

**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 do Idoso, na Unidade de Saúde Antônio  
Prado, Antônio Prado, RS**

**Jany Primelles Rivero**

**Pelotas, 2015**

**Jany Primelles Rivero**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso, na Unidade de Saúde Antônio  
Prado, Antônio Prado, RS**

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

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R621m Rivero, Jany Primelles

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na Unidade de Saúde Antônio Prado, Antônio Prado, RS / Jany Primelles Rivero; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Cruz, Daniela Nunes, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus e minha família.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus que guiou meus passos e iluminou o meu caminho durante esta caminhada. Agradeço a minha professora e orientadora, que teve paciência e me ajudou a concluir este trabalho, sempre com muita dedicação e tenacidade para o melhor resultado. Agradeço as equipes de trabalho da UBS que com muita disposição e afeição ficaram sempre do meu lado, me apoiando e trabalhando com muito esforço. Agradeço à gestão pela ajuda durante a realização da intervenção.

## Resumo

PRIMELLES RIVERO, Jany. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na Unidade de Saúde Antônio Prado, Antônio Prado, RS. 2015.** 97fls. 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.

A Saúde da Pessoa Idosa é uma ação programática importante na Atenção Primária da Saúde devido que esta população encontra-se em uma faixa etária de risco e pode estar acometida por doenças e/ou agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante. Por esta razão entendermos ter sido importante realizar uma intervenção específica na Unidade de Saúde que poderia contribuir de forma satisfatória na saúde da pessoa idosa, ampliando a cobertura dessa população e colocando em prática um conjunto de ações que, sem dúvida, nos conduziria a um melhor atendimento. Com isso, cabe a Estratégia de Saúde da Família apoiar, orientar e realizar um atendimento de qualidade para os idosos da área de abrangência. Este trabalho teve como objetivo a Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde Antônio Prado, localizada no Município de Antônio Prado, RS, utilizando como referencial teórico o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006. A intervenção foi realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2015, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação. A população alvo foram os idosos cadastrados e residentes na área de abrangência do serviço, sendo o número estimado de 600 idosos. Para o desenvolvimento desta ação programática, todos os profissionais foram envolvidos e foram realizadas atividades educativas através de grupos na Comunidade e UBS. Os dados coletados foram extraídos dos prontuários e fichas espelhos, estes posteriormente foram inseridos na planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. Durante a intervenção, observou-se ascensão do número de idosos maiores de 60 anos inscritos no programa, cadastramos e realizamos um acompanhamento integral a 238 (34,5%) idosos. Quanto ao atendimento da saúde bucal conseguimos um aumento no acompanhamento destes usuários para 103 idosos (43,3%). A intervenção mostrou a importância do trabalho em equipe, quando estabeleceu o engajamento da mesma, qualificação das ações desenvolvidas, sendo que estas ações proporcionaram melhorias e mudança no processo de trabalho da unidade, onde foram incorporadas à rotina do serviço.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	72
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	75
Figura 3	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	76
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	77
Figura 5	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	79
Figura 6	Fotografia Atendimento em consulta	97
Figura 7	Fotografia Atendimento em consulta	97
Figura 8	Fotografia Atividades com a comunidade	98
Figura 9	Atividades com a comunidade	98
Figura 10	Grupo de atividade física Move-te	98
Figura 11	Grupo de atividade física Move-te	99
Figura 12	Grupo de atividade física Move-te	99
Figura 13	Grupo de atividade física Move-te	99

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
CP	Citopatológico
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	31
2.3.2 Indicadores .....	55
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	69
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados .....	71
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores .....	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências .....	91
Anexos .....	92

## **Apresentação**

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a intervenção realizada na Unidade de saúde de Antonio Prado, cujo objetivo foi melhorar a Atenção à Saúde do Idoso, na Unidade de Saúde Antônio Prado, localizada no município de Antônio Prado, RS. O volume refere o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da UBS em relação ao acompanhamento dos idosos da área de abrangência, promovendo um envelhecimento ativo e saudável. Este volume engloba no primeiro capítulo a Análise Situacional, com a descrição da situação da Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família no município de Antônio Prado e as principais facilidades e dificuldades que estão relacionadas ao processo de trabalho na Unidade de Saúde de Antonio Prado. No segundo capítulo descrevemos a Análise Estratégica, que destaca o processo de organização do projeto de intervenção voltado para a melhoria da atenção a saúde do idoso, que contém informações sobre os objetivos, as metas, ações, indicadores, logística e cronograma das ações. No terceiro capítulo traz o Relatório da Intervenção que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas, a partir do relato das ações que foram realizadas integralmente e/ou parcialmente durante a intervenção. No quarto capítulo apresentaremos os Resultados da Intervenção através de uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos e a discussão desses resultados para a equipe, o serviço de saúde e comunidade. No quinto capítulo consta o relatório da intervenção para os gestores. No sexto capítulo consta o relatório da intervenção para a comunidade. E por fim, o último capítulo consta uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha equipe de saúde da família está situada na Serra Gaúcha. A cidade de Antônio Prado tem uma população de 12.833 mil habitantes, dados de 2010 conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Destes, temos 3.598 habitantes residentes na zona rural e 9.235 residentes na zona urbana. O Posto de Saúde encontra-se na zona urbana, porém uma grande parte da população atendida pela equipe que pertencem no interior do município.

A Secretaria Municipal de Saúde elaborou um projeto (que já foi aprovado pelo Ministério da Saúde) para atender 100% do território municipal com Estratégia de Saúde da Família. Isso foi possível graças aos programas do Governo Federal Mais Médicos e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Somos cinco profissionais médicos, ou seja, três pelo Mais Médicos e dois médicos pelo PROVAB. O município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) (duas na cidade e duas no interior). Além disso, há uma unidade do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e um hospital de baixa complexidade. Conta ainda com uma rede de laboratórios credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade de saúde onde estou atuando está localizada na área urbana, tem boas condições estruturais, possui uma equipe altamente qualificada, três médicos que trabalham no atendimento da comunidade e medicina de família, um ginecologista, um dentista, psicólogo e médico clínico que atende área aberta. Além disso, a cada 15 dias dois especialistas em saúde mental também oferecem atendimento aos usuários.

A UBS é ampla tem três andares, no primeiro andar está à recepção, sala de vacinas e um consultório médico, no segundo andar está estruturado com dos consultórios médicos e um ginecológico. Há também um consultório dentário, salas

de cuidados de enfermagem, farmácia, sala de curativos, de observação e classificação de risco para diferentes tipos de cuidados e sala de acolhimento. No terceiro andar localizam-se os setores administrativos, com marcação de exames, transporte para pacientes, farmácia especializada, auditório para desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde e palestras.

Nas comunidades Boro Forte e Gruta, pertencentes a minha equipe, é realizado semanalmente um Grupo Terapêutico. Pessoas de todas as idades são envolvidas para atividades físicas e orientações. Elas são acompanhadas por um educador físico e pela equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outro grupo está sendo iniciado. Este será voltado à saúde mental e terá como atividade principal a arteterapia. Neste Grupo Terapêutico, a orientação fica a cargo doicineiro, especializado em saúde mental e também equipe de saúde.

Semanalmente, são realizadas visitas domiciliares, agendadas e voltadas para pessoas mais idosas ou que por outro motivo não podem vir à UBS. Com frequência são realizados curativos em domicílio pela equipe de enfermagem, realiza-se atenção integral às famílias desses pacientes. Em conjunto com a equipe (médico, enfermeiro e ACS) desenvolvemos ações de promoção e prevenção de saúde.

Entre as dificuldades destaca-se a demora em que o paciente consiga exames especializados, bem como, consultas com especialistas quando é referenciado a outros níveis de atendimento. Como exemplo, podemos citar ortopedista, neurologista, cirurgias, nefrologista, dermatologista, endocrinologista, oftalmologista, entre outras especialidades. Temos ainda dificuldades com a realização de exames de maior complexidade, como ressonância magnética, tomografia computadorizada, diferentes tipos de endoscopia, ultra-sonografia, ecocardiogramas, etc.

As principais incidências na morbidade são as doenças crônicas não transmissíveis como, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), pacientes com sofrimento mental e também aqueles que fazem uso de automedicação. Com a chegada de mais profissionais para as equipes e nova estruturação das mesmas, a população receberá um atendimento mais próximo e com maior integralidade na atenção básica. Com isso, nosso objetivo é diminuir a demanda de pacientes aos hospitais. Essa experiência de trabalho, totalmente nova,

tem sido muito útil ao meu desempenho como profissional médica. Certamente esse fator também contribuirá para que a população tenha um melhor atendimento.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município onde estou inserida possui uma população de 12.833 mil habitantes, dados de 2010, conforme o Censo do IBGE. Destes 3.598 são residentes na zona rural e 9.235 residentes na zona urbana. O nome da cidade é Antônio Prado, fica na Serra Gaúcha, estado Rio Grande do Sul, localizada a 184 km da capital do Estado, Porto Alegre. É considerada a cidade mais italiana do Brasil. O nome da cidade deve-se ao fundador da imigração italiana para o Brasil, o Senhor e conselheiro Antônio da Silva Prado. Há duas UBS na cidade e duas no interior (meio rural). Vale ressaltar que as Unidades de Saúde do meio rural funcionam só meio período.

Além disso, outra unidade de saúde está sendo construída num bairro de população de baixa renda - Bairro Planalto. A UBS onde atuo encontra-se na zona urbana, porém uma grande parte da população atendida pela minha equipe pertence a zona rural. O município fez um processo de remapeamento para instituir 100% de Estratégia da Saúde da Família. Até o primeiro semestre deste ano, o município contava com duas equipes de ESF, o que representava 47% da população coberta pela ESF. Agora, outras três novas equipes foram constituídas, somando cinco equipes no município.

Com isso, a UBS onde trabalho, Unidade de Saúde de Antônio Prado, passa a ser referência para três ESF. Já a Unidade de Saúde Aparecida, abrigará as outras duas ESF. As equipes de Saúde são compostas por um médico clínico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitárias. Todos os profissionais cumprem uma carga horária de 40 horas semanais. Exceto os médicos, os demais profissionais são todos servidores efetivos – concursados pelo município. Além disso, as equipes estão com uma boa conformação, já que nenhuma ultrapassa o limite disposto pelo Ministério da Saúde, ou seja, 4 mil pessoas.

Quanto à existência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), norteado pela Portaria 3.124 de 2012, não era possível o município fazer a adesão ao Programa. De acordo com a gestão da saúde, agora que existem cinco equipes,

uma das metas é fazer a adesão ao NASF, já que o mínimo são cinco equipes. Neste sentido, o município também não aderiu a Portaria do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Segundo a gestão, municípios pequenos têm dificuldades de cumprir o que determina a portaria 1.646/2011, pois a produção mínima exigida é elevada à realidade dos pequenos municípios. Outra dificuldade é a contratação de recursos humanos para atender a portaria do CEO.

Há um Hospital, de caráter filantrópico, com 50 leitos, de média complexidade e três farmácias populares para apoiar as atividades do SUS. Além disso, o município possui uma unidade básica de SAMU. Na rede de atenção ao usuário SUS temos laboratórios credenciados, que fornecem um número limitado (registra-se que a cota ofertada é inferior à demanda) de exames complementares. Além disso, temos dificuldades com a realização de exames de maior complexidade, a exemplo de ressonância magnética, tomografia computadorizada, endoscopias, ultrassonografia, ecocardiogramas.

Quanto às especialidades, a maioria são ofertada fora do município, tendo que os usuários serem trasladados. Muitas vezes percorre-se cerca de 200 km para fazer um exame de mamografia. Como exemplo, citamos: município de Caxias do Sul: há especialidades vinculadas à oncologia, cardiologia, neurologia, reabilitação física, nefrologia, cirurgia vascular, saúde auditiva, pré-natal de alto risco, infectologia. No município de Farroupilha, todas as doenças cirúrgicas, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular venosa, ginecologia, otorrinolaringologia. Em Porto Alegre, todas as especialidades reguladas pelo Estado. Em Canoas, ortopedia pediátrica de doença cognitiva, e na cidade de Erechim: Litotripsia extracorpórea. Todos esses municípios e especialidades são conveniados com o Município de Antônio Prado.

Em relação ao deslocamento dos usuários, a secretaria municipal da saúde disponibiliza o traslado dos pacientes referenciados. Além destas especialidades, algumas são ofertadas no município, a exemplo da pediatria, fisioterapia, ginecologia e obstetrícia, psicologia, psiquiatria, odontologia (esta com deficiência pois o município não dispõe de equipe de saúde bucal inserida na estratégia de saúde da família, possui um odontólogo 20 horas para o atendimento de todas as equipes). Ainda no tema das especialidades, algumas áreas não há pactuação para atendimento SUS, a exemplo da neurologia, neuropediatria, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, entre outros.

Um dos itens que destaco é o Programa de Saúde Mental do município. Há uma equipe formada por psicóloga, assistente social e médico psiquiatra. Além disso, são desenvolvidas diversas oficinas terapêuticas. A gestão fez a adesão ao Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que ajuda no matriciamento das equipes para o acolhimento em saúde mental. Quanto às atividades de ensino, a UBS não tem relação com estas atividades.

