

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Marina, Cachoeira do Sul/RS**

**Aliuska Arcia Toirac**

**Pelotas, 2015**

**Aliuska Arcia Toirac**

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Marina, Cachoeira do Sul/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

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

T646m Toirac, Aliuska Arcia

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Marina, Cachoeira do Sul/RS / Aliuska Arcia Toirac; Andressa de Andrade, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Andrade, Andressa de, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, sem o qual nada teria sido possível, a minha linda princesa que é a minha maior inspiração, a minha família, pacientes e colegas que, de uma ou de outra forma auxiliaram na intervenção e a meu pai, que tem me dado força para continuar.

## **Agradecimentos**

A minha orientadora Andressa de Andrade, pelo respeito e compreensão.

A Universidade Federal de Pelotas, por todo o apoio desde o início do curso.

A equipe de saúde da Marina, pela confiança, apoio e convivência em nós depositada.

A todos vocês que contribuíram com o trabalho, muito obrigados de coração.

A meu esposo pela compreensão e apoio

Deus os abençoe sempre.

## Resumo

TOIRAC, Aliuska Arcia. **Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Marina, Cachoeira do Sul/RS**. 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde da Marina, do município de Cachoeira do Sul/RS. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas e contou com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde. Como instrumentos utilizamos o Manual de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela Universidade Federal de Pelotas. Foram projetadas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso, sendo eles, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Como resultados evidenciamos que no período de intervenção foram cadastrados 503 dos 607 usuários com 60 anos ou mais, alcançando uma cobertura de 82,8%. Entre os indicadores de qualidade destacam-se: realização da Avaliação Multidimensional Rápida para 100% dos idosos (503) e exame clínico apropriado para 85,2% (429). Foi avaliada também a necessidade de atendimento odontológico em 86,5% dos idosos (483) e a quantidade de idosos com registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi de 88,7% (446). Além disso, 100% dos idosos receberam avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice da rede social. Receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidados com a saúde bucal 100% (503 idosos). Promoveu-se a padronização dos registros, com dados anotados na Ficha Espelho e na Planilha de Coleta de Dados. A maioria dos objetivos alcançou êxito, sendo que, o serviço de acolhimento e busca ativa levou ao acompanhamento de muitos usuários afastados da unidade, sendo possível a realização de diagnóstico precoce e prevenção. Nosso fundamental objetivo neste trabalho foi promover a saúde dos idosos, identificando principais fatores de riscos modificáveis e garantindo orientação em saúde, melhorando estilos de vida e visando obter a diminuição do risco cardiovascular.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	50
Figura 2	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	51
Figura 3	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	52
Figura 4	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	52
Figura 5	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	53
Figura 6	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	54
Figura 7	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	55
Figura 8	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.	56
Figura 9	Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa	57
Figura 10	Proporção de idosos que receberam orientações sobre higiene bucal.	59

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
CP -	Cito patológico
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial
HGT -	Hemoglicico teste
HIPERDIA-	Hipertensão/Diabetes
MS-	Ministério da Saúde
PNH -	Política Nacional de Humanização
RS -	Rio Grande do Sul
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	41
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão .....	60
5 Relatório da intervenção para gestores .....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	677
Referências .....	68
Anexos .....	69

## **Apresentação**

O presente trabalho foi elaborado ao longo de 12 meses por ocasião da realização do curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Este teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde dos idosos por meio da implantação de estratégias direcionadas para qualificar a assistência na Unidade Básica de Saúde Marina do município de Cachoeira do Sul/RS.

O volume é composto por sete capítulos que apresentam de forma seqüencial as ações realizadas e os resultados obtidos durante o processo de intervenção, distribuídos em Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Análise da Intervenção (descrição e discussão dos resultados), Relatório para os gestores, Relatório para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo individual de aprendizagem. Ao final, ainda constam as referências utilizadas ao longo do estudo e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento do mesmo.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de saúde Marina se encontra localizada no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, no município de Cachoeira do Sul, situada no Bairro marina ao norte da cidade. Ela não contém uma estrutura típica de UBS. Na UBS atendemos pacientes de diferentes áreas geralmente da área rural. Possuímos uma população de 6066 usuários atualmente.

Sua estrutura foi adaptada a UBS, ficando com a seguinte distribuição: uma recepção, sala de espera, dois banheiros (um para pacientes e um para funcionários), três salas para consultórios médicos dois para consultas clínico geral e um para ginecologista/obstetra e coleta de material para preventivo, uma para consulta odontológica, uma sala para vacinas, uma de nebulização, uma para curativos, uma para enfermagem, uma sala para pré-consultas, uma para expurgo do material contaminado, uma sala para atendimento em fonoaudióloga, uma para recepção dos pacientes, e uma para cozinha. Com relação aos recursos humanos: temos quatro médicos clínico geral, um médica ginecologista/obstetra, uma fonoaudióloga, duas enfermeiras, três técnicos em enfermagem, dois odontólogos, uma psicóloga, quatro funcionários administrativos e uma higienizadora; ademais se conta com 10 agentes comunitários que estão diretamente em contato com a população.

A equipe trabalha com muita organização, disciplina. O atendimento se faz para todas as pessoas que procuram atendimento na unidade, sem limitação geográfica, contando com os serviços de enfermagem (vacinação, recepção do paciente, curativos, coleta para exames citológicos de colo de útero, puericultura, visita domiciliar), medicina geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e odontologia. Não há uma relação direta entre o médico e o agente comunitário de saúde. Este

tipo de atendimento dificulta muito o trabalho preventivo com o paciente; existem muitos pacientes de áreas diferentes que são atendidos por vários médicos ao mesmo tempo e tem prontuários em diferentes UBS.

O modelo de atenção da UBS é tradicional, muito diferente ao da estratégia de saúde da família, deixando de fazer o atendimento integral do paciente e de olhar para ele como ser biopsicossocial. O paciente procura na unidade o atendimento determinado, marcando por telefone ou de maneira presencial; a unidade não conta com prontuários de família, apenas individual. Geralmente para as consultas que se oferecem na UBS tem vagas diárias, para as outras especialidades varia muito, os pacientes tem que viajar para outros municípios sendo encaminhados por nos, já que o município não possui muitas especialidades e precisa encaminhar para outras cidades, atrapalhando o pronto atendimento do paciente.

A atenção diferenciada aos pacientes idosos e aos pacientes acamados é o primordial para alcançar qualquer mudança na assistência medica. Uma boa estratégia para alcançar tudo isto é mediante as visitas domiciliares programadas e sistemáticas. A equipe tem que mudar o modo de vida da população trabalhando muito e fazendo o melhor trabalho possível, oferecendo o melhor de nós.

A preparação dos profissionais de saúde deve ser constante, utilizando uma linguagem que a população entenda e não fique com dúvidas. Para o resto da comunidade o principal objetivo é educar a toda a população em tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Na atenção individual devemos ser muito atentos, temos que escutar ao paciente e aos familiares para assim coletar os dados que precisamos para um diagnostico certo e assim um bom tratamento. Para isso, deve haver um bom vinculo entre agente comunitário e toda equipe de saúde. A equipe de saúde tem que trabalhar junto da população para poder conhecer todos os problemas e assim modificar estilos de vida e com isso a saúde.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Cachoeira Do sul é um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo o quinto mais antigo do estado, emancipado em 1820. É considerado uma das quatro capitais farroupilhas. Localiza-se na Mesorregião do Centro Oriental Rio-Grandense e na Microrregião de Cachoeira do Sul. Fisiograficamente está na Depressão Central do Rio Grande do Sul, na área compreendida como Vale do Jacuí. Encontra-se às margens da Rodovia Transbrasileira (BR 153) e distancia-se 196 km da capital estadual. Possui uma população de 86.750 habitantes, sendo a maior cidade às margens do Rio Jacuí.

Apresenta uma densidade populacional de 22,4 habitantes/Km<sup>2</sup>, a população urbana é de 72.716 pessoas (83,82%) e a população rural de 14.034 pessoas (16,17%). O sexo feminino representa 51,41% da população (44.598 mulheres), enquanto o sexo masculino corresponde a 48,59% da população (42.152 homens).

Em relação à estrutura de saúde, temos 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis com ESF e 16 com modelo de atenção tradicional. Encontram-se em construção três UBS. Não temos disponibilidade de NASF, coisa que influi negativamente na prestação dos serviços de saúde. O município conta com um hospital de 126 leitos, o que não é suficiente para a densidade populacional que apresenta. O motivo de internação mais freqüente é o parto normal e patologias clínicas crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) descompensado e outras.

Em relação à atenção especializada, o município não conta com especialidades suficientes e os pacientes que precisam destes serviços precisam viajar para outros municípios; além disso, os atendimentos dos mesmos são bastante demorados, por exemplo: para ser avaliado por um cardiologista só se consegue vaga para dentro de um ano aproximadamente. Também não contamos com o serviço de ultrassonografia, nem de dermatologia, otorrinolaringologia, urologia, entre outros. Também implica negativamente nos atendimentos dos usuários a pouca disponibilidade de exames complementares, são disponibilizadas apenas quinze quotas (requerimentos de exame) por mês para a realização de preventivo de colo de útero (CP) e cinco mamografias, 30 quotas para exames laboratoriais, todos disponibilizados pela secretaria de saúde, sendo difícil de atingir

os indicadores de qualidade, por mais que os profissionais apresentem anseio de trabalhares.

Nossa UBS encontra-se localizada no bairro Marina ao Norte da cidade e não apresenta uma estrutura típica de UBS. Na unidade são atendidos pacientes da área urbana, mas a maioria reside em área rural. Sua estrutura física foi adaptada ficando com a seguinte distribuição: uma sala de recepção, uma sala de espera, dois sanitários (um para pacientes e um para funcionários), três salas para consultórios médicos (duas para consultas com clinico geral e uma para ginecologia/obstetrícia e coleta de material para preventivo), uma sala para consulta odontológica, uma sala para vacinas, uma de nebulização, uma para curativos, uma para enfermagem, uma sala para pré-consultas, uma para expurgo do material contaminado, uma sala para entendimento da fonoaudióloga e outra para cozinha.

Foi construída há 126 meses, oferecendo dois turnos de atendimento de segunda a sexta-feira; não oferece atendimento aos finais de semana e não existe uma área geográfica de abrangência definida para esta UBS para podermos ter um controle adequado da população; também não existe um mapa de área geográfica de abrangência dos serviços na UBS. É uma unidade básica de saúde tradicional. O motivo para o não cadastramento total da população é a falta de ACS. Há também falta de envolvimento dos demais profissionais da equipe.

As paredes das salas, bem como os pisos, são todos laváveis e de superfície lisa, regular, estável e antiderrapante. As portas são revestidas de material lavável, as janelas são de ferro, não existe sinalização visual dos ambientes que permitam a comunicação por meio de textos.

Conta com uma estrutura de recursos humanos composta por cinco médicos (três clínicos gerais, um pediatra e um ginecologista/obstetra), uma fonoaudióloga, duas enfermeiras, três técnicos em enfermagem, dois odontólogos, uma psicóloga, quatro funcionários administrativos e uma higienizadora. Ademais contamos com 10 agentes comunitários de saúde (ACS) que estão diretamente em contato com a população.

