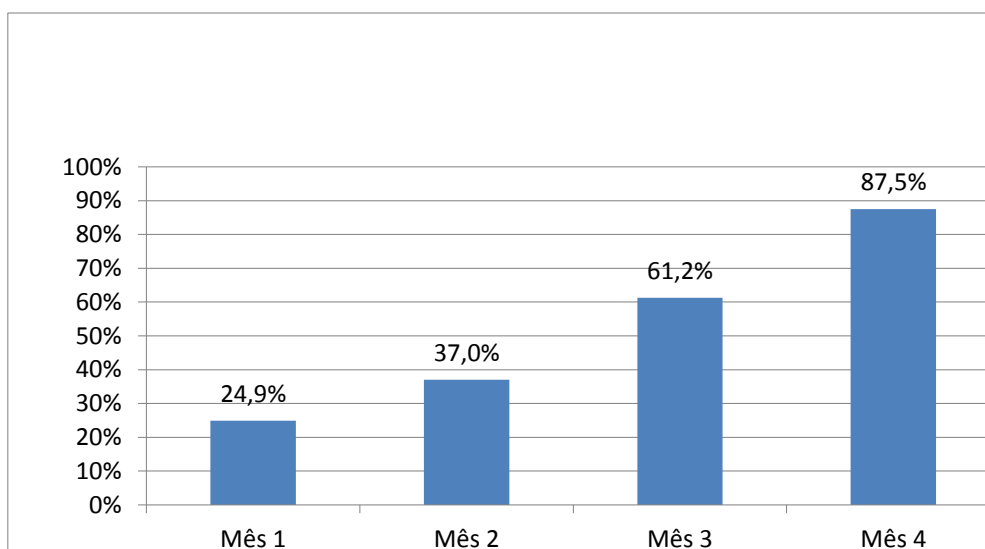


Figura 1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

No início da intervenção não chegava a 50% o cadastramento dos idosos da área e conseguimos atingir 87,5% porque não existia um acompanhamento contínuo dos usuários na UBS. A meta era 100% e não foi possível, mas tivemos perto. O trabalho será continuado. Tudo isto foi possível pela estabilidade de médico na UBS, pela organização do trabalho na equipe com a intervenção, as agentes comunitárias tiveram um trabalho muito importante pelo esforço para o cadastramento dos idosos. Penso que foi um sucesso por a quantidade de usuários novos incorporados as consultas e ao acompanhamento na UBS, agora temos mais possibilidades de atendimento e os usuários ficam mais preocupados por aprender de sua saúde e como evitar algumas doenças na própria comunidade.

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

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

Quanto ao objetivo de Qualidade de Atenção, a proporção de idosos com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia evolui de forma praticamente estável nos quatro primeiros meses. Como se apresenta na Figura 2, no mês um o indicador número de idosos com a Avaliação em dia sobre o número de idosos cadastrados no programa ficou em 0,0% (0), no mês dois de 0,0% (0), no mês três 0,0% (0) e no mês quatro 21,9% (11). Neste indicador, tivemos dificuldades com número de idosos com avaliação multidimensional em dia, em



que só atingimos chegar a 111 idosos no mês 4 e este indicador ficou muito baixo. Observaram-se dificuldades pela integração completa da equipe para a realização das avaliações, a instabilidade de psicólogo, odontologista e nutricionista num tempo determinado, além do mês que teve de férias, já que segundo eu tenho entendido para uma pessoa idosa ter uma avaliação multidimensional completa precisa ser avaliado não só pelo clínico geral se não por todos aqueles especialistas que ele precise, por exemplo: se tem um risco nutricional precisa ter avaliação com nutricionista e assim adiante, não foi possível rever este indicador como deveria ser feito. As demais metas da qualidade da atenção foram cumpridas e atingimos um número maior de usuários.

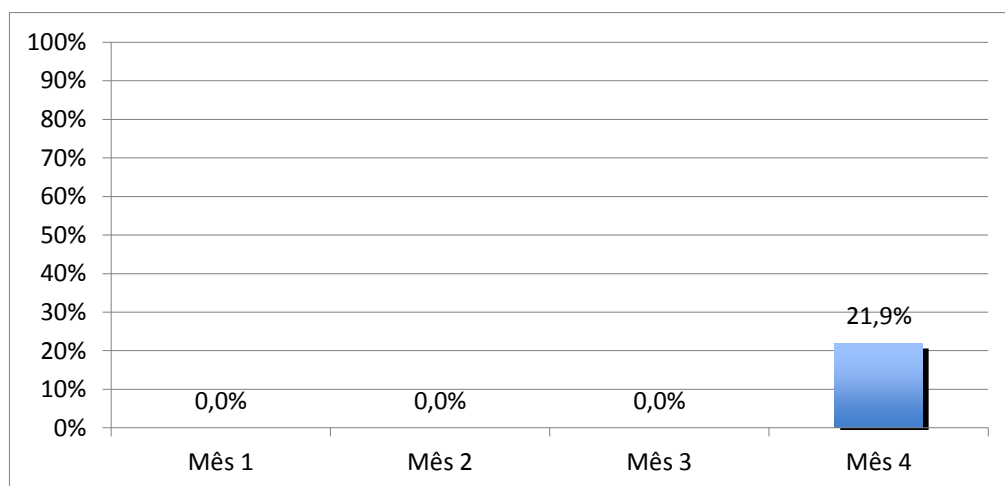


Figura 2 – Proporção de idosos com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

Neste indicador podemos perceber, conforme a Figura 3, que no primeiro mês de 144 idosos cadastrados tinham exame clínico em dia 88 (61,1%), no segundo mês de 214 idosos 135 (63,1%), no terceiro mês de 354 cadastrados 226 (63,8%) tinha exame periódico em dia para e no quarto mês de 506 cadastrados 315 (62,3%) tinham exame clínico em dia.

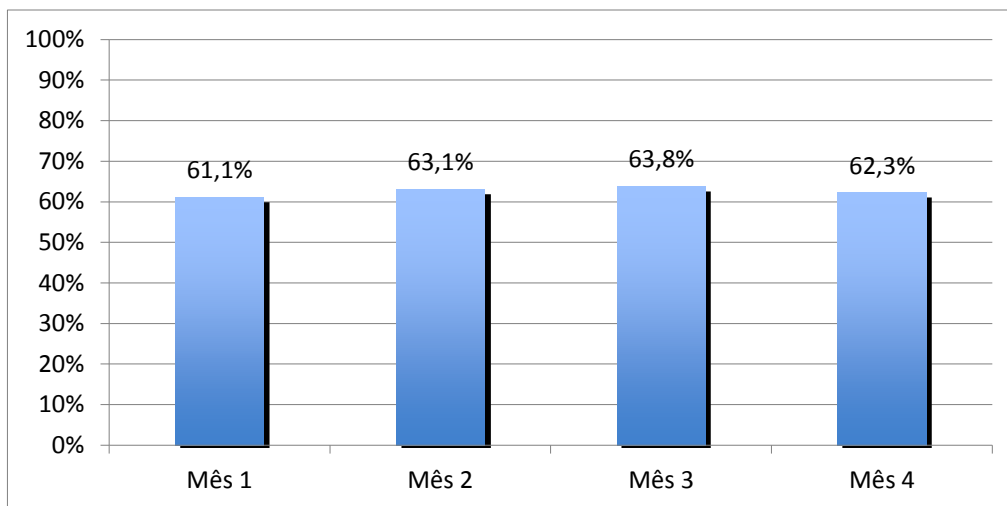


Figura 3 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Ademais, atingimos 62,3% dos idosos com exame clínico apropriado em dia. Percebo que foi um percentual bastante favorável, já que temos que ter em conta que não todos os usuários chegam até a UBS. Muitos são atendidos em consultas particulares. Embora este fato, muitos deles a partir deste trabalho de intervenção feito pela equipe conseguimos que começassem acompanhamento pela UBS. Neste aspecto tivemos muito a ajuda de pessoas colaboradoras da comunidade junto com o trabalho das ACS e o resto da equipe na UBS com o acolhimento na unidade. Os exames clínicos apropriados mostram como foi melhorando a qualidade da atenção, este indicador ficou um pouco baixo pero pensamos cumprir com ele nos próximos meses.