O prédio da UBS onde atuo é adaptado. A UBS é ampla, tem três andares e tem todas as condições de trabalho. Possui no primeiro andar uma sala de recepção, sala de vacina, situada de forma que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências, e um consultório médico. No segundo andar, há dois consultórios médicos, que são compartilhados pelos profissionais e um consultório ginecológico. Há também um consultório dentário, salas de observação, farmácia, sala de curativos e outros procedimentos. Além disso, há uma sala de acolhimento e uma sala para lavagem e descontaminação dos materiais e esterilização. No terceiro andar, localizam-se os setores administrativos, com marcação de exames, transporte para usuários, farmácia especializada, auditório para desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde e palestras. Há ainda, copa e cozinha.

Além disso, a UBS conta com duas salas destinadas a almoxarifado, seis banheiros, que são usados pelos usuários e profissionais. As portas dos banheiros permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas, além disso, temos dois consultórios com sanitários, um deles utilizado para o atendimento do ginecologista e três consultórios sem sanitários.

A Unidade de Saúde possui depósito para material de limpeza, abrigo de resíduos (expurgo), e depósito para lixo não contaminado, os quais são recolhidos duas vezes por semana, feito por terceirização especializada. O lixo orgânico é separado do seco e do contaminado. Existe na UBS sinalização visual dos ambientes, permitindo a comunicação através de textos e figuras. Os pisos das diversas salas são todos laváveis e têm superfície lisa, assim como, as paredes internas da Unidade. Além disso, há boa ventilação e há janelas na maioria dos ambientes.

Temos dificuldades com a iluminação em alguns ambientes, posso citar consultórios, sala de vacina, recepção, farmácia e sala de espera. Entretanto, temos iluminação artificial que possibilita de alguma maneira o trabalho. Também há

algumas limitações no que tange a equipamentos, insumos e materiais bibliográficos. Por exemplo, não há nos consultórios lâmpadas adequadas para fazer exame de orofaringe ou outras regiões do corpo. Também há déficits de negatoscópio e otoscópios.

Na UBS, praticamente, não há barreiras arquitetônicas, há corrimão nas escadas e corredores, cadeira de rodas disponíveis e acesso alternativo, com elevador para pessoas com deficiências. A entrada principal da UBS possui escadas, embora esteja coberta e com corrimão e pisos antiderrapantes, constitui uma dificuldade para usuários cadeirantes ou idosos, os quais devem utilizar a porta dos fundos para acessar o elevador. Neste sentido, a questão da dificuldade ao acesso à porta principal deve que ser refletida junto a gestão do município. Pessoas portadoras de necessidades especiais devem se dirigir aos fundos para acessar o acolhimento. Isso implica não só na acessibilidade facilitada, mas na questão emocional. Estas pessoas já possuem uma sensibilidade mais apurada pela deficiência que possuem e, ainda, podem se sentirem inferiorizadas.

Quanto às ações relacionadas com a iluminação, estamos trabalhando para resolvê-los por meio do secretário municipal de saúde. Também a compra de materiais e equipamentos necessários para melhorar a qualidade dos atendimentos já foi debatida com o gestor. Infelizmente, o acesso de pessoas com necessidades especiais não têm uma solução viável, devido à estrutura física do prédio. Como já foi explicado, a UBS é adaptada.

Em relação às atribuições das equipes podemos dizer que possuímos todos os profissionais altamente qualificados para fazer o seu trabalho. Realizam o trabalho de forma eficiente, desenvolvendo diversas atividades, por exemplo, a identificação de grupos de risco, grupos de agravos (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), também na sinalização das redes sociais, (grupos de mães, idosos), entre outros. Além disso, os profissionais realizam cuidados de saúde em domicílio, nas escolas, na comunidade, indústrias e em outros espaços, por exemplo, Casa das Vovós, academias de bairros, entre outras atividades. O trabalho é controlado e monitorado sistematicamente pela enfermeira-chefe.

Quanto às deficiências, as principais dificuldades estão na disponibilidade das diferentes especialidades, conseqüentemente, resultando em um atraso no atendimento de usuários, diminuindo a resolutividade das ações de saúde. Outra deficiência encontrada é que, mesmo existindo serviço odontológico na UBS, não

existe integração dos profissionais da odontologia ao restante da equipe. Os mesmos apresentam resistências para acompanhar a atuação das Equipes de Saúde da Família. O município não possui o cargo de Auxiliar de Consultório Dentário, tornando-se um dos empecilhos de realizar a adesão à Equipe de Saúde Bucal. Outra questão é a carga horária dos profissionais de odontologia, que são de 20 horas semanais. Neste caso, uma das consequências é a falta de integração das equipes, dificultando ações de maior qualificação. Dentre elas podemos citar a constituição de grupos de saúde bucal e demais ações de educação em saúde.

Na limitação com os profissionais da odontologia, a sugestão levada ao gestor é de inclusão destes nas ações da Unidade Básica de Saúde. Além disso, propomos que a administração faça a adesão ao Programa de Saúde Bucal, do governo federal.

Ademais, na UBS onde atuo não é realizado pequenos procedimentos. Neste caso, os usuários são referenciados para o hospital local. Ainda nas deficiências cita-se a falta de alguns medicamentos. Dentre eles citamos que praticamente não há a oferta dos fitoterápicos. Também temos déficits de outros medicamentos usados nas patologias de emergência. Neste tema, a gestão refere haver baixo financiamento para a compra de medicamentos. Além disso, a demanda/consumo de medicamentos é muito alta em relação à oferta.

Quanto à ausência da sala de pequenos procedimentos, a gestão da saúde tem um projeto para estabelecer uma sala especializada onde se possa realizar esse tipo de trabalho. Em relação aos medicamentos, a gestão de saúde está providenciando a compra de medicamentos fitoterápicos e os utilizados em urgência / emergência.

A população total da Unidade de Saúde de Antônio Prado é de 6.000 habitantes. Entretanto, não temos dados que caracterizem o perfil demográfico (sexo/idade) destes moradores. Como já foi dito, o município fez recentemente um processo de remapeamento para instituir 100% de Estratégia da Saúde da Família. Neste processo, as novas equipes de saúde estão fazendo ações de cadastramento da população. Acredito que o serviço prestado na Unidade é suficiente para fornecer cuidados de qualidade para este número de habitantes.

A partir do remapeamento, o município passou a ter cinco equipes, cobrindo 100% da área municipal. A UBS onde atuo está composta de três Equipes. A minha está destinada como “ESF Colina”. Quanto ao número de equipes e tamanho das

mesmas, avalio que estão adequadas, visto que nenhuma ultrapassa o número determinado pelo MS, de quatro mil pessoas.

Quanto ao acolhimento, avalio como satisfatório. Faz-se atividades de acolhimento à população em suas demandas, realizado na sala específica, em todos os dias e todos os turnos, pelo enfermeiro e técnico de enfermagem. Além disso, os usuários aguardam pouco tempo na fila. Ademais, as demandas espontâneas da UBS são acolhidas e encaminhadas. Já as demandas excessivas são resolvidas pois são poucas.

Em relação à saúde da criança temos um total de 37 menores de um ano, residentes na área e acompanhadas na UBS. De acordo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP), o total de crianças é de 72, tendo um indicador de 51%. Entretanto, encontrei na UBS uma deficiência quanto à realização da puericultura, que não é realizada de acordo com as normatizações do MS. Por conseguinte na avaliação desta ação programática identificamos que os indicadores: teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, orientações para o aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes foram realizados em 100% das crianças cadastradas.

Existem outros indicadores que não podem ser avaliados porque não temos registros na UBS para o controle adequado, são eles: consultas em dia, atraso de consultas agendadas em mais de sete dias, primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento na última consulta e avaliação da saúde bucal. O acompanhamento das crianças é feito por um profissional médico pediatra e pela equipe de enfermagem, mas não segue as orientações do programa de puericultura. Ou seja, as crianças que nascem pelo SUS, recebem os primeiros atendimentos, como vacinas, teste do pezinho, coraçãozinho e orelhinha. O médico realiza a primeira consulta clínica da criança. Após essa etapa, a criança só retorna a UBS quando há alguma ocorrência aguda. Apenas a equipe de enfermagem realiza atividades de promoção e prevenção de saúde no que se refere ao aleitamento materno e prevenção de acidentes.

Neste sentido, avalio que o município não realiza o acompanhamento da saúde das crianças através da puericultura. Essa prática sem dúvida traz consequências na atenção à saúde primária. A UBS não possui registros específicos das ações realizadas com as crianças, nem se faz planejamento, nem monitoramento destas, trazendo dificuldades para avaliar os indicadores de

qualidade. Quanto às ações para a melhoria e ampliação da cobertura, fiz a proposição de darmos início ao processo de realização da puericultura, seguindo as normas já preconizadas pelo MS, iniciando o cadastro de todas as crianças da área de abrangência e planejando as diversas ações próprias deste tipo de atendimento.

No que concerne ao pré-natal, o atendimento é semelhante ao da criança. É realizado por um profissional médico ginecologista/ obstetra que centraliza toda essa atenção. Temos um total de 21 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS. De acordo com o CAP (caderno de ações programáticas), na UBS onde atuo existem 90 gestantes, perfazendo uma cobertura de 23%. Avalio que ainda temos que trabalhar para que haja aumento deste indicador. Sabemos que 100% das gestantes não são atingidas, visto que cerca de 60% da população cadastrada possui plano de saúde particular - UNIMED. Esse fator dificulta um trabalho de estabelecimento de vínculo e de rastreamento, já que muitas usuárias optam por planos privados e assim, a equipe perde o contato. Percebe-se que muitas vezes elas retornam já com alguma intercorrência, dificultando a intervenção de um acompanhamento preventivo.

Ao fazer a análise da atenção pré-natal possuímos 20 gestantes (95%) de consultas de pré-natal iniciado no primeiro trimestre e 10 gestantes (48%) que realizou avaliação de saúde bucal. Outros indicadores foram avaliados tais como: solicitação de exames laboratoriais, consultas em dia, vacinas antitetânicas e hepatites, prescrição de sulfato ferroso de acordo o protocolo, exame ginecológico e orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, realizados para todas as 21 gestantes (100%) acompanhadas na Unidade de saúde.

No que tange ao indicador de cobertura do puerpério, estimado pelo CAP, está em torno de 53%, ou seja, 38 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Da mesma forma, o indicador de qualidade da atenção ao Puerpério está bom. Entretanto, não é rotina da UBS o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, onde haja atendimento com psiquiatria e odontologia. As mulheres têm acesso a esses profissionais, mas somente quando há intercorrência. No caso do serviço odontológico, já foi explicado que não temos técnico dentário, o qual poderia nos ajudar com esse controle, e também com a realização de atividades educativas em saúde bucal, quando recebem cuidados, não é registrado nas carteiras das gestantes.

Por conseguinte ao realizar a análise do puerpério na UBS, todas as puérperas foram consultadas antes dos 42 dias pós-parto, atingindo 100% deste indicador assim como 100% de outros indicadores tais como: consulta puerperal registrada, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento exclusivo, planejamento familiar. Além disso, todas as puérperas tiveram as mamas examinadas, realizaram exame ginecológico e tiveram abdome examinado. No entanto, nenhuma puérpera foi avaliada psicologicamente e também não foram avaliadas para intercorrências.

Considero que um pré-natal de boa qualidade deve começar a partir de um planejamento familiar adequado. Para a equipe de saúde da família, deve haver um trabalho direcionado e um cadastro adequado de todas as mulheres em idade sexualmente ativa, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade materna-infantil.

Além disso, a equipe de saúde deverá realizar ações neste sentido, primeiramente conhecendo a população adstrita, começando pelo cadastro deste grupo alvo, e, sobretudo das mulheres que tem interesse em engravidar, e fazer ações específicas sobre hábitos e estilos de vida saudável para assegurar uma gestação e um recém-nascido totalmente saudável. A UBS deve ser a porta de entrada preferencial para todas as gestantes, conforme estabelecido pelo MS. Sugiro às equipes de saúde e a gestão qualifiquem esta atuação, pois a partir do conhecimento e tabulação dos dados pode-se melhorar e ampliar o atendimento desta ação programática.

Quanto ao programa de prevenção de câncer do colo do útero, o indicador de cobertura, de acordo com a estimativa do CAP é de 1.652 mulheres com idades entre 25 e 64 anos. Temos 422 mulheres residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, apresentando um indicador de 26%, demonstrando que ainda existem dificuldades neste programa. Refletindo sobre os indicadores de qualidade, podemos dizer que a UBS não possui registros que possa nos ajudar na avaliação destes. Por exemplo, foi impossível avaliar as mulheres com mais de seis meses de atraso na realização do exame Citopatológico (CP) e aquelas com fatores de risco associados. No entanto as 422 mulheres realizaram exame citopatológico em dia, receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis atingindo

100% destes indicadores. Além disso, obtemos 100% dos exames coletados com amostras satisfatórias.

Além dos exames oportunisticos, são realizadas campanhas, intervenções sociais, trabalhos de conscientização na comunidade, escolas, fábricas e nos grupos terapêuticos. Ademais, as ACS fazem o acompanhamento das mulheres de sua área adstrita e possuem um registro daquelas que realizam o preventivo do câncer do colo de útero, as que não querem realizar acompanhamento pelo SUS. Mas ainda acredito que esse registro deve ser muito mais organizado.

