

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF número 1, no bairro  
Brasília, Cerro Largo/RS**

**Frank Naygle Guzman Jeffers**

**Pelotas, 2015**

**Frank Naygle Guzman Jeffers**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF número 1, no bairro  
Brasília, Cerro Largo/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.

Orientador: Niviane Genz

Co-orientadora: Vânia Priamo

Pelotas, 2015

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

J45m Jeffers, Frank Nauygle Guzman

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Número 1, no Bairro Brasília, Cerro Largo/RS / Frank Nauygle Guzman Jeffers; Niviane Genz, orientador(a); Vânia Priamo, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Genz, Niviane, orient. II. Priamo, Vânia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus colegas da equipe e aos usuários da unidade, pelo amor e pelo apoio que sempre recebi durante a construção do TCC.

## **Agradecimentos**

Tudo que conquistamos durante o transcorrer de nossas vidas são resultados de nossa dedicação, foco e persistência. Porém, nada conseguimos sozinhos.

Agradeço a Deus por não me deixar desistir apesar de muitas vezes o cansaço e o desânimo serem mais fortes que a minha garra.

Agradeço a toda equipe de Saúde da família e ao secretário de saúde do município de Cerro Largo pelo apoio e auxílio ao longo de toda a execução deste projeto. Quero agradecer a minha colega médica Andrea, pela ajuda na realização do projeto e pela dedicação e entrega.

Obrigado aos familiares dos idosos e aos idosos que acreditaram no meu trabalho e ajudaram para que esse projeto acontecesse.

Minha gratidão às minhas orientadoras, Vânia e Niviane que sempre buscaram sanar as minhas dificuldades durante todo o curso de especialização em Saúde da Família. Sua paciência e apoio foram fundamentais para que chegássemos ao final desse projeto.

À UFPel/UNASUS por me proporcionar a oportunidade de me tornar especialista em Saúde da Família. Aprendi muito com todos, inclusive com os meus colegas de pós. Obrigado a todos.

## Resumo

JEFFERS, Frank Naygle Guzman. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF número 1, no bairro Brasília, Cerro Largo/RS.**2015. 86f. 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.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência, que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Diante desta perspectiva, a equipe da Unidade de Saúde número 1, do Bairro Brasília, no município de Cerro Largo/RS, com 3.357 habitantes em sua área de cobertura, a partir da análise situacional verificou a necessidade de implementar uma intervenção em saúde para promover a melhoria da atenção à saúde das pessoas com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência. Para esta intervenção, realizada entre fevereiro e junho de 2015, inicialmente os ACS realizaram o cadastro de todos os idosos da área, incluindo os acamados e/ou com problema de locomoção. Após o cadastro foram desenvolvidas várias ações, tanto na Unidade quanto na comunidade para divulgação da intervenção. Os idosos foram avaliados em diversos aspectos tanto na saúde física quanto mental. Além disso, foram ofertadas orientações aos usuários quanto a aspectos nutricionais, importância da prática regular de exercícios físicos, higiene bucal e prevenção de acidentes. Na conclusão da coleta de dados obtivemos um total de 79,3% (363) dos idosos avaliados durante a intervenção. Ao final percebemos que o presente trabalho contribuiu para um maior empoderamento dos idosos e seus familiares para a prevenção de riscos e agravos. Desta forma melhoramos a qualidade do serviço de saúde e a qualidade de atenção à saúde deste grupo.

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

## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na ESF número 1 Bairro Brasília, Cerro Largo/RS, 2015. 56
- Figura 2 Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na ESF número 1 Bairro Brasília, Cerro Largo/RS, 2015. 59
- Figura 3 Gráfico da proporção de idosos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF número 1 Bairro Brasília, Cerro Largo/RS, 2015. 61
- Figura 4 Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015. 62
- Figura 5 Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015. 63

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DANT	Doenças e Agravos Crônicas não Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESF	Unidade de Estratégia da Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção .....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
4 Avaliação da intervenção .....	55
4.1 Resultados .....	55
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	75
Referências .....	77
Apêndices.....	78
Anexos .....	81

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde dos idosos pertencentes à Unidade de Saúde número 1, do Bairro Brasília, no município de Cerro Largo/RS. A análise da situação do serviço evidenciou a importância da realização de uma intervenção em saúde no serviço despertando nos profissionais pertencentes à unidade a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento dos idosos pertencentes à área de cobertura.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional apresentando o a descrição do município ao qual pertence a unidade, a descrição da própria unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

O segundo capítulo descreve a análise estratégica utilizada, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma para a execução das ações.

O terceiro capítulo apresenta o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. Já o quinto e sexto capítulos apresentam o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

O capítulo sete apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para este trabalho bem como os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

## **1 Análise Situacional**

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

Na unidade em que trabalho somos dois médicos, sendo um brasileiro e que não faz parte do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Compõe também a equipe uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma farmacêutica, uma técnica de Saúde Bucal e uma pessoa que realiza a higienização.

Nessa área, atendemos a população mais carente do município e há uma situação importante que é o uso exagerado de medicamento e muitas pessoas em tratamentos contínuos e com certo grau de dependência, levando-os a ficarem mais doentes. É uma população relativamente jovem e com baixo nível de educação, o que leva ao aumento das condições para o consumo de substâncias e dificuldade em seguir a conduta terapêutica orientada.

Organizamos na unidade um grupo para buscar trabalhar com esses problemas identificados e melhoramos as estratégias do trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas diferentes áreas. Aumentamos os momentos de bate-papos com a população sobre as doenças crônicas não transmissíveis com o objetivo de reduzir as complicações e a incidência na área de atuação.

Até agora, o PMMB teve muita aceitação por parte da população do município de Cerro Largo e isso é gratificante. Fico feliz com o apoio que tenho dos meus companheiros de trabalho. O ambiente de trabalho na unidade de saúde é muito bom o que contribui para trocas de experiências importantes entre todos.

Há dificuldades com a falta de apoio de alguns colegas no município e avalio que isso seja lamentável, mas o bom é que por enquanto este fato não interfere no meu trabalho, mas gostaria que percebessem que estamos aqui para ajudar.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Desenvolvo as atividades como médico pelo PMMB no município de Cerro Largo, situado no noroeste do estado que possui uma população de 13.289 habitantes segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013.

O município faz limites com Campina das Missões, Ubiretama, Guarani das Missões, Mato Queimado, Rolador e Salvador das Missões e dista da Capital do Estado (Porto Alegre) 498 km. Possui uma área com 177.674 km<sup>2</sup> a uma altitude de 211m acima do nível do mar sob um clima subtropical úmido. A economia está baseada principalmente no setor de prestação de serviços, comércio, indústrias e setor agrícola (soja, trigo, milho, suinocultura e gado de leite).

Cerro Largo, município de flora abundante, lindas paisagens, povo hospitaleiro, acolhedor e enraizada na cultura alemã. É conhecida pela capacidade de superação do seu povo, mostrando na sua história, a trajetória de imigrantes que acreditaram na força da união, do trabalho e do empenho.

Inicialmente, fundada como Colônia de Serro Azul em 1902, Cerro Largo emancipou-se em 1955. Hoje, o município ostenta uma economia vibrante com agricultura, indústria e comércio em pleno desenvolvimento, além de grandes investimentos na educação, esporte, turismo, tudo impulsionado pelo trabalho, dedicação e empreendedorismo de seu povo.

Ainda hoje, a cultura alemã é valorizada e resgatada através da preservação e conservação de suas casas originais, com o estilo arquitetônico “Enxaimel”, pela sua gastronomia típica, festas e eventos realizados no município, temperados com a hospitalidade do Povo Cerro-larguense.

Visitar Cerro Largo é vislumbrar matas nativas ainda preservadas, diversas grutas religiosas, a Praça da Matriz, a Igreja Matriz, monumentos e esculturas que

integram, num mesmo espaço, diversos estilos, o Centro Cultural 25 de Julho que contém um dos maiores acervos da Região. Em Cerro Largo, passado, presente e futuro convergem através da natureza, monumentos, esculturas e desenvolvimento industrial e tecnológico.

O serviço de saúde do município possui três Unidades de Saúde, duas são Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) e uma tradicional, não temos no município disponibilidade de atenção especializada, nem disponibilidade de serviço hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os usuários que precisam de internação tem que pagar pela consulta no hospital. Somente são atendidos gratuitamente os que são levados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Contamos com disponibilidade de exames complementares, pois o município conta com um laboratório.

A Unidade número 1 fica situada na área rural, é do tipo ESF, vinculada ao SUS. Possui uma equipe da saúde constituída por 2 médicos, um do PMMB e uma médica brasileira, uma enfermeira, uma técnica da enfermagem, uma técnica de consultório dentário, uma farmacêutica, uma recepcionista e uma higienizadora e estamos aguardando a chegada de uma odontóloga.

A Unidade possui boas condições e não é um local adaptado, pois foi construída para ser uma Unidade de Saúde apesar de pequena para a demanda de usuários que dia após dia tem aumentado e, muitas vezes, enfrentamos situações que temos que inovar para garantir qualidade no atendimento à todos.

A Unidade de Saúde possui em sua estrutura uma sala de recepção aos usuários, uma sala para os arquivos, um espaço para o almoxarifado, um banheiro para os usuários, dois consultórios médicos com banheiro, uma sala de atendimento odontológico, sala de enfermagem, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de vacinas, depósito de materiais para limpeza, sala para lavagem e descontaminação do material, banheiro para funcionários e copa/cozinha. Não apresenta barreiras arquitetônicas,

Temos boas disponibilidade de equipamentos e instrumentais para o atendimento, mas a demanda de atendimento, às vezes, é maior do que o esperado e necessitaríamos de ter mais. Quanto ao material educativo, temos acesso à internet, mas não contamos com muitas bibliografias impressas na unidade. As dificuldades, buscamos resolvê-las à medida que vão surgindo. Um

exemplo é a sala da recepção dos usuários que é muito pequena, assim dispomos de uma sala ao lado da unidade em que os usuários podem aguardar com mais comodidade até serem chamados para o atendimento.

Todos participam das ações de mapeamento da área de atuação da unidade identificando os grupos de risco (HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase, fumantes, crianças com menos de um ano, gestantes, especialmente adolescentes). Sinalizamos as redes sociais (grupo de idosos, grupos de mães, associação de moradores, conselho local, comércios locais, igrejas, escolas, entre outros). Todos participam das ações de territorialização, cuidando da saúde da população pertencente à área de abrangência no domicílio, nas escolas, associação de bairros e espaços comunitários e nas igrejas.

São realizadas pequenas cirurgias e procedimentos, atendimentos de urgências e emergências na Unidade. As ACS realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas desenvolvidas na Unidade.

Realizamos também atividades de grupo na Unidade entre eles o grupo de aleitamento materno, hipertensos e/ou diabéticos, saúde da mulher (incluindo o pré-natal), idosos, puericultura, cuidadores. Destes, todos os membros da equipe participam e, às vezes, outros profissionais do município como psicóloga, assistente social e nutricionista são convidados a participar.

Participamos de atividades de qualificação profissional. A maioria destas atividades de qualificação profissional para a gestão em saúde do caráter multiprofissional estão centradas no foco da transformação das práticas. Participam ACS, médicos, enfermeira e técnico de enfermagem, odontóloga e técnica de odontologia.

Os profissionais responsáveis para gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade são os médicos, a enfermeira, o odontólogo e a farmacêutica. Realizamos reunião de equipe mensalmente tratando de temas como qualificação da equipe, organização do processo de trabalho, discussão de casos, também planejamos estratégias para melhorar os atendimentos à população quanto às especialidades, pois necessitam ir a outros municípios para receber este atendimento.