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

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

Em acordo com a Figura 4, no primeiro mês de 91 idosos hipertensos e/ou diabéticos 87 (95,6%) tinham exames complementares em dia, no segundo mês de 122 idosos 92 (75,4%) tinham exames complementares em dia para, no terceiro mês de 215 idosos 174 (80,9%) tinham exames complementares em dia e no quarto mês de 254, 232 (91,3%) tinham exames em dia.

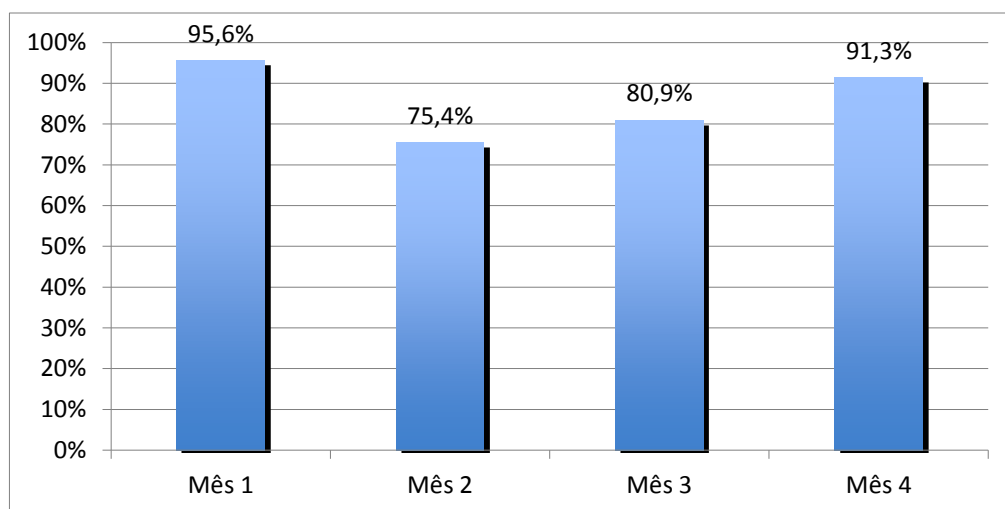


Figura 4 – Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Neste indicador atingimos um percentual muito bom de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia chegando 91,3% ao final da intervenção. Conseguimos isto com a programação de retorno à consulta dos idosos para acompanhamento e aqueles que não voltavam em tempo foram citados com a busca nas casas das agentes de saúde. Este indicador tem muita importância na prevenção de saúde dos idosos em doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, circulatórias e do aparelho osteomioarticular, permite um melhor controle das doenças e maior qualidade de vida dos usuários.

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

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

No indicador relacionado com a quantidade de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, em conformidade com a Figura 5, dos 144 cadastrados no primeiro mês só 73 (50,7%) usam medicamentos da farmácia, no segundo mês de 214 idosos só 99 (46,3%), no terceiro mês de 354 idosos 192 (54,2%) e no quarto mês de 506 idosos só 232 (45,8) usam medicamentos da farmácia popular.

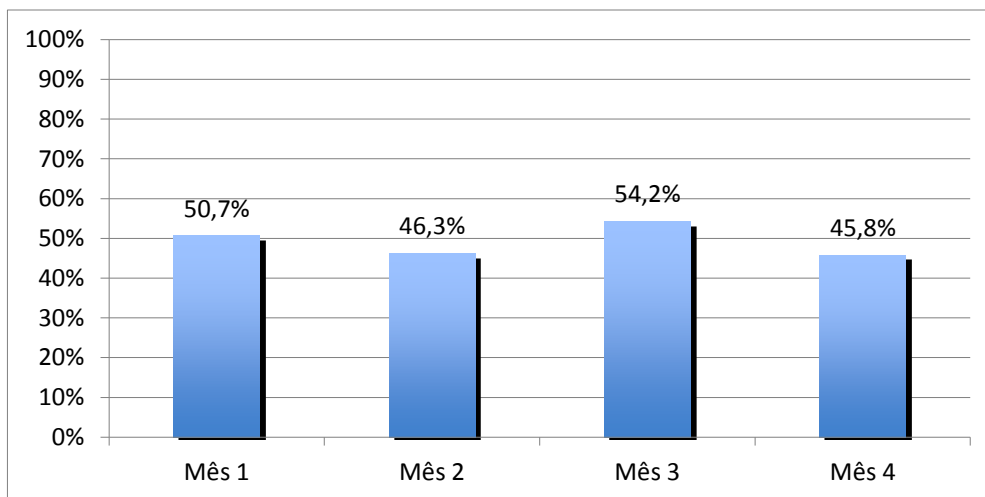


Figura 5 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Neste indicador podemos perceber que tem uma quantidade importante de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, mas destes a maioria são usuários com patologias crônicas. Por isso, do total de idosos cadastrados, só 45,8 % usam medicamentos da farmácia popular porque são aqueles que usam medicamentos contínuos. Este indicador mostra que o serviço dos medicamentos nos primeiros meses do ano teve dificuldade e muitos usuários tiveram que comprar medicamentos, outros foram para farmácias populares não vinculadas com a farmácia do SUS. Isto atrapalha o tratamento de alguns usuários que não tem possibilidade de adquirir medicamentos comprados. Neste momento esta estável o subministro dos medicamentos á farmácia popular.

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

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No indicador relacionado com número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, obtivemos bons resultados atingindo um 100% todos os meses, sendo no primeiro mês cadastrados 4 idosos, no segundo mês 7, no terceiro mês 15, ficando com um total de 15 (100%). Assim, atingimos cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção como tínhamos planejado.

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

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

No indicador continuamos atuando nos idosos acamados ou com problemas de locomoção, obtendo bons resultados igual ao indicador anterior, no primeiro mês dos 4 (100%) idosos cadastrados todos receberam visitas domiciliar, assim nos restantes dos meses sendo no segundo 7, no terceiro 15, no quarto mês 15, atingindo em todos 100%. Este indicador, com importância para o usuário e a equipe, foi desenvolvido com qualidade e precisão porque os indivíduos que não podem assistir as consultas por dificuldades de locomoção tem o serviço em casa com as pessoas que cuidam dele e a elas demos as orientações precisas para seu controle e melhora de sua qualidade de vida.