Examinando o processo de trabalho, sugiro ações que poderiam contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo de útero, a exemplo do rastreamento organizado. Ou seja, cada mulher que realiza o CP, automaticamente, sairia da UBS com um agendamento marcado para o ano seguinte. Também, proponho qualificar o sistema de registro para que se tenha o detalhamento da usuária, bem como, das faltosas. Outra ação é que cada área adstrita tenha um eficiente registro das mulheres (entre os 25 aos 59 anos) portadoras dos fatores de risco e comorbidades. Além disso, adotar na rotina de reuniões das equipes de ESF (mensalmente) uma avaliação dos dados coletados durante aquele mês, identificando as faltosas e promovendo o acompanhamento do seguimento – principalmente daquelas mulheres que tiveram seus exames alterados.

Em referência ao controle de câncer de mama, o indicador de cobertura estimado pelo CAP para nossa UBS é de 618 mulheres, mas o total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é 471, apresentando um indicador de 76%. Já os indicadores de qualidade do controle do câncer de mama em dois itens não houve possibilidade de registro (mamografia com mais de três meses em atraso e avaliação de risco para câncer de mama), porque não existe um registro específico e detalhado para o monitoramento destas ações. Porém são realizadas atividades de educação preventiva para o câncer de mama e a recomendação do autoexame e mamografias, sobretudo para aquelas mulheres entre 50 e 69 anos. Conseguimos obter 100% de mamografias em dia das mulheres cadastradas e acompanhadas da área.

Sem dúvida há aspectos do processo de trabalho que devem ser melhorados com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do

controle do câncer de mama na UBS. Como exemplo, podemos citar o melhoramento do programa que realiza o registro das mulheres que fizeram as mamografias, bem como os resultados. Da mesma forma, como estratégia para não perder o seguimento, podemos criar uma rotina de avaliação e acompanhamento dos dados registrados durante o mês, e utilizar as reuniões (mensais) das equipes de ESF para fazer a análise dos dados e propor ações como busca ativa. De igual forma, como na ação de controle do câncer do colo, proponho à gestão implementar o agendamento automático anual de mamografias. Isto é, quando a mulher vier agendar o exame, automaticamente sairá já com uma agenda para o ano seguinte.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS a estimativa do CAP para o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é 1.341 usuários. No entanto, residentes na área e acompanhados na UBS, temos 950 usuários com hipertensão, apresentando 71% de cobertura. Quanto aos indicadores da qualidade da atenção aos hipertensos avalio que está sendo realizado um trabalho relativamente bom, embora identifiquei fragilidades.

O exemplo disso é que os indicadores “Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico”, “Atraso da consulta agendada em mais de sete dias”, e “avaliação de saúde bucal em dia”, não puderam ser avaliados já que os dados encontrados não permitiram essa verificação, visto que a UBS onde atuo não possui uma forma de registro com os detalhamentos necessários. No entanto conseguimos identificar que existe 100% da realização dos exames complementares periódicos em dia, assim como a orientação para a prática de atividade física e orientações nutricionais para alimentação saudável. Dados obtidos dos prontuários dos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Embora exista o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (HIPERDIA), este está desatualizado. Na Unidade de saúde havia um grupo de usuários com HAS e DM chamado Grupo de HIPERDIA que funcionava nível de áreas, sendo realizado em espaços comunitários. No ano 2010 o programa interrompeu-se devido mudanças dos profissionais das equipes, pouca adesão dos usuários, falta de incentivo das equipes e gestão.

No que diz respeito à Diabetes Mellitus, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, estimado pelo CAP é 383 usuários. Entretanto a UBS tem 196 diabéticos, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados, atingindo indicador de cobertura de 51%. Referente aos

indicadores de qualidade não foi possível avaliá-los, por exemplo, a “realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico”, “atraso da consulta agendada em mais de sete dias”, “exame físico dos pés nos últimos três meses”, “palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos nos últimos três meses”, “medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses”, e “avaliação de saúde bucal em dia”. Esta dificuldade se deve ao fato de não haver registros específicos com detalhamento e monitoramento das diferentes ações. Avalio que estão sendo realizadas ações importantes de educação em saúde e orientações preventivas por todas as equipes de saúde.

Neste sentido o processo de trabalho poderia ser melhorado na medida em que a Secretaria Municipal de Saúde destacasse um profissional para realizar a gestão do programa de HAS e DM, promovendo o registro adequado dos pacientes atendidos, a análise das demandas não absorvidas e das ações realizadas. E continuar realizando as ações de promoção e prevenção em saúde, incluindo as ações preventivas de saúde bucal para esse grupo alvo, já que os atendimentos odontológicos feitos na UBS são realizados somente quando há intercorrência. Também é necessário promover ajustes nas equipes da ESF para que estes pacientes tenham uma atenção melhorada, ampliando inclusive o atendimento aos usuários que ainda não foram cadastrados. Sugeri à gestão da saúde estas ações, o que estão sendo analisadas para o acolhimento.

Quanto à saúde do idoso, o número estimado de idosos com 60 anos ou mais residentes na área, pelo CAP é 819, mas o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados nossa UBS é 689, totalizando um indicador de cobertura de 84%. Há atendimento e acompanhamento ao idoso, há também o registro das consultas realizadas por especialidades (a exemplo de dentista, clínico geral, ginecologista, etc). Também posso dizer que as equipes de saúde estão acompanhando e verificando os benefícios trazidos aos idosos atendidos nos grupos de atividade física.

Entretanto, apresenta-se uma fragilidade nos indicadores de qualidade, nos registros das informações o que impossibilitou a coleta dos dados. Por conseguinte, ao realizar a análise desta ação programática 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular. Entretanto, existem indicadores tais como: "realização da avaliação multidimensional rápida", "idosos com diagnóstico de hipertensão arterial e

diabetes mellitus", "investigação de indicadores de fragilização na velhice" e "atenção da saúde bucal" que não conseguimos avaliar por não possuir na UBS os registros adequados, além disso, também não conseguimos avaliar o número de idosos com caderneta de Saúde.

No entanto, não há de um programa informatizado que possa disponibilizar os dados clínicos e sociais específicos. A Secretaria possui um sistema de gerenciamento dos dados, mas este não traz as informações com os devidos detalhamentos. A exemplo temos um índice de 20% de pessoas cadastradas na UBS, com mais de 20 anos, que são portadoras de HAS e DM, mas não diz quantos destes são idosos. À avaliação dos indicadores da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa ficou prejudicada, isto porque não foi possível à obtenção dos dados com o devido detalhamento.

Os aspectos do processo de trabalho sem dúvida devem ser melhorados, tanto na forma de cobertura como na qualidade da atenção aos idosos. Neste sentido, já existe uma iniciativa da gestão de ampliar a cobertura, visto que recentemente três novas equipes de ESF foram constituídas e agora estamos na fase de cadastramento. Outra questão é a adesão ao E-SUS. Com isso, haverá uma disponibilidade mais completa dos dados.

Devemos discutir com a gestão a possibilidade de realizar uma capacitação e sensibilização das equipes de saúde para a atenção a população idosa. Somado a isso, a constituição de uma política de atenção aos idosos, com planejamento, a partir da realidade clínica desta população. Sugiro isso, tendo em vista que a tendência da população do município é o alto índice de pessoas idosas.

Em relação à saúde bucal realizaram-se 2681 consultas para escolares de 5 a 14 anos, 4005 consultas para pré-escolares, 710 consultas para outros, exceto gestantes (15 a 59 anos). Além disso, 195 idosos receberam atendimentos. Entretanto, não conseguimos preencher os dados relacionados com os atendimentos para gestantes por não possuir os registros adequados. Além disso, não foi possível obter informações relacionadas ao número de atendimentos não programados para gestantes, idosos, pré-escolares e escolares.

Fazendo uma análise do exposto acima, podemos dizer que a Unidade de saúde possui toda a estrutura física e pessoal técnico e profissional qualificado, além do comprometimento dos gestores da saúde para oferecer um atendimento de qualidade para a população adstrita. No entanto, é preciso lembrar que existem

ações a serem desenvolvidas com vista a melhorar os indicadores de saúde da população. O desafio é prestar o atendimento baseando-se em protocolos de saúde, tal como recomendado pelo MS.

Ademais, é importante começar nosso trabalho fazendo um diagnóstico preciso da quantidade de população que temos na área, identificar a população por sexo, faixa etária e patologias em geral, assim como a identificação dos fatores de risco que podem estar afetando negativamente a saúde dos usuários, permitindo-nos a implementação de estratégias para melhorar a qualidade de vida da população. Também é muito importante organizar o trabalho em equipe e envolver a população nessas ações e atividades.

Durante o preenchimento dos questionários foram identificados diferentes problemas da UBS. Na medida em que estes foram sinalizados, algumas medidas já foram tomadas para as melhorias. E ainda, discussões em reuniões de equipe, com objetivo de mudar alguns métodos também já aconteceu, principalmente ações para retomar o trabalho com gestantes e crianças, melhorar o atendimento aos idosos e a pacientes com doenças crônicas.

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

A medida em que fui aprofundado os dados durante a análise situacional, meu olhar sobre a realidade mudou. Passei a perceber limitações, dificuldades e fragilidades que tem na UBS. Inicialmente uma análise superficial foi feita, visto que ainda não tínhamos um conhecimento profundo da realidade da saúde de nosso município. Entretanto foi muito proveitoso realizar esta análise, pois o curso trouxe subsídios para traçar medidas e intervir nos problemas de saúde que apresenta a população.

Temos uma equipe capacitada, altamente profissional, preparada para enfrentar o desafio, porém há que fazer um trabalho mais organizado, seguindo os protocolos preconizados pelo MS, e, sobretudo, realizar atividades baseadas na promoção e prevenção de saúde, objetivos principais da Atenção básica.

Para finalizar, o melhor comparativo que posso fazer é que, a partir dos temas abordados fui adquirindo instrumento teórico, conteúdo e conhecimento para,

de forma mais segura, intervir na realidade. Agora, a partir da etapa estudada, será possível implementar melhor o objetivo do Programa Mais Médico para o Brasil e contribuir para que a população Pradense tenha uma melhor qualidade de vida.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A saúde da pessoa idosa é uma ação programática muito importante na APS, em primeiro lugar porque esta população encontra-se em uma faixa etária de risco e pode estar acometida por doenças e/ou agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante. Estas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas à comorbidades. Uma função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006).

Por esta razão acho importante realizar um programa específico na UBS que possa contribuir de forma satisfatória na saúde da pessoa idosa, ampliando a cobertura dessa população e colocando em prática um conjunto de ações que, sem dúvida, nos permitirá melhor atendimento. Dentre as ações que serão realizadas destacamos a realização da avaliação multidimensional a toda população idosa, uso da caderneta de saúde do idoso, avaliação da saúde bucal, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, exame clínico adequado, entre outros indicadores de qualidade.

A UBS tem boa condição estrutural, possui uma boa ventilação, a iluminação é artificial. Tem boa higiene e condições sanitárias. Não existem barreiras arquitetônicas. Possui sala de vacinas, curativos, observação, consultórios médicos, entre outras. As cinco equipes de saúde estão constituídas por médico clínico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitárias. A estimativa de idosos residentes na área apresentado pelo caderno de ações programáticas é de 819 idosos, mas identificamos 689 idosos para um índice de cobertura de 84%.

Há atendimento e acompanhamento ao idoso na UBS pelas equipes de saúde, mas buscamos novas ações a serem desenvolvidas para melhorar esse atendimento.

Precisamos de um programa informatizado que possa disponibilizar as informações específicas, executar atividades educativas para conscientizar este grupo populacional sobre a importância do uso da caderneta de saúde do idoso. Outra importante ação é a realização de uma adequada avaliação multidimensional e exame clínico adequado, especialmente àqueles que sofrem de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças osteoarticulares.

Em relação às ações de promoção da saúde podemos dizer que na UBS são desenvolvidas ações educativas acompanhadas pelas equipes, a exemplo, grupos de atividade física, atividades de saúde mental. Além disso, são realizadas atividades educativas sobre questões importantes como câncer de mama, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e alimentação saudável.

Nosso objetivo fundamental é que esta ação programática seja implementada para 90% da população idosa atendida pela UBS e trabalhar na capacitação e sensibilização das equipes de saúde. A equipe está sendo informada sobre a realização deste projeto de intervenção, está disposta a contribuir para a realização do mesmo com o objetivo de proporcionar melhor atendimento ao idoso. Entre outros aspectos positivos que podem nos ajudar com esse projeto é o comprometimento dos gestores da saúde para oferecer um atendimento de qualidade a esta população adstrita.

No entanto uma das dificuldades que existem é a contra referência dos idosos quando estes retornam de internações hospitalares, também de consultas especializadas da rede. O fluxo de informações quanto ao tratamento e cuidados dispensados é inexistente. Assim, a equipe não consegue dar seguimento ao tratamento de saúde do idoso. O município não possui médico especialista em geriatria, dificultando o atendimento dessa população.

Através dessa intervenção conseguiremos um diagnóstico real da população adstrita proporcionando ações específicas para essa população alvo, melhorando o acolhimento, acompanhamento e controle das intercorrências em saúde do idoso garantindo uma maior qualidade e resgate à vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso no Posto de Saúde Antônio Prado, Antônio Prado, 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 90%.

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.

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.

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas no Posto de Saúde Antônio Prado, no Município de Antônio Prado. Participarão da intervenção 689 pessoas maiores de 60 anos. A ação programática será desenvolvida através de um projeto de intervenção, sendo desempenhadas as

ações nas Equipes de Saúde da Família da Unidade de saúde através de acompanhamento dos idosos residentes na área e cadastrados no programa.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a cobertura dos idosos periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento:

Realizar mensalmente, em reuniões de equipe, uma avaliação dos idosos que comparecerão a consulta por meio dos registros (prontuários, ficha espelho, informações do SIAB) e planejamento de consulta para resgatar os faltosos.