A equipe trabalha com organização e disciplina. O atendimento se faz para todas as pessoas que procuram atendimento na unidade, sem limitação geográfica, contando com os serviços de enfermagem (vacinação, recepção do paciente, curativos, coleta para exames citológicos de colo de útero, puericultura, visita

domiciliar), medicina geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia e odontologia, porém não há uma relação direta entre o médico e os ACS.

á demanda espontânea é de forma geral donde se oferece atendimento a população, é muito importante já que representa ferramenta mais importante para a atenção da população, donde deve ser discutida em todos os aspectos por o bienestar dos pacientes. Na UBS se brinda atendimento as demandas espontâneas, além de isso das consultas que som programadas, além de isso temos também unidades de pronto atendimento e hospitales que nos apóiam em esse sentido. As enfermagens fazem o acolhimento adequado e transmitem o as informações necessárias para orientar o pacientes de acordo as necessidades do eles, já seja consulta com clinico geral, puericulturas, odontologia, vacinação, entre outras. O equipe tem que trabalhar muito em esse sentido com a população, já que é muito difícil tratar com a comunidade e falar que o paciente entenda bem sim ser maltratado nem sentir se mal, fique contento e satisfeito porque som muitas as demandas e as vezes não todas som atendidas, nosso equipe está trabalhando para melhorar em este sentido. Por isso é muito a resolução de isto problemas, para poder ajudar a população e reduzir os danos e conseqüências.

Este tipo de atendimento dificulta muito o trabalho preventivo com o paciente, tem muitos pacientes de outras áreas que são atendidos por vários médicos ao mesmo tempo e por isso tem prontuários em diferentes UBS, o que poderá ser solucionado com os prontuários eletrônicos, uma vez que teremos acesso aos atendimentos registrados. O trabalho na UBS é muito diferente do que da estratégia de saúde familiar, deixando de fazer o atendimento integral do paciente olhando para ele como ser biopsicossocial.

O paciente procura na unidade por determinado atendimento, marcando por telefone ou de maneira presencial, a unidade não conta com prontuários de família ou individual. Geralmente para as consultas que se oferecem na UBS existe disponibilidade de vagas diárias; para as outras especialidades varia muito, os pacientes tem que viajar para outras cidades sendo encaminhados pela equipe, já que o município não conta com diversas especialidades. Atenção diferenciada é oferecida aos pacientes idosos acamados, pois é realizado mediante as visitas domiciliares programadas.

Acreditamos que a preparação dos profissionais de saúde deve ser constante e que todos devem utilizar a mesma linguagem junto à população. Nosso principal objetivo é educar a todos, garantindo saúde e prevenção e, para isso, deve haver um bom vínculo entre a comunidade e toda a equipe de saúde. A equipe de saúde precisa trabalhar unida buscando conhecer todos os problemas de saúde da comunidade, para assim poder modificar estilos de vida, tornando-os mais saudáveis.

Em relação à população da área adstrita à Unidade Básica de Saúde Marina, não temos um território nem uma área de abrangência, o que atrapalha nosso trabalho. Temos uma estimativa de população de 6066 usuários na área, sendo que atualmente somos cinco médicos e atendemos diariamente cerca de 75 pacientes e mensalmente mais ou menos 1134, incluindo as urgências médicas. Temos também uma unidade de pronto atendimento (UPA) e o hospital que nos apóiam neste sentido. A enfermagem faz o acolhimento adequado e transmite as informações necessárias para orientar o pacientes de acordo a necessidade seja consulta com clínico geral, puericultura, odontologia, vacinação, entre outras.

Em relação à saúde da criança, a puericultura é realizada com efetivo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil desde o nascimento, no intuito de melhorar os indicadores de saúde e reduzir os índices de mortalidade infantil. Realizamos acompanhamento mensal até os dois anos de idade. Garantimos a visita domiciliar com a equipe de saúde na primeira semana de vida da criança, para orientação de todos os cuidados. Agendamos a primeira consulta e estimulamos a presença do pai sempre que seja possível; oferecemos apoio e orientação quanto ao aleitamento materno (as posições para uma boa amamentação), imunizações e coleta de sangue para o teste do pezinho.

Procuramos oferecer um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança, não somente para esta, mas também para as condições sociais, o desenvolvimento da família, o ambiente, etc. Cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças e valores. Todos os profissionais procuram orientar quanto à formação de vínculos e fortalecimentos da parentalidade.

É também de grande importância orientar os pais sobre os acidentes não intencionais e como interagir com o bebê em relação ao crescimento. Portanto é importante acolher e oferecer apoio a família nessa etapa para que haja captação o



mais cedo possível, fortalecendo o vínculo entre equipe e família, para que o atendimento seja com qualidade e resolutividade. A puericultura é realizada em dois dias na semana, nos dois turnos, pela enfermagem que orienta a data da próxima consulta assim como da próxima vacina, existindo protocolos de puericultura na unidade. A pediatra faz consultas quatro dias por semana, nos dois turnos e também atende puericultura. Atende 20 crianças por dia e ao mês 420. Pela enfermagem são vistos em puericulturas 15 crianças por dia e ao mês 120.

Todas as informações sobre o atendimento da criança são registradas em prontuário clínico, que posteriormente são guardados em um arquivo específico com revisão periódica no sentido de verificar as crianças faltosas, atraso de vacinas, e identificação das crianças com risco, o que facilitou o preenchimento dos dados no caderno de ações programáticas (CAP). Temos uma estimativa de 73 pacientes menores de um ano na UBS, o que garante uma cobertura de 96% (70 crianças). Destas, 53% das crianças (37) foram atendidas no último mês.

A atenção ao Pré-Natal e Puerpério são temas muito apreciados e avaliados na saúde pela importância que possuem. Diante disso, podemos avaliar todo o processo de gravidez, desenvolvimento e crescimento do feto e reduzir mortalidade tanto infantil quanto pré-natal. No Brasil tem grande relevância o acompanhamento no pré-natal, que inclui não somente as questões biológicas, isto é, aspectos pertinentes ao desenvolvimento infantil, importância do apoio de familiares, a construção de vínculo com o bebê, desenvolvimento infantil e a participação do pai, como também a abordagem ampliada dos aspectos relacionados à vida psíquica tanto da gestante, comunidade, família e seu ambiente social.

É necessário superar o trabalho meramente curativo e propor-se a utilizar diretrizes como a clínica ampliada para que ocorra equidade e integralidade. Para suceder a clínica ampliada é necessário que o sujeito seja visto de maneira singular (compromisso com o paciente), o profissional deve assumir responsabilidades com o usuário do serviço de saúde, buscar ajuda em outros setores se necessário (intersetorialidade), ter compromisso ético e reconhecer os limites dos conhecimentos profissionais e tecnológicos.

No Brasil são realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre). A captação é imprescindível que seja executada no primeiro trimestre, por isso é essencial o vínculo do profissional com a comunidade como também com os

agentes comunitários de saúde e equipe, para que essa captação ocorra o mais cedo possível. Ao adentrar na unidade, a gestante ou puérpera deve ser acolhida com qualidade desde a recepção e por todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

No pré-natal procuramos valorizar a participação, autoconfiança, autonomia da gestante para que no momento do parto tenha mais entendimento sobre o processo, os limites e com quem pode contar. Na UBS o acompanhamento da gestante é feito pelo especialista em obstetria. Além disso, fazemos visitas domiciliares uma vez por semana as gestantes de risco ou buscando captar as puérperas. Para estas, orientamos os cuidados no pós-parto, abordamos a anticoncepção, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Segundo o CAP a estimativa de gestantes de nossa área é de 60 e temos uma cobertura de 99% (59 usuárias). Para as puérperas, a estimativa é de 73 usuárias e temos uma cobertura de 82%, o que corresponde a 60 puérperas.

Em relação à Prevenção do câncer de Colo de útero e Controle do Câncer de Mama priorizamos as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das usuárias. O cuidado é baseado no conhecimento e habilidade em identificar os sintomas e compreender o seu significado no processo de saúde–doença; sendo assim é esperado que através da sistematização das ações básicas de atenção a saúde da mulher, se possa de forma continua e permanente perseguir o ideal da redução da morbimortalidade dos casos de câncer de ginecológico e de mama, bem como morte da mulher a partir de complicações.

O programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e o programa de Controle do Câncer da Mama são muito importantes porque são um dos poucos cânceres previsíveis, curáveis e que tem maior incidência nas mulheres brasileiras. Na UBS são fornecidas poucas quotas para a coleta de citopatológico (CP) e para mamografias (controle do câncer de mama); tudo isto influi negativamente nos atendimentos das usuárias que se encontram incluídas no programa influenciando na resolutividade e qualidade na atenção. Na unidade são passados para toda a equipe, pelos ACS nas reuniões, os casos dos pacientes que não fazem o preventivo e as que fazem o exame em outras unidades.

Na UBS seguimos as normas do ministério da saúde e utilizamos cadernos de anotações para controle dos exames de CP e de mamografia, para melhor acompanhamento das mesmas. Para conhecer as pacientes que apresentam CP ou

mamografia alteradas tivemos que trabalhar conjuntamente com os agentes comunitários para assim conhecer os dados. De acordo com o CAP, a estimativa de mulheres da faixa etária alvo pra câncer de colo uterino (25 a 64 anos) é de 1670, sendo que nossa cobertura é de 56%; para a faixa etária alvo do câncer de mama (50 a 69 anos) a estimativa é de 626 usuárias, sendo que nossa cobertura é de apenas 23%. É importante realizar grupos na comunidade e na escola, educação em saúde na consulta individual através de interconsultas, buscando a melhor captação das usuárias e para que haja assistência integral e de qualidade.

Com relação à atenção aos hipertensos e diabéticos temos algumas dificuldades que influem negativamente no trabalho da equipe de saúde. O número de hipertensos (HAS) e diabéticos (DM) com 20 anos ou mais, conforme o CAP é de 1356 e 388 usuários respectivamente. Conforme os dados dos ACS para nossa área, temos 919 usuários com HAS e 228 usuários com DM registrados, o que representa uma cobertura de 67% e 58% respectivamente. O acompanhamento dos pacientes com diabetes e hipertensão é de suma importância, não só sendo focado na doença, mas sim na promoção do autocuidado, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

Portanto, para melhorar o processo de trabalho é necessário que todos os profissionais da equipe estejam engajados na promoção da saúde e não apenas em atos prescritivos, mas realizar intervenções educativas permanentes em longo prazo para a população em cada área. Se as equipes de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde da Família e os gestores municipais, trabalhassem de forma unida e planejada, tenho a certeza que alcançaríamos nossos objetivos fundamentais: elevar a saúde da população, o nível de vida da mesma e diminuiríamos o número de inconformidades.

Na UBS se utilizam os protocolos de atendimento como encaminhamento para especialistas e encaminhamento para hospitais. Estes atendimentos são registrados em prontuários clínicos, formulários especiais, fichas de atendimento odontológico e fichas de vacinas. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, que costuma ser revisado periodicamente, com uma frequência mensal.

Os profissionais de saúde explicam como reconhecer sinais de complicações da HAS e DM. Existe um grupo de HIPERDIA, sendo responsável pelo cadastramento a enfermagem que envia resultados de cadastramento para a

secretária. Participam dos grupos de HAS e DM a psicóloga, a enfermeira, os técnicos em enfermagem, um educador físico, um médico clínico geral e os odontólogos com uma participação de poucos pacientes, o que a equipe está trabalhando para aumentar, a fim de garantir mais saúde.