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

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

No indicador ilustrado na Figura 6, dos 144 idosos cadastrados no primeiro mês 93 (64,6%) tiveram verificação da pressão arterial na ultima consulta, no segundo mês dos 214 cadastrados 139 (65%), no terceiro mês dos 354 idosos 232 (65,5%) tiveram verificação da pressão, sendo de 506 cadastrados 310 (61,3%).

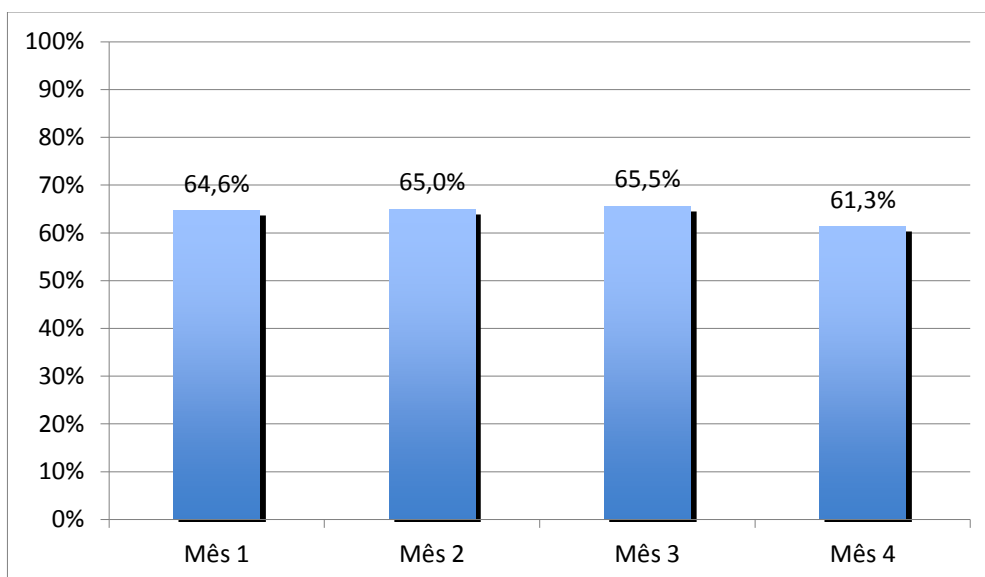


Figura 6 – Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Tendo em conta que este indicador é imprescindível para uma atenção de qualidade percebemos que ficamos muito abaixo do planejado, já que nossa meta era rastrear o 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica. Este baixo indicador para pesquisa de hipertensão arterial não teve uma melhoria porque foi preenchido só para usuários com acompanhamento em dia e muitos não tinham isso como pede o protocolo.

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

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

No indicador de proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, conforme a Figura 7, no primeiro mês de 90 usuários hipertensos só 87 (96,7%) foi rastreada, no segundo mês de 121 usuários 104 (86%) foram rastreados, no terceiro mês de 214 usuários 194 (90,7%) e no quarto mês do total de 253 usuários, 252 (99,6%) foram rastreados.

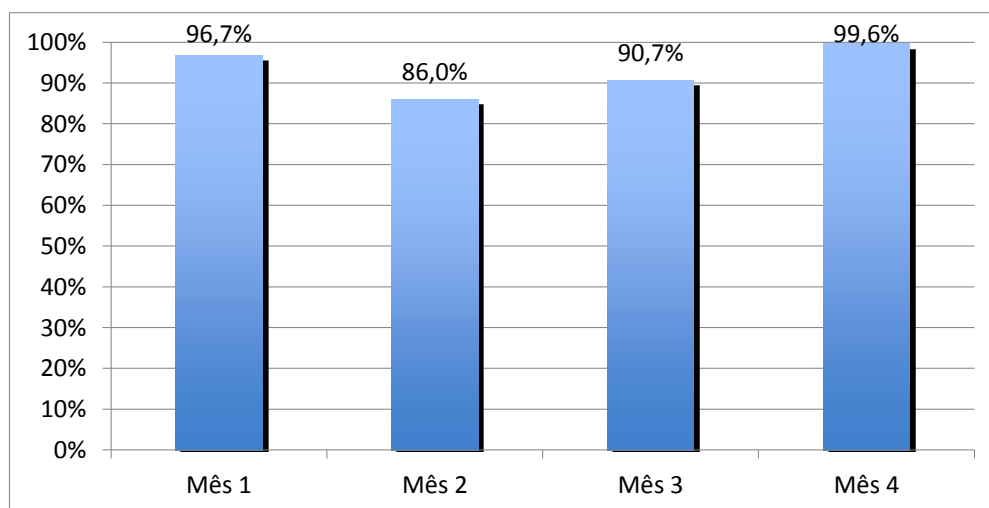


Figura 7 – Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Tivemos percentual bom no rastreamento de hipertensos para diabetes. Nesta trajetória, tudo isto foi pelo acompanhamento em dia de exame clínico da maioria dos idosos hipertensos devido ao trabalho feito pela equipe e as ações na UBS no grupo de hipertensão e diabetes, em que foram orientados os

usuários sobre a importância dos exames complementares. No último mês do projeto tivemos que procurar os usuários dos meses anteriores que não tinham exames de rastreamento e indicar para melhorar o indicador e a qualidade da atenção, é muito importante para trabalhar na prevenção da diabetes mellitus, doença que temos em muitos usuários da área de abrangência.

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

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

No indicador relacionado com idosos avaliados para necessidade de atendimento odontológico a partir dos cadastrados por mês, conforme a Figura 8 obteve-se no primeiro mês um total de 69 (47,9%) usuários avaliados, no segundo mês 96 (44,9%) usuários avaliados, no terceiro mês 169 (47,7%) usuários, no quarto mês 198 (39,1%).

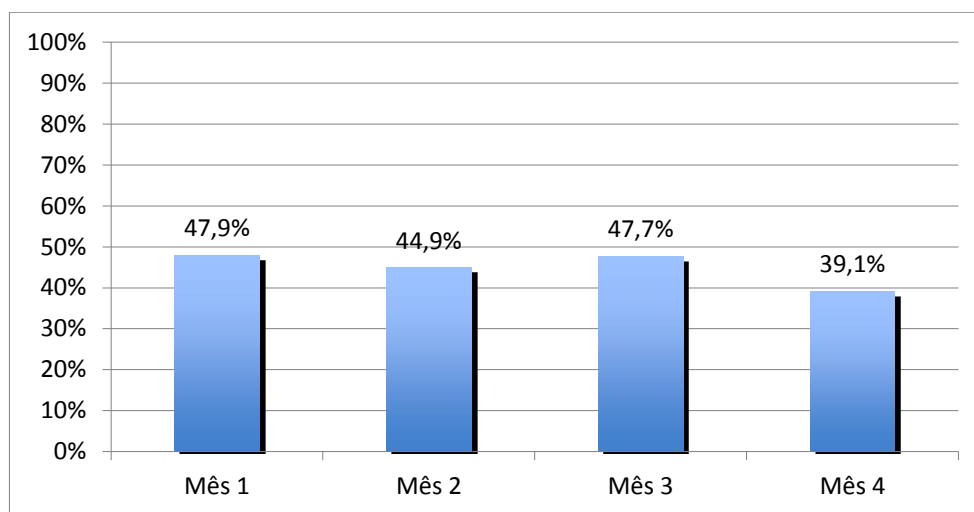


Figura 8 – Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Neste indicador ficamos com percentual baixo pela pouca frequência do odontólogo na UBS, só duas vezes por semana, onde tem que dar assistência a todos os usuários e o fluxo foi considerado muito grande. Indicador importante para a saúde bucal desde grupo de usuários que tem mais vulnerabilidades que outros e o câncer de boca são frequentes nesta idade.