Organização e gestão do serviço

- Acolher os idosos.

Detalhamento:

Priorizar o acolhimento dos idosos pela equipe da UBS, a fim de receber cuidados.

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

Detalhamento:

Através das ACS será feito o cadastro de todos os idosos, bem como, através do contato com todos aqueles idosos que vêm para solicitar algum tipo de atenção como, vacinação, medicamentos das farmácias, etc.

Engajamento público

- Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização das consultas e acompanhamento periódico destes pacientes e sobre as vantagens de realizá-lo na UBS. Os idosos serão orientados sobre o programa, sobre sua importância e como será realizado este tipo de atendimento, as orientações serão fornecidas pelas equipes de saúde nos grupos e sala de espera da UBS.

Detalhamento:

Planejar semanalmente com toda equipe, sobretudo com as ACS, medidas para informar sobre a existência do programa e avaliar o seu desempenho nas reuniões semanais. Responsável a Médica.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento:

Informar à comunidade sobre a existência do programa através de palestras nos grupos que se realizam semanalmente e visitas diárias feitas pelas ACS à comunidade. Responsável o enfermeiro, médica, ACS.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento:

Planejamento de atividades educativas sobre o tema para a equipe, discussões de casos vistos em consultas, sobretudo aqueles usuários em risco de quedas, acamados, idosos que são vulneráveis a tentativas de suicídio, etc. Ocorrerá mensalmente. Será solicitado a gestão municipal de saúde a inclusão de funcionários em diferentes atividades educacionais que podem ser realizados no Estado ou região.

- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento:

Trazer esses casos as reuniões semanais de equipe e conduzir discussões dos mesmos. Responsável o enfermeiro.

- Ampliar o conhecimento da equipe sobre a Política Nacional de Humanização sobre atenção ao idoso.

Detalhamento:

Ocorrerá em reuniões da equipe para discutir temas como a humanização da assistência ao idoso e estratégias para resgatar aqueles usuários que não estão realizando acompanhamento. Responsável o enfermeiro.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização da avaliação multidimensional rápida anualmente em todos os idosos acompanhados pela UBS.

Detalhamento:

Verificar semanalmente, o registro daqueles novos usuários que fizeram avaliação multidimensional rápida. Responsável o enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

- Garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos.

Detalhamento:

Através da gestão garantir balanças, antropômetros, tabela de Snellen entre outros e iniciar ações. Será solicitado pelo enfermeiro na reunião mensal com a gestão.

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

Detalhamento:

A avaliação será realizada pelas médicas das equipes em cada consulta conforme o caderno de atenção básica.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Realizar atividades educativas sobre o tema na UBS, nas comunidades, também nos grupos de atividade física e de saúde mental sobre a importância da realização destas avaliações para determinar de forma precoce os fatores de risco

que podem causar o desenvolvimento de doenças crônicas e maior risco de mortalidade. Serão realizadas pelas médicas e enfermeiros. Ocorrerá semanalmente.

- Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento:

Fornecer informações para os idosos em cada consulta sobre a sua saúde para que possam assumir a responsabilidade sobre sua própria saúde. Serão fornecidas pelas médicas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento:

Os profissionais serão capacitados pela médica. Será realizada uma palestra na primeira semana da intervenção sobre o protocolo de atendimento aos idosos.

- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento:

Será realizada uma palestra sobre os detalhes da avaliação multidimensional rápida pela médica na primeira semana da intervenção.

- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento:

O treinamento será realizado pela médica na primeira semana da intervenção. Fará palestra sobre aqueles usuários com doenças que necessitem avaliações mais complexas.

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.

Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Será realizada pelas médicas uma revisão em cada consulta e mensalmente dos prontuários de idosos diabéticos em relação à realização de exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses.

#### Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico de idosos hipertensos/ diabéticos.

#### Detalhamento:

Será realizado exame físico de idosos hipertensos/ diabéticos pelas médicas da equipe em cada consulta. Será realizada medida da pressão arterial, HGT, peso e altura pelos enfermeiros da equipe em cada consulta.

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

#### Detalhamento:

Será garantida a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado pelas médicas e enfermeiros em cada consulta.

- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e/ou diabéticos proveniente das buscas domiciliares.

#### Detalhamento:

Será agendada consulta para idosos hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares pela recepcionista semanalmente.

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

#### Detalhamento:

Será garantida a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades pelas médicas da equipe de saúde em cada consulta.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

Realizar ações educativas com a comunidade e usuários, revelando os fatores de risco cardiovasculares e neurológicos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Será realizada pelas médicas e enfermeiros em cada consulta e durante as atividades nos grupos.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

#### Detalhamento:

A capacitação será realizada pela médica na primeira semana da intervenção e em cada reunião de equipe esclarecendo dúvidas.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

#### Detalhamento:

A capacitação será realizada durante reunião de equipe semanal retirando dúvidas. Responsável o enfermeiro.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

O monitoramento de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada ocorrerá em cada consulta através da revisão dos prontuários e será realizado pelas médicas.

#### 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 para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Estas ações serão realizadas através do contato com a gestora visando garantir a disponibilidade dos exames complementares necessários aos idosos. Será realizado pela médica e ocorrerá na reunião mensal com a gestão.

Em relação ao sistema de alerta, este será marcado com um lembrete azul no prontuário, identificando os idosos que já realizaram os exames. E colocaremos um lembrete na cor vermelha para sinalizar os usuários que ainda não realizaram os exames complementares.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Estas ações serão realizadas através de orientações e rodas de conversa em grupos dos usuários sobre a realização de exames complementares e sobre sua periodicidade. Será realizado semanalmente pelas médicas e enfermeiros.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

Esta capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe e será realizada pela médica.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Através de controle estabelecido junto à farmácia, sendo assim controlada em cada consulta a retirada de medicações. Será realizado mensalmente pela farmacêutica.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

O controle de estoque e validade é realizado por profissional responsável da farmácia. Através do controle de hipertensos e diabéticos, será repassada a lista ao profissional responsável pelo pedido das medicações.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

Esta orientação será concretizada através da realização de rodas de conversa nos grupos realizados semanalmente e em consultas. Será realizado pelas médicas e enfermeiros.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento:

Durante reunião de equipe semanal ocorrerá orientações para todos os membros sobre medicações e como adquiri-las. Será realizado pela médica.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Através das ACS será realizado o monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo que estes informarão em reunião da equipe semanal.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Através das ACS semanalmente manteremos os registros informatizados e atualizados dos usuários acamados ou com problemas de locomoção.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

Será realizado pela médica e enfermeiro através da realização de rodas de conversa nos grupos semanais e em consultas. Também as ACS podem comunicar a existência do programa durante as visitas domiciliares realizadas diariamente.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento:

Durante reunião semanal de equipe, as ACS serão capacitadas sobre o tema pelo enfermeiro.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Durante reunião semanal de equipe através das ACS será realizado o monitoramento das visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Durante reunião semanal de equipe o enfermeiro vai organizar o agendamento das visitas domiciliares, será repassada a lista dos idosos ao profissional responsável pelo agendamento.

#### 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:

Estas ações serão realizadas através da realização de rodas de conversa nos grupos e em consultas. Serão realizadas pelas médicas e enfermeiros semanalmente.

#### 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 visitas domiciliares.

#### Detalhamento:

Estas capacitações serão feitas através das reuniões da equipe, semanalmente pelos enfermeiros.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Através da revisão dos prontuários realizado pelo enfermeiro com identificação de lembrete amarelo e utilizando dados do SIAB e do e-sus.

#### 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:

O acolhimento dos idosos com HAS será realizada pelas equipes de enfermagem, os prontuários destes já estarão identificados com lembrete amarelo. O acolhimento será realizado todos os dias da semana, conforme surgir demanda.

Através de contato com a gestora, buscaremos ter a garantia da disponibilidade dos recursos e materiais necessários para medida da pressão arterial. Será realizado pelo enfermeiro na reunião mensal com a gestão.

#### 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:

Através de palestras e atividades de educação em saúde nos grupos e em consultas ocorrerão essas orientações realizadas por enfermeiro e médico da equipe. Estes grupos acontecem semanalmente.

#### 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 ocorrerá durante a reunião semanal da equipe, com participação de médico e enfermeiro para orientações e retirada das dúvidas.

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.

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

O monitoramento ocorrerá através da revisão dos prontuários pela equipe de enfermagem a cada semestre, identificando com lembretes verdes os idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmhg.

#### 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:

O acolhimento dos idosos com DM será realizada pelas equipes de enfermagem, os prontuários destes já estarão identificados com lembrete verde. O acolhimento será realizado todos os dias da semana, conforme surgir demanda.

Através de contato com a gestora, buscaremos ter a garantia da disponibilidade dos recursos e materiais necessários para realizar hemoglicoteste. Será realizado pelo enfermeiro na reunião mensal com a gestão.

#### 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 orientações dos portadores de HAS ou com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg sobre a importância da realização de hemoglicoteste ou exame de glicemia ocorrerá através de roda de conversa em grupos já realizados pela unidade semanalmente com a participação de médico e enfermeiro.

Ocorrerão palestras na comunidade e em grupos já constituídos pela unidade realizados semanalmente sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento da DM.

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:

Esta capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe, com presença de médico e enfermeiro para retirar dúvidas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento ocorrerá através da avaliação pela médica em consulta e identificação nas fichas dos idosos que precisarem de tratamento, informando a equipe de saúde bucal os casos que precisem de atendimento.

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:

O acolhimento será realizado pela equipe de enfermagem, que irá separar o prontuário odontológico do usuário, nos dias de atendimento da odontóloga na unidade de saúde, onde ficará reservada uma vaga para o atendimento deste grupo prioritário.

O cadastro dos idosos com necessidade de atendimento odontológico será realizado pela recepcionista.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Através de atividades de educação em saúde nos grupos e em consultas a comunidade será informada sobre os atendimentos saúde bucal, através das agentes comunitárias de saúde e por médico e equipe de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe com presença da odontóloga para retirar dúvidas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento pelo enfermeiro ocorrerá mensalmente através da revisão dos prontuários odontológicos, identificando os que já possuem acompanhamento, a cada nova consulta orientação aos que ainda não realizaram o acompanhamento.

#### 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:

O acolhimento será realizado pela equipe de enfermagem, durante os dias de atendimento odontológico, sendo que estes possuirão vaga reservada na agenda.

Será realizada uma revisão dos prontuários para identificar com lembretes em formas de círculo aqueles usuários que ainda não têm atendimento odontológico.

#### 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:

Estas ações ocorrerão através de atividades de educação, já realizadas pela equipe de enfermagem semanalmente sobre a importância de manter uma boa saúde bucal realizadas na comunidade, e grupos já organizados.

#### 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:

Durante reunião de equipe semanal, com presença de médico e enfermeiro serão trabalhadas essas orientações para todos os membros.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Será realizado pelo controle da ficha espelho, conforme periodicidade estabelecida, sendo o responsável pela revisão a equipe de enfermagem.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Durante reunião de equipe, definir os faltosos para estabelecer dia de visitas a estes, organizar as visitas a serem realizadas durante a reunião de equipe discutindo o caso entre médico, enfermeiro e agentes comunitárias de saúde. Estabelecer com a recepcionista reserva de vagas na agenda para idoso provenientes das buscas.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

Essas orientações ocorrerão durante a realização de grupos e rodas de conversa na comunidade, realizado pela equipe de enfermagem e médico semanalmente.

#### 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:

Durante reunião de equipe semanal com presença de médico e enfermeiro será realizado o treinamento e definição da periodicidade das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Será realizada uma revisão semanal dos registros dos idosos em reunião de equipe com a participação de todos os membros.

#### Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

#### Detalhamento:

Será pactuado com as ACS o dia específico para atualização do SIAB. Os registros da intervenção serão realizados pela médica responsável semanalmente, onde a mesma organizará os sistemas de alerta.

#### 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:

Estas orientações serão repassadas durante a realização de grupos na comunidade realizados semanalmente pelo enfermeiro e médico

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante a reunião semanal de equipe com presença de médico e enfermeiro.

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 ocorrerá através de visitas domiciliares mensais realizadas pelas agentes comunitárias de saúde, avaliando se na Caderneta dos Idosos os registros estão corretos.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Através de pedido escrito pelo enfermeiro, será solicitado a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, antes do início da intervenção.

#### 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 ocorrerão durante visitas semanais, consultas e atividades na comunidade, estas realizadas por toda a equipe de saúde da família.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe, com presença de médico e enfermeiro.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Identificar estes idosos através de consultas e visitas domiciliares realizadas pelas médicas, sendo que serão repassadas a equipe durante reunião e estabelecer calendário de visitas com as ACS.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Será realizada a identificação através de avaliação médica em cada consulta. Será disponibilizada uma vaga diariamente a este público.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

Estas orientações acontecerão durante as consultas diárias e vistas domiciliares médicas semanais visando orientar idosos e seus acompanhantes.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe, com presença de médico e enfermeiro.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento:

Identificar estes idosos através de consultas e visitas domiciliares médicas, repassando para a equipe durante reunião e estabelecer calendário de visitas com as ACS.

#### Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

#### Detalhamento:

Após a identificação dos idosos, quando estes vierem a unidade, será destinado uma vaga para este grupo.

#### Engajamento público

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

Detalhamento:

Essas orientações ocorrerão durante consultas médicas e na realização de grupos na comunidade realizados semanalmente com a presença de enfermeiro.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe com presença de médico e enfermeiro.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento ocorrerá semanalmente através de dados obtidos pelas ACS e identificação de possíveis idosos com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Serão informados pelas ACS semanalmente em reunião, os pacientes com rede social deficiente onde será agendado consulta ou visita domiciliar semanal.

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:

Estas orientações ocorrerão durante consultas, visitas e em grupos realizados na comunidade semanalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação ocorrerá durante reunião semanal de equipe por médica da família.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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:

O monitoramento ocorrerá através da revisão dos prontuários em cada consulta com a médica de família.

Organização e gestão do serviço

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento:

A orientação nutricional poderá ser realizada por médica e equipe de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Estas orientações ocorrerão durante consultas, visitas e em grupos realizados na comunidade por médica e enfermeiro.

#### 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".

#### Detalhamento:

Durante reunião de equipe semanal, será realizada a capacitação aos profissionais pela médica e enfermeiro.

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

#### 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:

O monitoramento ocorrerá através da revisão da ficha espelho pela equipe de enfermagem, semanalmente.

#### 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:

Durante reunião de equipe definir os papéis e convidar o gestor a participar desta reunião para viabilizar parcerias.

#### Engajamento público

- Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

#### Detalhamento:

As orientações ocorrerão durante consultas, visitas e em grupos realizados na comunidade semanalmente com presença de enfermeiro e médica.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

#### Detalhamento:

Durante reunião semanal de equipe ocorrerá esta capacitação que será realizada médica.

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:

Através de revisão de prontuário odontológico dos idosos atendidos, durante a semana pela equipe de enfermagem.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento:

Combinar com odontóloga tempo de consulta necessário para realização de orientações em nível individual.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento:

As orientações ocorrerão durante consultas, visitas, em grupos realizados na comunidade e em salas de espera da UBS, semanalmente com participação de enfermeiro e médica.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

#### Detalhamento:

Convidar odontóloga para capacitação na reunião de equipe para orientações de higiene bucal e próteses dentárias mensalmente ou conforme dúvidas.

### **2.3.2 Indicadores**

Quanto aos indicadores ocorrerá um controle semanalmente para que todas as metas sejam averiguadas neste período, avaliando dessa forma a cobertura e a qualidade da atenção à saúde dos idosos.

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 90%.

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 residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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 e residentes na 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 e residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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 e residentes na 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.

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 residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e residentes na 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 as 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na 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 e residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 6.3 Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Para a realização deste projeto adotaremos o Caderno de atenção básica Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, nº 19, do MS (BRASIL, 2006). Como instrumento de registro será usado a ficha espelho disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), onde será registrada todas as informações definindo os objetivos, considerando as metas e todos os indicadores necessários. Estas serão monitoradas pelo enfermeiro responsável. Além disso, o enfermeiro ficará responsável para revisar o livro de registro, contemplando todos os itens da ficha e avaliando o mesmo uma vez ao mês. Localizará os prontuários destes usuários e

transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e realizará anotações sobre consultas em atraso, exames laboratoriais e clínicos apropriados em atraso, entre outras. Durante a realização destas ações pretende-se obter 90% de cobertura de todos os idosos em nossa área.

Tanto a análise situacional como foco de intervenção já foram discutidos em nossas reuniões da equipe com todos os profissionais no auditório da UBS. Considera-se muito importante a realização desse projeto de intervenção em cuidados de saúde ao idoso já que não há um programa específico no município para atender a saúde desta população. Foram discutidas questões importantes e sua governabilidade.

Durante a realização do projeto de intervenção será realizada a capacitação a todos os profissionais, no horário estabelecido habitualmente, durante a reunião de equipe semanal no local de reunião (auditório). A equipe será capacitada sobre o acolhimento dos usuários idosos, aplicação da avaliação multidimensional rápida, sobre o protocolo adotado pela UBS, encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Serão responsáveis o enfermeiro e a médica para a realização dessas capacitações. A equipe realizara atividades com a comunidade sobre a importância da realização das consultas e acompanhamento periódico destes usuários e sobre as vantagens de realizá-lo na UBS. Orientando-os sobre o programa, sobre sua importância e como será realizado este tipo de atendimento, as orientações serão fornecidas pelas equipes de saúde nos grupos e sala de espera da UBS.

As ACS serão capacitadas para a realização da busca ativa de usuários faltosos, acamados e daqueles que não estão recebendo atendimento, agendamento de visitas domiciliares e atividades de promoção e prevenção em saúde. Também a equipe será capacitada sobre o preenchimento do registro das informações para melhor controle destas.

O cadastramento dos usuários será realizado por todos os membros da equipe de saúde, atribuindo um papel fundamental as ACS na realização do cadastro de usuários novos durante as visitas domiciliares.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e enfermeiro e por toda a equipe em qualquer horário de trabalho, e será feito na sala específica para acolhimento. Os idosos com problemas agudos e de urgências serão atendidos no mesmo turno providenciando o

tratamento oportuno para evitar complicações. Os idosos que buscam consultas de controle terão prioridade no agendamento, consulta que pode ser agendada dias antes ou em dependência das necessidades individuais de cada usuário, como, consultas, exames laboratoriais atrasados, avaliações anteriores incompletas e acompanhamento de condutas médicas anteriores, permitindo-lhes sair da UBS com a próxima consulta agendada. Também serão reservadas consultas para aqueles usuários provenientes das buscas ativas, definindo-se em reunião da equipe o dia. Aqueles idosos que ficaram pendentes de reavaliação e de avaliação de exames complementários serão discutidos em reuniões de equipe semanal e serão visitados por as ACS para agendamento de consultas, assim evitando idosos faltosos.

Para o programa ser desenvolvido de forma eficaz, é necessário que a equipe de saúde organize grupos de educação para a saúde do idoso com o objetivo de fornecer orientação sobre educação em saúde para modificar estilos de vida inadequados e eliminar os fatores de risco que influenciam negativamente na qualidade de vida desses idosos, essas atividades serão realizadas na UBS e na comunidade.

É necessária toda a equipe de saúde envolvida, psiquiatras, nutricionistas, assistente social, dependendo das questões e necessidades que serão abordados. Serão abordados temas importantes, como, fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, tabagismo, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, detecção precoce das pessoas em risco de morbidade e mortalidade, fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas, importância da avaliação odontológica, entre outros temas de interesse. Os idosos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Durante os encontros serão realizadas atividades pelas técnicas de enfermagem e enfermeiros como o controle do peso corporal e estatura. Além disso, serão realizados grupos na comunidade com esclarecimentos sobre temas de interesse que possam surgir, exemplo, alimentação saudável para aqueles usuários com HAS e DM. Os grupos de idosos serão realizados semanalmente.

O atendimento clínico será feito pelo clínico geral. A enfermeira será responsável por executar a medição da pressão arterial e sobre a realização do teste de glicemia (HGT), medir altura, peso, além de controle de vacinação e desenvolver questões de educação para a saúde (prática de exercícios físicos, alimentação saudável, higiene bucal). Será responsável pela atualização do

cadastro dos idosos e monitorar os que estão ausentes às consultas programadas e realizar busca ativa deles, junto com ACS.

O responsável pelo atendimento odontológico participará da reunião de equipe para realizar a capacitação dos profissionais em relação a este atendimento, como também serão definidas as vagas e maneiras de agendamento a estes usuários. A odontóloga realizará atividades educativas sobre higiene bucal em consultas e grupos sempre que seja possível.

Em relação ao prontuário será anexada ficha espelho junto ao mesmo. Após a consulta se necessário será realizado agendamento para continuidade do tratamento ou então alta odontológica.

As visitas domiciliares serão realizadas, semanalmente, com carro disponibilizado pela secretaria municipal de saúde, pela médica, enfermeiro e técnico de enfermagem. Estas serão definidas durante reuniões de equipe. Serão identificados os idosos com maior prioridade do atendimento pelas agentes comunitárias de saúde sendo aqueles acamados com dificuldade de locomoção e doenças crônicas. Se necessário serão realizadas, em domicílio, curativos, vacinas e demais procedimentos.

Em relação ao monitoramento das ações ficará responsável o enfermeiro em realizar o controle de usuários e preenchimento dos demais instrumentos. Em reunião de equipe semanal será discutido sobre os indicadores e ações para se atingir o objetivo proposto. As capacitações dos profissionais das equipes serão realizadas no auditório da UBS nas reuniões de equipes semanal, faremos uso de notebook e outros recursos necessários.



Treinamento para a aplicação da avaliação multidimensional rápida	X															
Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e/ou diabéticos proveniente das buscas domiciliares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados	X															
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.	X															
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos	X			X				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Para dar início à análise dos resultados da nossa intervenção sobre a atenção a saúde dos idosos, considero que é necessário examinar cada uma das atividades que foram estabelecidas no início do nosso trabalho de intervenção descritas no cronograma para as 16 semanas. A partir da primeira semana realizou-se a formação de profissionais de saúde sobre o protocolo do MS do idoso, e definiu-se as atribuições de cada um dos membros da equipe para executar as ações.

Estabeleceu-se o papel de cada profissional na ação programática a serem desenvolvida, capacitação dos ACS e o treinamento com a equipe sobre como seria a intervenção, seu monitoramento, sua importância e seus impactos potenciais na comunidade. Encontramos muita vontade e interesse de trabalhar de todas as equipes com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados dos idosos. As ACS começaram o cadastro dos idosos da área adstrita uma vez iniciado nossa intervenção.

Fizemos contato com as lideranças comunitárias explicando-lhes a existência e importância do programa, recebendo apoio das mesmas na captação de usuários e fornecendo recursos necessários para realizar palestras educativas, rodas de conversa, e atividades de dinâmica de grupos na comunidade e nos grupos de idosos de hipertensão arterial, diabetes, saúde mental e atividade física.

Nas reuniões de equipe realizadas, semanalmente, foram discutidos e avaliados dados referentes ao projeto tais como: acolhimento dos idosos na UBS, idosos faltosos em consultas, planejamento das visitas domiciliares, atendimento odontológico, idosos acamados, fragilizados, qualidade da rede social, acesso aos exames laboratoriais, as especialidades médicas e acesso a farmácia avaliando os

medicamentos em existência, sobretudo para idosos com hipertensão arterial, diabetes e outras doenças crônicas.

Os atendimentos clínicos e avaliações multidimensionais rápidas foram feitos pelos médicos das equipes. As enfermeiras foram responsáveis por executar a aferição da pressão arterial, realização do teste de glicemia (HGT), medição da altura, peso, além do controle da vacinação e desenvolveram questões de educação para a saúde. Além disso, foram responsáveis pela atualização do cadastro dos idosos e monitoramento dos idosos ausentes às consultas programadas. Nesse caso as equipes não tiveram idosos faltosos a consultas programadas.

Durante as reuniões das equipes as ACS foram capacitadas sobre o registro e cadastro dos idosos com problemas de locomoção e acamados, realizando-se semanalmente o monitoramento e atualização dos registros. Na medida em que a ACS realizavam as visitas domiciliares, informavam sobre a existência do programa, realizando-se o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e verificando-se aqueles idosos que precisavam de visita domiciliar. Além disso, durante reuniões de equipe semanal se realizava o monitoramento daqueles idosos que precisavam visita domiciliar. Durante a reunião semanal de equipe se realizava agendamento de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, organizando-se a agenda.

Muitas foram as atividades de promoção de saúde desenvolvidas na comunidade, podemos citar as atividades educativas em relação a saúde bucal onde através de rodas de conversas nos grupos a comunidade foi informada sobre a importância de avaliar a saúde bucal assistindo à consultas na UBS, escovação adequada e sobre os alimentos com potencial cariogênicos. A comunidade foi orientada em relação a importância da medida da pressão arterial, realizando-se rodas de conversas participativas nos grupos sobre os fatores de risco no desenvolvimento da hipertensão arterial, assim como daqueles fatores de risco no desenvolvimento da diabetes mellitus daí a importância de assistirem às consultas e fazerem rastreamento da pressão arterial e HGT sobretudo aqueles idosos com diagnóstico HAS ou com pressão arterial sustentada maior de 135/85mmhg. Outras foram as atividades educativas realizadas nos grupos de idosos tais como: a prática de atividade física para evitar a obesidade e sedentarismo e sobre alimentação saudável.

Examinando as ações que estavam previstas para serem realizadas de acordo com o cronograma ratifico que as atividades foram cumpridas, mas temos que fazer menção que as cadernetas de saúde dos idosos não foram distribuídas, pelo qual esta ação não foi cumprida. As cadernetas estão em fase preliminar e para serem distribuídas em municípios pilotos ainda neste ano. Todas as atividades que envolviam uma ação conjunta da equipe da UBS foram realizadas com certa facilidade.

A única atividade que tive dificuldade em cumprir foi a de atendimento odontológico. Realizamos 103 consultas odontológicas, conseguindo alcançar 43,3% deste indicador. Este fato ocorreu por que, inicialmente, os idosos rejeitavam a consulta devido à falta de conhecimento sobre a importância dos atendimentos odontológicos para os usuários com próteses dentárias. Com o passar do tempo e as orientações sendo realizadas cada vez mais intensamente a partir do segundo mês, os indicadores relacionados a saúde bucal foram melhorando.