Com relação à saúde dos idosos, o Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (IBGE, 2010). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Atualmente o envelhecimento é uma realidade e o envelhecimento da população garante a mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente na fecundidade, na mortalidade e no aumento da esperança de vida. O número de idosos conforme o CAP é semelhante à realidade da nossa unidade, isto é, segundo o CAP temos 607 idosos na área, sendo que temos registros de algum atendimento para 593 (97%). Destes, 59% (351) possuem a caderneta da pessoa idosa; apenas 37% (219) tem a avaliação multidimensional rápida e estão com o acompanhamento em dia e 29% (172) possuem avaliação odontológica.

Ressaltamos que a maioria dos registros está incompleta e outros estão vinculados ao grupo HIPERDIA, no caso dos idosos portadores de doenças crônicas como HAS e DM. Isto gera certa confusão nos atendimentos e na organização dos registros e evidencia necessidade de estruturação e organização urgente para este grupo. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, o que avigora o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verdadeiro. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de atenção básica sobre trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva.

Sempre que possível, organizamos grupos de idosos no salão da comunidade abordando temas propostos pelos mesmos. Outro assunto importante que estamos pensando colocar em prática é o projeto terapêutico singular, que é um método de trabalho interdisciplinar que permite a participação, reinserção e

construção da autonomia para usuário/família e assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Deste modo para melhorar o método de trabalho é imperioso que todos os profissionais da equipe estejam engajados na promoção da saúde e não somente em atos prescritivos, mas realizar intervenções educacionais constantes, como também realizar cuidado longitudinal para assim melhorar a qualidade do cuidado em saúde e ampliar a cobertura dos idosos ativos no programa de saúde do idoso.

É necessário que a pessoa idosa descubra suas potencialidades, apesar de suas limitações, para viver a vida com mais qualidade de vida. Por isso, em uma UBS é necessário ter uma equipe completa como também núcleo de apoio à saúde da Família, proporcionando um atendimento mais adequado, longitudinal, interdisciplinar e também com maior resolutividade. É importante que o atendimento seja afável, que não seja apenas na unidade, mas também visitas domiciliares, para estreitamento de vínculos e estabelecer suporte adequado conforme as necessidades dos usuários.

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

A diferença principal existente entre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional é de que o segundo mostra com maior clareza e precisão a realidade da UBS. Por meio do relatório foi possível detectar problemas e planejar ações no sentido da organização, estrutura e forma de trabalho. Mostra, além disso, os fatores de risco ambientais, sociais e psicológicos que condicionam o surgimento de diferentes doenças na população e, principalmente, demonstra nossas deficiências, permitindo trabalhar sobre a base destas e melhorar o atendimento ao paciente.

Fazendo uma comparação do texto inicial com o relatório final, posso dizer que temos avançado e melhorado na organização do trabalho. Apesar das dificuldades estruturais, nossa UBS está procurando fazer um bom trabalho em todos os aspectos da medicina da comunidade, garantindo assim a satisfação da população de nossa área abrangência.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Atualmente a população mundial encontra-se em um processo de envelhecimento e o Brasil tem sido considerado um país envelhecido. Estima-se que 10% da população brasileira têm mais de 60 anos, sendo que destes, 12% correspondem a pessoas muito idosas (acima de 80 anos) constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos (BRASIL, 2010). O aumento do número de idosos impõe mudanças no modo e estilo de vida, uma vez que nesta faixa etária são mais vulneráveis e podem apresentar diferentes doenças que ocasionam perdas de funções importantes como a visão e a capacidade de deambulação. Tudo isto determina a diminuição da autonomia tornando-os muitas vezes dependentes dos familiares.

A Unidade Básica de Saúde Marina, de Cachoeira do Sul, possui modelo de atenção tradicional, foi construída há 10 anos, oferecendo dois turnos de atendimento diários. Na UBS conta-se com ambiente específico de recepção/arquivo de prontuários, onde existe espaço para 15 pessoas em sala de espera; conta ainda com uma sala de reuniões, uma sala destinada a almoxarifado, uma cozinha, quatro consultórios sem sanitários, uma sala de vacina, uma de curativos e procedimentos, uma de nebulização e não conta com farmácia. A equipe de saúde é formada por cinco médicos clínicos gerais, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem e dez ACS. Possui ainda duas equipes de odontologia que trabalham em dias alternados.

A população alvo da intervenção serão 607 usuários com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência de nossa UBS. Atualmente temos registros (incompletos) de algum atendimento para 593 idosos (97%). Destes, 59% (351) possuem a caderneta da pessoa idosa; apenas 37% (219) tem a avaliação

multidimensional rápida e estão com o acompanhamento em dia e 29% (172) possuem avaliação odontológica. O registro específico de idosos precisa ser melhorado na unidade, já que não contempla todos os itens necessários o adequado controle e o monitoramento. Além disso, alguns registros estão arquivados junto ao HIPERDIA no caso dos idosos portadores de HAS e DM, o que gera certa confusão.

Neste sentido, a intervenção colaborará para o melhoramento da qualidade da atenção aos idosos, planejamento de ações da UBS, enfocando as características da população idosa e, deste modo, objetivando diminuir a aparição de complicações e melhor vínculo entre equipe de saúde e usuário. É indispensável formar grupos de promoção e prevenção à saúde do idoso na unidade, para que se possa conservar a independência e autonomia do idoso, bem como um atendimento clínico de qualidade. Nossa intenção é produzir um envelhecimento mais ativo, considerando a saúde em seu conceito mais amplo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Marina, no município de Cachoeira 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 70%.

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

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 desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Marina, do Município de Cachoeira do Sul/RS. Participarão da intervenção todos os usuários com 60 anos ou mais pertencentes a área de abrangência da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta - Aumentar a cobertura de vigilância à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

Eixo monitoramento e avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O monitoramento da cobertura dos idosos cadastrados no programa acontecerá todas as semanas através da revisão das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de acolhimento e da alimentação do banco de dados em planilha adequadas.

Eixo organização e gestão do serviço: Receber os idosos. Atualizar as informações do SIAB. Cadastrar os idosos da área da unidade de saúde.

Detalhamento: Se realizará escuta qualificada ao idoso, aumentando a habilidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, diminuindo a centralidade das consultas médicas. Serão cadastrados todos os idosos da área através da busca ativa dos ACS e utilizando o prontuário dos pacientes que já temos cadastrados. O monitoramento será feito pelo médico e equipe de enfermagem.

Eixo engajamento público:

Explicar a população sobre a importância de os idosos realizarem acompanhamento com a frequência estimada e a respeito de as facilidades que tem de poder realizá-lo na unidade de saúde. Falar para a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde, que muitos de eles não conhecem.

Detalhamento: O trabalho que vai ser realizado será de orientação dos pacientes idosos, seus familiares e a comunidade quanto aos riscos de enfermidades cardiovasculares e/ou neurológicas decorrentes, entre outras. Na atividade também faremos indicações sobre nortear a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar como também guiar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Eixo capacitação da prática clínica: Habilitar a equipe no acolhimento a os idosos. Habilitar os ACS na procura dos idosos que não estão desempenhando acompanhamento em nem serviço. Habilitar a equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Capacitaremos a equipe multidisciplinar para que realize com mais qualidade o atendimento a saúde da pessoa idosa seguindo o Manual do Ministério da Saúde. Capacitaremos ainda a equipe sobre a Política Nacional de Humanização, fortalecimento do trabalho transdisciplinar como ao mesmo tempo para que o trabalho aconteça em rede de alta conectividade.

## **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.

Meta 2.2: Realizar exame clínico adequado em 100% das consultas, entre eles exame dos pés, com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Realizar a requerimento de exames complementares periodicamente 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 dificuldade de locomoção.

Meta 2.6: Desempenhar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com dificuldade 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 todos os diagnosticados com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (DM).

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

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

Eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a cumprimento de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

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

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde

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

Monitorar cumprimento de visita domiciliar para idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

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

Monitorar o acesso aos remédios da Farmácia Popular / Hiperdia.

Monitorar o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados.

Monitorar os dados dos idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitorar a estimativa da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Detalhamento:

O monitoramento foi feito por meio de prontuários, ficha de cadastro, consultas (médico, enfermeira e odontóloga) como ao mesmo tempo através das visitas domiciliares da equipe de referência. conhecer o uso de medicamentos através das consultas, onde saberemos se verdadeiramente estão conseguindo os tratamentos de maneira correta.

Eixo organização e gestão do serviço:

Garantir os recursos indispensáveis para realização da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Determinar as atribuições de todo profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida deste grupo.

Determinar atribuições da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Garantir a procura a idosos que não realizaram exame clínico adequado.

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

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

Garantir o requerimento dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal rapidez para o cumprimento dos exames complementares por protocolo.

Constituir princípios de alerta para o não cumprimento dos exames complementares indicado.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Melhorar a acolhida para os idosos portadores de HAS.

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

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Garantir material apropriado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Designar código de alerta na ficha de acompanhamento para identificar ao idoso que possivelmente apresentará realização de hemoglicoteste.

Estabelecer acolhimento prioritário a os idosos na unidade de saúde.

Garantir que todos os idosos sejam cadastrados na unidade de saúde.

Proporcionar atendimento com prioridade aos idosos na unidade de saúde.

Utilizar serviço odontológico e monitoramento dos idosos da área.

Organizar a agenda de saúde bucal para o acolhimento dos idosos.

Detalhamento: Solicitaremos o material apropriado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, antropômetro, Tabela de Snellen, balança, manguitos, fita métrica, Aparelho de Hemoglicoteste) na unidade de saúde. Determinaremos nas reuniões de equipe a atribuição e a responsabilidade de cada profissional da equipe no trabalho com os idosos. Em reunião da equipe se organizará uma agenda para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção para uma melhor organização de visitas domiciliares. Conversaremos com o gestor municipal sobre a oferta das quotas dos exames complementares conforme protocolo do ministério da saúde. Da mesma forma, garantiremos a avaliação dos mesmos de acordo das necessidades. Os agendamentos de medicina, odontologia e de enfermagem apresentarão um dia exclusivo na semana para atendimento para os idosos.

Eixo engajamento público:

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento adequado e das limitações para o envelhecimento saudável.

Orientar os pacientes sobre as condutas aguardadas em cada consulta para que possa realizar o controle.

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

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessário de realização de exames complementares e a periodicidade de realização dos mesmos.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos direitos como usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso e sobre o Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

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

Orientar a comunidade sobre a importância do controle da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

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

Orientar a comunidade sobre importância da avaliação da saúde bucal de idosos, sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e sobre a importância da realização de exames bucais. Escutar a comunidade sobre táticas para compreensão de idosos quanto ao acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Orientaremos a comunidade sobre o Manual do Ministério da Saúde de envelhecimento saudável e sobre o Programa de Atenção ao idoso na Unidade de Saúde. Informar os familiares e comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças como complicações e sobre toda a importância da realização dos exames complementares assim como a assistência das consultas com a equipe multidisciplinar. É bom recomendar a população como devem ser solicitadas às visitas domiciliares com os agentes comunitários em caso de ser necessárias. Recomendar ao paciente e comunidade sobre como ter acesso aos medicamentos para os idosos nas farmácias populares como igualmente orientar sobre o Estatuto do Idoso e Política Nacional da Pessoa idosa. Mostrar a comunidade sobre como funciona a unidade, todos os serviços que são realizados na mesma por cada profissional e a importância desta na comunidade. Os ACS terão papel central no desenvolvimento dessas ações, pois realizarão as orientações durante as visitas domiciliares as famílias de suas micro

áreas. Também utilizar os espaços nos grupos e consultas para proceder este tipo de orientação. Durante as consultas, orientar o usuário sobre as condutas tomadas, dividindo responsabilidades com ele, solicitando a opinião deles na escolha de algumas ações

#### Eixo Qualificação da prática clínica:

Habilitar os profissionais para que o atendimento dos idosos seja de acordo com o protocolo adotado pela unidade.