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

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

No indicador relacionado com os idosos que tiveram primeiras consulta odontológica programática, em acordo com a Figura 9, tendo como resultados no primeiro mês a partir dos 144 idosos cadastrados, só 51(35,4%) tiveram consulta, no segundo mês dos 214 cadastrados, 78 (36,4%), no terceiro mês de 354, 140 (39,5%) usuários e no quarto mês dos 506 usuários cadastrados 169 (33,4%) tiveram consulta.

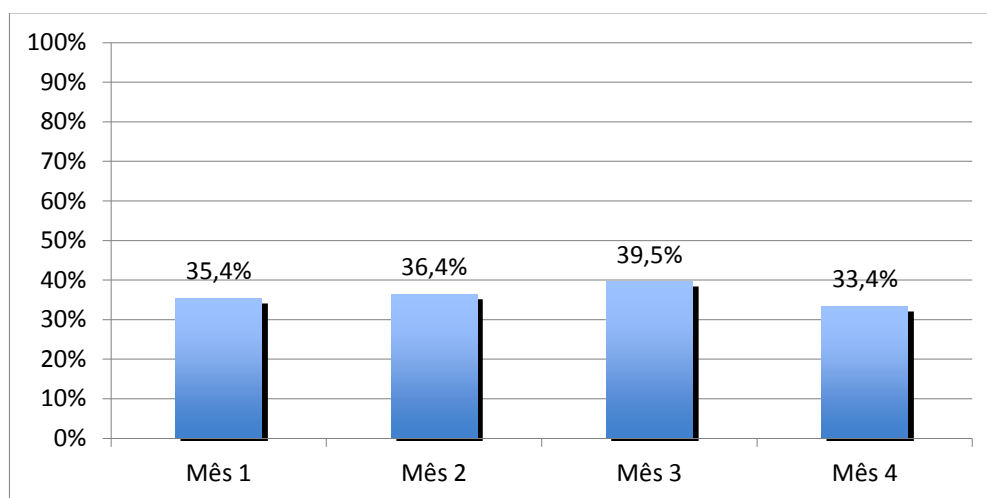


Figura 9 – Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Aqui percebemos sérias dificuldades, pois muitos usuários foram acompanhados na UBS, mas não todos conseguiram ser atendido por falta de material devido a não existência de equipamento de esterilização. Tentamos programar as primeiras consultas com odontologista pero não foi possível por pouco tempo de trabalho do dentista no posto e dificuldade com os materiais para trabalhar como já explicamos.

Quanto ao objetivo Adesão, com o objetivo 3 de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, tendo como meta 3.1 buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, houve o indicador número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre número de idosos faltosos às consultas programadas. No indicador relacionado com os idosos faltosos a consultas se tiveram busca ativa, conforme a Figura 10, temos como resultado os seguintes dados: no primeiro mês 41 idosos faltosos 40 (97,6%) receberam busca ativa, no segundo mês de



59 idosos 43 (72,9%) receberam busca ativa, no terceiro mês de 106 idosos 83 (78,3%) receberam busca ativa, no quarto mês de 112 idosos 86 (76,8%) receberam.

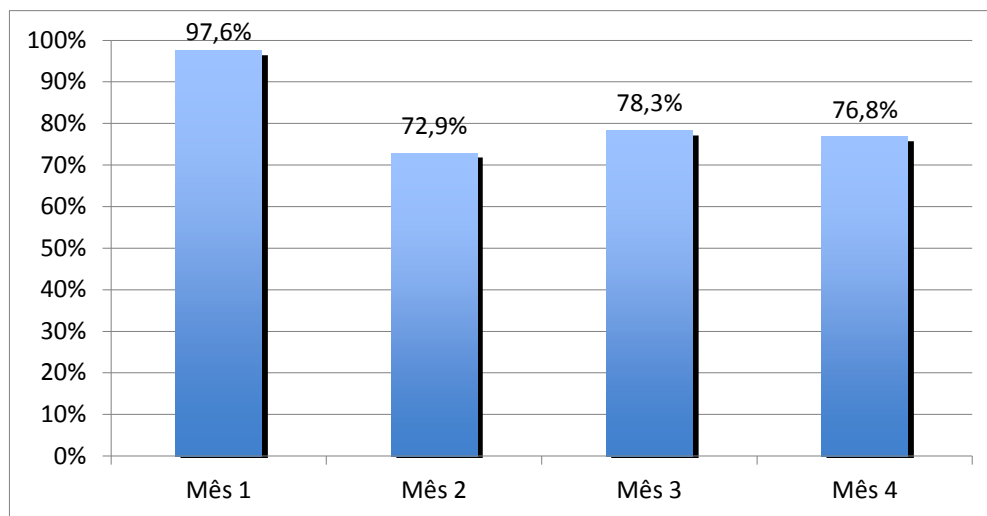


Figura 10 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Neste indicador teve bons resultados. Aqui as agentes comunitárias fizeram um bom trabalho. Aqueles que não conseguimos busca nas casas, um bom percentual, quase nunca ficavam em casa porque nesse horário sempre estavam no trabalho. Indicador importante para o controle dos usuários e acompanhamento de qualidade, penso que ainda falta muito na promoção de saúde para aumentar a cultura de prevenção em saúde, temos

Quanto ao objetivo de Registro, tendo como objetivo 4 melhorar o registro das informações, tendo a meta 4.1 de manter registro específico de 100% das pessoas idosas, houve o indicador conhecido como número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Os resultados não foram muitos bons. De acordo com a Figura 11, no primeiro mês só 2 usuários tiveram o registro da ficha espelho em dia, representando 1,4%, no segundo mês também 2 (0,9%). No terceiro mês teve uma mudança significativa, pois 82 (23,2%) idosos tiveram registradas as fichas-espelho em dia. E, por último, no quarto mês 161 (31,8%).