Outra ação especialmente trabalhada foi o cadastramento dos idosos, mas não conseguimos alcançar a meta total de 689 usuários, foram cadastrados 238 idosos atingindo 34,5% de cobertura. As equipes da ESF continuam fazendo o cadastramento destes idosos, especialmente as ACSs em suas visitas domiciliares na comunidade. Na medida em que as ACSs vão fazendo este cadastro, também orientam sobre a existência do programa de atenção à saúde do idoso. O cadastro, sendo um processo contínuo, consideramos que esse atendimento pode ser feito para um número ainda maior do que atualmente temos como meta. Embora as ACSs continuem o cadastro da população da área adstrita não está ainda totalizado este processo.

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

Uma das ações a serem realizadas era a distribuição das cadernetas de saúde dos idosos e é a maior dificuldade que temos para a continuidade do programa de atenção à saúde dos mesmos. Esta ação não aconteceu devido ao MS não ter concluído as novas cadernetas estando para serem implantadas em municípios pilotos ainda neste ano. A coordenação da Atenção Básica de Antônio Prado manteve contatos com a coordenação do Programa do Idoso do MS solicitando informações sobre a distribuição das cadernetas no qual obtive como resposta que a caderneta está em fase preliminar e disponível em site do MS. Além

disto, foi solicitado que o município de Antônio Prado, devido possuir 100% de cobertura de ESF, poderia formar parte dos municípios pilotos e as cadernetas serem distribuídas. Embora as cadernetas estejam disponível no site a equipe solicitou à secretaria a impressão das mesmas, mas devido ser muitas páginas não foi possível.

A gestão municipal chegou a cogitar um financiamento próprio para a impressão gráfica dessas cadernetas, mas o contingenciamento de recursos para a atenção básica de saúde realizada pelo governo estadual impediu esta possibilidade. Com isso, não há previsão para a distribuição das mesmas.

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

Quanto a coleta e sistematização dos dados relativos a intervenção, não tivemos nenhum problema. Cada profissional da equipe da UBS recebeu capacitação no início da intervenção e todos desempenharam esta função satisfatoriamente, em especial os ACSs que, em suas visitas domiciliares, lembravam os usuários sobre o retorno para a avaliação dos exames complementares. Esta função foi importante para manter os dados das fichas espelho em dia, assim como, outros indicadores para o correto fechamento da planilha de coleta de dados.

Quanto ao cálculo dos indicadores, excetuando a mudança de planilha de coleta de dados ocorrida no mês 2, não tive dificuldade com os mesmos. A mudança ocorreu devido a não conformidade para com os registros na planilha existente disponibilizada pelo curso, quanto ao indicador de avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Logo a planilha foi atualizada e não houve repercussão no cálculo do indicador.

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

O programa de atenção à saúde do idoso já está incorporado a rotina de atendimento da unidade. As fichas espelhos que utilizei durante a intervenção serão modificadas e virão sem o logotipo da UFPel, mas com o brasão do município de Antônio Prado e com o logotipo da secretaria municipal de saúde. Essa é uma demanda da gestão para padronizar o atendimento que continuará sendo realizado em todo o município.

Para melhorar a adequação do programa à rotina do município, deveremos realizar uma melhor orientação na comunidade sobre a importância dos atendimentos odontológicos aos idosos, pois ainda (em menor escala) ocorre a resistência dos idosos que utilizam prótese para fazer esse atendimento. Insistir com a gestão do município sobre o fornecimento e distribuição das cadernetas de saúde dos idosos. Continuar com as atividades educativas na comunidade, nos grupos de idosos, acolhimento e cadastro dos mesmos em nossa UBS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Após a execução de 16 semanas de desempenho do projeto de Atenção à Saúde do Idoso chegamos ao equivalente a 238 (34,5%) cadastramentos dos usuários maiores de 60 anos de idade pertencentes a área de abrangência desta UBS. A população total da área adstrita é em torno de 6000 pessoas e destas 689 fazem parte da população alvo foco da intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso.

Meta 1.1 Alcançar 90% de cobertura do programa.

Durante a evolução ao longo de 4 meses de intervenção, observou-se ascensão do número de idosos maiores de 60 anos inscritos no programa de Atenção à saúde do Idoso, sendo que no 1º mês tínhamos 45 (6,5%) idosos inscritos, no 2º mês 109 (15,8%), no 3º mês 181 (26,3%) e no 4º mês 238 (34,5%), conforme figura 1. Para o cadastramento dos idosos contamos com o apoio de toda equipe, principalmente em relação aos ACS que foram os profissionais responsáveis pela busca. A cada idoso encontrado era oferecida a possibilidade de realizar um atendimento de qualidade com fácil acesso, disponibilidade de marcação dos horários, exames autorizados diretamente na unidade, participação em grupos, visitas domiciliares, orientando assim as vantagens dos mesmos estarem realizando esse atendimento na unidade de saúde próxima a sua residência.

A meta para este indicador era o de ampliar a cobertura da atenção à saúde dos Idosos da unidade de saúde para 90%, portanto não foi atingida. Nesta situação influenciou vários aspectos dentro deles pode-se citar o fator tempo, o qual foi curto para atingir a meta proposta. Além disso, a população de idosos da área adstrita é muito alta e era quase impossível atingir essa totalidade em apenas 4 meses.

Também é importante notar que as equipes de saúde deram ênfases a um atendimento de qualidade, por isso, não atendiam vários idosos no mesmo dia, pois as consultas eram demoradas, visando atingir todos os indicadores de qualidade. Outro fator foi a diminuição do fluxo de idosos para UBS durante a safra da uva. Apesar de não ter alcançado a meta proposta o resultado obtido para a cobertura foi satisfatória, levando em conta o pouco tempo de efetuação dessa atenção na UBS em virtude do programa de Atenção à Saúde do Idoso ter-se iniciado sob nenhuma base anterior desde que começou a funcionar na UBS. Além disso, não existia na UBS nenhum projeto ou programa voltado à saúde dos idosos realizado anteriormente. A continuidade do programa no município ampliará ainda mais o acompanhamento e cobertura desta população alvo.

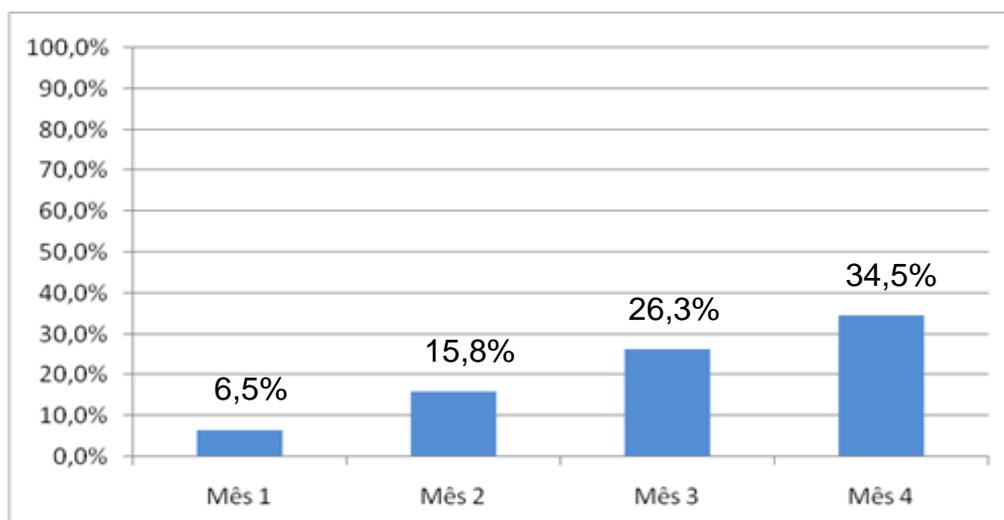


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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.

Em relação a proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia no 1º mês foram cadastrados 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238. Esta avaliação foi realizada em todos os idosos que faziam parte do programa utilizando como modelo a proposta de avaliação do MS, atingindo 100% para este indicador durante os 4 meses da intervenção.

Para a realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos primeiramente foram definidas as atribuições de cada profissional da equipe e foi garantido através da gestão balanças, antropômetros, tabela de Snellen, entre outros materiais necessários para a realização da mesma pelas médicas e equipes de enfermagem. As equipes realizaram atividades educativas sobre o tema na UBS, nas comunidades, nos grupos de atividade física, grupos de hipertensos, diabéticos e de saúde mental sobre a importância da realização destas avaliações para determinar de forma precoce os fatores de risco que podem causar o desenvolvimento de doenças crônicas e maior risco de mortalidade desta população alvo.

Além disso, as equipes orientaram aos idosos sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e foram fornecidas informações para os idosos em cada consulta sobre a sua saúde e, desta maneira, assumiram a responsabilidade sobre sua própria saúde, modificando-se estilos de vida e conseguindo melhor qualidade de vida desta população.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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.

Durante a intervenção foi necessário capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e definir as atribuições de cada membro da equipe no exame físico de idosos hipertensos/ diabéticos. Com isso, o exame físico de idosos hipertensos/diabéticos foi realizado pelas médicas da equipe e medida da pressão arterial, HGT, peso e altura pelas equipes de enfermagem em cada consulta. Foi necessário organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e/ou diabéticos proveniente das buscas domiciliares, semanalmente. Realizamos ações educativas com a comunidade e grupos de idosos, revelando os fatores de risco cardiovasculares e neurológicos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente sobretudo em usuários diabéticos.

Durante o 1º mês da intervenção conseguimos fazer o exame clínico apropriado a 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e ao 4º mês 238 atingindo assim, 100% destes usuários ao longo de toda a intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Em relação à solicitação dos exames complementares para hipertensos e diabéticos, estes foram avaliados durante consulta e depois solicitados, conforme o protocolo. A autorização dos exames aconteceu na própria unidade, sendo assim facilitador para a realização. Em relação a exames especializados para idosos hipertensos e diabéticos como, por exemplo, exame do fundo de olho ou optometria, estes foram encaminhados para consulta especializada, assim como outros exames especializados.

Durante o 1º mês da intervenção conseguimos solicitar os exames complementares a 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo, desta forma, 100% destes usuários ao longo de toda a intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Durante a realização da intervenção foi solicitada uma lista atualizada dos medicamentos disponíveis na rede de Farmácia Popular. Sendo assim durante as consultas, os idosos que necessitassem de medicações era dada a prioridade de prescrição de medicações disponíveis, sobretudo aos que possuíam doenças crônicas como hipertensão e diabetes, entre outras, doenças crônicas. Mas em alguns casos foi necessária a prescrição de outros medicamentos não disponíveis na lista. Sendo assim, foi atingido um percentual de 44 idosos no 1º mês (97,8%), 107 no 2º mês (98,2%), 173 no 3º mês (95,6%) e 218 no 4º mês (91,6%), conforme figura 2. Os resultados obtidos não alcançaram a meta proposta, pois há idosos que não possuem doenças crônicas ou agudas não necessitando da prescrição medicamentosa.

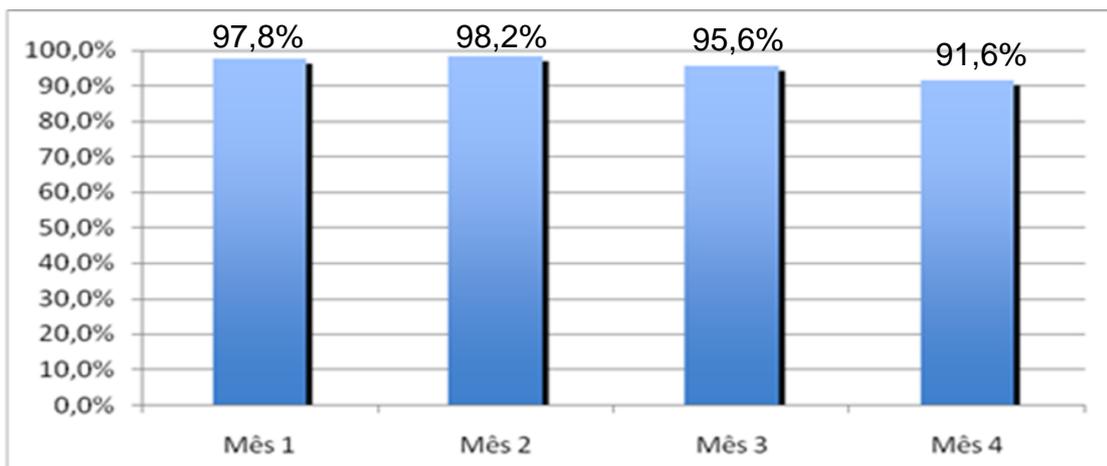


Figura 2. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Em relação ao cadastro de idosos com problemas de locomoção ou acamados no 1º mês apresentamos dificuldade devido a implantação da intervenção, pois o município não realizava atividades de controle nesta área e também neste período a estratégia de saúde da família da UBS estavam em etapa de organização de equipe, onde possuía áreas descobertas de ACS. Além disso, também não havia disponibilidade de transporte para acessar a todos os acamados das áreas. Uma vez que foi organizada a ESF da unidade e todas as áreas cobertas, conseguimos atingir a meta proposta.

Sendo assim no 1º mês alcançamos um número de 5 idosos (45,5%), no 2º mês 18(100%), 3º mês 27(100%) e 4º mês 29(100%), conforme figura 3.