Habilitar a equipe para o aproveitamento da Avaliação Multidimensional Rápida.

Habilitar a equipe para que se realize o encaminhamento apropriado dos casos que precisarem de outras avaliações de outro nível.

Habilitar a equipe para o cumprimento de exame clínico adequado.

Capacitar a equipe da unidade para o registro apropriado dos processos clínicos em todas as consultas realizadas.

Habilitar a equipe para acompanhar o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Desempenhar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Habilitar a equipe para que orientem os pacientes sobre as escolhas para alcançar acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Habilitar os ACS para a organização dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de toda área.

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

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

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

Habilitar a equipe para que se realize acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Habilitar os ACS para captação de idosos.

Capacitar os cirurgiões dentistas para que se realize da primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Esta capacitação ocorrerá na primeira semana de intervenção, na UBS, e envolverá todos os profissionais da equipe 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 planejadas.

Eixo monitoramento e avaliação: Monitorar a realização da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Monitoraremos os pacientes idosos com ajuda dos agentes comunitários por meio das visitas domiciliares para que não exista pacientes faltosos à consultas. : Revisar com a equipe, nas reuniões semanais, os cadernos do ministério da saúde sobre saúde do idoso. Procurar introduzir a aplicação da Avaliação Multidimensional no acolhimento, treinando a equipe para tal função; e também discutir com a equipe estratégias para qualificar a prática de nosso acolhimento, situações mais graves que necessitam de encaminhamento, evitando assim a avaliação médica desnecessária naquele momento

Eixo organização e gestão do serviço: Preparar visitas domiciliares para procurar os faltosos. Preparar a agenda para receber os idosos procedentes das procuras domiciliares.

Detalhamento: com os agendamentos, e os registros nas fichas espelhos avaliaremos os pacientes idosos faltosos à consulta, os quais serão buscados e dirigidos para a unidade de saúde.

Eixo engajamento público: Orientar a comunidade a respeito da necessidade da realização destas consultas de acompanhamento. Escutar a comunidade a respeito de tática para não acontecer fuga dos idosos. Explicar os idosos e a



comunidade a respeito da periodicidade preconizada para o cumprimento das consultas.

Detalhamento: Aconselhar aos idosos, familiares e comunidade sobre a importância das consultas planejadas e sobre sua periodicidade em que devem ser realizadas. Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo a ação realizada pelo médico e colegas da enfermagem.

Eixo qualificação da prática clínica:

Habilitar os ACS para a direção de idosos tudo quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Determinar com a equipe a periodicidade em que se devem realizar das consultas.

Detalhamento: Informar os agentes comunitários sobre a periodicidade das consultas e a seriedade de seu cumprimento, o que ocorrerá na primeira semana de intervenção.

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.

Eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar as características dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Analisaremos os registros específicos (ficha espelho) dos idosos a cada mês e do mesmo modo orientaremos os idosos sobre a importância de levar a cada consulta a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O controle dos estoques ocorre mensalmente, sendo realizado pela equipe de enfermagem. Mediante as visitas domiciliares serão conhecidas as necessidades de medicamentos dos usuários diabéticos e hipertensos, assim realizando controle de estoque e validade dos mesmos

Eixo organização e gestão do serviço: Conservar as dados do SIAB atualizadas. Plantar planilha/nota especial de acompanhamento do acolhimento aos idosos. Pactuar com a equipe o nota das informações. Determinar responsável pelo monitoramento destas notas. Formar uma norma de nota que viabilize casos de

alerta no cumprimento de consulta de acompanhamento, assim como a demora no cumprimento de exames complementares, o não cumprimento da Avaliação Multidimensional Rápida e dos outros processos indicados. Agenciar com o gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: atualizaremos com a ajuda da secretária os dados do SIAB para comprovação de situação de saúde. Será implementado na Unidade de Saúde uma nota característica (ficha espelho), para facilitar a qualidade das informações colhidas no trabalho. Organizar-se-á uma planilha que tenha alerta de consultas dos pacientes idosos faltosos. A enfermeira pactuará com a Gestora Municipal o concedimento das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa por meio de reunião com a mesma.

Eixo engajamento público: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos de ter manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a necessidade de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção em caso de ser necessário.

Detalhamento: Recomendar aos idosos a importância da uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em toda consulta, do mesmo modo como qualidade e a manutenção dos seus registros de saúde.

Eixo qualificação da prática clínica: Orientar a equipe no preenchimento de todos as informações necessárias para o acompanhamento do acolhimento aos idosos. Orientar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: na primeira semana de intervenção orientarei a equipe sobre o preenchimento correspondente dos registros e orientação sobre a ficha, planilha eletrônica e sobre a importância do registro na Caderneta do Idoso.

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: Pesquisar a apresentação de indicadores de fragilização na velhice 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Analisar a rede social de 100% dos idosos.

Eixo monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos que tem maior risco de morbimortalidade aproximados na área de abrangência. Monitorar o número de idosos pesquisados para fragilização na velhice. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na unidade. Monitorar todos os idosos com organização social deficiente.

Detalhamento: O monitoramento será através das visitas domiciliares e atendimentos buscando identificar o número de idosos com maior risco de morbimortalidade da área de abrangência, indicadores de fragilização na velhice, avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na unidade.

Eixo organização e gestão do serviço: Priorizar os atendimentos a os idosos de maior risco de morbimortalidade. Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar dos idosos com rede social insuficiente.

Detalhamento: Será priorizado atendimento para os idosos com rede social deficiente, maior risco de morbimortalidade, idosos com fragilidade na velhice, por meio do acolhimento e escuta ativa de enfermagem.

Anotar principais comorbidades do usuário no prontuário e ficha-espelho para evidenciar quais usuários necessita de avaliação. E solicitar junto a técnica de enfermagem, para que o hemoglicoteste e aferição da P.A sejam realizados no momento da consulta/acolhimento.

Eixo engajamento público:

Orientar os idosos sobre seu estado de saúde e a respeito de a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar elevado risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a seriedade do acompanhamento mais freqüente. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Incitar na comunidade a elevação da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, outros grupos de apoio) e do estabelecimento de organizações sociais de apoio.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas por toda a equipe, na UBS ou nas residências dos idosos. : Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera

e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo estas atividades organizadas pela equipe de enfermagem da unidade e pelo médico.

#### Eixo qualificação da prática clínica:

orientar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, para analisar a rede social dos idosos e para a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: na primeira semana de intervenção serão orientados todos os profissionais para registro e identificação de riscos para morbimortalidade da pessoa idosa, identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e como avaliar a rede social dos idosos nas reuniões da equipe de saúde. Questionar junto à história clínica sobre quando foi a última avaliação odontológica do usuário e anotar em prontuário e ficha espelho. E junto ao exame clínico, avaliar a cavidade bucal. Será realizado durante a consulta médica ou de enfermagem.

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

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

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

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

Eixo monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição, o cumprimento de orientação de atividade física regular e o número de idosos que desempenham atividade física regular. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: estas orientações serão realizadas nas consultas e durante os grupos de idosos programados para as semanas 2, 6 e 10 da intervenção.

Eixo organização e gestão do serviço: Determinar a função dos componentes da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e na orientação para a prática de atividade física regular. Exigir do gestor municipal parcerias institucionais para incentivar a realização de atividade física. Estabelecer período meio de consultas orientações em nível pessoal.

Detalhamento: na primeira semana de intervenção se definirá a função de cada componente da equipe quanto a orientação e monitoramento das práticas de atividades físicas adequados e demandaremos ao gestor municipal parcerias para realização de atividade física. . O médico juntamente com a dentista organizará esta ação.

Eixo engajamento público:

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre adoção de costumes alimentares saudáveis, sobre o cumprimento de atividade física regular e sobre a seriedade e importância da limpeza bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Desempenharemos acompanhamento e orientação dos idosos, familiares e comunidade sobre adoção dos hábitos alimentares saudáveis, assim como cumprimento de atividade física regular e importância da limpeza bucal e de próteses dentárias em todas as consultas, visitas domiciliares e nos grupos. Toda a equipe estará capacitada para isso.

""Eixo capacitação da prática clínica: Habilitar a equipe para a promoção de costumes alimentares saudáveis de acordo com os " Dez passos para alimentação saudável" ou o " Guia alimentar para a população brasileira". Habilitar a equipe para dá-la orientação nutricional peculiar para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Habilitar a equipe para orientar os idosos sobre o cumprimento de atividade física regular. Habilitar a equipe para proporcionar orientações de limpeza bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: será realizada pelo Médico, Odontóloga e Enfermeira, a habilitação da equipe quanto a de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", guia nutricional específico para os grupos de idosos hipertensos e/ou

diabéticos, cumprimento de atividade física regular e limpeza bucal e de próteses dentárias. Isto será realizado nos grupos mensalmente.

### **2.3.2 Indicadores**

Relativo ao 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 70%.

Indicador 1.1 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 2.1. 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 2.2. 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 2.3. 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 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 2.5. 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 2.6. 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 2.7. 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 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.  
Numerador:

Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador 2.9. 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 2.10. 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.

Relativo ao 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 3.1. 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.

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/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 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

Indicador 5.1. 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 5.2. 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 5.3. 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.

Relativo ao Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

Indicador 6.1. 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 100% idosos.

Indicador 6.2. 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 6.3. 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**

Para o trabalho será utilizado o Protocolo da Saúde do idoso do Ministério da Saúde, ano 2012. Utilizaremos o prontuário ambulatorial disponibilizado nas unidades de saúde para registro de consultas médicas e de enfermagem no município e também as fichas de cadastro e acompanhamento dos ACS. O prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação multidimensional rápida, classificação de risco cardiovascular, fácil identificação do esquema terapêutico utilizado, frequência de participação em atividades fora de consultório, entre outros. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será utilizado a ficha espelho fornecida pelo curso de especialização em saúde da família. O médico e a enfermeira farão contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária a intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Serão solicitados à Secretaria de Saúde, ainda antes do início da intervenção, os materiais adequados e necessários para a qualidade do serviço, por exemplo: verificação da pressão arterial e teste de HGT (esfigmomanômetro, manguitos, fita

métrica e aparelho de HGT) na unidade de saúde. O responsável pelos pedidos será efetivado pela enfermeira.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da Unidade. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico da saúde do idoso, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos da área. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS durante a primeira semana de intervenção.