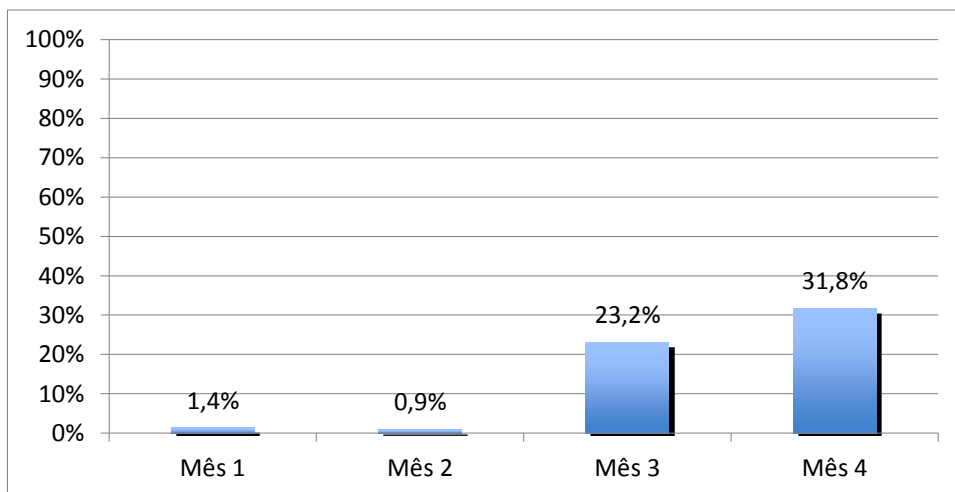


Figura 11 – Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Neste indicador não foi possível ter bons resultados, mas no cotidiano do Serviço continuamos o preenchimento adequado das fichas-espelho para completar o 100%. Os dois primeiros meses tiveram dificuldade com as fichas espelhos para seu preenchimento por dificuldades no município e a impressora do posto de saúde sem funcionar.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Conforme a Figura 12, no indicador proporção dos idosos com cadernetas de saúde da pessoa idosa, conseguimos como resultados no primeiro mês 59 (41%) idosos com caderneta de saúde, no segundo mês 103 (48,1%), no terceiro mês 224 (63,3%), no quarto mês 308 (60,9%) idosos com caderneta de saúde. Aqui, ficamos com dificuldades pela falta de material (cadernetas) por parte da administração do município. E fica pendente para que todos tenham a sua, com isto melhora o registro de seus problemas de saúde.

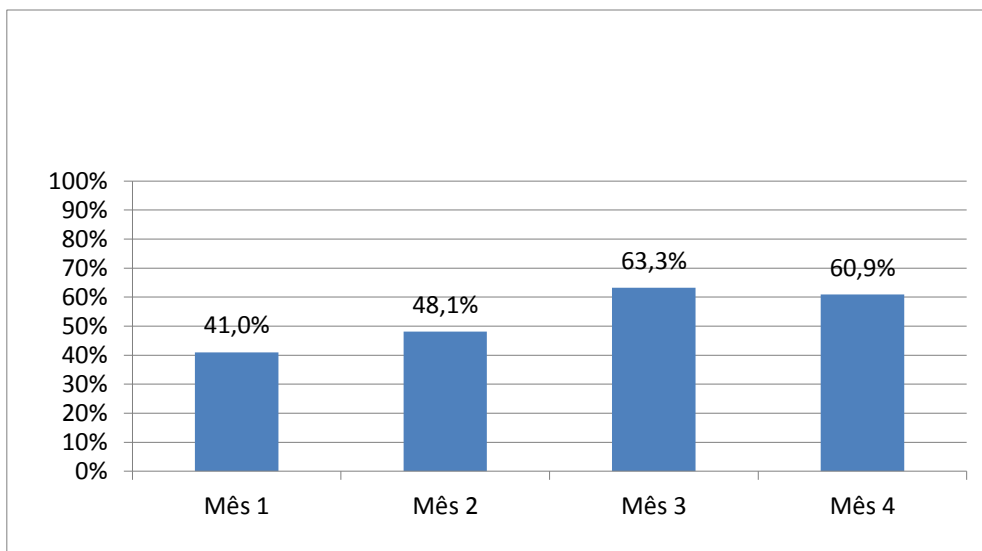


Figura 12 – Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Referente ao objetivo 5 Avaliação de Risco, em mapear os idosos de risco da área de abrangência, tendo como meta 5.1 rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, tivemos o denominado Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Conforme a Figura 13, a proporção dos idosos com avaliação de riscos para morbimortalidade obteve-se no primeiro mês foram avaliados 38 (26,6%), no segundo mês 68 (31,8%), no terceiro mês 187 (52,8%) e no quarto mês 268 (53%). Este indicador ficou abaixo devido à insuficiência das avaliações multidimensionais pela falta de permanência da equipe completa.

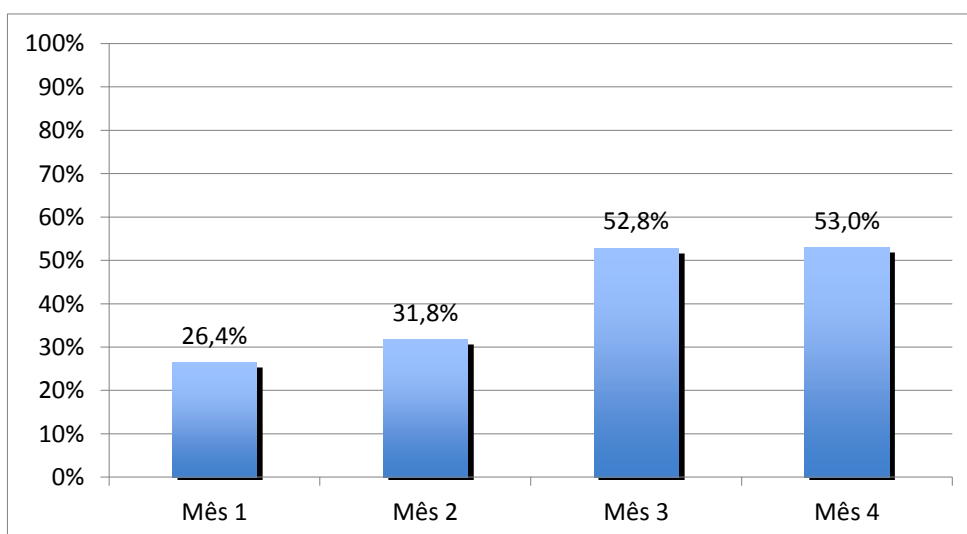
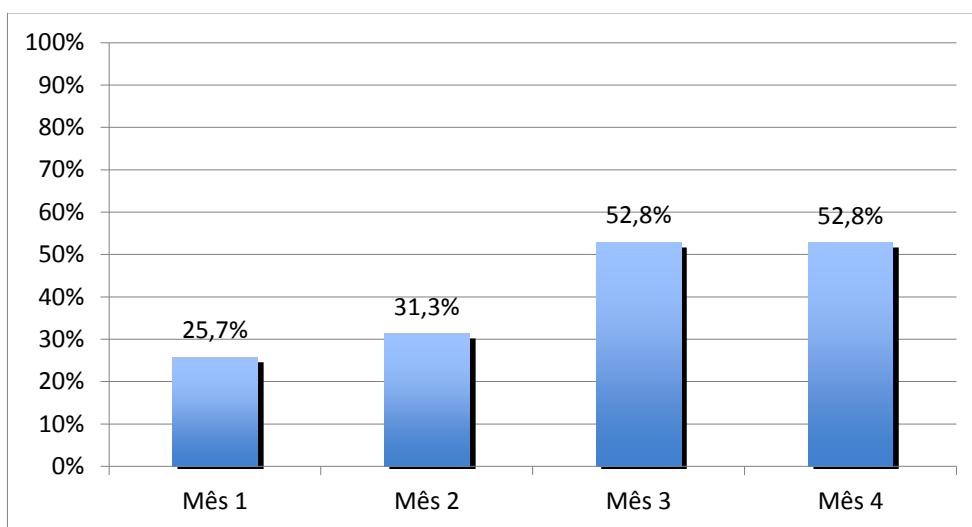


Figura 13 – Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

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

Em consonância com a Figura 14, no indicador proporção de idosos com avaliação de risco para fragilização na velhice em dia, obteve-se como resultados no primeiro mês 37 (25,7%) idosos avaliados, no segundo mês 67 (31,3%) idosos, no terceiro mês 187 (52,8%) e no quarto mês 267 (52,8%) idosos. Neste acontece o mesmo que no anterior, não foram avaliados todos pela mesma dificuldade.