A área adstrita da unidade possui 3.357 pessoas. Destas, 2005 são do sexo feminino e 1352 são do sexo masculino. O tamanho da equipe é adequada para o tamanho da área adstrita.

Na unidade, o acolhimento é realizado na recepção por todos os membros da equipe, nos dois turnos de trabalho. O tempo de acolhimento procura não exceder a 15 minutos. Após, os usuários são conduzidos ao atendimento com os profissionais médicos, enfermeira e odontóloga priorizando as emergências e urgências. Geralmente, o maior número de atendimentos é realizado pela parte da manhã, e em caso de excesso de demanda espontânea conseguimos transferi-la para o turno da tarde do mesmo dia, se o atendimento não for de emergência, urgência ou prioritário.

Na Unidade do bairro Brasília em que trabalho, temos registros das crianças entre zero e 24 meses separados dos outros prontuários. Além disso, temos separados também o registro de todas as crianças menores 1 ano. Assim, conseguimos manter um controle adequado além de termos acesso rápido aos dados quando necessário. Necessitamos aumentar o espaço do arquivo para acrescentar as crianças de até 72 meses.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 40 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 9% (18). Destas, 74% (23) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 13% (4) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 87% (27) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 100% (31) das crianças realizaram triagem auditiva e teste do pezinho, estão em dia com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Do total de 31 crianças menores de um ano acompanhadas 81% (25) estão com as vacinas em dia e recebeu avaliação da saúde bucal.

Mantemos um adequado acompanhamento de todas as crianças menores de 1 ano, uma vez que a maioria das mães seguem as orientações repassadas pela equipe. Identificamos que necessitamos aumentar debates sobre temas como alimentação das crianças, importância do aleitamento materno exclusivo até

os 6 meses, a introdução dos alimentos e a dieta das crianças, pois ainda são temas em que temos muita dificuldade entre as mães. Para isso capacitamos as ACS para que abordem sobre o assunto com o maior número possível de mães e/ou responsáveis para uma maior promoção à saúde. Também necessitamos ampliar a cobertura das ações de puericultura para crianças maiores de 1 ano até 72 meses seguindo o recomendado pelo programa do Ministério da Saúde.

Acompanhamos um total de 23 (46%) gestantes da estimativa de 50 gestantes estimadas para a área de cobertura. Das 23 gestantes acompanhadas 83% (19) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 57% (13) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde. 83% (19) das gestantes foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, mas a 100% (23) foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo, fornecido prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo. Também a 100% (23) foi avaliada quanto à saúde bucal e realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado.

Em relação ao pré-natal, realizamos consultas todos os dias da semana e também realizamos visitas domiciliares às gestantes em que oferecemos orientações a todas as gestantes. Orientamos e avaliamos a carteira de vacina para que todos possam estar em dia com as vacinas. Mantemos uma comunicação efetiva entre ACS, gestantes e equipe. Todas as ações estão estruturadas de forma programática orientadas pelo protocolo do Ministério da Saúde. Para o controle das ações mantemos registro em prontuário clínico e carteira da gestante. Ainda enfrentamos dificuldades quanto à captação precoce das gestantes, gravidez na adolescência, gestações não desejadas e/ou planejadas, acompanhamento às puérperas até 42º dia pós-parto, conscientização sobre a importância da amamentação exclusiva e a necessidade de uma maior interação do médico obstetra com o serviço da unidade de saúde.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 78% (31) do total de 40 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 100% (31) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, com registro da consulta, também oferta de orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Também tiveram as mães e o



abdome examinado, realizaram o exame ginecológico, estado psíquico avaliado e avaliação quanto à intercorrências.

Em relação aos cânceres de colo do útero e de mama, realizamos exames preventivos com periodicidade anual a todas as mulheres conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Também realizamos palestras nas comunidades, organizamos grupos de mulheres para trabalhar temas relacionados às patologias no sentido de prevenção das doenças. Todos os membros da equipe participam das atividades programáticas relacionadas à prevenção dos cânceres de colo e de mama e as mesmas são supervisionadas pelo médico e pela enfermeira. Todas as ações são registradas no arquivo específico permitindo acesso rápido. Mas apresentamos baixos índices de cobertura porque há muitas mulheres que não pertencem à área de cobertura que realizam os exames em nosso serviço e que não são acompanhadas como deveriam, pois o ACS não tem como realizar uma visita a pessoas fora da área de cobertura. A todas as mulheres com atraso na realização dos exames é realizado visita domiciliar alertando-lhe sobre a importância de manter em dia os exames a fim de garantir qualidade à sua saúde e identificação precoce em caso de alguma alteração.

Segundo dados do CAP temos um total de 924 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 779 (84%) mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade não alcançam o preconizado, pois 585 (75%) mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e 566 (73%) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias; 19 (2%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 9 (1%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e para 2 (0%) mulheres nos exames coletados estiveram presentes as células representativas da junção escamocolunar. Um total de 566 (73%) mulheres possuem avaliação de risco para câncer de colo de útero. A 585 (75%) mulheres foi oferecida orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

E do total de 346 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 215 (62%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 201 (93%) mulheres estão com mamografia em dia, receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama. Do total de mulheres acompanhadas, 14 (7%) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso.

Em relação à atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, planejamos ações que constam no protocolo emitido pelo Ministério de Saúde. Todas são de caráter programático e são monitoradas de 15 em 15 dias. Além das consultas e visitas domiciliares realizamos palestras nas comunidades, nas igrejas, nas indústrias que ficam na área de atendimento da Unidade de Saúde e ofertamos atividades didáticas e educativas para motivar a população a conhecer as características da hipertensão e do diabetes que dia a dia aumentam no mundo todo.

Temos um total estimado de 751 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 415 (55%) hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 210 (51%) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 265 (64%) dos hipertensos estão com os exames complementares periódicos em dia, 150 (36%) tem atraso das consultas em mais de sete dias. Mas, 415 (100%) receberam orientações sobre prática de atividade física regular, orientações nutricionais para uma alimentação saudável e possuem avaliação de saúde bucal.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 98% (209) do total estimado de 214 para a área. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 96% (200). Um total de 205 (98%) estão com os exames complementares periódicos em dia. Do total, 209 (100%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, avaliação de saúde bucal em dia, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

As ações são organizadas de forma programática e estruturadas pelo protocolo emitido pelo Ministério de Saúde. Contamos com registro específico para as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente para os usuários hipertensos e/ou diabéticos que são em maior número. Na Unidade, ainda temos que melhorar quanto ao planejamento das atividades para os usuários com hipertensão e/ou com diabetes para que todos façam consultas de forma regular, que não falem às consultas planejadas e que também recebam atenção de especialidades quando necessário e que não haja necessidade de muita espera. Toda a equipe participa ativamente das ações junto aos hipertensos e/ou diabéticos e procuramos sempre fornecer orientações de forma clara e simples para que todos possam entender as orientações ofertadas pela equipe para a manutenção da qualidade de vida às pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Quanto aos idosos, nas consultas avaliamos a condição física e psíquica desta parcela da população, ofertamos atendimento todos os dias da semana e o idoso sai da consulta com a próxima consulta programada agendada, Prestamos também atendimento aos idosos que apresentam problemas de saúde agudos em qualquer momento, realizamos visita domiciliar priorizando os usuários acamados, também desenvolvemos atividades como imunizações, promoção de atividades físicas, promoção a hábitos alimentares saudáveis, promoção a saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento do sedentarismo e tabagismo.

Acompanhamos 221 idosos perfazendo 48% da estimativa de 458 pessoas com mais de 60 anos. Dentre os acompanhados, 157 (71%) são hipertensos e 89 (40%) são diabéticos. Em nossa Unidade 109 (49%) dos idosos possui caderneta de saúde da pessoa idosa, a 112 (51%) idosos foi realizada a Avaliação Multidimensional rápida, 70 (32%) possui investigação de indicadores de fragilização na velhice, 83 (38%) idosos estão com o acompanhamento em dia, 68 (31%) possuem avaliação de saúde bucal, 119 (54%) possuem avaliação de risco para morbimortalidade e 49% (109) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular.

Utilizamos protocolo de atendimento aos idosos do Ministério da Saúde. Todos os profissionais realizam atendimento aos idosos e há monitoramento dos idosos em acompanhamento de 15 em 15 dias pelo médico e pela enfermeira. Temos registro específico em que arquivamos os dados obtidos nas consultas, o que facilita o controle dos acompanhados. A adesão da população às ações propostas é muito boa, cada dia são mais usuários que buscam pelo serviço prestado na unidade bem como há aumento da solicitação de visitas domiciliares para este grupo.

Nosso maior desafio na Unidade é conseguir que 100% da população pertencente à área de cobertura possa ser atendida com resolutividade pela equipe de saúde. Também é um desafio unir a atenção primária à garantia de internação hospitalar, pois apresentamos muitas dificuldades em relação às internações, atendimentos das urgências e emergências e de forma geral não contamos com apoio dos colegas que trabalham no hospital, o que torna muito mais difícil o trabalho para a equipe e resolutividade para a população.

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

Ao concluir a análise situacional na ESF Bairro Brasília comparando-a com a situação no início do curso creio que tenho uma visão mais ampla da realidade em que a mesma está inserida e que temos muito a fazer para melhorar a qualidade do atendimento à população bem como teremos que batalhar para melhorar o relacionamento entre os demais colegas médicos que atuam na região.

Conhecer de forma mais aprofundada a realidade da unidade permite dizer que agora percebo que a situação já está melhor e que algumas coisas já começaram a mudar. A população tem seus hábitos e costumes e que devem ser respeitados, mas aos poucos estão aceitando as mudanças propostas para o trabalho, a relação com os colegas brasileiros já melhorou e as ações planejadas já tem mais qualidade bem como a aceitação do trabalho pela população já pode ser considerada como muito boa.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

O tema melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas foi escolhido pela importância desta ação, pois a equipe de saúde pode desenvolver uma série de atividades com o grupo alvo (idosos) a fim de promover qualificação à saúde desta parcela da população. Sabemos que o país passa por uma transição demográfica e que em poucos anos também será um país com um contingente de população envelhecida e que os serviços de saúde também precisam se adequar para acompanhar esta mudança.

A Unidade de Saúde número 1, do Bairro Brasília no município do Cerro Largo, no Rio Grande do Sul, possui em suas dependências físicas uma sala da espera/recepção, uma sala da direção, dois consultórios médicos com sanitários, um consultório odontológico, um escovário, uma farmácia e uma sala para armazenamento de medicamentos, almoxarifado, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, sanitário para os usuários, sanitário para funcionários, cozinha, depósito de material de limpeza, lavagem e descontaminação de material, sala de

esterilização e estocagem de material, expurgo e depósito para lixo contaminado. Não possui barreiras arquitetônicas. A equipe é formada por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma técnica de consultório dentário, uma farmacêutica, uma higienizadora e 7 ACS.

A população da área adstrita é composta por uma população mais idosa e é considerada a área mais pobre do município. A Unidade possui em sua área um total de 3.357 usuários e destes 458 (13,6%) são idosos. Dentre os 458 idosos estimados para a área, 157 (71%) são hipertensos e 89 (40%) possuem diabetes mellitus. Um total de 109 (23,8%) são cadeirantes e/ou acamados. Desenvolvemos ações em saúde por meio de visitas domiciliares, encontros com grupos de idosos, grupos com hipertensos e/ou diabéticos, entre outras atividades. A qualidade da atenção à população atendida é considerada satisfatória pela comunidade, mas nossa maior ambição é acompanhar 100% dos idosos pertencentes à área, mas para este momento seremos mais realistas.