O médico ficará responsável pela leitura dos materiais e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Além disso, existirá uma capacitação sobre o cadastramento dos idosos, sobre o preenchimento e fornecimento da caderneta da pessoa idosa e sua importância, sobre a mensuração da pressão arterial e da glicemia capilar, sobre a identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar além da orientação sobre promoção da saúde da pessoa idosa. Na primeira reunião de equipe na semana de início da intervenção, será definido o papel de cada um dos profissionais na intervenção e pactuado com todas as metas a serem atingidas.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a recepcionista farão a revisão dos prontuários identificando aqueles que sejam de pessoas com 60 anos e mais de acordo com a micro área à qual pertence. Será realizada uma avaliação mensal de cada prontuário pelo médico e/ou enfermeira que transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha de controle eletrônica. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. As fichas espelho também serão separadas de acordo com a micro área e guardadas em armário específico na recepção da UBS. Sempre que um idoso procurar atendimento, o recepcionista irá fornecer o prontuário juntamente com a ficha espelho ao profissional responsável pelo atendimento.

Semanalmente a enfermeira examinará as planilhas mensais de consultas agendadas identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará o paciente para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas em prontuário e nas fichas espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com queixas agudas serão atendidos no mesmo turno para diminuir a demanda hospitalar e agilizar o tratamento. Aqueles que estiverem com consultas em atraso terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. A organização da agenda será alterada para que nenhum idoso fique sem atendimento. Para agendar os usuários de consultas de rotina será disponibilizado um turno semanal para priorizar este atendimento e os pacientes provenientes da busca ativa serão reservados uma consulta diária. Todos os idosos serão indagados de sua última consulta odontológica e, caso esta tenha acontecido a mais de seis meses, serão aconselhados à se apresentarem na recepção da unidade e agendar consulta com os odontólogos da unidade. Todos os usuários que vierem à consulta médica e de enfermagem sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

As visitas domiciliares do médico, da enfermeira e da técnica de enfermagem serão realizadas em um turno semanalmente, juntamente com as visitas de urgências e de Puerpério. Serão identificados pelos ACS todos os idosos que possuem alguma dificuldade física e/ou psíquica de locomoção para a confecção de uma planilha de agendamento das visitas para avaliação da evolução de cada um deles, sendo que aqueles que tenham maiores dificuldades/seqüelas terão uma maior frequência de visitas.

O médico e a enfermeira farão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento dos idosos no serviço de saúde. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a participação dos idosos nas atividades fora da UBS e de esclarecer a comunidade sobre a importância da promoção à saúde.

As atividades educativas serão realizadas na igreja perto da unidade de saúde, serão realizadas mensalmente, no turno da manhã. Será reservado o local pelo Agente Comunitário de Saúde da área. Será necessária a impressão de materiais para realização de folders explicativos e painéis e será revisado o material pela equipe em conjunto em reunião semanal de equipe. As realizações das impressões serão realizadas na Secretaria de Municipal de Saúde e o médico será responsável por fazer a solicitação dos materiais.

O monitoramento da intervenção será feito semanalmente sempre na quinta-feira, onde serão revisados os prontuários, ficha-espelho e preenchida a planilha eletrônica. Neste encontro os agentes comunitários irão relatar os pacientes faltosos nas consultas do médico, enfermeira e odontóloga para que possam ser reagendados. Serão discutidas as dificuldades e facilidades encontradas ao longo do desenvolvimento da intervenção.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do idoso.	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X											
Grupos na comunidade.		X				X				X		
Organizar a Agenda e garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas, circulatórias ou outras.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática.	X											X
Busca ativa dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação da intervenção pela equipe de saúde.				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Como resumo destas doze semanas (abril a junho) onde trabalhamos na Intervenção com foco na ação programática de Saúde do Idoso, observamos que foram planejadas diversas atividades, com o objetivo de melhorar e garantir os atendimentos aos idosos usuários da área de abrangência da unidade de saúde Marina, do município de Cachoeira Do Sul , Rio Grande do Sul.

Todas as ações previstas foram cumpridas integralmente. Na primeira semana foi realizada a capacitação da equipe seguindo o protocolo do MS para a atenção a pessoa idosa. Primeiramente abordamos o tema do projeto, objetivos e metas a serem alcançadas. Conversamos sobre a realização de exame clínico apropriado, sobre a realização do cadastramento e registro adequados e abordaram-se os procedimentos clínicos que deveriam ser realizados em todas as consultas. Realizou-se também a orientação dos agentes comunitários de saúde sobre a identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, o reconhecimento dos casos que necessitassem de visita domiciliar e sobre as buscas ativas aos faltosos. Nesta mesma semana foi designada a tarefa de cada um dos integrantes da equipe.

Em relação à solicitação dos exames complementares aos pacientes que necessitavam, às vezes esta ação era dificultada, já que nos eram liberadas poucas quotas para exames por mês e os resultados demoravam 15 ou mais dias para retornar. O médico, a enfermeira e os ACS ficaram responsáveis por investigar Diabetes Mellitus nos pacientes com Pressão Arterial maior que 135/85 mmHg. Esta ação foi bem desenvolvida, graças ao apoio da equipe e capacitação dos mesmos.

O atendimento odontológico foi organizado da seguinte forma: após a consulta médica os idosos já eram encaminhados para consulta com odontólogo



caso necessitassem. O único problema que tivemos em todo o período foi que um dos dentistas teve que ir para outra unidade, assim diminuindo um pouco os atendimentos. Desta forma, o atendimento odontológico passou a ser realizado durante quatro turnos por semana, quando se decidiu priorizar um destes turnos para as consultas dos idosos. Muitos idosos já possuíam sua primeira consulta na UBS ou referiam acompanhamento em clínicas particulares.

No eixo do engajamento público, foram realizadas orientações a todos os pacientes idosos e familiares sobre o trabalho a realizado na comunidade como também orientação dos riscos do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica, alimentação saudável e a importância de verificar a glicose e a pressão arterial de acordo com as necessidades de cada paciente.

A comunidade também foi orientada quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas patologias e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas, periodicidade de consultas e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. O contato com os líderes comunitários foi organizado na unidade na primeira semana de intervenção quando se solicitou o apoio dos mesmos na disseminação das ações da intervenção. A comunidade teve uma participação ativa em todas as ações. Esta vinculação com a comunidade foi feita na Igreja que fica perto da unidade de saúde em função do espaço físico maior.

O monitoramento das ações da intervenção foi feito na primeira semana de cada mês na reunião da equipe de saúde que ocorria sempre na quinta-feira. Nestes encontros eram revisados os prontuários e fichas-espelho dos idosos de cada micro área. Os ACS tomavam conhecimento sobre os pacientes faltosos nas consultas médicas e odontológicas, para que pudessem proceder com as buscas ativas e com os reagendamentos. Semanalmente eram discutidas as dificuldades e facilidades encontradas ao longo do desenvolvimento das ações, sempre procurando por soluções coletivas. Neste dia também eram planejadas as atividades da semana seguinte, de acordo com o cronograma da intervenção. As fichas espelhos eram preenchidas pelo médico no momento do atendimento clínico.

As mudanças foram bem aceitas pela equipe de saúde e apesar de não conseguirmos avaliar todos os idosos da área de abrangência, pudemos avaliar a maioria dos pacientes com muito esforço. Estamos contentes com os resultados

obtidos e continuaremos cadastrando e avaliando os pacientes alvo do projeto. A equipe demonstra entusiasmo e motivação, além da responsabilidade individual e coletiva no desenvolvimento das ações, aos quais agradeço muito pela ajuda.

Em todas as reuniões da equipe foi discutido e analisado o cronograma de execução do projeto e os resultados obtidos. A intervenção causou um impacto positivo na equipe porque tudo foi feito com dedicação e união; fizemos a análise da cobertura do programa de atenção ao idoso a cada mês e foram analisados os aspectos positivos e negativos para melhorar o trabalho da equipe de saúde. Além da orientação, a continuação da busca ativa dos pacientes com sintomas de HAS, DM e outras doenças crônicas ou transmissíveis e a aplicação dos conhecimentos e experiências todos os dias.

É importante destacar que contamos sempre com o apoio da secretaria de saúde que garantiu o transporte da equipe, a impressão das Fichas Espelhos e a solicitação das cadernetas dos idosos;

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

Desenvolvemos algumas atividades que não foram planejadas como maior número de palestras na comunidade e fora de horário de trabalho buscando atingir as metas de promoção da saúde previstas no projeto de intervenção. Isto foi bastante produtivo e garantiu bons resultados.

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

De um modo geral não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, citando apenas o atraso com o fechamento da planilha de coleta de dados em uma das semanas da intervenção pela falta das fichas espelhos, em função da quebra do parêntese que reproduzia as impressões, o que foi providenciado em seguida. O trabalho foi continuado na semana seguinte e os indicadores puderam ser calculados com solidez.

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

Temos a satisfação de afirmar que a intervenção vai continuar na unidade, com muito entusiasmo, carinho, vontade e amor. As ações continuam sendo desenvolvidas e monitoradas pela equipe de saúde. Além de tudo isso, nunca havia sido realizado um projeto com esta magnitude, o qual servirá como exemplo para iniciativas e intervenções futuras.

Em relação às expectativas do projeto de intervenção, acreditamos que foram alcançadas positivamente e tivemos resultados satisfatórios, porque avaliamos a maior parte da população alvo do estudo; interagimos diretamente com os moradores das comunidades, conhecendo seus modos e estilos de vida, sua cultura, rotina e desenvolvimento diário. Visitamos os pacientes acamados ou com problemas de locomoção, além de outros pacientes que precisaram ser avaliados em suas residências. Todas as ações, atividades e trabalho sempre foram bem acolhidos pela equipe de saúde e temos a certeza que o trabalho continuará sendo cada dia muito melhor.

Os aspectos que precisam ser melhorados com a incorporação das ações são solicitar que a Secretaria de Saúde aumente as quotas dos exames de laboratório e RX, incentivar cada vez mais a participação dos idosos nas atividades de promoção da saúde e garantir a todos os idosos as cadernetas de saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção abrangeu a população de idosos da Unidade Básica de Saúde Marina, do município de Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul. Na área de abrangência da UBS temos uma população de 6066 usuários, sendo destes 607 idosos, conforme estimativas do caderno de ações programáticas.

Em relação aos resultados alcançados com a intervenção, observamos uma maior conscientização tanto pessoal como coletiva sobre fatores de risco para o desenvolvimento de patologias, entre eles, a automedicação, a polifarmácia, o sedentarismo, a inadequada alimentação, o afastamento social, entre outros. Abaixo estão descritos os resultados de acordo com o objetivo específico e a(s) meta(s) estabelecida(s) para cada objetivo.

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

**Meta:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

A área de abrangência de nossa unidade de saúde possui 607 usuários com 60 anos ou mais. Houve a necessidade de iniciar o cadastramento do zero, uma vez que, para os registros que possuíamos muitos indicadores não estavam preenchidos. Por este motivo, nossa meta de cobertura foi estimada em 70%. Considerando os resultados da meta de cobertura, observamos que no mês 1

foram cadastrados 392 idosos (64,6%); no mês 2 cadastramos 421 idosos o que representou uma cobertura de 69,4%. Por fim, no mês 3 atingimos 503 idosos (82,9%). Ainda falta cadastrar 104 pacientes, representando 17,1% da população de usuários idosos de nossa área. Entre as justificativas para não atingirmos 100% está o curto período de intervenção, a dificuldade de muitos idosos em aceitar participar das ações e as características da área da UBS, que mostra uma população muito grande e complexa, não contando com modelo de atenção da Estratégia de saúde da família.