. Figura 14 – Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Junto ao objetivo 5 Avaliação de Risco, tendo como objetivo mapear os idosos de risco da área de abrangência, na meta 5.3 de avaliar a rede social de 100% dos idosos, tivemos o indicador número de idosos com avaliação de rede social entre número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Tivemos um percentual baixo, mas no dia a dia do Serviço isto será revertido. No indicador proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, percebendo, conforme a Figura 15, no primeiro mês o resultado de 11 (7,6%) idosos com avaliação, no segundo mês 12 (5,6%), no terceiro mês 85 (24%) e, no quarto mês, 161 (31,8%) idosos com avaliação. Este indicador de importância para trabalhar nos riscos dos usuários e diminuir a mortalidade dos mesmos ainda fica em ações que temos que continuar na rotina diária do posto.

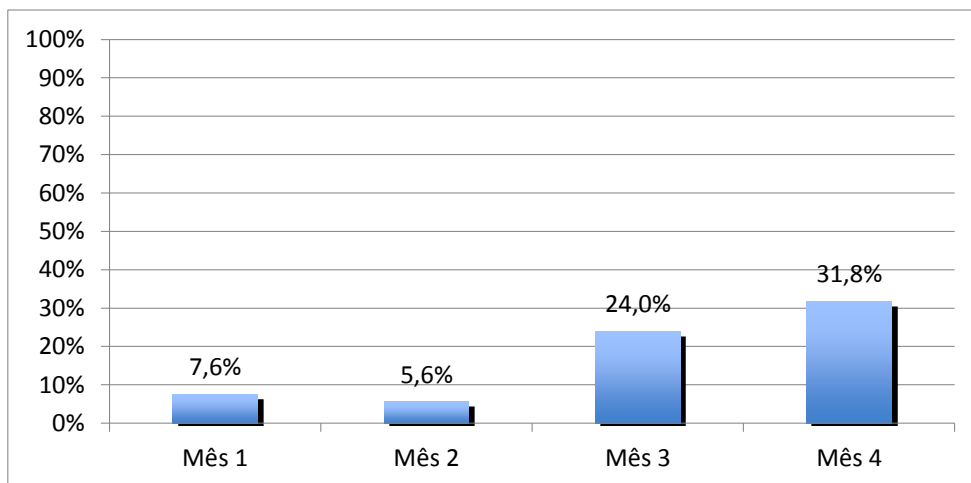


Figura 15 – Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Referente ao objetivo 6 de Promoção de Saúde em promover a saúde dos idosos, tendo a meta 6.1 de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, tivemos o indicador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis entre número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Em acordo com a Figura 16, neste indicador conseguimos os resultados no primeiro mês 114 (79,2%) idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, no segundo mês 161 (75,2%), no terceiro mês 281 (79,4%) e no quarto mês 346 (68,4%) receberam orientação. Aqui tivemos resultados a caminho de boas conquistas, sendo que a maioria dos idosos foram orientados nas mesmas consultas e nos trabalhos de grupo para idosos.

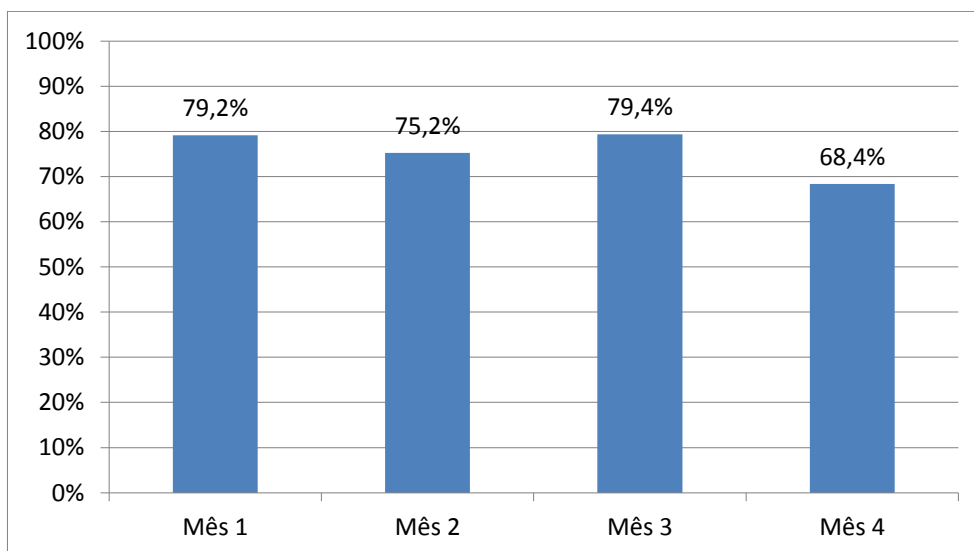


Figura 16 – Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

No objetivo 6 promover a saúde dos idosos, tendo com meta 6.2 garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos, tivemos o indicador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física entre número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Com este indicador relacionado com a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física, conforme a Figura 17, obtemos resultados favoráveis, no primeiro mês receberam orientação 11 idosos (77,1%), no segundo mês 150 (70,1%), no terceiro mês 270 (76,3%) e no quarto mês 326 (64,4%). Aqui fica muito parecido no anterior, em que tivemos muitos usuários com orientação de atividade física com ajuda de toda a equipe, as agentes comunitárias nas visitas e nos trabalhos de grupos foram orientadas adequadamente os portadores destas enfermidades.

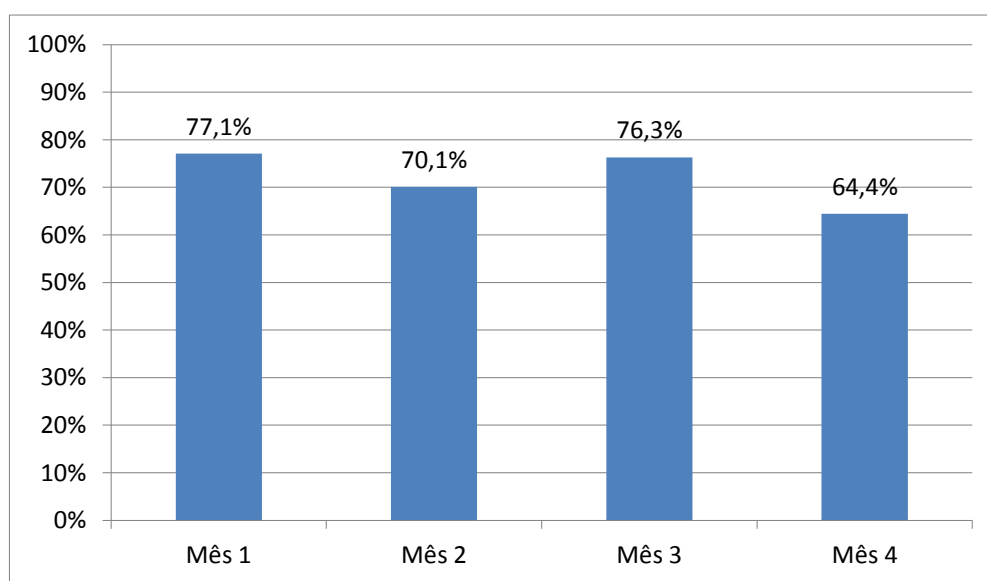


Figura 17 – Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Dentro do mesmo objetivo 6, com a meta 6.3 de garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados, trabalhamos com o indicador número de idosos com orientação sobre higiene bucal entre número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde. No indicador relacionado com a proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal

em dia, conforme a Figura 18, obtemos como resultado no primeiro mês 50 (98%), no segundo mês 78 (100%) idosos receberam orientação, no terceiro mês 131 (93,6%) e no quarto mês 151 (89,3%).

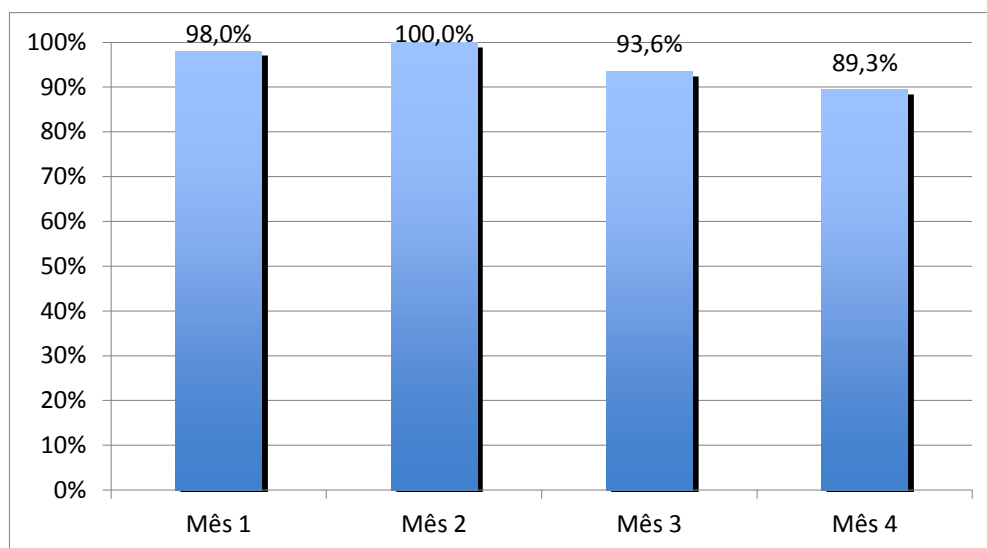


Figura 18 – Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

Neste indicador tivemos resultados satisfatórios porque embora houve dificuldades com odontologista, assim como com os materiais para este serviço, nas palestras feitas nas salas de espera os trabalhos de grupo em que a equipe toda teve trabalhando, foram orientados muitos usuários. Também, em muitas vezes, estes usuários tinham consultas programadas. Embora não fossem realizados procedimentos, a orientação sempre foi feita.

## 4.2 Discussão

Com a intervenção em na Unidade de Saúde alcançamos os seguintes resultados, tendo o apoio da Equipe, da comunidade, dos usuários e da Gestão, o que proporcionou alcançarmos os resultados apresentados, tendo muitas reflexões a fazermos no sentido de ampliarmos o foco para outras ações programáticas.

A intervenção para a Equipe permitiu uma melhor capacitação da equipe em geral. Assim, percebe-se que estão mais preparados para o acolhimento e acompanhamento dos idosos. Ademais, permitiu uma boa

integração da Equipe toda para oferecer uma atenção de qualidade à população e, de forma geral, com a finalização da intervenção ficaram atribuições para cada um dos membros da equipe, isto é, a enfermeira continuará com avaliação das demandas espontâneas dos idosos, as agentes comunitárias de saúde completarão cadastramento de 100% dos idosos da área de abrangência, a recepcionista e a técnica de enfermagem continuará com o acolhimento dos idosos, o odontologista trabalhará diretamente com a saúde dos idosos e na avaliação multidimensional e, por último, eu ficarei com a responsabilidade de continuar a realização da avaliação multidimensional dos idosos em conjunto com os demais membros da Equipe. Com esta intervenção tivemos impacto em outras atividades no serviço, como por exemplo: aumento do número de acompanhantes dos usuários pelas palestras oferecidas na sala de espera, aumento do número de usuários nos grupos de hipertensos e diabéticos, onde a maioria está na faixa etária de maiores de 60 anos.

Antes da intervenção as atividades de acompanhamento dos idosos estavam focalizadas só pela médica, assim como as demandas espontâneas. Agora, cada membro da Equipe tem atribuições e isto viabiliza a agenda de atendimento no serviço para consultas. Com os registros feitos há uma melhor organização do trabalho e melhor acesso pela equipe toda, assim conseguimos atendimento a um maior número de pessoas e com mais qualidade.

Para a comunidade esta intervenção ficou com muito impacto, já que eles ficaram muito satisfeitos pela prioridade aos idosos, embora 100% ainda não tem um bom acompanhamento pela UBS. Mas, com a continuidade no serviço dia a dia cumpriremos a meta. Eles falam que após este trabalho de intervenção nenhuma pessoa idosa fica sem atendimento, seja pela enfermeira ou pela médica.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento eu faria uma maior divulgação na comunidade, uma melhor preparação da Equipe e um planejamento melhor da cobertura em tão pouco tempo.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. Para isto contamos com a ajuda de colaboradores da comunidade para a conscientização daqueles usuários que não conseguiram ter acesso ao Serviço. Isto, porque se percebeu que a ausência de algumas informações no Serviço com os registros dificultou cumprir com a meta de alguns indicadores,



assim como a integração dos membros da Equipe para avaliação multidimensional dos usuários.

Para melhorar a atenção de saúde nos serviço precisou completar o cadastramento, discutir os resultados na comunidade e com o gestor de saúde do município para ficarem em conhecimento de todos, além de dar continuidade no serviço a todos aqueles indicadores que ficarem abaixo do previsto.

## 5. Relatório da intervenção para os Gestores

À Gestão Municipal

A nossa equipe teve meses de intenso trabalho na comunidade onde presta serviço. Ao ter uma visão dos problemas mais graves de atendimento por meio da análise situacional da UBS, decidimos fazer um projeto de intervenção em Atenção Básica sobre a Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa. Isto porque acreditamos que tínhamos uma equipe com capacidade suficiente para encarar as dificuldades. Aproveitamos a experiência em trabalho de medicina da família para empreender e comprometer a comunidade com sua própria saúde.

Encontramos dificuldades, como poucos usuários cadastrados, pouca cultura da medicina preventiva na equipe e na comunidade, certa resistência da equipe para mudar a sua rotina diária, entre outras. Desde o primeiro momento pedimos apoio à Secretaria de Saúde com a logística das atividades propostas e compreensão.