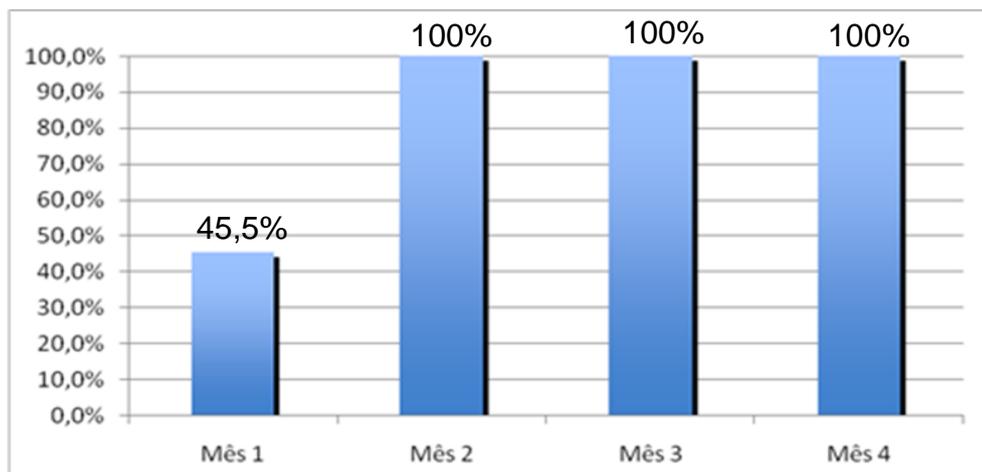


Figura 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Como apresentado no resultado anterior, durante a realização da intervenção possuímos dificuldade, pois no 1º mês estava acontecendo a reestruturação da ESF e também por não dispor de transporte para chegar até o domicílio destes idosos. Em conversa com a gestão conseguimos alguns horários para a realização das visitas domiciliares sendo assim melhoramos o percentual de visitas durante os meses seguintes.

No 1º mês não foi realizada nenhuma visita domiciliar (0%) no 2º mês foram cadastrados pelas ACS 18 idosos acamados ou com problemas de locomoção e destes 14 (77,8%) receberam visita domiciliar da equipe, no 3º mês cadastramos 27, onde 23 (85,2%) receberam a visita e no 4º mês cadastramos 29, onde 25 (86,2%) receberam a visita, conforme figura 4, situação devida a não disponibilidade de transporte.

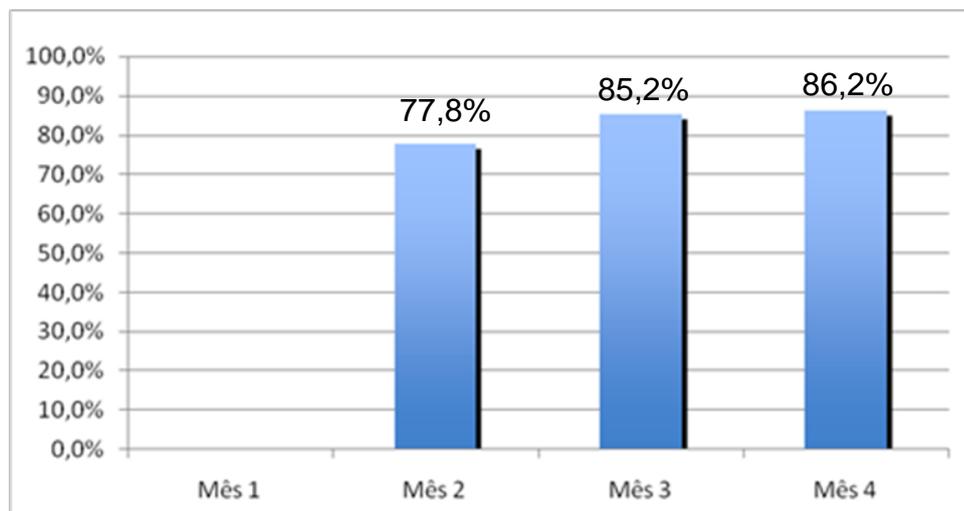


Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Em relação ao rastreamento dos idosos com hipertensão todos foram avaliados pela equipe de enfermagem e médica em sua última consulta verificando pressão arterial. Realizados os exames necessários, prescrições de medicamentos e orientações. Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos rastrear 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, conseguindo atingir 100% destes usuários ao longo de toda a intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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.

Todos os idosos hipertensos participantes da intervenção foram rastreados para diabetes pela equipe, através do controle de hemoglicoteste e exame de glicemia em jejum e hemoglobina glicada. Em caso de resultados com valores alterados eram confirmados através de teste de tolerância a glicose, uma vez diagnosticados como diabéticos iniciado o tratamento necessário. Durante o 1º mês da intervenção conseguimos rastrear 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, conseguindo atingir 100% destes usuários ao longo de toda a intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Todos os idosos participantes da intervenção receberam a avaliação de saúde bucal por parte das médicas das equipes, sendo que os que necessitavam do atendimento foram orientados sobre a forma de marcação para o atendimento com a odontóloga da UBS. Durante o 1º mês da intervenção conseguimos rastrear 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, conseguindo atingir 100% destes usuários ao longo da intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso.

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

Logo após a consulta onde foram avaliados os idosos, estes eram encaminhados a recepção para realizar o agendamento do melhor horário para o seu atendimento. A maioria dos idosos avaliados faz uso de próteses dentárias e eles consideravam que não necessitavam deste tipo de atendimento, muitas vezes por falta de conhecimento e orientação em relação a saúde bucal. Mesmo orientados, grande parte mostrou-se resistente não agendando as consultas conforme orientação. Já outros avaliados realizavam acompanhamento odontológico pela rede particular.

No 1º mês nenhum idoso agendou a consulta odontológica (0%), sendo assim foram realizadas intervenções para a conscientização dos idosos em relação a importância da saúde bucal, mostrando resultado nos meses seguintes. No 2º mês 8 idosos (7,3%) agendaram consulta, no 3º mês 69 idosos (38,1%) e no 4º mês 103 idosos (43,3%), conforme figura 5.

A meta proposta não foi atingida, mas conseguimos um aumento no acompanhamento por parte da saúde bucal, pois o município não dispõe de equipe de saúde bucal inserida na estratégia de saúde da família, possui um odontólogo 20 horas para o atendimento de todas as equipes.

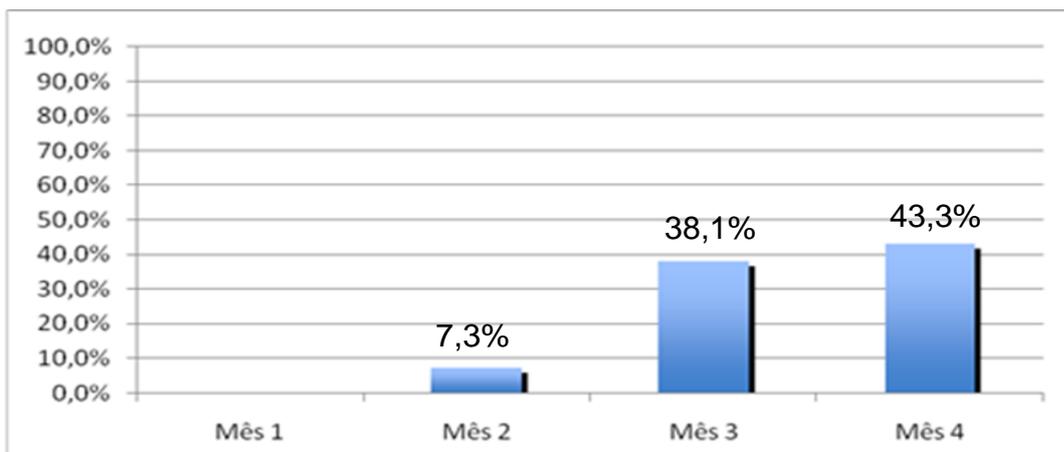


Figura 5. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

Todos os idosos que agendaram as consultas compareceram, sendo assim não foi necessária a realização de busca ativa. Nas reuniões de equipe foram discutidos os idosos que tinham que retornar as consultas para mostrar exames complementares ou fazer reavaliação, as ACS faziam visita domiciliar a esses idosos lembrando o agendamento das consultas. Os idosos da área foram responsáveis pela sua saúde, sendo disciplinados nos agendamentos.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

Em relação ao preenchimento da ficha espelho obtivemos ótimos resultados. No início da intervenção toda a equipe foi orientada de como realizar o correto preenchimento e, semanalmente, durante as reuniões de equipe era discutido sobre o preenchimento da ficha espelho, retirada dúvidas e discutido idéias, o que colaborou para os resultados.

Sendo assim atingindo durante o 1º mês da intervenção 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, conseguindo atingir 100% destes usuários ao longo da intervenção.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

Esta ação não aconteceu devido ao MS não ter enviado as novas cadernetas estando para serem implantadas em municípios pilotos ainda neste ano. A coordenação da Atenção Básica de Antônio Prado manteve contatos com a coordenação do Programa do Idoso do MS solicitando informações sobre a distribuição das cadernetas no qual obteve como resposta que a caderneta está em fase preliminar e disponível em site do Ministério.

Além disto, foi solicitado que o município de Antônio Prado, por ter 100% de cobertura de ESF, poderia formar parte dos municípios pilotos e as cadernetas serem distribuídas. Embora as cadernetas estejam disponíveis no site a equipe solicitou à secretaria a impressão das mesmas, mas devido ser muitas páginas não foi possível.

A gestão municipal chegou a cogitar um financiamento próprio para a impressão gráfica dessas cadernetas, mas o contingenciamento de recursos para a atenção básica de saúde realizada pelo governo estadual impediu esta possibilidade. Com isso, não há previsão para a distribuição das mesmas.

Sendo que nesta meta não foi alcançada a nenhum idoso, devido a não disponibilidade de material necessário.

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

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

Todos os idosos participantes da intervenção foram rastreados para o risco de morbimortalidade durante consulta médica ou através de visitas domiciliares, onde todos aqueles portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cérebro vasculares ou com fatores de risco associados tais como tabagismo, sedentarismo, dislipidemias entre outros, receberam este tipo de avaliação. Foram realizadas também atividades educativas em grupo de idosos, hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco propícios a desenvolver doenças crônicas que possam levar o paciente a óbito.

Sendo assim, durante o 1º mês da intervenção conseguimos rastrear 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, conseguindo atingir 100% destes usuários ao longo da intervenção.

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

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

Durante todas as consultas e visitas domiciliares os idosos foram avaliados não somente pela médica, mas por toda a equipe em relação a fragilização que os mesmo apresentavam como: risco de queda, de hospitalização, incapacidade de realização das atividades diárias. Se identificadas tais fragilidades, era realizada orientação ao idoso e sua família e uma maior atenção por parte das ACS durante as visitas domiciliares, sendo discutidos os casos nas reuniões de equipe.

No 1º mês da intervenção conseguimos investigar 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo 100% destes usuários ao longo da intervenção.

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

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

Os idosos participantes da intervenção foram avaliados por toda a equipe em relação a rede social pertencente. As principais peças desta avaliação foram as agentes de saúde que possuem o maior vínculo e contato com os idosos, mas foi realizadas por toda a equipe durante visitas domiciliares e nas consultas através de relatos dos mesmos e durante a realização da avaliação multidimensional que aborda itens relacionados ao vínculo com familiares, amigos e cuidadores.

Durante o 1º mês da intervenção conseguimos rastrear 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo 100% destes usuários ao longo da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Os idosos da intervenção foram todos orientados em relação aos hábitos alimentares saudáveis, durante consultas e também em grupos realizados na comunidade. Sendo que no 1º mês da intervenção conseguimos orientar 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo 100% destes usuários ao longo da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Os idosos da intervenção foram todos orientados em relação à prática regular de atividade física, durante consultas e também em grupos realizados na comunidade, sendo que neste possui a presença de um educador físico.

No 1º mês da intervenção conseguimos orientar 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo 100% destes usuários ao longo da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Os idosos foram orientados durante consulta médica e também aos que participaram da consulta odontológica sobre a realização da higiene bucal, incluindo temas como: higienização de próteses, quantidade de escovações, uso correto do fio dental, alimentos saudáveis entre outras orientações e retirada de dúvidas. Realizadas também atividades educativas na comunidade e na sala de espera da UBS em relação a saúde bucal. Sendo que no 1º mês da intervenção conseguimos orientar 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e no 4º mês 238, atingindo 100% destes usuários ao longo da intervenção.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada colaborou para o fortalecimento da união da equipe. Quando a proposta foi apresentada em reunião todos os participantes da equipe de alguma maneira colaboraram com o desenvolvimento e aprimoramento do projeto. Foi também de grande importância para adquirir e aperfeiçoar novos conhecimentos a equipe, onde foi estudado o Manual de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do MS, organizado pelo MS, em 2006.

O processo de capacitação da equipe ajudou a esclarecer dúvidas em grande parte da equipe de saúde em especial dos ACS, que assim, conseguiram novas orientações e informações para repassarem aos idosos de sua área, contribuiu também para o empenho nas visitas e cadastramento dos idosos, fortalecendo assim o vínculo entre os idosos, ACS e a unidade de saúde. A equipe

de saúde bucal também proporcionou melhorias nas ações realizadas, onde colaborou esclarecendo as dúvidas referentes ao atendimento odontológico, desfazendo mitos e tabus ainda muito presentes.