Os resultados atingidos foram frutos do trabalho da equipe de saúde, que realizou o cadastramento dos pacientes e atualizou os registros dos idosos já cadastrados, em especial citamos o fundamental trabalho e apoio dos ACS no desenvolvimento das ações da intervenção.

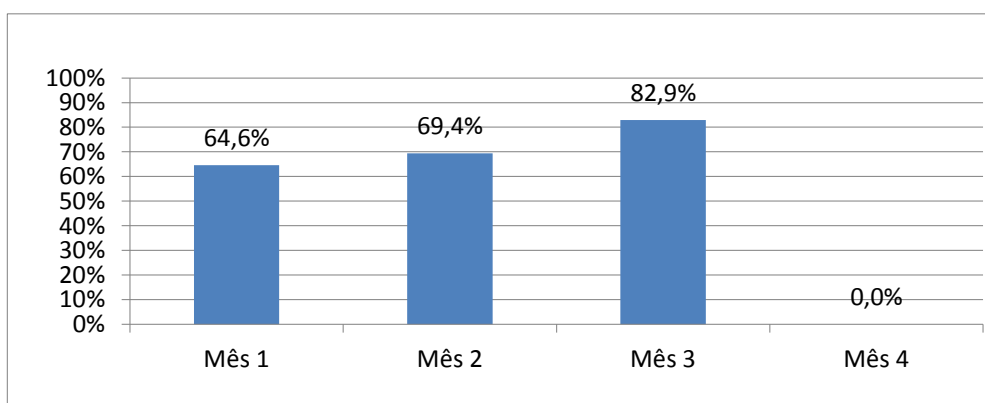


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

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.

Do total de 503 idosos que participaram da intervenção todos tiveram a avaliação multidimensional rápida em dia, representando 100% em todos os meses de intervenção. Constatamos que 392 idosos estavam com avaliação multidimensional rápida no primeiro mês, 421 no segundo mês e 503 no último mês de intervenção. Isto foi de muita importância, pois conhecemos o estado de saúde físico-mental de cada paciente participe da intervenção, o que precisa ser monitorado a partir de agora.

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

Na procura por conhecer o aspecto de saúde da população pesquisada (503 pacientes), e oferecer atendimento de qualidade foi efetivado nas consultas o exame clínico apropriado aos idosos, incluindo exame físico dos pés, palpação dos pulsos e a medida da sensibilidade dos portadores de Diabetes Mellitus; isto influenciou positivamente nas posteriores consultas e avaliações destes pacientes que se demonstraram mais cuidadosos.

No mês 1 realizamos exame clínico apropriado para 84,9% dos usuários idosos (333); no mês 2 para 86% (362) e no mês 3 finalizamos com 85,3% dos pacientes (429) com exame clínico apropriado em dia.

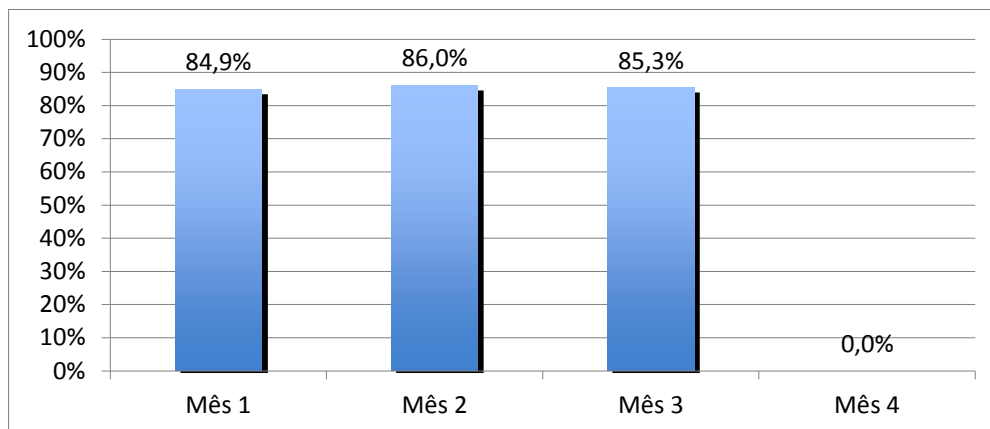


Figura 2: proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

Quanto à solicitação de exames complementares periódicos dos pacientes idosos hipertensos e/ou diabéticos, atingimos no mês 1, 94,1% (289 de 307 usuários idosos cadastrados); no mês 2, 100% (302) e no mês 3 mantivemos os 100%, o que correspondeu a 343 idosos com exames complementares periódicos em dia. Tivemos dificuldades para atingir os 100% no mês 1 porque alguns pacientes encontram-se acamados ou com problemas de locomoção o que atrapalhou a realização dos exames e não tínhamos as quotas suficientes para a prescrição. Isto foi solucionado com ajuda secretaria de saúde que completou as quotas utilizando aquelas destinadas aos médicos que se encontravam de licença ou férias.

Entendemos que o problema não foi totalmente resolvido, porém foi a solução encontrada naquele momento.

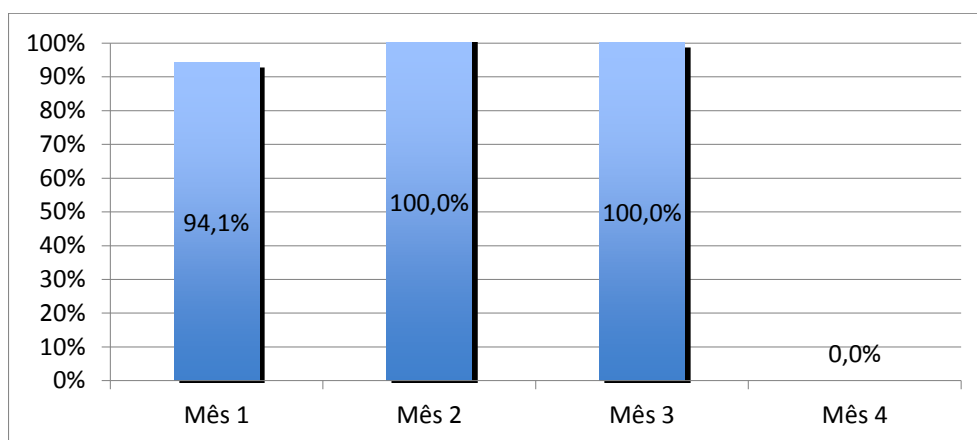


Figura 3: proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

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

Quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no primeiro mês 72,4% (284 de 392) possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada; no segundo mês 74,3% (313 de 421) e no terceiro mês 68,2%, o que correspondeu a 363 dos 503 idosos cadastrados com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Isto permite um benefício na renda pessoal ou familiar porque a maioria deles utiliza mais de um medicamento.

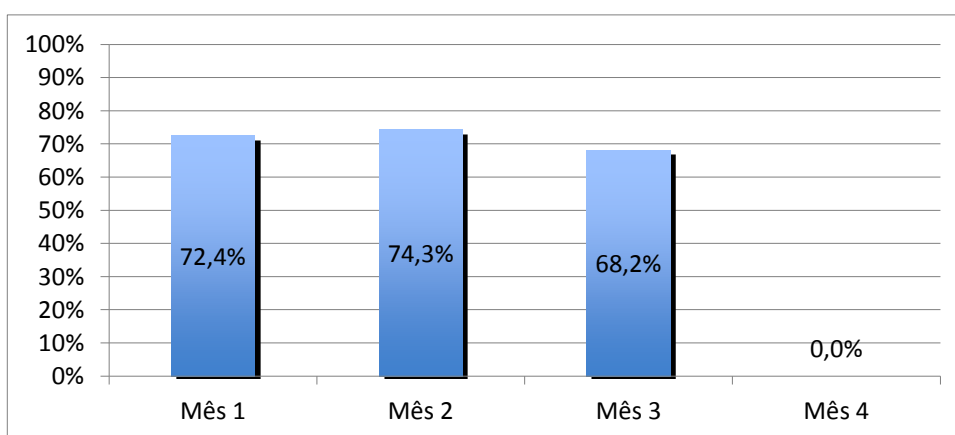


Figura 4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Em relação à proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, em nossa área temos um total de 49 usuários. Foram cadastrados no mês 1, 18 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção (36,7%); no mês 2, 22 idosos (44,9%) e no mês 3, 27 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, correspondendo a 55,1%. Não se realizou o cadastro a todos os pacientes acamados, em função do curto período de intervenção e ainda porque alguns se encontravam na casa de familiares, em áreas que não pertencem a unidade.

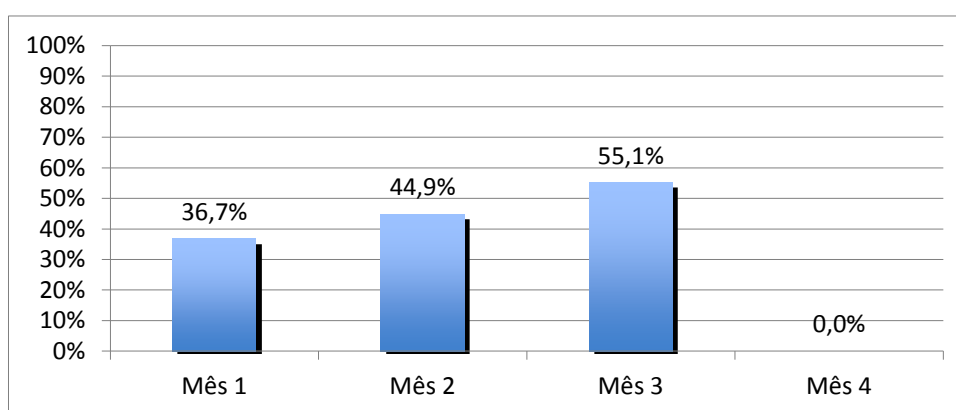


Figura 5: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

A qualidade de vida dos idosos acamados ou com problemas de locomoção pode ser melhorada durante a intervenção, mediante as visitas domiciliares realizadas a 100% dos pacientes idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, o que representou 27 usuários. Ao longo destas visitas apreciamos o ambiente e as condições em que reside cada um destes usuários, sempre procurando orientar no sentido da promoção da saúde e solucionar dificuldades e problemas, garantindo qualidade no atendimento oferecido.

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

A fim de conhecer a morbidade oculta de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram rastreados 100% dos idosos participantes da intervenção, sendo 392 no primeiro mês, 421 no segundo mês e 503 no terceiro mês de intervenção. Foram diagnosticados e captados diversos pacientes acometidos pela doença durante a



intervenção, os quais não tinham conhecimento da doença e que receberam orientações quanto a dieta, exercícios físicos e tratamento medicamentoso a partir do momento do diagnóstico. O que se realizarem as palestras, nas consultas médicas e visitas domiciliares, o que foi muito importante para o alcance desta meta.

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

Ao longo dos 3 meses de intervenção foram rastreados 100% dos usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial. Desta forma foram rastreados para diabetes 258 usuários no primeiro mês; 277 no segundo mês e 333 no último mês de intervenção. A busca ativa destes pacientes diariamente foi muito importante para o alcance desta meta.