Acredito que o desenvolvimento desta intervenção, poderá ser de grande importância para a unidade de saúde assim como para a população alvo, pois permitirá um maior envolvimento da equipe com a população e um maior grau de implementação desta ação na unidade, conseguindo assim uma melhora na qualidade da atenção, que permitirá poder cumprir com o maior objetivo desta ação programática, que é alcançar melhoria na qualidade de vida deste grupo populacional. Existem algumas dificuldades que teremos que enfrentar ao longo do percurso desta intervenção, entre as quais temos o déficit de recursos para a realização de algumas ações em saúde, mas contamos com o apoio da Secretaria de Saúde que viabilizará o fornecimento destes recursos e também contamos com os integrantes da equipe que são o fator mais importante no desenvolvimento deste trabalho.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à saúde do idoso na ESF número 1, do bairro Brasília, Cerro Largo/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%, pois atualmente temos uma cobertura de 48% (221).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta3.1** – Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

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

**Meta4.1** – 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.

**Meta5.1** – Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16semanasna Unidade de Saúde número 1 do bairro Brasília no Município de Cerro Largo/RS. Para a realização dessa intervenção foram planejadas ações nos



eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidados a participar da intervenção todos os idosos estimados para a área de cobertura que perfazem um total de 458 idosos com 60 anos ou mais.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área adstrita da Unidade de Saúde.**

**Meta 1.1 – Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento e avaliação da intervenção sob responsabilidade do médico especializado e da enfermeira será realizado mensalmente. Realizaremos uma reunião com a equipe todas as primeiras quartas-feiras do mês. Além disto, também revisaremos todas as ações semanalmente para manter controle das ações e ofertar soluções de forma rápida às dificuldades que poderão surgir ao longo da intervenção.

Organização e gestão do serviço: Garantir cadastro e registro atualizado de 100% dos idosos na Unidade e no SIAB; melhorar o acolhimento para os usuários com mais de 60 anos e garantir material e insumos para a assistência, inclusive o de fundo educativo.

**Detalhamento:** As ACS serão as encarregadas em atualizar e garantir o cadastramento de 100% dos usuários com mais de 60 anos e solicitaremos à Secretaria da Saúde os insumos e materiais de fundo educativo para a realização de palestras em encontros com os grupos de idosos que criaremos.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo

na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso e dos grupos destinados a eles na unidade,

**Detalhamento:** As ACS serão capacitadas e serão as responsáveis para divulgar sobre os benefícios do acompanhamento dos idosos pelo serviço de saúde e as melhorias que isto poderá trazer para cada idoso, seus familiares e para a comunidade em geral. Também o pessoal da equipe de enfermagem e o médico especializando durante as visitas domiciliares explicarão a cada idoso sobre a importância de comparecer à consulta programada a fim de que sua saúde possa ser monitorada adequadamente e assim melhorar a qualidade de sua vida.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitação dos ACS para o acolhimento e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde incluindo os idosos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço de saúde e para acolher as necessidades do idoso dentro da unidade. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização

**Detalhamento:** A capacitação dos ACS será realizada pelo médico especializando por meio do Manual da pessoa idosa do Ministério de Saúde. Iniciaremos estas atividades antes da intervenção e a mesma deverá ser mantida durante a intervenção.

**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.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, pelo menos anual, em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os responsáveis pelo cumprimento da ação serão a enfermeira e o médico especializando. Pretendemos de forma sistemática manter controle dos idosos que serão atendidos durante a intervenção verificando os registros na ficha-espelho se a avaliação multidimensional rápida foi ou não

realizada. Retomaremos a avaliação seis meses após a primeira a fim de avaliar se houve alterações.

Organização e gestão do serviço: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

**Detalhamento:**A enfermeira e o médico especializando garantirão junto à Secretaria da Saúde os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos.

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

**Detalhamento:**No momento da consulta ao idoso a enfermeira e o médico especializando disponibilizarão todas as informações aos mesmos para que possam tomar conhecimento do acompanhamento que está sendo ofertado bem como tomarem conhecimento das limitações existentes e o que podem fazer para contribuir quanto à melhoria da qualidade de vida.

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

**Detalhamento:**Os responsáveis para capacitar aos demais membros da equipe para o atendimento aos idosos conforme o protocolo e para a realização da avaliação multidimensional rápida serão o médico especializando e a outra médica da unidade. Esta capacitação será realizada em dois momentos logo no início da intervenção.

**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.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os responsáveis para monitorar a realização do exame clínico com qualidade serão o médico especializando e a enfermeira. Controlaremos para que os idosos sejam atendidos na unidade de forma recomendada pelo protocolo, que os idosos estejam sempre com a avaliação clínica em dia e que todos os passos do exame físico aos idosos sejam seguidos. Para isto serão seguidas as recomendações do manual de saúde da pessoa idosa, do Ministério da Saúde.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidade.

**Detalhamento:** A responsabilidade das atribuições de cada membro da equipe será do médico especializando. Exporei o projeto de intervenção para toda a equipe para que tomem conhecimento das ações que deverão ser realizadas com o grupo escolhido para a intervenção. Também definiremos em conjunto as atribuições de cada integrante, pois a organização é fundamental para que o trabalho ao final obtenha os resultados esperados.

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

**Detalhamento:** A tarefa será desempenhadas pelas ACS durante visitas diárias na comunidade. Nos momentos de visitas serão aconselhadas a falar sobre a importância da prevenção, essência da atenção primária. Também a enfermeira e o médico especializando durante as visitas domiciliares discutirão com os idosos e seus familiares sobre os riscos aos quais podem estar expostos e que poderão gerar complicações aos mesmos sem não tiverem um conhecimento adequado sobre as doenças especialmente no caso de HAS e DM bem como se não realizarem o tratamento recomendado e de forma contínua.

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

**Detalhamento:** O responsável pela capacitação da equipe será o médico especializando para que todos possam tomar conhecimento de como deve-se realizar um exame físico completo bem como deve ser o preenchimento dos registros a fim de que todos possam realizar as atividades da mesma forma.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** A atividade será supervisionada pela enfermeira e pelo médico especializando avaliando os dados registrados nas fichas-espelho de cada idoso que já foi avaliado para manter controle dos idosos que realizaram exames laboratoriais e os que ainda devem apresentar os resultados dos exames na próxima consulta.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Será mantido contato com a Secretaria da Saúde quanto à possibilidade de firmar um contrato com laboratórios do município para que todos os idosos possam realizar os exames de forma rápida e estabeleceremos um sistema de alerta na ficha dos idosos que ainda não retornaram com os resultados para ir à busca do motivo do atraso da liberação dos mesmos.

Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares equanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Os responsáveis pela ação serão as ACS durante a realização das visitas domiciliares. As mesmas serão capacitadas para que

tomem conhecimento acerca da periodicidade de cada exame complementar que os idosos deverão realizar e orientarão aos mesmos sobre a importância de os realizarem. Esta informação será reforçada aos idosos e aos seus familiares no momento da consulta.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** O responsável pela capacitação será o médico especializando. Esta será realizada em momento de reunião de equipe anterior à intervenção e na primeira semana para reforçar as informações. Também durante toda a intervenção manteremos reunião de equipe semanal em que sempre haverá disponibilidade de esclarecimento de dúvidas que vierem a surgir.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** O monitoramento dos acessos aos medicamentos da farmácia popular será realizado pela farmacêutica e pelo médico especializando com apoio das ACS. Apresentaremos para a comunidade em momento de encontros sobre os direitos que todos têm para retirar os medicamentos nas farmácias populares caso os medicamentos estejam em falta no estoque de medicamentos na Unidade de Saúde. É muito importante que todos os usuários tenham a possibilidade de conseguir todos os medicamentos para o adequado tratamento.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamento e manter um registro das necessidades de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A responsável da atividade será a farmacêutica, pois ela manterá um monitoramento dos medicamentos quanto ao controle de validade dos mesmos bem como manterá a organização da farmácia e a identificação dos medicamentos facilitando a distribuição.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento**: As encarregadas da tarefa serão as ACS e a farmacêutica as quais informarão a comunidade sobre as possibilidades de pegar os medicamentos na farmácia popular com receita fornecida pelo médico a um preço muito econômico no caso de não ter os medicamentos no estoque da farmácia da Unidade.

Qualificação da prática clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento**: O responsável pela capacitação a toda a equipe será o médico especializando.

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

**Ações por eixo**:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

**Detalhamento**: O monitoramento do número dos idosos acamados será de responsabilidade da enfermeira e do médico especializando em que extrairemos a informação dos cadastramentos realizados pelas ACS.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

**Detalhamento**: O responsável da atividade somos o pessoal de enfermagem e eu, nós vamos garantir que os registros dos usuários idosos com problemas de locomoção ó acamados estejam sempre atualizados.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

**Detalhamento**: Os responsáveis para informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção ao idoso da Unidade de Saúde será a equipe de enfermagem, o médico especializando e os ACS em visitas domiciliares, em palestras na comunidade e em reuniões com os grupos de idosos.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

**Detalhamento:** O responsável pela capacitação das ACS será o médico especializando para que possam cadastrar os idosos acamados ou com problemas de locomoção de forma adequada.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento:** O monitoramento será supervisionado pelo médico especializando e realizaremos visitas domiciliares duas vezes na semana, no turno da tarde com participação das ACS, da enfermeira e da técnica de enfermagem e do médico especializando.

Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento:** A organização da agenda será realizada enfermeira e pelas ACS para que elas tenham um maior conhecimento sobre a área de abrangência da unidade com supervisão pela enfermeira e pelo médico especializando.

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

**Detalhamento:** A atividade de orientação à comunidade será realizada pelas ACS durante visitas domiciliares diárias e pelas palestras na comunidade com supervisão pelo médico especializando.

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

**Detalhamento:** A capacitação e supervisão junto às ACS será realizada pelo médico especializando. Durante as visitas domiciliares identificaremos os



idosos que necessitam do acompanhamento de usuários acamados e/ou com problemas de locomoção.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

**Detalhamento:** O monitoramento do número de idosos será rastreado e supervisionado pela enfermeira e pelo médico especializando de 6 em 6 meses.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os responsáveis pelo acolhimento dos idosos será o pessoal da equipe de enfermagem. Solicitaremos à Secretaria da Saúde para disponibilizar todo o material necessário para realizar a intervenção com qualidade e a encarregada para monitorar o material para a intervenção será a enfermeira.

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

**Detalhamento:** As responsáveis para orientar a comunidade sobre a importância de realizar verificação da pressão arterial serão as ACS durante visita domiciliar sob supervisão do médico especializando.

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

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e a supervisão será pela enfermeira.

**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).**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O número de idosos com Diabetes mellitus será monitorado de 6 em 6 meses com supervisão pelo médico especializando e pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

**Detalhamento:** As responsáveis pela tarefa será a enfermeira juntamente com a técnica de enfermagem e a farmacêutica para garantir um melhor acolhimento a todos os usuários idosos. Também serão as responsáveis em garantir material adequado para fazer os hemoglicotestes na unidade e criar o sistema de alarme. Todas as ações serão supervisionadas pelo médico especializando.

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

**Detalhamento:** As responsáveis em orientar sobre os detalhes para um adequado rastreamento do Diabete Mellitus sustentada com uma pressão arterial maior que 135/80 mmHg serão as ACS e o pessoal da equipe de enfermagem. A atividade será supervisionada pelo médico especializando.

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

**Detalhamento:** A capacitação será realizada pelo médico especializando a toda equipe no início da intervenção.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

**Detalhamento:** A avaliação será realizada pela técnica de enfermagem com supervisão pelo médico especializando, pois não temos odontólogo na unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

**Detalhamento:** A tarefa será executada pela equipe de enfermagem juntamente com a farmacêutica e supervisionada pela enfermeira.

Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

**Detalhamento:** A tarefa será realizada pelas ACS, pela equipe de enfermagem supervisionada pelo médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos.

**Detalhamento:** A equipe será capacitada pela enfermeira e supervisionada pelo médico especializando para que seja realizada a avaliação de forma adequada quanto à necessidade de atendimento odontológico.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

**Detalhamento:** O acompanhamento dos usuários idosos em acompanhamento será realizado parcialmente, pelo fato de não termos odontólogo na unidade e os usuários deverão ser atendidos em outra unidade ou que tenham um atendimento com seus dentistas particulares, a mesma deverá ser monitorada pela enfermeira e pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da

área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

**Detalhamento:** A equipe de enfermagem será encarregada pelo acolhimento aos usuários idosos, também pelo agendamento dos atendimentos para a avaliação da saúde bucal dos usuários. A encarregada pela supervisão será a enfermeira e o pessoal da Secretaria de Saúde será encarregada para contratar uma odontóloga para que a unidade possa ofertar este atendimento.

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

**Detalhamento:** As ACS serão as responsáveis para divulgar à comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e incentivar para que todos os idosos mantenham-se em acompanhamento odontológico bem como ouvir sugestões da comunidade sobre o assunto durante visitas domiciliares sob supervisão do médico especializando.

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

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pelo médico especializando observando o manual de saúde do idoso do Ministério da saúde.

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

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

**Detalhamento:** O monitoramento quanto ao cumprimento da periodicidade das consultas será realizado pela enfermeira e pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para busca dos faltosos e a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A ação será realizada pelas ACS e monitorada pela enfermeira e pelo médico especializando.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar a evasão dos idosos às ações na unidade. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** As encarregadas para informar sobre a importância da realização das consultas serão as ACS com supervisão da enfermeira e do médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**Detalhamento:** A capacitação dos ACS será realizada pela enfermeira e supervisionada pelo médico especializando baseado no protocolo da saúde dos idosos adotado na Unidade de Saúde.

#### **Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1–** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastrados na unidade de saúde.

##### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:**A ação será realizada pela equipe de enfermagem com avaliação das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao

atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco.

**Detalhamento:** Todas as ações propostas nesta meta será realizada equipe médica e de enfermagem com monitoramento dos registros pela enfermeira da equipe.

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A ação será realizada pelas ACS e supervisionada pelo médico especializando e pela enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do idoso.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e supervisionada pela enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pelo médico especializando e pela enfermeira semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Detalhamento:** Solicitaremos à Secretaria da Saúde do município a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A entrega da caderneta será monitorada pela enfermeira.

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

**Detalhamento:** As orientações serão fornecidas pelas ACS e supervisionadas pela enfermeira e pelo médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada pelo médico especializando e supervisionada pela enfermeira no início da intervenção.

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

**Meta 5.1 – Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, com atenção especial para estratificação do risco cardiovascular em idosos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

**Detalhamento:** A atividade será realizada pelas ACS durante as visitas diárias na comunidade e será supervisionada pelo médico especializando e pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

**Detalhamento:** Manteremos um espaço na agenda semanal para atendimento aos idosos com maior risco de morbimortalidade. A atividade será monitorada pela equipe de enfermagem e supervisionada pela enfermeira e pelo médico especializando.

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

**Detalhamento:** As orientações serão fornecidas pelas ACS durante as visitas domiciliares e pelos demais membros da equipe em palestras realizadas junto à comunidade e em reuniões com os grupos de idosos sob supervisão do médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe para sinais de morbimortalidade em pessoas idosas será realizada pelo médico especializando no início da intervenção.

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

**Ações por eixo:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

**Detalhamento:** O monitoramento dos idosos com indicadores de fragilização na velhice será realizado pela enfermeira e pelo médico especializando mensalmente.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

**Detalhamento:** O atendimento aos idosos fragilizados será priorizado oferecendo atendimento em qualquer horário na unidade com monitoramento pela enfermeira e pelo médico especializando.

Engajamento público: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

**Detalhamento:** A ação será realizada pelas ACS e supervisionada pela enfermeira.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

**Detalhamento:** A atividade de capacitação será baseada no seguimento de tratamento para que possa possibilitar ações de intervenção mais precisas. A capacitação será realizada e monitorada pelo médico especializando.

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

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

**Detalhamento:** O monitoramento dos idosos acompanhados que possuem rede social e os que possuem uma rede social deficiente será realizado pela enfermeira e pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

**Detalhamento:** A organização da atividade será realizada pelas ACS e pela equipe de enfermagem com supervisão da enfermeira e do médico especializando.



Engajamento público: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

**Detalhamento:** A atividade será realizada pelas ACS, pela enfermeira, pela técnica de enfermagem, pelo médico especializando em momentos de consulta, sala de espera, encontros com os grupos.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando baseado no protocolo da saúde do idoso do manual do Ministério da Saúde no início da intervenção.

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

**Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos idosos.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

**Detalhamento:** Os responsáveis pela orientação nutricional e pelo monitoramento de idosos obesos ou desnutridos será o médico especializando, a enfermeira, a técnica de enfermagem e as ACS. Todos serão capacitados para que possam fornecer orientações adequadas neste sentido devido à falta do profissional nutricionista na unidade.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

**Detalhamento:** O médico especializando definirá em conjunto com a equipe o papel de cada membro da mesma para promover mudança nos modos e estilos de vida dos usuários idosos a fim de minimizar complicações bem como procurar alterar alguns hábitos alimentares inadequados.

Engajamento público: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

**Detalhamento:**A orientação será fornecida pelas ACS sob supervisão da enfermeira e do médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:**A capacitação para a equipe será fornecida pelo médico especializando em virtude da ausência do profissional nutricionista na unidade.

**Meta 6.2 –Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários idosos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

**Detalhamento:** A atividade será monitorada pelas ACS por meio das anotações em fichas-espelho dos idosos e supervisionada pelo médico especializando.

Organização e gestão do serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

**Detalhamento:** O papel de cada membro da equipe será definido em reunião da equipe e supervisionada pelo médico especializando. Solicitaremos ao gestor municipal a parceria com um educador físico para oferecer atividades físicas aos idosos.

Engajamento público:Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

**Detalhamento:**A orientação será ofertada aos idosos e a comunidade pelas ACS sob supervisão do médico especializando.

Qualificação da prática clínica:Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando no início da intervenção baseada no manual de saúde do idoso,

do Ministério da Saúde e será continuamente supervisionada pelo médico especializando.

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais.

**Detalhamento:** O monitoramento das atividades será realizada pela enfermeira e pelo médico especializando sob revisão das fichas-espelho durante as consultas individuais.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** A organização do agendamento será realizado pela enfermeira para que todos possam ser atendidos de forma integral sem prejuízo as demais ações desenvolvidas na unidade.

Engajamento público: Orientar idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, do cuidado com as próteses dentárias.

**Detalhamento:** A orientação será fornecida pelas ACS capacitadas para tal sob supervisão do médico especializando.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas quanto à higiene bucal, cuidado com próteses dentárias.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada por um profissional capacitado na área para que todos possam fornecer orientações adequadas aos idosos quanto à higiene bucal e cuidados com a prótese dentária.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores listados a seguir estão relacionados às metas estabelecidas para este projeto de intervenção.

**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.

**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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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 Unidade com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

**Indicador 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.

**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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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.

**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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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**

Utilizaremos para a intervenção manual “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde, 2010 e o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” do Ministério da Saúde, 2013.

A equipe será capacitada baseada nos manuais referidos acima para que todos possam dispensar um atendimento de qualidade aos idosos. As ACS serão



capacitadas para que possam realizar o recadastramento de todos os idosos especialmente para que possamos tomar conhecimento do número exato de idosos acamados e/ou com problemas de locomoção que necessitam receber atendimento à domicílio.

Para o monitoramento da ação utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso, pois a mesma contém todas as informações necessárias para o adequado acompanhamento e a planilha eletrônica também disponibilizada pelo curso. A equipe também será capacitada para acolher a todos os idosos no serviço acolhendo as necessidades de todos conforme recomenda a Política Nacional de Humanização. A capacitação será de responsabilidade da enfermeira sob supervisão do médico especializando.

Ao gestor municipal solicitaremos a impressão das fichas-espelho em número suficiente para o total de idosos estimados para a área de cobertura bem como solicitaremos os instrumentos necessários para a realização da avaliação multidimensional rápida. Será adotado um modelo de protocolo de avaliação multidimensional rápida para que o processo seja unificado e todos os membros da equipe receberão treinamento para o preenchimento correto da mesma.

Solicitaremos exames clínicos aos idosos com hipertensão e/ ou diabetes, e manteremos sob responsabilidade das ACS buscas ativas aos idosos que não retornarem ao serviço com os resultados dos exames recomendados. Manteremos agendamento prioritário para atendimento aos idosos e especialmente para os provenientes da busca ativa a fim de que sejam imediatamente atendidos. As ações de planejamento ficarão sob a responsabilidade da enfermeira e o exame clínico sob responsabilidade do médico especializando.

A solicitação dos exames complementares definidos pelo protocolo serão garantidos por meio de pactuação junto gestor municipal solicitando agilidade na realização dos mesmos.

Sob responsabilidade da técnica de enfermagem, manteremos controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos disponibilizados na farmácia da unidade mantendo registro das necessidades de medicamentos utilizados pelos idosos acompanhados no serviço. Realizaremos um levantamento das

necessidades de medicamentos para que possamos manter o estoque atualizado conforme necessidade dos usuários.

Realizaremos um levantamento entre os idosos para conhecer quais são hipertensos e/ou diabéticos e melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores destas patologias para que tenham acesso facilitado aos medicamentos. Solicitaremos material novo para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) para a unidade de saúde junto a gestão local bem como aproveitaremos para solicitar o monitoramento destes materiais.

Garantiremos o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção capacitando os ACS para o cadastramento destes em toda área de abrangência e ainda organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares aos mesmos sempre que necessário.

O acolhimento para os idosos portadores de DM será melhorado com a capacitação da equipe, bem como será solicitado material adequado junto ao gestor para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Realizaremos capacitação constante da equipe, abrindo espaço em reuniões para discussões sobre acolhimento e manteremos os registros atualizados na ficha-espelho e na caderneta de saúde do idoso anotando os resultados do hemoglicoteste e sua periodicidade.

Os idosos avaliados no serviço serão encaminhados para avaliação e/ou tratamento odontológico mantendo horários para agendamento para eles de forma prioritária. Realizaremos palestras educativas sistemáticas, com enfoque na saúde bucal do idoso sob coordenação da odontóloga da unidade. Solicitaremos também à odontóloga para que capacite a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde sobre a promoção da prática de cuidados com a saúde bucal.

Manteremos as informações do SIAB atualizadas. Implantaremos a ficha de acompanhamento e pactuaremos com a equipe o registro das informações. Ficando sob a responsabilidade da enfermeira as atualizações. Solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. E buscaremos priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Oferecemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos em momentos de encontros com os grupos. Solicitaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver profissionais nutricionistas e educadores físicos para a melhoria da qualidade de saúde dos idosos.

Priorizaremos o atendimento dos idosos fragilizados na velhice pelo fato destes apresentarem um maior risco de adoecimento bem como priorizaremos o atendimento no serviço a todos os idosos sem necessidade de prévio agendamento. Manteremos visitas domiciliares especialmente aos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção e àqueles que possuem uma rede de atenção fragilizada ou estiverem em risco social buscando soluções para os mesmos na medida do possível junto à parcerias comunitárias.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Dentre as ações previstas no projeto de intervenção para serem desenvolvidas durante a intervenção na Unidade número 1 do bairro Brasília do município de Cerro Largo/RS durante o período de 12 semanas entre os meses de fevereiro e junho de 2015. Destaca-se a capacitação dos profissionais da equipe de saúde utilizando como referência o Manual Técnico do envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da saúde e capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde para realização de busca ativa dos idosos faltosos às consultas.

Destacamos que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi devida ao período de férias do especializando durante a intervenção a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, sem prejuízo das ações realizadas para a população.

Foram estabelecidas as atividades a serem desenvolvidas por cada profissional da equipe de saúde durante a intervenção. Também foi realizado o cadastramento, ainda parcial, da população idosa bem como dos acamados, pois alguns idosos não se interessaram em participar da ação e ao longo da intervenção tivemos uma perda entre os acamados.

A busca ativa aos idosos faltosos às consultas foi cumprida integralmente, pois as consultas programadas perdidas foram recuperadas em um tempo muito rápido, muitas vezes na mesma semana devido a um efetivo trabalho do grupo de ACS de nossa unidade. Novas investigações com solicitações de exames complementares para os idosos para o rastreamento de hipertensão e Diabetes mellitus também foram realizadas.

Entre as dificuldades vivenciadas cita-se a saída de férias de alguns dos membros da equipe. Além disso, no princípio da intervenção, houve falta de apoio por parte de dirigentes da prefeitura e da comunidade, também falta de confiança no projeto por parte de alguns membros da equipe, pois esta é uma atividade proposta pela primeira vez para ser realizada na Unidade de Saúde, mas não serviram como obstáculos para impedir o desenvolvimento da intervenção de forma positiva.

O contato com a liderança também foi no princípio, um pouco difícil, mas com o passar do tempo eles tomaram conhecimento do propósito do projeto e ao perceberem as primeiras mudanças na rotina do trabalho, especialmente quanto à saúde física e mental, houve melhora das relações.

Diariamente foi realizado atendimento clínico aos usuários idosos por meio de agendamento seguindo a todos os parâmetros estabelecidos pelo protocolo do Ministério da Saúde para atendimento à pessoa idosa. Este vem sendo cumprido sem atrasos no atendimento o que proporciona ao idoso um menor tempo de espera para ser atendido e também um aumento no número de atendimentos por ocasião do desenvolvimento da intervenção. O atendimento aos usuários acamados também foi realizado de forma integral, pois consideramos ser esta uma das atividades mais humanitárias que podemos fazer, uma vez que os usuários e seus familiares ficam muito gratos e esta é uma grande recompensa do trabalho realizado.

Apesar da falta de transporte realizamos a busca dos idosos faltosos às consultas e realizamos visitas domiciliares. Também por meio da realização de grupos de idosos tem se conseguido uma boa aceitação por parte da população. Nos encontros de grupos com os idosos foram trabalhados temas como importância da realização de atividades físicas para manutenção da saúde física e mental, alimentação saudável, controle das patologias, entre outros assuntos de interesse da população idosa.

Muitos idosos são portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus e pela fragilidade decorrente do envelhecimento as complicações podem ser ainda maiores se não acompanhadas e tratadas adequadamente.

Mantemos monitoramento das ações semanalmente aproveitando o momento das reuniões de equipe em que todas as ações era discutidas nos mínimos detalhes juntamente com todos os membros da equipe bem como era realizado o planejamento para as ações futuras.

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

Quanto às ações previstas e não desenvolvidas destaca-se a não realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês em virtude de desconhecimento que eu como médico ou outro profissional da unidade, ambos capacitados para isso poderiam realizar a avaliação e fazer o encaminhamento para consulta odontológica. Após diálogo com minha orientadora ao final do primeiro mês passamos a realizar esta avaliação. Ainda, ao longo do primeiro mês da intervenção, a primeira consulta programática com odontólogo para os idosos também não foi realizada por falta do profissional odontólogo. Houve diversos contatos com a gestão e com as lideranças na busca pela resolução da questão quanto à falta de um profissional odontólogo na unidade, mas a partir do segundo mês da intervenção passamos a contar com o serviço de uma odontóloga que está alocada na UBS central do município e que atende à demanda das 4 UBS do município.

Outra dificuldade vivenciada foi a falta de transporte eficiente para a realização das visitas domiciliares aos acamados, pois a distância das casas à unidade é grande.

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

Quanto a coleta e sistematização dos dados relativos a intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculos de indicadores, apresentamos problemas pelo fato de que ainda não temos implantado na unidade o sistema totalmente digitalizado. Estamos implantando-o juntamente com o desenvolvimento das ações da intervenção, o que multiplicou as atividades para os profissionais, mas conseguimos realizar a coleta e sistematizar e avaliar os indicadores sem dificuldades.

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

As ações propostas para a intervenção vêm sendo desenvolvidas conforme planejado e já se encontram inseridas na rotina da Unidade de Saúde. Assim, consideramos que a mesma poderá ser integrada ao serviço de modo a continuar promovendo melhoria na qualidade de vida da população idosa, mas devemos

pensar em estratégias e planejamento de ações para ampliar as ações aos demais grupos da comunidade. A equipe já está bem consciente disso.

Dentre os aspectos a serem melhorados para que isso ocorra, ainda não realizamos uma reunião com toda a equipe para discutir o assunto, mas penso que será necessário ajuste nos horários e dias das consultas para poder monitorar de forma adequada a realização das demais ações de forma efetiva bem como manter capacitações constantes com a equipe para que todos possam trabalhar na mesma direção.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Entre os meses de fevereiro e junho de 2015 foi desenvolvida uma intervenção em saúde na Unidade de Saúde de Estratégia de Saúde da Família, número 1, no bairro Brasília em Cerro Largo/RS objetivando promover melhoria na atenção à saúde do idoso. Esta unidade possui uma estimativa de 458 pessoas com 60 anos ou mais dentre as quais foram avaliados no período da intervenção um total de 363 representando 79,3% do total estimado pelo Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso.

Para um bom desempenho do projeto foram traçadas metas que por ocasião da conclusão do projeto foram avaliadas mediante os indicadores destinados para cada meta. Apresentaremos a seguir a avaliação das metas e dos indicadores analisando separadamente cada um dos indicadores.

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.**

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Para atingir a meta de ampliar a cobertura de atenção ao idoso pertencente à área de abrangência da unidade de saúde para 70% no período correspondente à implementação do projeto, organizamos, planejamos e implementamos ações junto à equipe e à comunidade.

A **figura 1** apresenta a distribuição do indicador de cobertura durante os meses de intervenção ficando no primeiro mês o acompanhamento e avaliação a um total de 112 idosos perfazendo 24,5% do total de 458 estimados para a área,

no segundo mês passamos para 48,7% (223) e no terceiro atingimos a 79,3% (363) de idosos avaliados durante o período da intervenção.

As principais dificuldades que apresentamos durante este período foi o período de férias, nos primeiros meses, dos profissionais de saúde, pois a maioria prefere o período de férias para os meses iniciais do ano e isso promoveu o atraso de algumas ações previstas e dobrou o trabalho para o pessoal que permaneceu na unidade e a falta da odontóloga na unidade impossibilitou que a maioria dos usuários realizasse a primeira consulta odontológica. Também enfrentamos dificuldade quanto ao transporte, mas foram poucas as vezes que ficamos desamparados neste sentido.

Entre as facilidades que contribuíram para o desenvolvimento das ações propostas encontra-se a boa comunicação com a equipe, o que permitiu que o trabalho fosse realizado bem como o apoio da Secretaria da Saúde, pois conseguimos resolver alguns problemas que surgiram durante a intervenção.

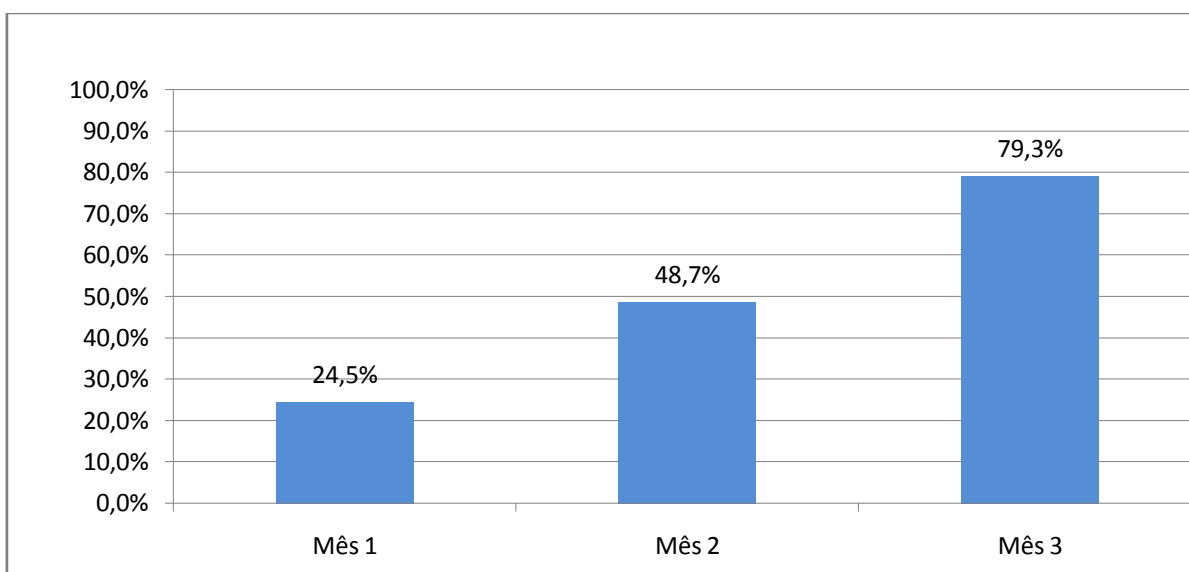


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na ESF número 1, Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015.

**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.

O segundo objetivo da intervenção era melhorar a qualidade da atenção ao idoso. Para isso foram traçadas várias metas com indicadores para poder avaliar as mesmas. Nossa primeira meta foi a avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos, a qual foi realizada em 100% (112) dos acompanhados durante o primeiro mês de intervenção, a 100% (223) no segundo mês e no terceiro mês também realizamos a avaliação multidimensional rápida a 100% (363) dos acompanhados.

O que mais contribuiu para o alcance desta meta foi o fato de que a maior parte da equipe mora também na mesma comunidade, isso foi muito vantajoso para nós, pois a comunicação com os idosos ocorreu de forma mais rápida e o controle dos usuários que não compareceram à consulta na hora foram recuperados quase sempre na mesma semana, apenas um usuário não teve a sua avaliação complementada com avaliação dos exames durante a intervenção porque faleceu ainda no primeiro mês da intervenção em decorrência de um acidente vascular cerebral (ACV).

**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.

Durante o primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado em dia a 112 idosos totalizando 100% de idosos examinados clinicamente, no segundo mês a 223 e no terceiro mês a 363 totalizando 100% de realização de exame clínico apropriado em dia aos idosos acompanhados.

A realização deste exame foi facilitado, pois o controle dos prontuários foi realizado semanalmente para conferência dos usuários idosos faltosos às consultas com busca ativa rápida dos mesmos facilitando o retorno dos idosos ainda na mesma semana não permitindo atraso quanto à realização dos exames clínicos.

**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.

A informação que transmitíamos aos usuários sobre a importância, e a disciplina deles durante a intervenção foram fundamentais para que o indicador solicitação de exames complementares periódicos fosse mantido em 100% durante todos os meses da intervenção. Os idosos, nesse sentido sempre foram muito receptivos e também a Secretaria da Saúde teve um papel muito decisivo, junto à coordenação conseguindo que os laboratórios existentes no município realizassem os exames prontamente. Assim, no primeiro mês 108 idosos realizaram os exames, no segundo mês um total de 219 idosos os realizaram e, no terceiro mês 359 idosos hipertensos e/ou diabéticos realizaram os exames complementares mantendo-os em dia conforme preconizado.

**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.

Trabalho na parte mais pobre da comunidade e a maior parte das pessoas dependem quase que totalmente da medicação disponibilizada pela farmácia popular. A princípio, alguns apresentavam dúvidas quanto à eficácia dos medicamentos disponibilizados pela farmácia (medicamentos genéricos), pois acreditavam serem muito fracos ou até mesmo sem qualidade, mas todas as dúvidas foram sanadas pelas palestras que realizamos na comunidade e nos encontros com os grupos também comentamos sobre o tema. Os ACS também contribuíram na divulgação da qualidade dos medicamentos em momentos de realização de visitas domiciliares. O resultado foi muito positivo, além de ainda faltar, por vezes, algum medicamento na farmácia.

Diante disso, durante o primeiro mês foi prescrito medicação da farmácia popular a 112 idosos, no segundo mês 223 e, no terceiro mês o total de 363 idosos que foram avaliados e acompanhados durante a intervenção estavam prescrição de medicamentos da farmácia popular totalizando 100%.

**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.

Conforme a **Figura 2**, do total de 27 idosos acamados estimados para a área de cobertura acompanhamos 29,8% (8) durante o primeiro mês, 59,3% (16) no segundo mês e a 100% (27) no último mês conseguindo alcançar o total estimado e comprovando que realmente este é o número de idosos acamados em nossa área com dificuldades de locomoção.

O que mais contribuiu para chegarmos a todos os idosos acamados foi o fato de termos recebido o suporte das ACS, pois as mesmas já realizavam um trabalho muito efetivo e com a intervenção este foi intensificado. Todas as ACS conhecem perfeitamente a sua área de trabalho, fato que possibilitou um monitoramento eficaz.

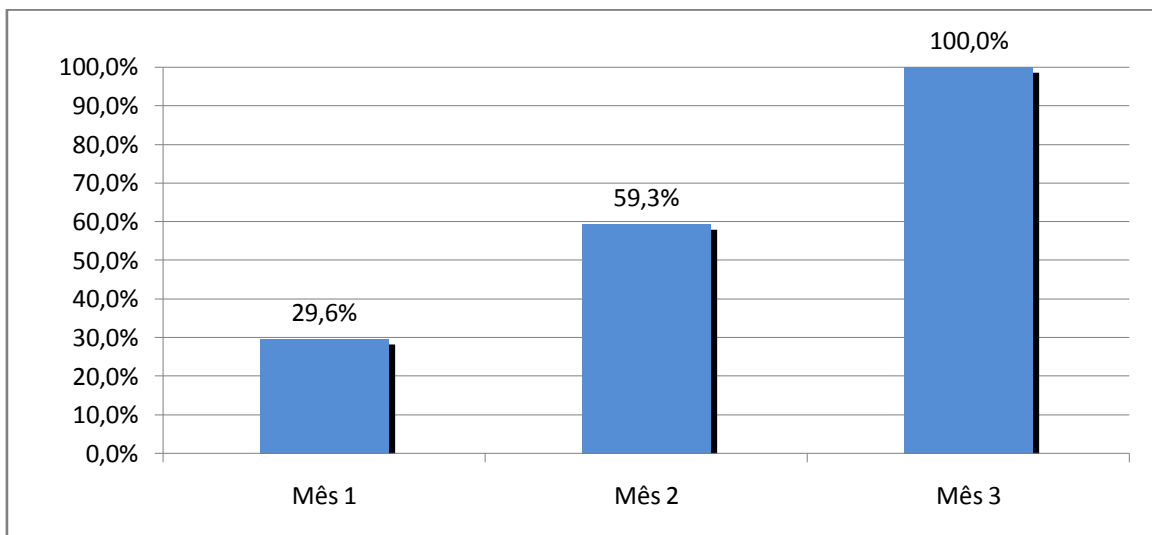


Figura 2 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na ESF número 1 Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015.

**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.

O apoio da Secretaria de Saúde garantiu o transporte da equipe para a realização das visitas domiciliares aos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção, pois os mesmos residem no interior do município. A realização de visitas domiciliares foi facilitado pelo fato das ACS conhecerem muito bem a área de abrangência de cada uma permitindo rápido acesso aos idosos acamados.

No primeiro mês, foram visitados 29,6% (8) dos idosos acamados, no segundo mês, este número subiu para 59,3% (16) dos idosos acamados com visita domiciliar realizada e, no terceiro mês foram visitados mais 11 idosos completando 100% (27) dos idosos acamados pertencentes à área de cobertura com visita domiciliar.

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

**Indicador 2.7:** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

**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.

No primeiro mês 112 dos idosos acompanhados foram rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica e 58 idosos para diabetes mellitus. No segundo mês somamos 223 idosos rastreados para hipertensão e 122 idosos para diabetes mellitus. No terceiro mês um total de 363 idosos para hipertensão e 277 para diabetes mellitus haviam sido rastreados, totalizando 100%.

As metas de rastreamento para hipertensão e para diabetes mellitus foram alcançadas pelo apoio das ACS na realização incansável de visitas domiciliares, pelo trabalho eficiente da equipe de enfermagem e pelo comprometimento por parte dos idosos em comparecerem às consultas agendadas.

**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.

No primeiro mês da intervenção não realizamos nenhuma avaliação da necessidade de atendimento odontológico porque não tínhamos pessoal de odontologia na unidade, isso foi um problema que impediu cumprimento do indicador nesse mês, pois o município também nesse momento não estava bem organizado neste sentido.

A partir do segundo mês conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 13,0% (29) do total de 458 idosos estimados para a área da unidade porque a Secretaria de Saúde contratou uma técnica de saúde bucal e uma odontóloga que trabalhavam somente 3 dias na semana e somente no horário da manhã em outra unidade.

Assim, no terceiro mês avaliamos um total de 42,1% (153) dos idosos. Isto foi possível pelo atendimento de uma parte dos idosos na outra unidade de saúde. Alguns idosos realizaram consultas odontológicas particulares.

A dificuldade para a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico centrava-se na falta de odontólogo no município. A ausência deste profissional era em todas as unidades do município, pois nenhuma das 4 unidades possuía odontólogo.

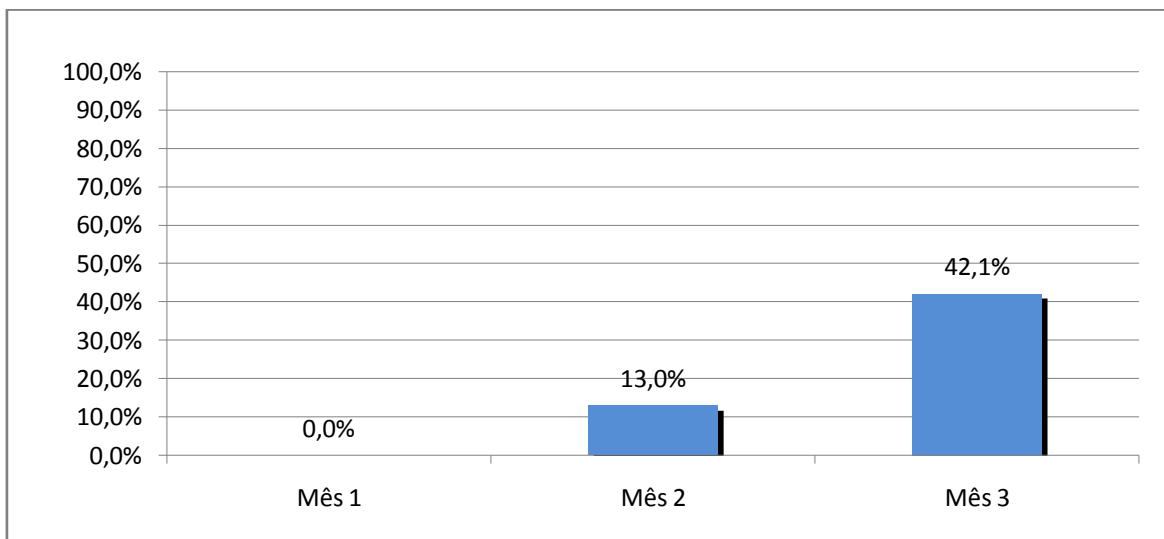


Figura 3 – Proporção de idosos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015.

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

**Indicador 2.10:** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Conforme a **figura4**, dentre os idosos acompanhados durante a intervenção nenhum realizou a primeira consulta odontológica programática durante o primeiro mês. Já no segundo mês conseguimos encaminhar 13,0% (29) para esta consulta e no terceiro mês 16,3% (59) a realizaram.

A grande dificuldade para a realização da primeira consulta odontológica programática deve-se ao fato de não termos o profissional odontólogo na unidade e nenhuma das outras unidades do município também não contava com o profissional durante o mês de fevereiro (primeiro mês da intervenção). A situação melhorou quando, no segundo mês, 13% (29) dos usuários realizaram a avaliação odontológica com o seu dentista particular e no terceiro mês um total de 16,3% (59) idosos tiveram atendimento odontológico na outra unidade pelo odontólogo contratado. Esta dificuldade foi informada à Secretaria da Saúde, mas a solução imediata não foi possível e ficamos sem alternativa, pois apenas alguns usuários conseguiram ser atendidos na outra unidade devido ao número limite de usuários para serem atendidos no dia e, além disso, não havia atendimento odontológico diário.

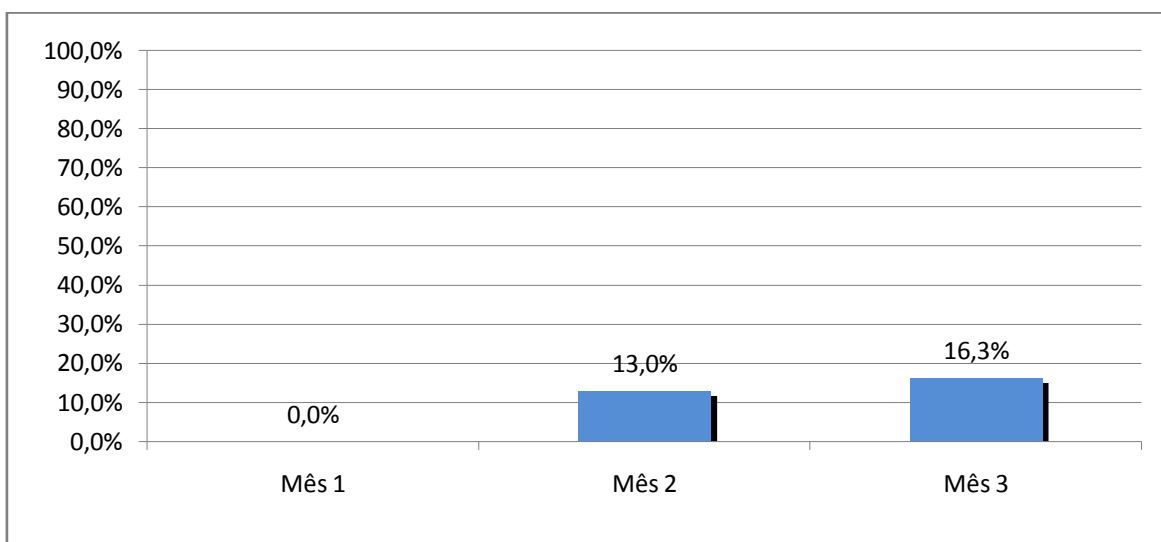


Figura 4 – Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015.

**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.

Durante a intervenção tivemos um total de 81 idosos faltosos às consultas. No período, os ACS realizaram a busca ativa de forma muito efetiva. No entanto, ao longo do primeiro mês dos 9 idosos que faltaram às consultas



apenas a um não foi realizado a busca em virtude do seu falecimento no período, ficando o gráfico distribuído com busca ativa a 89,9% (8) no primeiro mês, 100% (34) no segundo mês e 100% (81) no terceiro mês conforme a **Figura 5**.

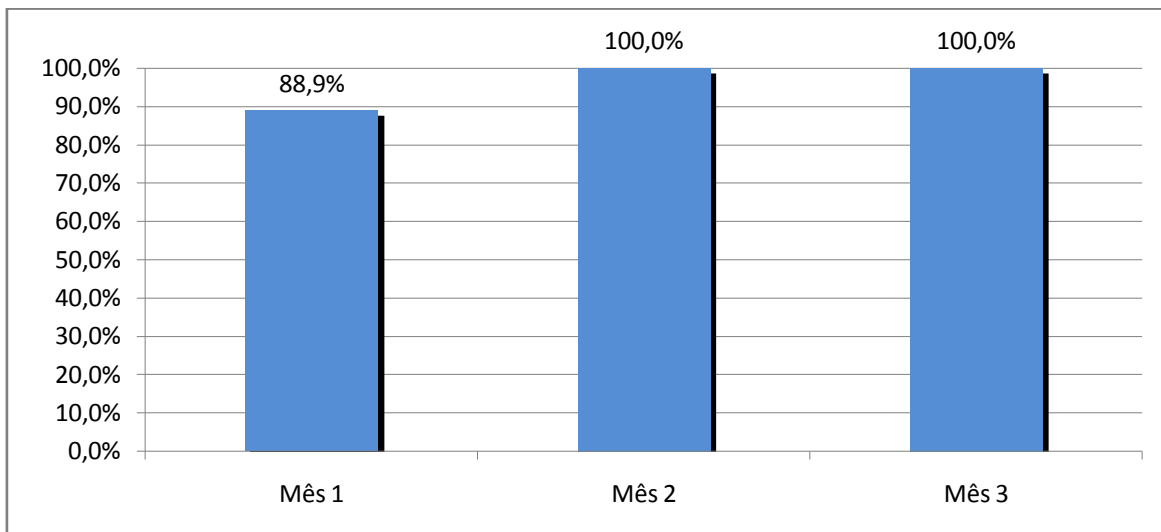


Figura 5 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Bairro Brasília, Cerro Largo, RS, 2015.

**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.

Ao longo do primeiro mês da intervenção 100% (122) dos idosos acompanhados tiveram registro adequado em ficha-espelho disponibilizada pelo curso realizado. No segundo mês também 100% (223) foram adequadamente registrados e no terceiro o percentual se manteve em 100% (363) idosos com registro adequado em ficha-espelho.

A meta foi alcançada pela perseverança da equipe, o dedicado trabalho das ACS e o comprometimento dos idosos às consultas programadas, pois seguiram as orientações com muita responsabilidade.

**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.

A caderneta de saúde foi distribuída no primeiro mês a 100% (112) dos idosos que compareceram à consulta programada, para 100% (223) dos idosos

no segundo mês também foram distribuídas as cadernetas e, ao longo do terceiro mês da intervenção entregamos aos 363 idosos acompanhados no período contemplando assim 100%.

A ação foi cumprida de forma integral devido ao apoio recebido por parte da Secretaria da Saúde que proporcionou a distribuição das cadernetas e pelo apoio da equipe de enfermagem que se encarregou pela distribuição para os idosos.

**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.

No momento em que realizamos um exame clínico completo estamos avaliando a pessoa para riscos de morbimortalidade, uma vez que no exame físico se avalia o funcionamento dos órgãos de forma individual e o exame físico realiza-se de forma geral, regional e por sistemas. Os 112 (100%) idosos que compareceram à consulta no primeiro mês foram avaliados para risco de morbimortalidade. Ao longo do segundo mês também mantivemos 100% (223) de avaliação de risco para morbimortalidade em dia e, no terceiro mês concluímos com 100% (363) dos idosos que compareceram a unidade avaliados para o referido risco.

A pontualidade dos idosos às consultas, mesmo que alguns não compareceram no primeiro momento agendado, mas compareceram após a realização da busca ativa é uma das razões pelas quais o indicador foi cumprido na totalidade bem como pela dedicação da equipe para com o trabalho proposto a ser realizado por ocasião do projeto de intervenção.

**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.

Os 112 idosos que foram à consulta no primeiro mês foram avaliados buscando a presença de indicadores de fragilização na velhice, totalizando 100%, também aconteceu para os 111 que compareceram no segundo mês totalizando

223 (100%) idosos bem como para os 140 usuários avaliados ao longo do terceiro mês somando 363 (100%) idosos avaliados no período da intervenção. Contribuiu para o cumprimento da ação a pontualidade dos usuários às consultas.

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

**Indicador 5.3:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Os 112 (100%) usuários que foram à consulta no primeiro mês foram avaliados quanto à presença de rede social em dia, também aconteceu para os 111 que compareceram no segundo mês totalizando 223 (100%) e aos 140 usuários do terceiro mês que também foram avaliados somando 363 (100%) idosos avaliados no período da intervenção. Contribuiu para o cumprimento da ação a pontualidade dos usuários às consultas, o trabalho eficaz da equipe de enfermagem e o conhecimento prévio dos usuários pelas ACS.

**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.

Os 112 (100%) idosos que compareceram à consulta no primeiro mês foram orientados quanto à importância da manutenção de hábitos alimentares saudáveis garantindo uma nutrição equilibrada. No segundo mês aos 111 idosos que foram atendidos em consulta também orientamos quanto às necessidades nutricionais e importância das mudanças de hábitos alimentares evitando alimentos gordurosos e muito salgados totalizando 223 (100%) idosos. No terceiro mês aconteceu o mesmo, pois mais 140 idosos que compareceram às consultas foram orientados somando 363 (100%) idosos orientados. A ação foi facilitada pela pontualidade dos usuários às consultas e pelo trabalho magnífico de toda equipe.

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

**Indicador 6.2:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Nesta meta também ao longo do primeiro mês 112 (100%) idosos receberam orientações quanto à importância da realização de prática regular de

atividade física e sobre os benefícios de uma vida não sedentária. No segundo mês, compareceram às consultas mais 111 idosos os quais receberam as mesmas orientações totalizando 223 (100%) idosos. No terceiro mês compareceram mais 140 idosos que somados totalizaram 363 idosos orientados durante a intervenção. A ação foi garantida, entre outras coisas, pela disciplina dos idosos, pois 90% deles incorporaram as atividades físicas à rotina de suas vidas referindo melhorias em sua saúde e essa é a prova de que as orientações foram realizadas de forma eficaz.

**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.

Para o cumprimento desta meta ao longo do primeiro mês 112 (100%) dos idosos receberam orientações sobre higiene bucal. No segundo mês, compareceram às consultas um total de 111 idosos e a todos foram fornecidas as mesmas orientações sobre a importância da higiene bucal com escovação dos dentes e/ou limpeza das próteses dentárias pelo menos duas vezes ao dia. Durante o segundo mês alcançamos 223 idosos orientados mantendo 100% de qualidade da ação. No terceiro mês, mais 140 idosos receberam orientação totalizando 363 idosos perfazendo 100% de cumprimento da meta.

Todos foram orientados no período da intervenção sobre a saúde bucal e sua importância a fim de manter um bom equilíbrio corporal. A ação foi garantida, entre outras coisas, pelo apoio da equipe, especialmente pelo pessoal da equipe de enfermagem, pelas palestras realizadas em grupos de idosos, pois nestes momentos houve colaboração por parte de todos sobre o tema bem como pela Secretaria da Saúde que disponibilizou material para as atividades.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em saúde realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2015 na Unidade de Estratégia de Saúde da Família número 1 localizada no Bairro Brasília do município de Cerro Largo/RS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação da pesquisa de

hipertensão e diabetes mellitus entre os idosos bem como a realização dos exames físico e laboratoriais aos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção além de classificação de risco a todas as pessoas com 60 anos ou mais.

A unidade possui em sua área de abrangência uma população de 3.357 usuários. Destes, 458 são pessoas com 60 anos ou mais das quais avaliamos e cadastramos ao longo da intervenção um total de 363 idosos. Hoje, esta parcela da população está muito agradecida pelas ações desenvolvidas junto a ela o que nos motiva a dar continuidade ao trabalho iniciado.

Para que esta parcela da população pudesse ser atendida conforme recomendado realizamos capacitações aos profissionais da Unidade de saúde sobre o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde e sobre como realizar a busca ativa dos idosos faltosos às consultas. Também estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática que seria desenvolvida no período. Assim, os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento de todos os idosos pertencentes à área adstrita da unidade, inclusive os acamados.

Semanalmente mantivemos monitoramento da intervenção (eu e a enfermeira da unidade) e, mensalmente, os demais membros da equipe participavam do monitoramento geral. Realizamos contato com as lideranças comunitárias para estabelecermos comunicação com a comunidade, oferecemos diariamente atendimento clínico aos idosos conforme cronograma da intervenção e realizamos encontros com o grupo dos idosos abordando temas específicos da saúde dos idosos aprimorando os conhecimentos dos mesmos por meio de esclarecimentos de dúvidas, mantemos constante busca ativa dos idosos faltosos às consultas, pesquisamos por pessoas com hipertensão arterial e/ou com diabetes mellitus entre a população idosa e realizamos atendimento aos idosos acamados conforme a necessidade de cada um.

A tarefa exigiu à equipe uma cooperação e unidade necessárias para poder desenvolver as ações relativas ao projeto sem afetar as demais ações que também fazem parte do trabalho na unidade de saúde. Assim, esta atividade promoveu o trabalho integrado dos médicos, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da auxiliar da dentista, da farmacêutica e da recepção.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, pois antes da intervenção quase todo o trabalho era centralizado na atenção médica e da equipe de enfermagem. Propiciou um monitoramento efetivo do grupo dos idosos, uma vez que tivemos a oportunidade de conhecer praticamente 100% do comportamento da morbimortalidade neste grupo etário. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos também foi um aporte muito positivo implantado com a intervenção, porque viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea planejada diariamente pela equipe.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade, talvez ainda não da forma como deveria se tivéssemos mais tempo disponível para realizar a intervenção, mas consideramos que os resultados foram muito bons e animadores porque a comunidade mudou sua forma de pensar com as ações desenvolvidas pelo projeto, uma vez que a equipe promoveu modificações nos estilos de vida propiciando por meio da educação em saúde aos usuários idosos e aos seus familiares algumas mudanças positivas, pois foram muitos os casos em que foi necessário intervir junto aos familiares que moravam com os idosos para alterar alguma rotina.

A satisfação com a prioridade no atendimento foi muito bem aceita pela população objeto de estudo não se constituindo em nenhum problema junto aos demais membros na comunidade na sala de espera, pelo fato que somos dois profissionais médicos na unidade e os dois trabalham na mesma equipe. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos usuários idosos sem acompanhamento. De certa forma, o tempo não foi nosso aliado nesse aspecto, mas agora a população já está acostumada com a forma de atendimento o que propiciará a continuidade das ações sem objeção nenhuma.

Se a intervenção fosse realizada a partir deste momento, eu discutiria com a equipe e com a Secretaria da Saúde as atividades que já vinham sendo planejadas para serem desenvolvidas para uma melhor organização das ações garantindo o cumprimento de 100% de todas as ações que foram predeterminadas para a intervenção.

Também faltou uma articulação junto a comunidade para explicar a todos sobre os objetivos, as metas e prioridades do projeto, talvez a cooperação da

população tivesse sido maior. Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, para incorporar a intervenção à rotina do serviço necessitamos superar algumas das dificuldades encontradas como a falta de coordenação entre a Secretaria da Saúde e a Unidade de saúde em alguns aspectos, como a disponibilização do transporte para a realização das visitas domiciliares. Ainda, devemos manter uma comunicação efetiva com a comunidade, mantendo palestras, atividades de grupos de idosos e a qualificação constante da equipe.

A incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção à rotina do serviço é viável, pois ainda precisamos avaliar e cadastrar o restante dos idosos pertencentes à área de abrangência da unidade e isto certamente será possível, pois não há um prazo delimitado para fazer isso e certamente a meta será cumprida com êxito.

Também a capacitação da equipe deverá ser mantida de forma contínua no serviço, pois isso garantirá a qualidade do desempenho da mesma. Além das visitas domiciliares já serem uma atividade diária no serviço, deveriam também ser priorizadas para o atendimento aos demais grupos sem alteração na rotina. Junto ao processo de intervenção iniciamos a informatização dos prontuários na unidade, pois essa forma permite acesso rápido aos dados dos usuários bem como segurança aos registros.

Agora estamos planejando investir, no menor tempo possível, na continuidade das ações iniciadas para ampliação da cobertura dos usuários idosos para 100% e investir na capacitação da equipe sobre saúde bucal, pois tivemos dificuldades quanto a execução das ações nessa área durante a intervenção.

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

A longevidade sem dúvida é um triunfo, muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, essas condições crônicas podem gerar um processo incapacitante afetando a funcionalidade das pessoas idosas e tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e quase sempre estão associadas (comorbidades).

Há no mundo importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, e o Brasil não fica isento disso, tendo grande relevância no contexto da saúde pública, seja por seu aspecto epidemiológico, social ou financeiro. É atribuição da atenção básica a coordenação do cuidado da rede de atenção à saúde, sendo as unidades básicas de saúde, onde trabalham as equipes da Estratégia de Saúde da Família, a principal porta de entrada do usuário.

Estas devem estar preparadas para realizar ações de prevenção que englobam a saúde dos usuários com doenças crônicas, enfatizando aqui, o programa de atenção básica aos usuários idosos. E função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idade avançada com o melhor estado de saúde possível.

Dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originados de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

Nosso maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para



que, apesar das progressivas limitações que possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e as limita. Por isso nosso maior empenho na realização de uma intervenção em saúde para esse grupo populacional teve como objetivo diminuir riscos e a ocorrência de complicações nesta faixa etária.

A intervenção teve a duração de 12 semanas direcionada para as pessoas idosas com 60 anos ou mais pertencentes à área da abrangência da Unidade Básica de saúde número 1, Bairro Brasília, Cerro Largo/RS objetivando melhoria da atenção à saúde dos idosos.

Durante o período da intervenção conseguimos alcançar 79,3% dos idosos perfazendo 363 pessoas com 60 anos ou mais. Foi impactante a cobertura atingida, levando em consideração o curto tempo da intervenção para cumprir e alcançar a meta de cobertura.

Para a realização de nossa intervenção nos auxiliamos no Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a), no livro de registros dos usuários hipertensos e diabéticos e Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, também (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

Durante 12 semanas a equipe dedicou-se ao trabalho em equipe para cumprir os objetivos da intervenção. Foram novas experiências para todos, já que não se acreditava na possibilidade de alcançar os resultados obtidos. Desde o início seguíamos o cronograma de atividades, que nos permitia organizar o trabalho, cumprindo com todas as ações propostas. Ressaltamos aqui o importante apoio oferecido pela Secretaria de Saúde, especialmente por parte do nosso gestor de saúde.

Todas as ações propostas para a melhoria da atenção aos usuários idosos foram cumpridas por meio de capacitação dos profissionais da equipe, com o estabelecimento do papel de cada um na ação programática, cadastramento de todos os idosos com mais de 60 anos, busca ativa de faltosos, atendimento clínico,

interação com os grupos de idosos, monitoramento e avaliação, entre outras. As metas foram cumpridas totalmente exceto o atendimento odontológico.

O fortalecimento do trabalho em equipe e a educação permanente também foram aspectos muito relevantes que a intervenção trouxe. Uma grande vitória foi conseguir reunir a equipe e fazer com que todos fizessem parte da intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto e o cadastramento de todos os usuários idosos.

Intervenções como esta são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Por isso consideramos importante que as ações da intervenção sejam incorporadas à rotina de trabalho da Unidade e que a mesma seja ampliada aos demais grupos da unidade como, por exemplo, atenção ao pré-natal e puerpério.

A equipe está disposta a manter e melhorar a unidade de equipe conquistada com a intervenção e trabalhar muito mais na atenção básica de saúde, manter ações coletivas na comunidade, atividades de grupos, participação das redes sociais para os usuários e assim aumentar as dimensões cultural e social na comunidade.

Colocamo-nos à disposição da gestão para quaisquer outros esclarecimentos sobre a intervenção realizada e contamos com o apoio para a implementação de qualificação das demais ações programáticas da atenção básica.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF número 1, do bairro Brasília, Cerro Largo/RS.

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

Ao longo de 12 semanas a equipe de saúde desenvolveu uma intervenção em saúde dirigida aos idosos com 60 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da Unidade Brasília do município de Cerro Largo/RS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde desta parcela da população. Para iniciar a intervenção criamos um cronograma para melhor organização das atividades que seriam realizadas. Apenas não foi possível oferecer atendimento odontológico, mas as demais atividades foram desenvolvidas sem grandes dificuldades.

Para oferecer atendimento qualificado aos idosos os profissionais da Unidade foram capacitados segundo o Protocolo do Ministério da Saúde. Todos os membros da equipe estão aptos para acolher aos idosos e oferecer uma atenção com a maior qualidade científica. Durante a intervenção avaliamos 363 idosos com 60 anos ou mais perfazendo 79,3% do total de 458 idosos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso.

Também melhoramos a qualidade dos atendimentos aos idosos, realizamos investigação para identificação de idosos com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus, melhoramos a adesão por meio da busca ativa de usuários faltosos a consultas, melhoramos o registro das informações, rastreamos os idosos com HAS para Diabetes Mellitus para risco de doença cardiovascular e realizamos ações de promoção à saúde direcionada para esse grupo populacional.

Mesmo assim ainda temos trabalho para ser realizado e por isso daremos continuidade às atividades realizadas durante o período da intervenção. As Agentes Comunitárias de Saúde foram as profissionais mais engajadas na intervenção quanto à orientação das medidas de promoção e prevenção à saúde dos idosos. A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para

atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da atenção.

Neste momento de finalização da intervenção com as ações incluídas na rotina do serviço pretendemos dar continuidade às ações de qualificação iniciando pelo grupo de pré-natal e puerpério para que a qualidade de atenção à saúde possa ser oferecida para todos os grupos na comunidade melhorando cada vez mais a qualidade de vida de todos.

Para tanto, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a intervenção realizada e solicitamos apoio por parte da gestão para dar continuidade à qualificação das demais ações na unidade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF número 1, do bairro Brasília, Cerro Largo/RS.

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

O curso proporcionou-me muita informação ao longo destes 12 meses de convivência, o que promoveu o meu crescimento pessoal bem como possibilitou crescimento para a equipe e para a própria comunidade aumentando a unidade entre todos. A cooperação e os esforços de todos os membros da equipe direcionados para a melhoria da atenção à saúde dos idosos permitiram ampliar meus conhecimentos sobre o Sistema de Saúde no Brasil bem como tive a oportunidade de conhecer os protocolos de atendimento de outras ações programáticas.

Também tive a oportunidade de conhecer a diversidade de cultura das famílias brasileiras que difere da cultura das famílias de meu país. Mas, de forma geral verifica-se que a base de tudo é o ingrediente principal denominado amor entre os integrantes de cada família.

A equipe também ganhou novas experiências ao incorporar uma nova maneira de desenvolver as atividades na rotina do trabalho em que o maior objetivo era aumentar o contato com a comunidade. Esse aumento permitiu que a atuação e a sensibilização fossem ainda maior entre as pessoas e com isso a prestação de um atendimento individualizado para cada usuário de acordo com as suas necessidades foi possibilitado pelo trabalho em conjunto com assistente social, nutricionista, instrutor de exercício físico, fisioterapeuta bem como o envolvimento de outras especialidades na dispensação da atenção integral aos idosos elevando a qualidade da atenção e ao final proporcionando ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Ao final de um ano de trabalho e dentro deste um ano três meses foram dedicados à intervenção que aplicado, a principio, apenas ao grupo das pessoas com 60 anos ou mais foi muito gratificante porque foi impossível não envolver outras pessoas de outros grupos e vejo que a confiança e a comunicação entre todos ao

compararmos entre o início até agora triplicaram e ficamos muito felizes ao ver os resultados positivos.

Percebo também a melhora em meu desempenho quanto ao manejo com a população que é muito diversa tanto social como culturalmente. O meu conhecimento do idioma português também ascendeu, pelo menos é a opinião da comunidade, assim como a capacidade de trabalho na equipe. Tive que melhorar o desempenho em informática, estatística, supervisão e também aprendi sobre investigação.

Enfim, minhas expectativas apesar de não terem sido cumpridas 100%, mas os resultados foram incríveis e me possibilitaram um trabalho muito proveitoso como profissional.

## Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em 8 dez 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

## **Apêndices**



## Apêndice A – Prontuário pessoal do idoso


**PREFEITURA MUNICIPAL DE CERRO LARGO**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**ASSISTÊNCIA MÉDICO - SANITÁRIA**


Nome: Facouna de Souza Batista Sexo: F  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Área PSF: \_\_\_\_\_ Título Eleitor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: 15/10/32 Lugar de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Profissão do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

IMUNIZAÇÃO	CONSULTAS - VISITAS - EXAMES DE LABORATÓRIO - PRESCRIÇÕES	ASSINA
	<p>DATA: <u>10/10/19</u> <u>120/70 mmHg</u> <u>1 = 75kg</u></p> <p>① Refere que vem apresentando sensação nasal turbulenta, teste positivo, zanguido no peito; sem demais queixas.</p> <p>② Duzelas, 2mg Ambraxel</p> <p>Solicitado: Raio-X seus da face.</p>	
	<p>DATA: <u>10/10/19</u> <u>120/60</u> <u>120 = 75kg</u></p> <p>① Apresentação de urina:</p> <p>Raio-X seus da face; Os passamentos da mucosa; do seu maxilar direito, tumoração do cometo maxilar</p> <p>② Amoxicilina 500mg</p>	



## **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

## Anexo E – Fotos autorizadas



Festa junina com o grupo de idosos e o pessoal da equipe.



Equipe da ESF número 1, Bairro Brasília, Cerro Largo/RS, 2015.