Hoje podemos apresentar maravilhosos e surpreendentes resultados do trabalho na comunidade desenvolvido pela intervenção. Entre eles Tivemos 87,5% de idosos cadastrados na UBS que antes era muito menos, a maioria destes com exames em dia e avaliação multidimensional, avaliação clínica, visitas ao domicilio de todos os acamados e ou com problemas de locomoção. Quase o total de hipertensos e diabéticos avaliados e controlados, uma melhor cultura alimentaria, de realizar atividades físicas e uma maior percepção de risco em doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, os registros dos pacientes foram melhorados e ficaram com maior qualidade, a equipe ficou mais preparada neste programa e com bondade de adotar outros programas do MS, mais comprometida com o trabalho comunitário, percebeu-se um

engajamento quase total da população idosa da comunidade, sendo que aumentamos a cultura de prevenção e envolvemos a comunidade na promoção da saúde. Hoje temos uma população idosa mais atendida, mais culta em saúde e com espírito de ajuda dentro da própria comunidade, Também, tivemos colaboradores que ajudaram na organização dos eventos de saúde e para a equipe é hoje um sucesso. Incorporamos as ações na rotina diária de trabalho. Melhorou o acolhimento aos idosos, aumentou as consultas dentro do mesmo horário de trabalho e acreditamos que uma vez concluído o trabalho, continuaremos com o mesmo ideário no dia a dia, até que todos os idosos sejam atendidos como preconiza o Ministério da Saúde e como merecem.

Só pedimos à Secretaria de Saúde e à administração municipal, neste momento de relato das atividades, que continuem com seus apoios às atividades de saúde como fizeram desde o início e ofereçam uma resposta rápida das solicitações feitas pelos usuários durante o trabalho, tais como: mais consultas especializadas no município para os idosos, como podemos citar: cardiologista, urologista, oftalmologista, endocrinologista e outras que precisam e é difícil para eles deslocar-se tão longe. Assim como terminar reforma na Unidade de Saúde para uma melhor atenção e adaptação para aqueles com deficiências físicas. Também temos que ter mais participação na parte de atendimento na comunidade (dentro dela) para uma boa promoção e prevenção da saúde, onde vamos evitar muitas doenças e trabalhar mais com os fatores de risco das doenças deste grupo tão vulnerável e necessitado de atendimento.

## 6. Relatório da intervenção para a comunidade

### À Comunidade

Em maio de 2014 iniciei meu trabalho como médica nesta UBS com um total de usuários de 4567, deles 2413 mulheres e 2454 homens, com um total de pessoas idosas na área de abrangência de 578, os quais percebe que não tinham um acompanhamento adequado, assim como baixo cadastramento da população em geral, por isso nossa equipe de trabalho desta UBS decidiu realizar um trabalho de intervenção com o título destinado á Melhoria da Atenção á Saúde da Pessoa Idosa, em que o objetivo foi melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas com um melhor acompanhamento pela UBS.

Ao inicio do trabalho tivemos algumas dificuldades, como, por exemplo: falta dos registros da cobertura dos idosos, inexperiência da equipe para a realização do projeto, entre outras. Mais o mais importante foi a disposição de toda a equipe para juntos oferecer uma melhor atenção da população alvo.

No início da intervenção não tinha muita participação dos idosos nas atividades programadas na UBS pela falta de médico fixo. Isto não chegava a 50% do cadastramento dos idosos e com este projeto chegamos a 87,5%. A meta era 100%, mas não foi possível. Desta forma, continuaremos o trabalho no dia a dia, assim como outros aspectos a melhorar, como exemplo: tivemos um aumento significativo do acompanhamento clínico em dias, assim como a realização dos exames complementares periódicos e o rastreamento de diabetes mellitus para idosos hipertensos. Destaca-se que todos estes itens ficavam embaixo de 50% e com o trabalho realizado conseguimos atingir em media de 80%. Temos algumas dificuldades ainda, mas com o trabalho no cotidiano do Serviço, daremos continuidade no decorrer desta intervenção que

segue, sabendo que a população alvo ficou muito entusiasmada e houve aumento da participação deles nas atividades programadas, assim como às demais ações planejadas. Com isto podemos olhar que a intervenção teve um impacto muito importante para a comunidade e foi cumprido o objetivo proposto neste período.

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

Ao início da intervenção tive algumas dificuldades e dúvidas. Por exemplo, como desenvolver as atividades em equipe com pouca experiência do trabalho na comunidade, uma população com pouca cultura de realização de exames clínicos periódicos, assim como realização de exames complementares e nenhuma percepção de risco? Por outra parte percebe a demanda muito grande de atendimento com pouco tempo para o trabalho preventivo na comunidade. Foram elementos decisivos para a qualificação junto à formação da especialização no sentido de procurar revisar elementos que pudessem contribuir com o todo o andamento do Curso e do trabalho que vinha sendo desenvolvido em Equipe no Serviço.

Eu, como profissional, percebi que meu trabalho foi muito intenso por afrontar as dificuldades na comunidade. Minha expectativa fundamental foi o trabalho que eu tinha que fazer na comunidade junto à equipe de trabalho. Embora a pouca experiência dos membros da equipe neste tipo de projeto, a primeira tarefa foi preparar a equipe para começar o trabalho de prevenção e promoção de saúde pela maior dificuldade dos moradores de minha área de abrangência como tinha falado anteriormente.

O curso para minha prática profissional foi muito significativo já que primeiramente: hoje a equipe tem uma maior preparação com o trabalho na comunidade, o serviço na UBS está mais organizado, assim como os registros e documentação necessária, a população alvo percebeu a importância do adequado atendimento e tem uma maior cultura de percepção do risco, pelo que aumento mais as consultas da população idosa com um atendimento de qualidade e eficiência.

Os aprendizados mais relevantes decorrente do curso foram: aprendi que com uma boa capacitação da equipe toda e o desempenho diário do trabalho com amor para a comunidade é possível desenvolver todos os projetos preconizados pelo Ministério de Saúde. Também, com o trabalho organizado temos maiores resultados e eficácia para com os usuários porque, desta forma, mantemos controle das doenças crônicas e diminuimos os casos de incidência destas. Percebe-se que a estabilidade da equipe no Serviço ajuda a manter o trabalho e damos mais credibilidade à população. A docência e assistência podem caminhar ao mesmo tempo e aprendi que as pessoas com baixo nível cultural tem a mesma sensibilidade pela saúde e que com poucos recursos podemos trabalhar muito, sobretudo na prevenção e promoção de saúde. Neste processo, observou-se ser potencial as atividades envolvendo a comunidade e seus colaboradores juntos aos agentes comunitários, em que podem ser resolvidos muitos problemas de saúde dentro da mesma população e que quando se trabalha com um objetivo, é possível conseguir as metas propostas.

## Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico em 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> em Junho 2012. Acesso em Julho 2012.



## **Apêndices**

## Apêndice “A” – Registros de imagens da intervenção






## **Anexos**





## Anexo "C" – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---



## **Anexo “D” - Termo de responsabilidade livre e esclarecido para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_