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

As patologias da cavidade oral podem não ser detectadas ou não tratadas devido a impedimentos como autopercepção e também devido haver uma diminuição da sensibilidade dos sintomas da cárie dentária com o envelhecimento. Quanto à avaliação das necessidades de acolhimento odontológico, consideramos que foi boa durante a intervenção, uma vez que atingimos 98,2% (385 de 392 idosos cadastrados) no mês 1; 98,3% no mês 2 (414 de 421) e 96% no mês 3 (483 de 503 idosos cadastrados).

Em determinado momento da intervenção apresentamos um problema que foi o de mover um dos dentistas para outra UBS que necessitava de atendimento odontológico. Neste sentido a meta de avaliar 100% dos idosos para necessidade de atendimento odontológico não foi alcançada, porém consideramos os resultados como satisfatórios. Em relação aos atendimentos dos pacientes acamados foi feito mediante as visitas domiciliares da odontóloga.

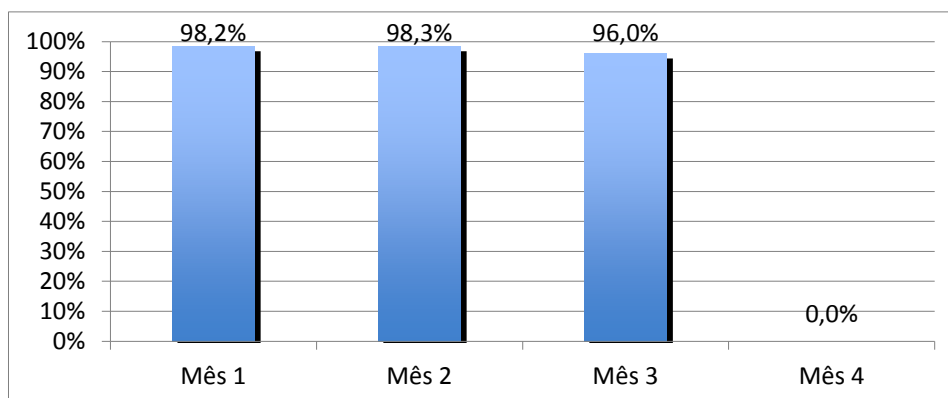


Figura 6: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

No decorrer das semanas da intervenção e dependendo da necessidade e do consentimento do idoso, este era encaminhado para uma consulta odontológica programática. No mês 1 realizaram primeira consulta odontológica programática 87,2% dos pacientes (342 de 392 idosos cadastrados); no mês 2 manteve-se os 87,2% sendo atendidos 367 dos 421 idosos cadastrados e no mês 3, 86,5%, o que correspondeu a 435 dos 503 idosos cadastrados. Apesar de não atingirmos a meta, o resultado foi avaliado como positivo, uma vez que para estes pacientes foram avaliadas as condições de saúde oral e aproveitou-se para orientar como realizar a higiene bucal e/ou como modificar hábitos e adotar estilos de vida mais saudáveis.

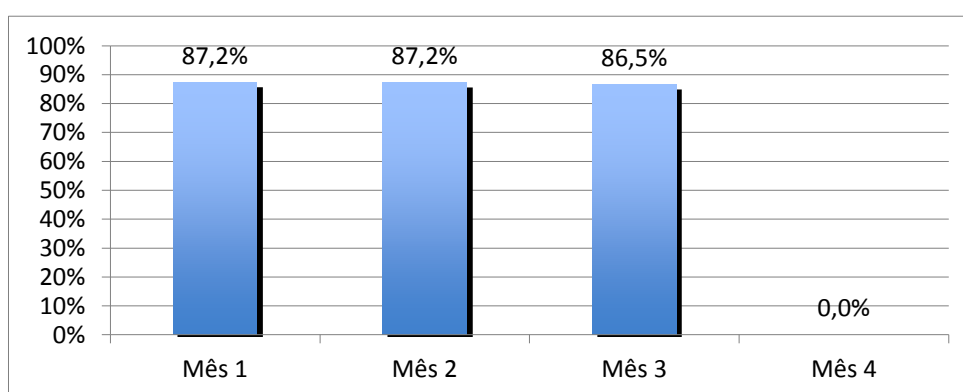


Figura 7: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Considerando os idosos faltosos às consultas durante as semanas de desenvolvimento do projeto de intervenção, constatamos que 100% deles

receberam busca ativa mediante a visita realizada pelos ACS, conhecendo os motivos pelos quais não compareceram às mesmas e agendando um novo horário de atendimento. Do total de 503 usuários estiveram faltosos no mês 1, 5 idosos; no mês 2, 29 idosos e no mês 3, 40 idosos. Todos estes foram buscados, o que representou 100% de buscas ativas nos três meses de intervenção. O que contribuiu para o alcance desta meta foi a preocupação e o esforço da equipe no sentido da captação dos usuários faltosos.

Objetivo: 4- Melhorar o registro das informações.

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

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, realizamos a capacitação da equipe e incentivamos os registros de todos os idosos nas fichas espelho. No mês 1 foram adequadamente registrados 66,6% (261 de 392 idosos cadastrados); no mês 2, 68,9% (290 de 421 idosos cadastrados) e no mês 3, 100%, o que representou os 503 idosos cadastrados. Os usuários atendidos foram incluídos semanalmente na ficha espelho e esta será uma ferramenta para a continuidade do trabalho, auxiliará no monitoramento das ações e no melhoramento da qualidade de vida dos idosos.

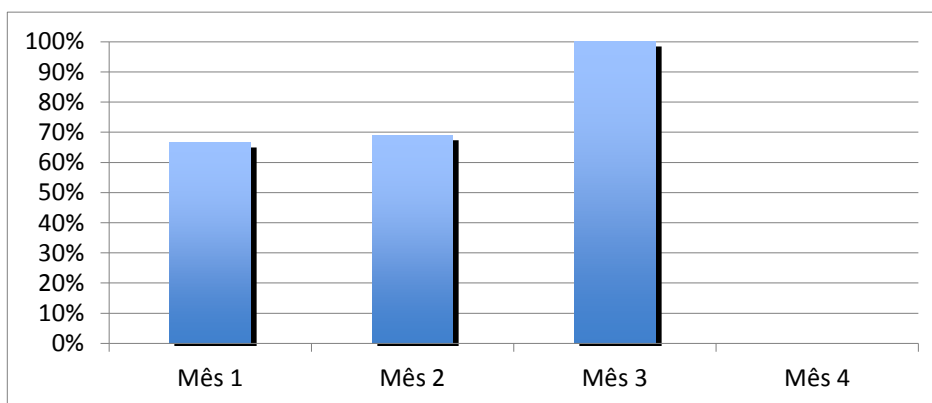


Figura 8: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

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

Analisando o indicador de distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, atingimos no mês 1, 100% dos usuários (392); no mês 2, 98,3% dos idosos (414 de 421) e no mês 3, 88,7% dos idosos cadastrados, o que correspondeu a 446 de 503 usuários. Estamos conversando com a secretaria de saúde do município a

este respeito e em breve será garantida a entrega da caderneta a todos os idosos de nossa área de abrangência.

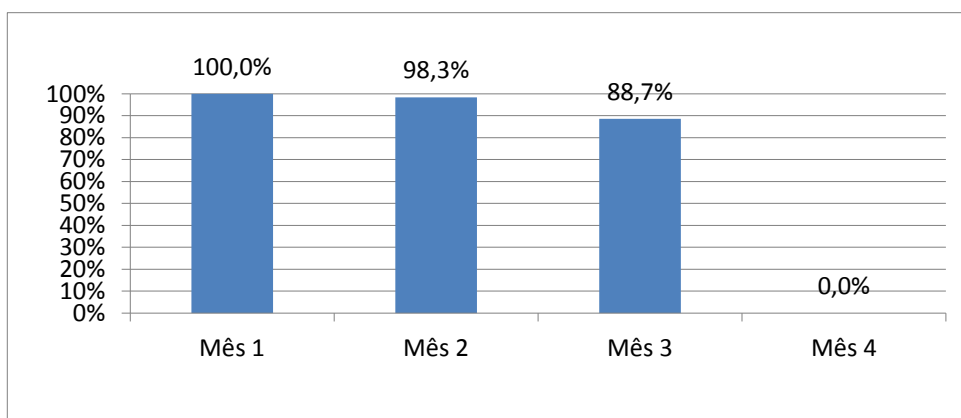


Figura 9: Proporção de idosos com cadernetas de saúde da pessoa idosa.

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.

Procurando reconhecer o perfil de risco para morbimortalidade da população alvo do estudo 100% dos idosos cadastrados foram avaliados ao longo dos 3 meses de intervenção, sendo 392 no primeiro mês, 421 no segundo mês e 503 no último mês de intervenção. O conhecimento de doenças e o alerta sobre os fatores de risco para as doenças podem auxiliar na percepção de saúde e qualidade de vida dos idosos; sendo estes indivíduos em sua maioria, portadores de enfermidades crônicas não transmissíveis, consideramos que com prevenção e autocuidado poderão mantê-las controladas.

Da mesma forma garantimos a 100% dos idosos, avaliação para fragilização na velhice (503 usuários ao todo), ao longo dos 3 meses de intervenção. Buscou-se conhecer a capacidade funcional para avaliar o estado de bem-estar dos mesmos, apresentando aspectos do aumento da expectativa de vida e as novas repercussões deste aumento sobre o dia-a-dia desses indivíduos.

Analisamos ainda em cada atendimento, seja na UBS ou no domicílio, a rede social de que compartilha cada idoso. Toda a equipe foi capacitada para fazer esta avaliação, em especial os ACS. Constatamos que 100% dos idosos recebeu

avaliação da rede social ao longo das 12 semanas, sendo também 392 no mês 1, 421 no mês 2 e 503 no último mês de intervenção.

#### 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.

A prática dos hábitos alimentares saudáveis é fundamental na melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas, especialmente nos idosos; 100% dos idosos participantes da intervenção (503 pacientes) receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, e estas foram realizadas por meio de palestras na comunidade onde foram esclarecidas a maioria das dúvidas dos idosos. Na unidade não temos nutricionista, mas contamos com apoio da profissional do município nestas atividades.

Além disso, a probabilidade de aparições de doenças crônicas aumenta com a idade e o cuidado no sentido da prevenção pode ser realizado por meio da prática regular de exercícios físicos, retardando ou diminuindo o surgimento das mesmas, atuando diretamente na elevação da saúde e na prevenção de problemas osteomusculares, enfermidades cardiovasculares, além da melhoria da capacidade respiratória, controle da obesidade, na energia muscular, na memória recente, na cognição e nas habilidades sociais. Ao longo de nossa intervenção, 100% da população alvo (503 pacientes) recebeu orientação sobre a importância da prática regular de atividade física. Para realizar esta tarefa foi importante a participação de educador físico, que realizava as atividades na comunidade com apoio dos ACS.

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

O objetivo fundamental das orientações relacionadas a este indicador é promover o aumento de ações educativas de saúde oral e necessidade de assistência odontológica, além de orientar quanto à adoção de práticas saudáveis para a manutenção da saúde bucal. No mês 1 da intervenção 95,9% dos idosos recebeu orientação sobre higiene bucal (376 de 392 usuários); no mês 2, 96,2% (405 de 421 usuários) e no mês 3, 100% dos usuários recebeu esta orientação, representando 487 dos 503 idosos cadastrados.