A intervenção realizada proporcionou também um melhor acompanhamento por parte de toda a equipe aos idosos, conseguindo estabelecer vínculos maiores com a mesma, proporcionando assim uma melhor qualidade ao atendimento prestado na unidade para estes usuários. As orientações realizadas pelas equipes nos grupos de idosos, grupos de hipertensos, diabéticos e saúde mental antes das consultas foram de grande importância, pois técnicos e enfermeiras muitas vezes retiravam pequenas dúvidas que os idosos tinham em relação a este tipo de atendimento. Sendo assim a intervenção realizada proporcionou uma melhoria na qualidade de vida e assistência realizada na unidade para estes usuários.

Em relação à importância para a comunidade teve maior importância principalmente em relação aos idosos, pois estes receberam uma atenção mais qualificada, onde os profissionais foram capacitados, e orientados a seguir o Manual Técnico do MS. Os vínculos e laços efetivos e afetivos entre a unidade de saúde e os idosos foram reforçados, pois alguns idosos por vezes desconheciam a possibilidade de realizar o atendimento de qualidade na unidade, com a possibilidade de fazer exames complementares, de realizar uma avaliação integral de sua saúde, sobretudo aqueles idosos hipertensos, diabéticos ou portadores de qualquer outra doença crônica. Estabeleceu-se também com as ACS uma relação de maior confiança, pois as mesmas estavam capacitadas para esclarecer as dúvidas que poderiam ocorrer, ajudar nas necessidades e, quando não sabiam, sempre procuravam respostas e retornavam ao domicílio dos idosos com esclarecimentos.

A intervenção proporcionou uma melhor abrangência da cobertura de atendimentos à saúde dos idosos na unidade, onde houve um melhor controle da qualidade através dos registros realizados que antes não eram feitos. Também houve o aumento do número de consultas clínicas assim como odontológicas. Podemos também considerar o aumento da participação dos idosos à unidade.

Se fosse realizar a intervenção novamente, começaria com a busca dos idosos, o cadastramento e o engajamento dos mesmos na participação de grupos, e buscaria mais recursos e envolveria outros profissionais para o desenvolvimento das atividades educativas coletivas. Convidaria à psicóloga, nutricionista e assistente

social para participar das ações desenvolvidas na intervenção sensibilizando-os também a realizar visita juntamente aos domicílios, sobretudo, a idosos acamados e com dificuldades na rede social. Buscaria também liberação para realizar grupos em horários alternativos para contarmos com a presença de integrantes da família dos idosos orientando-os sobre a importância da realização deste atendimento com o objetivo de proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida aos mesmos.

A intervenção foi incorporada à unidade, os idosos continuam recebendo as orientações antes de consultas nos grupos pelas equipes, sobretudo destacando as orientações realizadas pelos ACS nas visitas, assim como sua participação das consultas odontológicas.

A UBS dará continuidade ao programa de atendimento aos idosos, fazendo uso das fichas espelhos que utilizei durante a intervenção as quais serão modificadas e ficarão sem o logotipo da UFPel, mas sim, com o brasão do município de Antônio Prado e com o logotipo da secretaria municipal de saúde. Também faremos uso da planilha de coleta de dados, assim como, a avaliação multidimensional rápida e os outros materiais, seguindo o protocolo de atenção à saúde do idoso preconizado pelo MS. As equipes continuarão com as atividades educativas na comunidade, nos grupos de idosos, acolhimento e cadastro dos mesmos em nossa UBS.

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

Prezada gestora,

Sou a doutora Jany Primelles Rivero, médica geral, trabalho na UBS Centro, especializanda da Universidade Federal de Pelotas, no curso de Especialização em Saúde da Família. Venho através deste relatório demonstrar a realização da intervenção na Unidade de Saúde Antônio Prado, realizada no período de 16 semanas, com início em fevereiro de 2015 tendo como público alvo a população idosa atendida na UBS. A intervenção foi motivada após a verificação de que no município não se tinha um controle sobre a saúde dos idosos.

Inicialmente, a equipe de saúde foi capacitada com o Manual de Atenção Básica a Saúde do Idoso preconizado pelo MS, orientando a mesma a maneira do controle e do acesso da população alvo. Melhoramos o acesso e acolhimento dos idosos visando facilitar e melhorar o atendimento, com isso as ACS foram orientadas a realizarem busca e orientações a todos os idosos da área, apresentado a eles as vantagens e benefícios do acompanhamento realizado na UBS.

Para o sucesso da intervenção, realizaram-se diversas atividades, controle rigoroso em relação às consultas com médico de família e odontóloga, orientações sobre diversos temas durante consultas e em grupos com datas estabelecidas, com equipe multiprofissional. Com estas atividades conseguimos um melhor controle destes idosos, podendo assim fazer o levantamento de idosos de riscos, com vulnerabilidade, abandono afetivo e social entre outros aspectos. Nos grupos formados de atividade física e saúde mental realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde para mudar os estilos de vida desta população, oferecendo atividades educativas sobre nutrição, saúde bucal, tabagismo, palestras sobre

doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de colo de útero, depressão, entre outras.

Sendo assim conseguimos com a intervenção realizada proporcionar ações de qualidade ao atendimento a idosos, melhoramos o controle da situação de nossa área de abrangência em relação ao número de idosos cadastrados, realizando o acompanhamento de sua situação de saúde, colaborando também para o fortalecimento e união da equipe e para o sucesso do projeto. Criou-se um vínculo de confiança e afetividade principalmente com este público. Os indicadores avaliados mostraram que o número de idosos acompanhados ao longo dos 4 meses foi de 238 (34,5%) idosos. As orientações demonstraram-se de grande importância durante todo o desenvolvimento da intervenção, sendo sempre esclarecidas as dúvidas ou inseguranças que afetavam aos idosos ou até mesmos seus cuidadores e família. Toda a equipe da unidade mostrou-se engajada com a intervenção, sempre pensando na melhoria ao atendimento a este público.

Em relação aos resultados da intervenção podemos dizer que durante o 1º mês conseguimos fazer o exame clínico apropriado a 45 idosos do total da amostra, no 2º mês 109, no 3º mês 181 e ao 4º mês 238 atingindo assim, 100% destes usuários ao longo de toda a intervenção. Os mesmos resultados apareceram para o indicador de solicitação de exames complementares.

Em relação à proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada obtivemos os seguintes resultados: um percentual de 44 idosos no 1º mês (97,8%), 107 no 2º (98,2%), 173 no 3º (95,6%) e 218 no 4º mês (91,6%). Os resultados obtidos não alcançaram a meta proposta, pois há idosos que não possuem doenças crônicas ou agudas não necessitando da prescrição medicamentosa.

Outro indicador avaliado foi a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Sendo assim no 1º mês alcançamos um número de 5 idosos (45,5%), no 2º mês 18(100%), 3º mês 27(100%) e 4º mês 29(100%). É importante ressaltar que os idosos acamados receberam visita domiciliar da equipe, visando atender as suas demandas de saúde, já que possuem impossibilidade de deslocamento até a Unidade de saúde. No 1º mês não foi realizada nenhuma visita domiciliar (0%), no 2º mês foram cadastrados pelas ACS 18 idosos acamados ou com problemas de locomoção e destes 14 receberam visita domiciliar da equipe alcançando 77,8%, no 3º mês cadastramos 27, onde 23

receberam a visita correspondente a 85,2% e no 4º mês cadastramos 29, onde 25 receberam a visita correspondendo a 86,2%. Não conseguimos realizar a visita domiciliar a todos os idosos acamados devido a indisponibilidade de transporte.

Em relação ao indicador relacionado a distribuição aos idosos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa esta ação não foi possível devido ao MS não ter enviado as novas cadernetas estando para serem implantadas em municípios pilotos ainda este ano. Esta foi uma das maiores dificuldades que temos para a continuidade do programa de atenção à saúde dos idosos, pelo qual aproveitamos para sugerir ao gestor que se mantenha empenhado a continuar trabalhando neste sentido até conseguir a impressão e distribuição das mesmas para fornecer aos idosos a Caderneta de Saúde, para assim conseguirmos continuar com o controle após a intervenção. Solicitamos também que após a construção do protocolo municipal de saúde do idoso este seja implementado em todas as equipes.

A intervenção foi de grande valia, pois permanece acontecendo, tendo um melhor acompanhamento, registro de informações e promovendo a educação para que possamos ter um envelhecimento da melhor forma possível.

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

Olá comunidade da Unidade de Saúde Antônio Prado,

Sou a doutora Jany Primelles Rivero, médica geral, trabalho na UBS Centro junto com a equipe de Saúde de Colina. Viemos através deste relato expor a nossa comunidade e usuários da UBS a intervenção realizada durante o decorrer de 16 semanas, tendo como público alvo nossos idosos. Com esta intervenção, conseguimos realizar o cadastro de 238 idosos acompanhados que residem na área de abrangência da unidade. Também melhoramos o acompanhamento e atendimento dos mesmos, onde toda a equipe foi capacitada para que isso ocorresse. Através da intervenção conseguimos atingir 238(34,5%) idosos, foi realizado o exame clínico apropriado ao 100% destes usuários. Os mesmos resultados apareceram para o indicador de solicitação de exames complementares. A intervenção proporcionou uma melhor abrangência da cobertura de atendimentos à saúde dos nossos idosos na unidade. Aumento do número de consultas clínicas assim como odontológicas; contribuindo para uma melhor qualidade deste atendimento.

Através da intervenção conseguimos proporcionar um atendimento integral aos idosos, por todos os integrantes da Unidade de Saúde realizando consultas de acompanhamento, atendimento a saúde bucal melhoria no acesso e acolhimento, o que facilitou o agendamento das consultas, exames, melhorando a atenção a este grupo em especial, visitas domiciliares pelas ACS e equipe. Durante o período foram implantadas fichas específicas para verificar a qualidade do atendimento realizado, também os idosos que tinham que voltar a consulta para mostrar exames complementares receberam visitas dos profissionais, conseguindo assim não ter faltosos a consultas e com a finalidade de sempre manter tudo em dia, para um bom acompanhamento.

Durante a realização do projeto de intervenção foram realizados com os idosos grupos educativos, com participação de todos os membros da equipe abordando vários assuntos: nutrição, saúde bucal, tabagismo, palestras sobre doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer de mama, câncer de colo de útero, depressão, entre outras. Realizamos avaliações constantes de seu estado de saúde, verificando a realização de vacinas, dos exames, do comparecimento em consultas tanto médicas como odontológicas, também facilitando o acesso dos mesmos a marcação de consultas e o agendamento de exames. Com isso proporcionamos a nossa comunidade, uma maior responsabilidade em relação aos seus cuidados de saúde, sendo assim alcançando uma melhor qualidade de vida.

As atividades educativas de ordem preventivo trazem muitos benefícios ao indivíduo e a comunidade pois promovem co-responsabilização, saúde mental, socialização e participação coletiva nas atividades de promoção e prevenção de saúde. A grande importância se deve a diminuição do desenvolvimento de doenças e suas complicações na vida dos indivíduos e da comunidade. As atividades comunitárias promovem o controle social através do diálogo entre os profissionais e usuários melhorando o vínculo no território entre estes, razão pela qual convidamos a toda a comunidade a percorrer este caminho que é o início da nossa caminhada, que assumiremos com responsabilidade compartilhada com o objetivo fundamental de promover saúde e vida.

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

A realização desta especialização em saúde da família contribuiu muito no meu desenvolvimento como médica de saúde da família, ajudou-me a ter um conhecimento muito mais amplo sobre a prevenção e promoção da saúde sendo um dos objetivos fundamentais da atenção primária de saúde.

A intervenção realizada na UBS proporcionou um fortalecimento da união da equipe, onde todos tiveram participação na adequação da intervenção na unidade, todos aprenderam juntos sobre a atenção à saúde do idoso, com isso proporcionando a mim e a equipe um conhecimento mais profundo e concreto sobre este tipo de atendimento.

Ajudou-nos a fazer uma avaliação integral desses usuários, sabendo de suas limitações, fatores de risco que poderiam estar influenciando o aparecimento da doença em si, além disso, permitiu um melhor controle dos idosos com diagnóstico de doenças crônicas conseguindo melhor controle dessas doenças prevendo futuras complicações e, com isso, podendo disponibilizar aos nossos idosos orientações sobre sua saúde e responsabilizando-os sobre sua própria saúde.

Também proporcionou o empenho da equipe em relação a este grupo, com uma visão diferenciada para os mesmos. Propiciou também maior aproximação com a comunidade, com mais qualidade durante visitas domiciliares, conhecimentos repassados e conhecimentos adquiridos por todos.

A realização da especialização me proporcionou um maior conhecimento sobre ESF e sobre os princípios fundamentais do SUS, foi um desafio para nossas vidas profissionais e nos ajudou a entender que com dedicação, empenho e apoio da gestão podemos trazer mudanças na saúde da população para uma melhor qualidade de vida.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. Portaria Interministerial Nº 1.646, DE 5 DE AGOSTO DE 2014. Institui o componente Gradua CEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências. Brasília, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292740>> Acesso em 13/08/2014.

## **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

**FOTOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA**



Figura 6. Atendimento em consulta



Figura 7. Atendimento em consulta



Figura 8. Atividades com a comunidade



Figura 9. Atividades com a comunidade



Figura 10. Grupo de atividade física



Figura 11. Grupo de atividade física Move-te



Figura 12. Grupo de atividade física Move-te



Figura 13. Grupo de atividade física Move-te