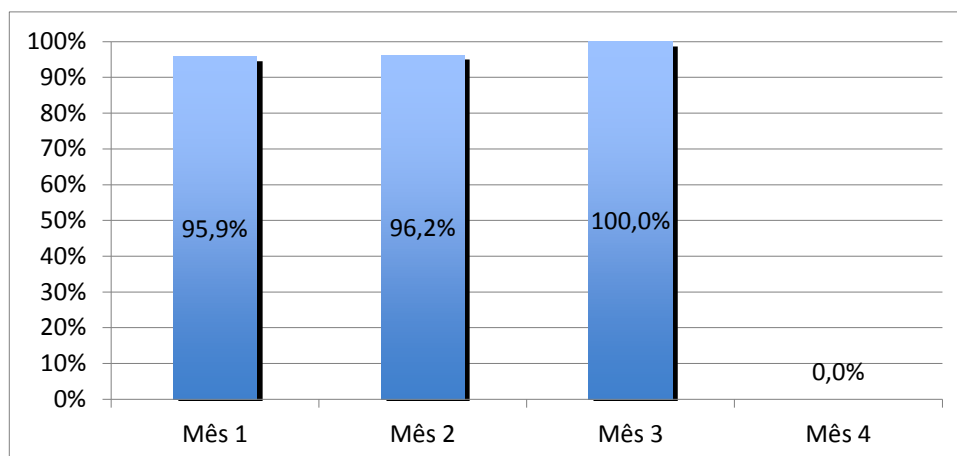


Figura 10: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

## 4.2 Discussão

O processo de envelhecimento, que antes era limitado aos países desenvolvidos, está ocorrendo nos países em desenvolvimento e de modo mais rápido.

Este trabalho de intervenção proporcionou uma ferramenta para a ampliação da cobertura e qualidade da atenção da saúde do idoso, melhorando assim os registros, além da realização da avaliação multidimensional rápida, do exame clínico apropriado e dos exames laboratoriais a todos os pacientes alvo. Com isso, foram dados os primeiros passos para o melhoramento da qualidade de vida da população idosa adstrita unidade e conhecer seu estado de saúde atual.

Uma das primeiras atividades da intervenção foi a capacitação da equipe de saúde. Para eles foi muito importante porque conheceram as recomendações do Ministério da Saúde relativas à Saúde da Pessoa Idosa; também admitiram as atividades a realizar e a rotina de trabalho; todas estas atividades contribuíram para a união da equipe e promoveu a integração entre todos os profissionais.

Anteriormente ao projeto as atividades de atenção aos idosos eram feitas fundamentalmente na unidade de saúde, e baseadas no tratamento das doenças clínicas, sendo realizado pelos médicos, enfermeira e técnico de enfermagem; com o início da intervenção o trabalho da equipe converteu-se em uma rotina e deixou a unidade para ser efetivado nas comunidades, viabilizando atenção a um número cada dia maior de pacientes. Todo integrante da equipe conhecia seus desempenhos e o trabalho sempre foi desenvolvido de modo integrado; os agentes

comunitários conheciam as orientações a oferecer aos pacientes, as quais apresentaram grande aceitação e abordaram fundamentalmente sobre: orientação nutricional, a importância da prática de exercícios físicos, envelhecimento saudável, alimentação saudável, a importância da consulta médica e odontológica e o valor de fazer o tratamento das doenças agudas e crônicas, além de outras atividades.

O técnico de enfermagem fazia a verificação da pressão arterial dos pacientes e o teste de HGT aos que precisavam, além de fazer o acolhimento dos pacientes; a enfermeira foi encomendada de completar a avaliação de redes sociais, a avaliação para fragilização na velhice e a avaliação de risco para morbimortalidade; os médicos foram os responsáveis pela avaliação multidimensional, exame clínico, a prescrição do tratamento e dos exames laboratoriais aos pacientes que precisavam e o preenchimento dos dados dos usuários na ficha espelho e no diário de intervenção. Um dos ACS foi o encarregado do preenchimento dos dados gerais; a equipe toda fazia as visitas domiciliares.

Em função de seu estado de saúde, algum paciente precisou ser atendido na unidade e seu agendamento foi priorizado e feito na hora. Tudo isto proporcionou o melhoramento do programa HIPERDIA, além da otimização da agenda para garantir a atenção à demanda espontânea.

O objetivo da intervenção é qualificar a atenção a saúde do idoso e como só abarcou as pessoas idosas, ainda é pouco percebido pela comunidade e gerou certa insatisfação na mesma; isto aconteceu porque não conheciam os objetivos da intervenção e porque os idosos foram priorizados. No entanto a população alvo se sentiu satisfeita, porque foi a primeira vez que seu atendimento foi priorizado. Com tudo, é indispensável sinalizar que muitos idosos precisam de avaliação e por isso prosseguiremos trabalhando, ainda com o término da intervenção.

O desafio maior para a equipe de saúde está no diagnóstico e prevenção dos riscos para os pacientes. Percebe-se, no contexto apresentado, a relevância de um olhar mais atento da sociedade para com sujeitos que se encontram na idade a partir dos 60 anos de idade. Na unidade jamais foi desempenhada uma análise situacional, o que facilitou a intervenção. A primeira atividade feita nas comunidades foi uma palestra onde participaram os pacientes alvos da intervenção. Aclaramos tudo sobre o Projeto e sua importância para a população da área de abrangência sobretudo para os idosos.

Quanto aos resultados esperados quando o próprio fora finalizado, faltou uma maior articulação com a comunidade e explicar tudo para os outros usuários que não se enquadravam na intervenção. Assinalar que a equipe está unificada e ficou entusiasmada com a prática da intervenção na rotina da unidade, sendo a metodologia aplicada a outros programas e assim informar na direção de uma melhor qualidade de vida das pessoas da área de abrangência.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

O projeto Intervenção com foco na Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Marina, Cachoeira do Sul-RS teve como objetivo principal de qualificar a atenção a saúde na área correspondente à Área da UBS Marina do município de Cachoeira do Sul. Esta unidade tem uma população estimada de 6066 usuários, sendo 607 destes idosos. A intervenção teve a duração de 12 semanas e participaram do estudo 503 idosos (82,8%).

Foram analisados indicadores como: Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, histórico de HAS e/ou DM e a solicitação de exames complementares aos pacientes que precisassem; conheceu-se os idosos acamados ou com problemas de locomoção, avaliamos quanto à necessidade de atendimento odontológico, analisamos a quantidade de idosos que tinham Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realizamos avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, da rede social e de risco para a saúde bucal. Os idosos receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados com a saúde bucal; os dados foram recolhidos na Ficha Espelho e na Planilha de Coleta de Dados, disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família.

Ao longo da intervenção foi evidenciado que a proporção de usuários diabéticos e/ou hipertensos é de 343 pessoas; 343 pacientes possuem prescrição de medicamentos da farmácia popular, 27 pacientes acamados ou com problemas de locomoção foram visitados, 435 usuários receberam atendimento odontológico, 100% dos pacientes recebeu avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação para fragilização na velhice e avaliação de rede social. Além disso, 100% dos pacientes receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, orientações de prática de atividade física e orientações acerca de cuidados em saúde bucal.

O projeto foi muito importante para que o paciente idoso fosse avaliado quanto a sua saúde integral, para habilitação da equipe sobre a saúde do idoso, para a promoção da saúde da comunidade e para o vínculo entre equipe/comunidade/gestão, o que provocou troca de informações e ideias sobre melhorias do processo de trabalho e do ambiente de trabalho.

São indispensáveis algumas melhorias para que haja um trabalho mais integral a saúde da população idosa, especialmente quanto aos equipamentos e suprimentos da UBS, garantindo que este trabalho seja continuado; para isto, contamos com o apoio da gestão na continuidade deste e no desenvolvimento de outros projetos.

Ressaltamos que o tema é abarcante e a intervenção muito importante. Neste sentido, sugerimos habilitação de todas as unidades de saúde a respeito do tema e se possível realizar a intervenção em todas as UBS do município de Cachoeira do Sul-RS.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Nossa intervenção ocorreu na UBS Marina no período de abril a junho de 2015 e ao longo deste período toda a população idosa da área de abrangência foi convidada a participar do cadastramento e das atividades estabelecidas, com o objetivo de melhorar a atenção a este grupo.

Esta unidade é responsável por garantir a saúde de 6066 usuários, os quais estão distribuídos em diversas comunidades. Destes, 607 possuem 60 anos ou mais e, deste total, 503 foram cadastrados e participaram da intervenção ao longo de 12 semanas. Durante este período foram visitadas todas as comunidades, avaliados os usuários idosos e visitados pacientes que apresentam problemas de locomoção ou acamados, além de outros pacientes que por outros motivos solicitaram ser visitados em seus domicílios.

Estabelecemos as consultas clínicas, realizando o diagnóstico precoce de patologias frequentes nesta faixa etária, como HAS, DM, Alzheimer, quadros depressivos, entre outros. Por meio do trabalho conjunto com os colegas da equipe conseguimos facilitar o acesso ao serviço e o agendamento das visitas domiciliares. Também foram realizadas avaliações quanto à necessidade de atendimento odontológico e todos os idosos cadastrados receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidada de saúde bucal. Avaliamos a rede social e realizamos ainda a avaliação multidimensional rápida do idoso.

A intervenção foi muito importante para a comunidade idosa, pois permitiu uma completa avaliação da sua saúde; além disso, permitiu uma melhor organização do serviço e a organização de atividades de promoção da saúde (palestras) para os idosos abordando diferentes temas; fortaleceu o vínculo entre equipe/comunidade/gestão, promoveu a troca de conhecimento e ideias sobre

melhorias do processo e do ambiente de trabalho e garantiu melhorias na qualidade de vida das pessoas idosas pertencentes a nossa área de abrangência.

Agradecemos a comunidade pelo apoio fornecido ao longo destas 12 semanas e solicitamos que continuem nos apoiando e participando das ações em saúde para os idosos. Gostaríamos ainda de solicitar o apoio para outros projetos com foco em outros grupos populacionais da área, buscando garantir uma saúde integral e de qualidade para todos.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Minha opinião quanto ao curso é de que foi muito importante tanto para os idosos como para a equipe, especialmente para mim, pessoal e profissionalmente. Ao longo do desenvolvimento do mesmo a realização das tarefas me ajudou a conhecer o sistema de saúde brasileiro, além do que, os estudos diários e casos clínicos possibilitaram maior conhecimento sobre os protocolos clínicos e ajudaram a aprimorar o idioma.

Profissionalmente foi uma experiência única, pois minha prática profissional continuou melhorando a cada dia, sempre com uma nova experiência vivenciada, assim como enriquecendo meus conhecimentos. Com a organização do serviço e a implementação das ações da intervenção conseguimos visualizar melhoria da qualidade de vida dos idosos, o que é muito gratificante.

Tenho certeza de que o curso cumpriu com todas as minhas expectativas e permitiu o trabalho integrado de toda a equipe, aumentando o nível de humanização e de qualidade do atendimento prestado.

## 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.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed.172p. 2009.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel







## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida 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.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante