

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Santa Terezinha,  
Pelotas/RS**

**Nayra Pons Gonzalez**

**Pelotas, 2015**

**Nayra Pons Gonzalez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Santa Terezinha,  
Pelotas/RS**

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

Orientador: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

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

G643m González, Nayra Pons

Melhoria da Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS. / Nayra Pons González; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus pais sem os quais não poderia estar hoje no Brasil ganhando uma experiência com o trabalho na Saúde Pública. Aos meus filhos que são o motor impulsor da minha vida e carreira profissional.

## **Agradecimentos**

A minhas orientadoras Caroline, Debora e Mônica pela ajuda incondicional.

A UFPEL pela possibilidade de formar parte dos especializados em Saúde da Família.

## Resumo

GONZALEZ, Nayra Pons. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS**. 2015. 81f. 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.

O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2.050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2013). A intervenção foi desenvolvida com o objetivo de melhorar a saúde dos idosos na UBS Santa Terezinha que está na zona urbana do município Pelotas/RS. Nesta unidade de saúde a estimativa da população é de 6.876 usuários, com duas equipes de saúde da família, sendo aproximadamente 3.223 a população adstrita para nossa equipe e os idosos que representavam 10% desta foram 322 segundo estimativa gerada pela planilha de coleta de dados digital. O serviço apresentava características estruturais inadequadas para os atendimentos além de pouca organização no acolhimento, sem agendamentos para consultas nem visitas domiciliares aos usuários que precisaram. A satisfação da população era pouca e tinham que fazer fila por horas para conseguir atendimento médico. Baseados nesta realidade, observamos que a população idosa procurava muito atendimento na UBS, sendo um grupo muito carente e com falta de atenção, assim a equipe escolheu este foco para intervenção. Durante a intervenção utilizamos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso e a planilha de coleta de dados para o monitoramento, além do envio semanal dos diários da intervenção. Obtivemos resultados significativos com a intervenção, na maioria dos indicadores. Aumentamos a cobertura dos atendimentos para 55,9%, dos 322 idosos 180 foram acompanhados, também tiveram resultados de qualidade de 100% para exame clínico em dia, visitas domiciliares para acamados, avaliação de risco para morbidade, fragilização na velhice e orientação nutricional saudável. Ao incorporar a Estratégia de Saúde da Família na rotina diária da unidade foi possível melhorar os atendimentos dos idosos e de outros grupos populacionais. Fomos ganhando em organização nos acolhimentos, atendimentos médicos e de enfermagem, assim como em quantidade de usuários atendidos no dia e com qualidade. A satisfação da população aumentou à medida que fomos mostrando o trabalho que pode ser feito na Atenção Primária à Saúde.

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

## Lista de Figuras

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1  | Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.   | 51 |
| Figura 2  | Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.   | 53 |
| Figura 3  | Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.  | 54 |
| Figura 4  | Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015. | 54 |
| Figura 5  | Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                          | 55 |
| Figura 6  | Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                           | 56 |
| Figura 7  | Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                                 | 57 |
| Figura 8  | Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.   | 58 |
| Figura 9  | Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                               | 59 |
| Figura 10 | Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.  | 60 |
| Figura 11 | Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.  | 60 |
| Figura 12 | Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.   | 61 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 13 | Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                             | 62 |
| Figura 14 | Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                | 63 |
| Figura 15 | Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                  | 64 |
| Figura 16 | Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.                                | 64 |
| Figura 17 | Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.        | 65 |
| Figura 18 | Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015. | 67 |
| Figura 19 | Gráfico da Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.        | 68 |



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

|          |   |
|----------|---|
| ACS -    | Agente Comunitário da Saúde                   |
| APS -    | Atenção Primária de Saúde                     |
| DOE -    | Diálogo Orientador Especializando             |
| EAD -    | Educação à Distância                          |
| ESB -    | Equipe de Saúde Bucal                         |
| ESF -    | Estratégia da Saúde da Família                |
| NASF -   | Núcleo Apoio Saúde Família                    |
| RS -     | Rio Grande do Sul                             |
| SUS -    | Sistema Único Saúde                           |
| SIAB -   | Sistema Informação Atenção Básica             |
| TCC -    | Trabalho Conclusão Curso                      |
| UBS -    | Unidade Básica Saúde                          |
| UFPEL -  | Universidade Federal de Pelotas               |
| UNASUS - | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |
| USF -    | Unidade de Saúde da Família                   |

## Sumário

|  |     |
|--|-----|
| Apresentação .....   | 9   |
| 1 Análise Situacional .....  | 11  |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....  | 11  |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional .....   | 12  |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 16  |
| 2 Análise Estratégica .....  | 17  |
| 2.1 Justificativa .....  | 17  |
| 2.2 Objetivos e metas .....  | 18  |
| 2.2.1 Objetivo geral .....   | 19  |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas .....  | 19  |
| 2.3 Metodologia .....  | 20  |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....   | 21  |
| 2.3.2 Indicadores .....  | 37  |
| 2.3.3 Logística .....  | 42  |
| 2.3.4 Cronograma.....  | 45  |
| 3 Relatório da Intervenção.....  | 46  |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....   | 46  |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....   | 48  |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....                            | 48  |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....                       | 48  |
| 4 Avaliação da intervenção.....  | 50  |
| 4.1 Resultados.....  | 50  |
| 4.2 Discussão .....  | 66  |
| 5 Relatório da intervenção para gestores .....   | 66  |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....   | 72  |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....                           | 74  |
| Referências .....  | 76  |
| Anexos .....   | 777 |
| Anexo A - Documento do Comitê de Ética .....   | 778 |
| Anexo B – Planilha de coleta de dados .....  | 79  |
| Anexo C – Ficha-espelho .....  | 80  |
| Anexo D – Termo de Consentimento .....   | 81  |

## **Apresentação**

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância proposta pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) na qual desenvolvemos uma intervenção na UBS Santa Terezinha realizada no período de junho a setembro de 2015 para melhorar a saúde dos idosos. Este volume abrange as seguintes partes:

1) Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas;

2) Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhoria da atenção à saúde dos idosos da comunidade adstrita, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas;

3) Relatório da intervenção que aborda as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referentes às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS;

4) Avaliação da intervenção, etapa que aborda a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e

instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo;

5) Relatório da intervenção para os gestores, abordando o que foi atingido com a intervenção e solicitando o constante apoio para atividades dentro da unidade.

6) Relatório da intervenção para a comunidade, o qual descreve os resultados obtidos com a intervenção, abrindo a oportunidade para comunidade interagir mais com a unidade de saúde.

7) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional.

## **1 Análise Situacional**

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

Fazendo uma comparação das leituras do Ministério da Saúde (MS) 2008, Manual da Estrutura da UBS e com o observado na minha unidade eu posso dizer que temos muitas dificuldades ou deficiências ainda para melhorar o atendimento aos usuários. Em relação aos recursos humanos falta pediatra, farmacêutico, agentes comunitários, contamos com um ginecologista que faz o atendimento uma vez por semana e uma dentista que trabalha um turno três vezes por semana. Isto dificulta nosso trabalho, já para outras especialidades fazemos o encaminhamento que é muito demorado e não recebemos contra referência da atenção feita. O pessoal de enfermagem entrega a medicação aos usuários e tenta controlar quais faltam ou está próxima a data de validade.

Os antibióticos não são suficientes para a demanda da população, não contamos com fitoterápicos como medicina alternativa, mas tentamos receitar medicina verde, eu acho que poderia existir uma farmácia para eles, pois são efetivos e de baixo custo, tem bons resultados no tratamento das doenças. Com respeito aos materiais usados pela dentista e suas dificuldades, não posso descrever, já que não conheço deste tema e não posso fazer atuação nesse sentido. Para melhorar em relação as medicações eu penso que poderia se agrupar um número de usuários e localizar uma farmácia nos bairros para descentralizar a Farmácia Municipal.

Por não contar com internet temos dificuldades com nosso trabalho, em ocasiões para procurar os nomes de medicações temos que demorar o atendimento e busca-los em guias que não são atualizados, tampouco temos prontuários eletrônicos para fazer um resumo e xerox que são pagos pelos usuários, implicando

um custo econômico adicional, quando necessário. Tampouco existe na unidade material bibliográfico para consulta médica.

Na minha UBS só fazemos glicemia capilar como teste diagnóstico rápido e os outros exames devem ser marcados nos laboratórios de mês em mês, isto demora muito para um completo diagnóstico. Para os exames mais complexos como Tomografia Computadorizada ou Colonoscopia o encaminhamento é feito para a Secretaria de Saúde e demora às vezes anos.

Para melhorar o diagnóstico poderia se treinar um enfermeiro e ter testes rápidos, por exemplo, de Doenças Sexualmente Transmissíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS), assim a triagem seria mais rápida e o público alvo seria maior conhecido.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 30/10/2014**

Pelotas está situada no Estado do Rio Grande do Sul com uma população adstrita de 341.800 pessoas segundo censo demográfico do ano 2013. Para oferecer atendimento em saúde conta com 51 UBSs sendo 32 com ESF e 19 que ainda funcionam com modelo tradicional distribuídas no território. Oferece atendimento para o nível secundário com três hospitais, unidades de pronto Atendimento (PA) em adultos e pediátricos, 1 Centro de Especialidades, não conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência está situado na zona norte.

Eu trabalho no bairro Santa Terezinha na zona norte do município, minha UBS ainda funciona como modelo tradicional de atendimento. A implantação da ESF ainda está em processo burocrático para fazer a seleção dos ACS que deve ser feita no mês de novembro. Na futura constituição da UBS ficarão duas equipes que já estão completas com os profissionais médicos e de enfermagem: duas médicas generalistas, 2 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, 1 recepcionista, 1 higienizadora e 1 assistente social.

Analisando a estrutura física da unidade eu considero como inadequada, pois é um local adaptado, alugado pela prefeitura. A sala de acolhimento é ampla com cadeiras suficientes para os usuários, bem ventilada, a recepção com os arquivos onde os prontuários são guardados é comum para as duas funcionárias,

não tem internet nem prontuários eletrônicos. Os consultórios são amplos, iluminados e bem ventilados com privacidade adequada, uma para cada médica e mais um consultório para ginecologia, estão bem equipadas. A sala de curativos é comum com a de enfermagem, assim como a sala de vacinas e de puericultura, isso às vezes dificulta o atendimento e demora as consultas. A sala de reuniões onde são desenvolvidas as atividades dos grupos será usada em conjunto para os ACSs, mas em horários diferentes para as reuniões das equipes. Tem só um banheiro para os usuários de ambos os sexos em boa localização e condições, mais um para os funcionários. O armário dos medicamentos funciona como farmácia num espaço reduzido ao final da UBS sem entrada extra. O consultório odontológico está em ótima condição, mas só para um dentista. O acesso a nossa UBS não tem barreira arquitetônicas e fica numa rua central do bairro.

Avaliando os aspectos positivos do atendimento da população, percebeu-se que melhorou de maneira significativa, pois cada usuário que procura a unidade de saúde e acolhido pela recepcionista e o enfermeiro para classificar o risco que apresenta e seu problema de saúde resulta no atendimento no mesmo dia, mesmo assim se procura por doença aguda, sai da UBS encaminhado ou tratado. Antes do projeto a população aguardava pelo atendimento as vezes sem conseguir fichas, isso provocava um excesso de usuários nas UPAs. Destaca-se que os ACS ainda não estão na unidade e isso atrapalha o trabalho com a comunidade, mas o resto da ESF tem a vontade para iniciar o atendimento como ESF. Já são agendadas algumas consultas e as visitas domiciliares para usuários que precisam (acamados ou com processos agudos) que não podem ir até nós. Isto melhorou com relação ao estado de satisfação e o nível de confiança da população adstrita. Outro aspecto a melhorar é sobre a promoção e educação em saúde, pois as palestras só são feitas por enquanto no ambiente da UBS.

As duas equipes que trabalharam com o modelo de ESF atendem a uma população estimada de 6.876 usuários, sendo adequado em média de 3.436 para cada uma que poderá diminuir se tivesse população em situação de risco, comunidades indígenas ou quilombolas. O atendimento pelas duas médicas é feito em qualquer turno de trabalho independente da equipe que faça o atendimento do usuário que precise nesse momento, mas marcando a próxima consulta com a médica que faz parte da equipe dessa população alvo. Até agora não existe excesso na demanda espontânea e os casos com urgências são atendidos na hora e

recebem o encaminhamento adequado. Vale lembrar que antes deste programa, a população ficava aguardando por horas no PS ou PA e na maioria das vezes o problema poderia ter sido resolvido na UBS do bairro.

Analisando a Saúde da Criança o programa tem uma cobertura de 22% em menores de um ano para consultas de puericultura, já que são acompanhados na unidade 18 usuários dos 83 estimados, segundo o Caderno de Ações Programáticas. A criança comparece pela demanda espontânea acompanhada pelos pais ou representantes sendo marcadas as próximas consultas segundo faixa etária (idade em meses). Com a vacinação não existe dificuldade, pois mesmo não estando acompanhadas na unidade todas as crianças são vacinadas. Dos 24 até os 72 meses de idade não existe registro da população infantil, pois são atendidos por doenças agudas sem ter um seguimento estruturado ou monitorado. Esta população alvo não dispõe de ações de promoção em saúde ou de prevenção fora da nossa UBS, nem de grupo específico, pois o cadastramento ainda não está feito e existe muita demanda de outras áreas.

Nas consultas de Pré-natal a cobertura alcançada é de 16% para gestantes, já que são acompanhadas 18 das 83 estimadas, sem atingir ainda 100% de captações precoces (antes das 12 semanas de gestação) nem adesão nas consultas subsequentes, pois existe o critério na população que a gravidez deve ser avaliada pelo ginecologista, situação que tentaremos mudar. O atendimento e captação nas puérperas tem cobertura de 22% só no puerpério mediato (42 dias após o parto), já que também são acompanhadas 18 das 83 estimadas pelo CAP, essas são atendidas por demanda espontânea sem conseguir ainda busca ativa na comunidade. O registro das consultas é feito nos prontuários e na planilha do atendimento para gestantes preconizada pelo MS, foi iniciativa das equipes criar um arquivo específico para esta população, que já está sendo usado. Já a adesão não é a esperada, pois muitas consultam fora de área ou com outros especialistas e só voltam para a UBS se são referidas. Para melhorar estes indicadores é preciso iniciar a busca ativa das mulheres em idade fértil que estão grávidas mesmo assim aquelas que desejam engravidar no futuro para preparar e avaliar os fatores de risco que possam ser modificados.

Para avaliar a ação programática referente ao Câncer de colo de útero e Câncer de mama a cobertura alcançada, segundo o CAP é de apenas 4% da população feminina no primeiro caso em mulheres de 25-59 anos com vida sexual



ativa, já que 84 são acompanhadas das 1.893 estimadas, o que considero muito baixo do esperado. O ginecologista fazia a coleta no momento do exame ginecológico sem ter um registro específico ficando a população alvo em subregistro, para o próximo mês. A enfermeira iniciará o agendamento para coletar mostras segundo o protocolo preconizado pelo MS, isso será monitorado e avaliado pela médica em cada equipe priorizando as mulheres com riscos maiores. No caso do controle no câncer de mama o total de mulheres de 50-69 anos acompanhadas na UBS é de 76 (11%) cobertura ainda insuficiente, pois a população alvo estimada seria de 710 mulheres. A meta principal seria o cadastramento de 100% das mulheres nas duas ações programáticas.

Para avaliar a atenção a Saúde do hipertenso e/ou diabético a cobertura alcançada foi de 28% nas duas ações. Dos usuários hipertensos são atendidos 434 e pelo CAP são estimados 1.537 usuários com hipertensão. São atendidos na unidade 121 usuários diabéticos dos 439 estimados. Na UBS é usado o protocolo de atendimento do MS, mas com deficiências na qualidade do atendimento, pois só 50% e 49%, respectivamente foi realizada a estratificação do risco cardiovascular pela Avaliação Multidimensional Rápida (AMR). Para melhorar a qualidade do atendimento precisa-se de ações (exemplo Avaliação Multidimensional Rápida) que não estava sendo feita em todos os casos antes de nossa chegada, pois a clínica geral não atendia a população maior de 60 anos sem ter antes uma avaliação pelo especialista em Geriatria. No momento do mapeamento pela Secretaria de Saúde Municipal começo nas consultas a implantação deste teste para avaliação de risco de morbimortalidade na população alvo.

No programa da Saúde do Idoso a cobertura é de 33%, pois são acompanhados 306 idosos dos 938 estimados para as duas equipes. A falta de grupos de educação em saúde é um ponto negativo, mas levando-se em conta que a maioria dos hipertensos e diabéticos também são idosos, ficamos ganhando nesse sentido como grupo com atendimento e desenvolvimento de uma ação de educação em saúde coletiva. Como ponto positivo, cita-se a boa adesão destes 33%, que consultam regularmente e cumprem com as orientações médicas. A enfermagem junto ao médico desenvolve ações de saúde com um grupo de idosos no âmbito da UBS (controla o estado nutricional, avalia o risco de quedas, além de fazer testes cognitivos para avaliar estado psicológico).

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

Comparando o texto inicial existiu uma melhoria quanto à estrutura física na UBS, pois se ampliou o espaço para as consultas médicas que no início era só dois consultórios. Foram divididas as salas de curativo e vacinas que inicialmente ficavam juntas. Não existiam barreiras arquitetônicas a eliminar para melhorar a estrada da unidade. O banheiro continua sendo misto, pois não temos espaço para incluir outro. O modelo de atendimento continua sendo a demanda espontânea, mas com agendamento em grupos populacionais específicos (gestantes, hipertensos e diabéticos). O acolhimento melhorou em qualidade e organização.

A permanência de médicos na UBS melhorou, pois as duas trabalham quatro dias da semana ambos os turnos com atendimento a todos os grupos populacionais (crianças, gestantes e idosos) que antes não era feito, assim ficavam desamparados ou atendidos por outros especialistas fora da UBS. Ainda falta ampliar o trabalho com a comunidade e o conselho de gestão social comunitário no âmbito de promoção da saúde e prevenção de doenças que é nosso objetivo fundamental, mas a equipe está pronta para começar com a ESF.

Destaca-se que após a Análise Situacional realizada através dos questionários disponibilizados pelo curso e caderno de ação programática, pode-se ter um conhecimento melhor sobre a realidade das ações programáticas realizadas na unidade e influir positivamente começando pelo nosso foco de intervenção e ampliando a o resto dos grupos populacionais.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2.050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil estima-se que existam, atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2013). Segundo visão geral deve morar pelo menos um idoso por casa/família e este número tem a tendência de aumentar a cada dia. Porque o atendimento desta população foi pactuado somente em 2006 como uma prioridade na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2013), uma vez que requer cuidados além do biológico e abrange a constituição familiar e a rede de suporte social. Isto porque a prevenção, promoção e tratamento de saúde são ampliados e nesta idade a tendência é uma maior vulnerabilidade, se não acompanhada territorialmente pela APS.

Na UBS Santa Terezinha temos duas equipes compostas por: médicas clínicas gerais (2), enfermeiros (2), técnicos de enfermagem (2), assistente social (1), e ACS (5). A estrutura física é inadequada, pois o local é uma casa de família que foi alugada pela prefeitura, mas contamos com dois consultórios médicos amplos, uma sala para enfermagem, uma sala de vacinas, uma para puericultura, uma sala de curativos e nebulização conjunta, uma sala de reuniões, onde são feitas as atividades com grupos específicos, uma recepção com sala de arquivos para os prontuários e uma sala de espera com cadeiras suficientes para os usuários das duas equipes. Na Unidade temos duas equipes de Estratégia de Saúde da Família em processo de cadastramento da população e definição das áreas e microáreas.

Sobre a população idosa (60 anos ou mais), na UBS temos 13,8% do total estimado (CAP), ou seja, 938 pessoas idosas, mas com a territorialização e definição da equipe, é possível o aumento da estimativa. Com isso, no momento,

são acompanhados 306 idosos na UBS, ou seja, 33% de cobertura pelo Caderno de Ações Programáticas. Há uma adesão a consultas programadas (acompanhamento em dia) de 153 usuários idosos em dia (50% pelo CAP), mas não há a implementação da caderneta do idoso, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida e a avaliação em saúde bucal nesta ação programática.

Todos os profissionais têm um alto grau de compromisso com o trabalho e estão integrados as ações desenvolvidas pela equipe para melhorar a saúde desta população alvo. Desde a primeira semana do atendimento estão sendo desenvolvidas ações de promoção e educação em saúde com indivíduos e grupos (idosos, hipertensos, diabéticos, fumantes e mais recente com gestantes), mas só no âmbito da UBS, pois não tínhamos estratégia nem conhecíamos a área de abrangência, mesmo assim as mudanças com a qualificação dos atendimentos e nos estilos de vida são nosso principal objetivo.

Nossa população mora numa área urbana onde o acesso aos outros níveis de atenção são facilitados (pronto atendimento, hospitais, consultas especializadas) e a intervenção nos ajudará a melhorar o acompanhamento regular nesta ação programática pela APS, que é ordenadora do cuidado. Ainda existem limitações como a equipe incompleta, mas humanizada para o trabalho por fazer. Nossa vantagem é que a equipe está quase completa (ao longo do processo da especialização) para iniciar a estratégia e o mapeamento das áreas e microáreas de trabalho dos ACSs ficou pronto. As deficiências encontradas no dia a dia de trabalho com atendimento a demanda espontânea na UBS requer ser trabalhado e a equipe está animada com o processo de reorganização da ação programática de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria na atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/Rio Grande do Sul.

### **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 50%.

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.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Santa Terezinha, no município de Pelotas, RS. Participação da intervenção

todos os idosos, que envolve as pessoas acima dos 60 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimento e Saúde do Idoso (BRASIL, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos para a unidade de saúde foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (ANEXO C) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (ANEXO B).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e os registros dos usuários para observar o número de usuários idosos cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências. O cadastramento será feito durante o atendimento clínico.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Acolher os idosos.

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

Atualizar as informações do SIAB.

A equipe de saúde ao identificar um usuário idoso pertencente à área de cobertura irá acionar a equipe de enfermagem para realizar o cadastramento e o preenchimento da ficha-espelho, além da busca ativa.

Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção do novo usuário idoso todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A

enfermagem será informada do usuário recentemente identificado e fará o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

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

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade da médica e enfermeiro da equipe. Além disso, serão realizadas as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população e atividades da UBS para a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

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

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, a busca ativa de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para o Programa Nacional de Humanização (PNH), que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais.

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

Metas:

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.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

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

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

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

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

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

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

Para o monitoramento destas ações, a primeira ação deverá estar capacitada para as ações preconizadas pelo protocolo, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais. Para monitorar a Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde, assim como a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Vamos também monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, monitoraremos o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, o número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente), o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente (pelo menos anualmente). A enfermeira da equipe irá monitorar os registros específicos mensalmente e criar um sistema de alerta para caso esteja fora do especificado na ficha-espelho.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA a médica na reunião de capacitação da equipe irá atribuir ao farmacêutico esta responsabilidade de forma mensal.

Para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, a enfermeira durante o monitoramento mensal irá monitorar o registro adequado da ficha-espelho e na reunião de capacitação com a médica na primeira semana a equipe de saúde bucal irá se responsabilizar em monitorar o número de

idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período articulando mensalmente com a enfermeira.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro).

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

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

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

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

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.

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.

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

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

Melhorar 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.

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.

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

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.

Para garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, a solicitação dos exames complementares, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, será realizada uma conversa da médica com o gestor na primeira semana de intervenção.

Será realizada na primeira semana com a equipe sob responsabilidade da médica e nas reuniões de equipe semanais uma capacitação do Protocolo que será utilizado para esta intervenção da ação programática. Para definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabético, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado a equipe de enfermagem e as ACS serão capacitadas nesta reunião também para garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, além da médica organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Para as ações de organizar acolhimento à idosos na unidade de saúde, ao ser identificado um usuário idoso do território, será encaminhado para acolhimento com a equipe de enfermagem de forma a cadastrar os idosos na unidade de saúde pela ficha-espelho e, caso seja necessário o atendimento será prioritário aos idosos, no qual será articulado com a agenda da médica dando prioridade, sendo que terá disponibilidade de atendimentos. Na reunião para capacitação com a equipe, a médica pactuará na agenda de saúde bucal o atendimento dos idosos.

A médica nesta reunião organizará a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. O sistema de alerta que será estabelecido pela equipe nesta primeira reunião de capacitação ficará sob responsabilidade da enfermeira, a qual indicará a não realização dos exames complementares preconizados, assim como o acompanhamento para indicação do idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

A médica articulada com o farmacêutico irá manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde mensalmente. Além disso, o farmacêutico ficará responsável por realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensalmente.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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.

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.

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

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

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar a comunidade sobre a importância 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.

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.

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

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.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas e através de banners que serão exunidade de saúdes na UBS, cujo responsável é a equipe de enfermagem na primeira semana. As reuniões com a comunidade mensais serão realizadas pela médica e enfermeira e demais atividades que envolvem a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

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.

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

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

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

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

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.

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

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 ACSs para captação de idosos.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Para este monitoramento, a enfermeira mensalmente irá realizar o monitoramento do registro específico, indicando com o sistema de alerta sobre a periodicidade das consultas previstas no protocolo.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Esta organização será realizada pela médica e pela enfermeira nas reuniões semanais com a equipe.

### 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.

Essas orientações, a escuta e esclarecimentos serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar os ACSs para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.



Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

##### Metas

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

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

Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Para o monitoramento da qualidade dos registros, a enfermeira realizará mensalmente sobre as fichas-espelho e os prontuários clínicos. O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da pessoa idosa que serão realizados no acolhimento com a enfermeira e nos atendimentos clínicos pela médica.

#### 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.

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

Para manter as informações do SIAB atualizadas, as ACSs deverão colocar os dados no SIAB mensalmente e a enfermeira irá monitorar mensalmente. Para Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros será realizada a reunião de capacitação do protocolo a ser utilizado na UBS pela médica na primeira semana de intervenção.

Para 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 será construído na reunião citada anteriormente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Para a primeira ação será realizada conversa com a comunidade mensalmente tendo como responsabilidade a médica, assim como a orientação aos idosos e à comunidade sobre a caderneta da pessoa idosa. Também serão orientados nos atendimentos clínicos e nas atividades com a população da UBS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

A capacitação e o preenchimento destas ações serão realizados durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

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

#### Metas

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Serão realizadas estas ações nos atendimentos clínicos, no acolhimento com a enfermagem e nas atividades com a população da UBS.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

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

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Os monitoramentos destas ações serão realizados pela enfermeira, serão realizados através das fichas-espelho e pelos prontuários clínicos devidamente registrados, de forma mensal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice.

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

No acolhimento e na busca ativa serão identificadas estas situações e o agendamento do atendimento clínico e a visita domiciliar será priorizado nas reuniões de equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

A capacitação destas ações será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Metas

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

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

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

### 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.

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população. O monitoramento das atividades educativas individuais serão realizadas pelo preenchimento adequado da ficha-espelho e o seu monitoramento pela enfermeira mensalmente.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Demandar ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

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

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de prática de atividade física sob responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto

à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião da médica com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nestas atividades. A organização do tempo médio de consultas que será realizada pela médica junto ao gestor neste encontro.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feita pela enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos".

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

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

### 2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, com exame clínico apropriado em dia.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

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

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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



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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

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

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

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

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

Meta 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

O foco de intervenção será da ação programática a saúde da pessoa idosa. O Protocolo que será adotado para o Projeto da Intervenção é Caderno de Atenção Básica número 19 (BRASIL, 2013). Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será utilizada a ficha-espelho que foi disponibilizada pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 163 fichas-espelhos necessárias para se alcançar a estimativa de cobertura. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Temos a intenção de atingir a cobertura de 50% dos idosos da área. Assim se calcularmos em média que devemos ter na área de nossa equipe um total de 322 idosos, pois a Planilha de Coleta de Dados refere uma estimativa de 10% do total da população. São duas equipes de saúde que receberam a capacitação, mas somente da minha equipe teríamos 322, como queremos atingir nosso objetivo de cobertura é necessário atender um total de 163 idosos.

O Monitoramento e avaliação serão feitos através de uma comparação entre a ficha-espelho dos idosos da área e as fichas do SIAB junto com os prontuários tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro da equipe na própria UBS semanalmente. A frequência das consultas aos usuários será adotada após avaliação inicial e ficará agendado o próximo atendimento. Os ACSs encaminharão os idosos faltosos após busca ativa nas casas para agendar nova consulta na UBS

fazendo ênfase da importância do atendimento e as possibilidades que oferece a UBS o que serão feitos sem nenhum transporte auxiliar, pois nossa área está perto da unidade. Esta ação será feita semanalmente e ao final de cada semana os dados serão preenchidos na Planilha do Registro dos idosos da UBS.

Na organização dos registros específicos o enfermeiro revisará o Registro de atendimento dos idosos da área e os prontuários médicos dos últimos quatro meses na UBS para coletar as informações e preencher os dados na ficha-espelho com monitoramento no início da intervenção, com frequência mensal. A primeira ação da intervenção será capacitar a equipe sobre o protocolo e intervenção desta ação programática na primeira semana na UBS, assim como a atribuição dos profissionais com reforço semanal, mediante exposição de casos clínicos criados ou reais. Durante as reuniões da equipe, será utilizado material disponível na unidade como o Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa.

Para a organização e gestão dos serviços cada integrante da equipe terá suas funções específicas repartidas desde a primeira semana da intervenção. O acolhimento dos usuários será feito pela auxiliar de enfermagem da equipe com treinamento prévio na primeira reunião da equipe pela médica sobre estratificação de riscos nas pessoas idosas, priorizando o atendimento aos de maior risco (biológico, psicológico e social) serão disponibilizados 16 atendimentos semanais para a busca ativa em todos os turnos de atendimento e todos os dias. O enfermeiro realizará a consulta de enfermagem, avaliará riscos e orientará ações de educação em saúde em todos os turnos de atendimento na UBS. A auxiliar de enfermagem irá aferir sinais vitais e medidas antropométricas também em todos os turnos de atendimento, todos os dias. A médica avaliará os resultados de exames laboratoriais, teste de Avaliação Multidimensional Rápida, com avaliação de comorbidades associadas (diabetes e hipertensão) que podem estar presentes ou em início na população alvo, além do tratamento de complicações em todas as consultas na UBS ou durante as visitas domiciliares, quatro dias em cada semana.

A assistente social terá a seu cargo a avaliação da rede social e a influência dos fatores psicossociais na percepção das doenças e no próprio processo de envelhecimento, na UBS ou em visitas domiciliares duas vezes por semana. Os ACSs serão os encarregados do cadastramento da população da área e da busca ativa dos usuários faltosos a consulta agendada para marcar nova data o que será avaliado na reunião da equipe para disponibilizar na próxima semana, também o

cadastro dos idosos acamados que precisem de visita domiciliar mais frequentes, além de orientação sobre aspectos de educação em saúde, todos os dias da semana na área de abrangência.

Os integrantes da UBS serão responsáveis desde seu nível de atendimento pela disseminação da informação. Após o primeiro acolhimento na recepção pela recepcionista, se o usuário veio pela busca ativa de faltosos, será oferecida a mesma pela disponibilidade diária do atendimento, cerca de quatro consultas diárias para idosos e, se houver queixas agudas, o atendimento será no mesmo turno na consulta destinada para atendimento as urgências diárias.

Para o Engajamento Público através de grupos na própria UBS, uma vez por mês na sala de recepção feita pela médica, nos grupos específicos de idosos uma vez ao mês feito pelo enfermeiro ou em locais de concentração social dos idosos (igrejas), falando sobre a importância da adesão as consultas médicas e o acompanhamento que se faz na UBS dos usuários idosos na unidade, serão convidados a participar os ACSs e a auxiliar de enfermagem, mensalmente com responsabilidade da médica e do enfermeiro da equipe, mesmo assim buscando o apoio do conselho local ou líderes comunitários e escutando possíveis estratégias para melhorar e priorizar o atendimento dos idosos sem excluir outra população específica da UBS.

Na Qualificação da prática clínica será feita uma capacitação da equipe completa pela médica, baseada no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) das principais doenças e riscos pela saúde dos idosos na primeira reunião da equipe e com atualização semanal, na UBS, mesmo assim o treinamento dos ACSs sobre os maiores riscos identificados durante o cadastramento da população idosa. Na primeira semana da estratégia serão expostas as atribuições dos profissionais e outros membros para garantir um atendimento e acompanhamento qualificado dos usuários alvo da estratégia que a médica levará ao conhecimento durante a reunião na UBS, o caderno de Atenção Básica está disponível na unidade.



### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS foi realizada em doze semanas (de junho a setembro de 2015), ao invés de 16 como estava previsto. Isto porque tiveram as minhas férias e, quando retornei, preparei a equipe e os materiais necessários. Além disso, foi uma orientação do curso de especialização para que se adequasse ao cronograma estabelecido.

Nestas doze semanas da intervenção nossa equipe de saúde tem aprendido muita coisa juntos. No início com a implementação da ESF na UBS e a chegada dos Agentes Comunitários de Saúde, na primeira semana da intervenção para integrar o trabalho e fazer o cadastramento da população da área tudo mudou. Fomos coordenando uma maneira certa com o Gestor Municipal para que, com o início do projeto, tudo fosse avançando segundo o planejado no cronograma.

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

Alcançamos com a intervenção nosso objetivo principal que era a qualificação nos atendimentos da população idosa na UBS do bairro Santa Terezinha. Inicialmente aconteceu uma reunião com o gestor municipal da Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento do nosso projeto na UBS e quais seriam as necessidades materiais para dar certo com nossa intervenção (balança, esfigmomanômetro, folhas para prontuários, fichas-espelho impressas para todos os usuários, Cadernetas de Saúde do Idoso para 100% do público alvo, fitas para hemoglicoteste) que foram fornecidas totalmente antes de começar o projeto.

Na reunião da equipe feita na primeira semana cada integrante foi capacitado com as atribuições para o trabalho e as responsabilidades diretas no projeto (cadastramento da população, acolhimento dos usuários, registro dos dados nas fichas-espelho, medidas dos sinais vitais, busca ativa dos faltosos na



comunidade) para a equipe de enfermagem e os ACSs, que foi cumprida, assim como monitorada em cada reunião de equipe semanal. Além disso, foram capacitados os integrantes da equipe desde a primeira semana com temas referentes a saúde dos idosos no Caderno de Atenção Básica tomado como referência para o trabalho e durante os três meses da intervenção e foi implantada a ficha-espelho para o preenchimento dos dados com a aprovação da equipe.

Os atendimentos na UBS foram de idosos provenientes da comunidade com consultas marcadas ou dos faltosos a consultas com busca ativa e as visitas domiciliares a idosos acamados ou com limitações para chegar até nossa UBS, uma ação nunca feita na comunidade com uma grande aceitação pelas famílias. Em todos os atendimentos de enfermagem foram medidos os sinais vitais e anotadas na ficha-espelho do idoso e nos prontuários clínicos. Nas consultas médicas foi feito o exame clínico apropriado para cada usuário segundo sua individualidade e as morbidades associadas, assim como uma Avaliação Multidimensional Rápida naqueles que não estavam em dia com a dita ação. Após uma primeira avaliação médica com pedido de exames laboratoriais nos usuários idosos que precisassem, a próxima consulta ficava agendada segundo o protocolo para acompanhamento.

Nosso principal ganho tem sido que a equipe ficou completa desde o início e com vontade para desenvolver o trabalho, após iniciar e com as capacitações semanais foram esclarecidas dúvidas para melhorar e qualificar a saúde e os atendimentos dos idosos da área. As atividades educativas e de prevenção foram feitas na UBS na sala de reuniões para os grupos de idosos, duas vezes por mês, pelo número de idosos aderidos e uma mensal na recepção para o resto da população por não contar com locais maiores na comunidade. Os temas abordados explicavam a comunidade sobre o Programa dos Idosos desenvolvido na UBS, a priorização nos atendimentos feitos na agenda diária para aqueles usuários, a importância das consultas e visitas domiciliares, os fatores de risco para hipertensão e diabetes neste grupo, a abordagem das doenças e os medicamentos disponíveis nas Farmácias Populares para o tratamento. Escutamos critérios da população e outras maneiras de melhorar a adesão dos idosos as consultas e acompanhamentos.

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

As principais ações no eixo do engajamento público referentes a orientações na comunidade sobre o Programa de atenção aos idosos da área de abrangência mesmo sendo prevista no cronograma não foi desenvolvida. Infelizmente ainda não conseguimos desenvolver ação na própria comunidade, mas, a equipe foi orientada a trabalhar nesse sentido.

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

A responsabilidade pelo preenchimento dos dados nos prontuários e nas fichas-espelho dos idosos foi dada desde a primeira semana para a equipe de enfermagem e médica, o indicador para esta ação não atingiu a meta estimada, pois no primeiro mês o enfermeiro teve férias e o trabalho ficou compartilhado com a técnica que não conseguiu preencher todos os dados, mas já estão sendo resgatados e serão atualizados nas consultas subseqüentes. O recurso material está disponível na UBS. Com relação à execução da planilha de coleta de dados com preenchimento dos dados dos usuários do programa não houve dificuldade de realização.

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

Todas as ações nos quatros eixos têm sido incorporadas totalmente ou parcialmente na rotina dos atendimentos da UBS. Os aspectos que estão funcionando com 100% que dependem dos profissionais serão continuados ao longo do nosso trabalho, igualmente aqueles que dependem de outras gestões, como a SMS como os recursos materiais para garantir a qualidade nos atendimentos. Os indicadores mais baixos: prescrição de medicamentos prioritários da Farmácia Popular depende muito da individualidade em cada usuário, pois só um pequeno número de medicamentos é fornecido pelo SUS e, às vezes, não temos similares a baixo custo para ser indicado.

Os idosos que precisam avaliação pelo especialista odontólogo para primeira consulta programática que alcançaram menos da metade da meta estimada já foi pautado com o profissional que não pertence à ESF para priorizar sua consulta segundo estratificação de risco. Quanto a avaliar a rede social em 100% dos usuários vai ser feito pela médica com apoio da Assistente Social incorporada ao trabalho da UBS em dois turnos semanais, pois somente atingimos aqueles com rede social mais deficiente. Dos idosos faltosos à consulta programada realizamos a busca ativa com empenho, pois temos uma microárea sem ACS que está sendo supervisionada em tempo extra pelos outros e, nos dias de chuva, não conseguimos sair para o trabalho de campo, mas estamos resgatando os faltosos.

Pelo período menor que o estimado foi desenvolvida a intervenção com idosos do bairro da UBS Santa Terezinha, o que eu considero positiva nossa reorganização desta ação programática e que pode ser implementada em outros grupos populacionais para melhorar o acesso aos atendimentos e qualificar os profissionais. Na rotina da UBS já está em desenvolvimento e a cada dia tentamos melhorar ainda mais para conseguir a satisfação da população que é nosso principal objetivo como profissional da saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas, de junho a setembro de 2015 na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha da zona urbana do município Pelotas/RS. Inicialmente foi planejado para quatro meses, mas por organização da equipe e por causa de minhas férias, a equipe reduziu para três meses de intervenção. Nossa população é de 322 idosos na equipe pela estimativa, segundo a planilha de coleta de dados, que foi obtido a partir da população total e que foi o utilizado para os resultados, uma vez que toda a coleta de dados foi realizada por esta planilha. Segue a estimativa de 10% da população total ser acima de 60 anos, isso corresponde a 322 pessoas idosas pertencentes a área de abrangência.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura dos atendimentos para 50%.

Nesta meta conseguimos atingir 180 pessoas idosas com a intervenção em três meses alcançando 55,9%. No primeiro mês cadastramos 40 idosos (12,4%), no segundo mês 125 (38,8%) e no terceiro mês foram 180 (55,9%) conforme a figura 1.

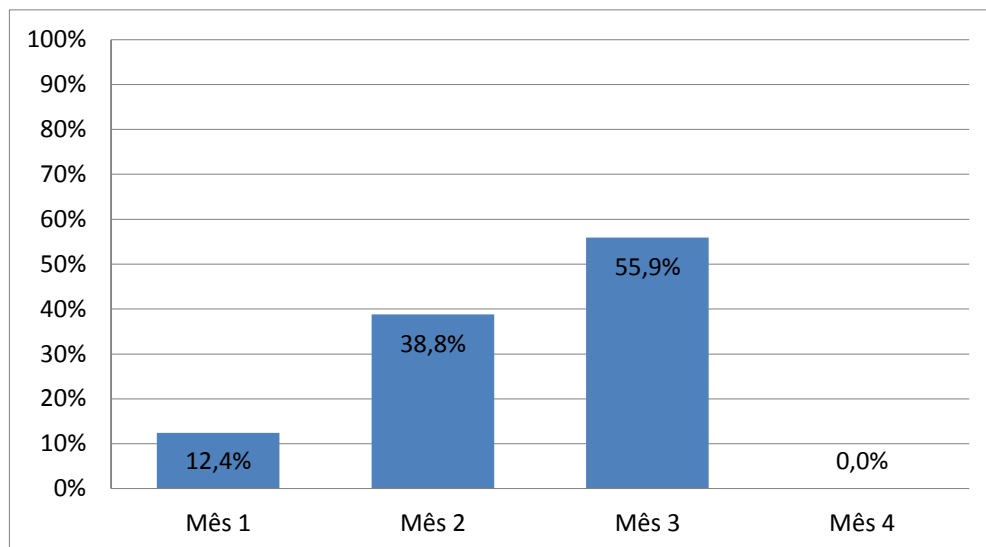


Figura 1: Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

As ações que facilitaram foram a divulgação na comunidade, assim como a pesquisa da população na UBS e a busca ativa pelos ACSs.

A meta proposta foi cumprida e ampliada em 5,9% a mais do que o esperado. Isto aconteceu pelo esforço conjunto de toda a equipe, mesmo faltando um Agente Comunitário de Saúde para uma microárea os outros assumiram o trabalho com disciplina e responsabilidade.

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.

No primeiro mês foram avaliados 32 idosos (80%), no segundo 125 (100%) e conseguimos no terceiro mês atingir 176 dos 180 (97,8%) idosos cadastrados, conforme figura 2.

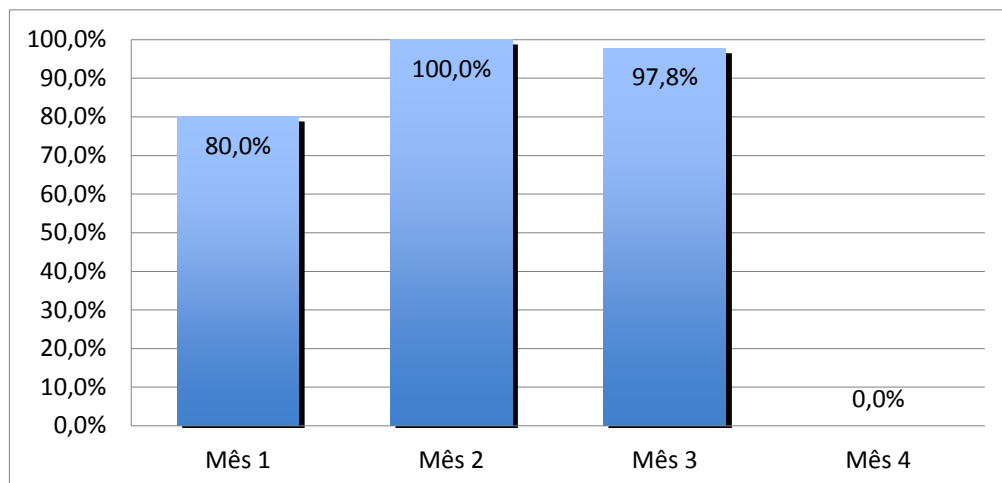


Figura 2: Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Não foi possível aplicar este instrumento em quatro idosos acamados por doenças graves para não comprometer o atendimento. Quanto aos idosos que fizeram a avaliação multidimensional rápida, houve total colaboração e consentimento, igualmente com os familiares.

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

Cada profissional e integrante da equipe teve um papel fundamental neste objetivo, no primeiro mês foi feito o exame apropriado em 34 usuários, atingindo 85%, como foi o início da intervenção o tempo médio por consulta era menor, pois a demanda espontânea era maior, já no segundo e terceiro mês alcançamos 125 e 180 idosos, respectivamente, atingindo 100% nos dois meses seguintes da intervenção, resgatando os que não completamos no primeiro mês. Isto pode ser observado na figura 3.

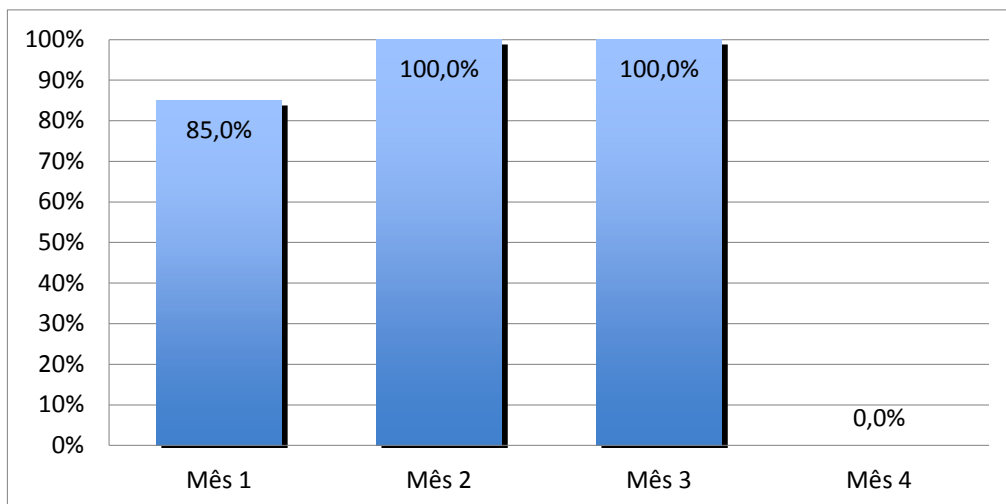


Figura 3: Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

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

No primeiro mês alcançamos 33 (97,1%), no segundo mês 116 (99,1%) e no terceiro mês 171 idosos (99,4%), conforme figura 4.

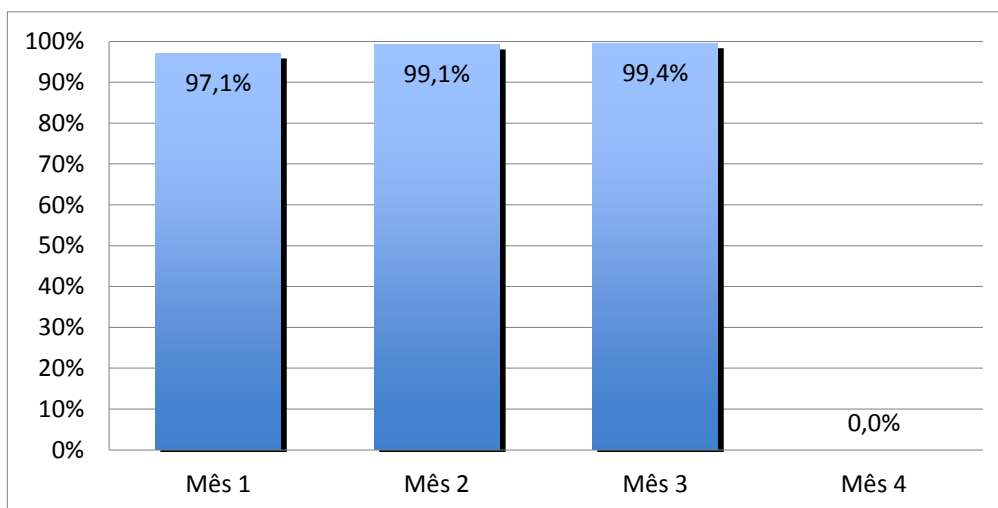


Figura 4: Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Não atingimos 100% devido a alguns dos usuários já estarem com exames feitos segundo o estipulado no Protocolo de atendimento para o tempo mínimo que devem ser solicitados e por doenças crônicas associadas (não sendo diabéticos nem hipertensos). Contribuindo como dificuldade principal no retorno dos idosos as

consultas com os resultados dos exames foi em alguns casos a idade avançada, a ausência de familiar para marcar no laboratório a requisição e as poucas vagas para idosos que oferece o laboratório do bairro para exames pelo SUS.

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

No primeiro mês foi possível em 29 casos (72,5%), no segundo mês 104 (83,2%) e no terceiro mês 154 (85,6%) conforme figura 5.

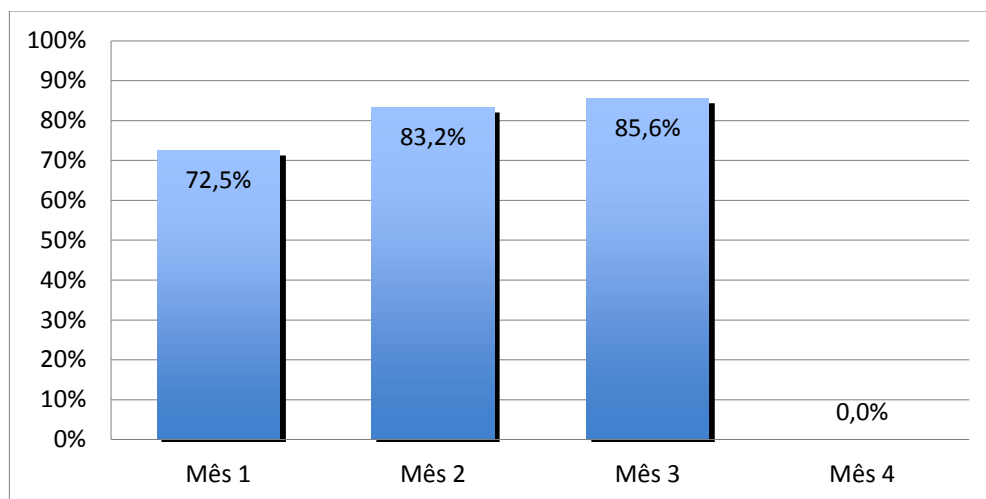


Figura 5: Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

No tratamento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que são as contempladas na planilha de coleta de dados depende muito da individualidade de cada usuário e de outras doenças crônicas associadas que poderiam interferir com a farmacologia daqueles medicamentos fornecidos na Farmácia Popular. Alguns casos estavam consultando com outras especialidades ou tinham poder econômico para comprar outros medicamentos na farmácia privada. A porcentagem alcançada na intervenção é favorável e todos os usuários com baixa renda estão usando medicamentos prioritários da Farmácia Popular.

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



Buscamos também cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área o que foi possível alcançar desde o primeiro mês da intervenção, foram três no primeiro mês atingindo 100%, 13 no segundo, também com 100%, sendo o somatório de 16 usuários, já no terceiro mês finalizamos com 100% de cobertura, sendo o total de 29 (100%) usuários. O trabalho dos ACSs foi essencial neste sentido, pois são eles que identificam as famílias onde estão presentes estas pessoas com necessidades especiais para atendimento médico ou de enfermagem.

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

Igualmente a meta foi alcançada em 100% para as visitas domiciliares em idosos com problemas de locomoção, com 03 visitas no primeiro mês, atingindo 100%, mais 12 no segundo atingindo 93,8%, sendo que foram acompanhados 15, dos 16 cadastrados. No terceiro mês alcançamos 100%, chegando ao total de 29 idosos.

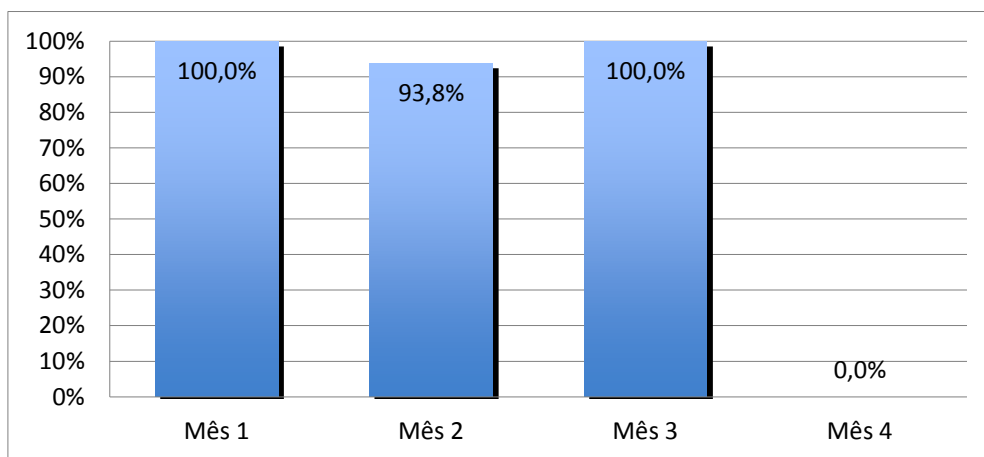


Figura 6: Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Todos conheciam sobre o programa das visitas domiciliares, segundo o estipulado no Protocolo, guia de nosso trabalho.

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

Na verificação da pressão arterial em 100% dos idosos no primeiro mês foi alcançado em todos os casos, 40 (100%), no segundo mês 123 (98,4%) e no terceiro mês os 180 usuários (100%) conforme figura 7, faltando só dois idosos no segundo mês.

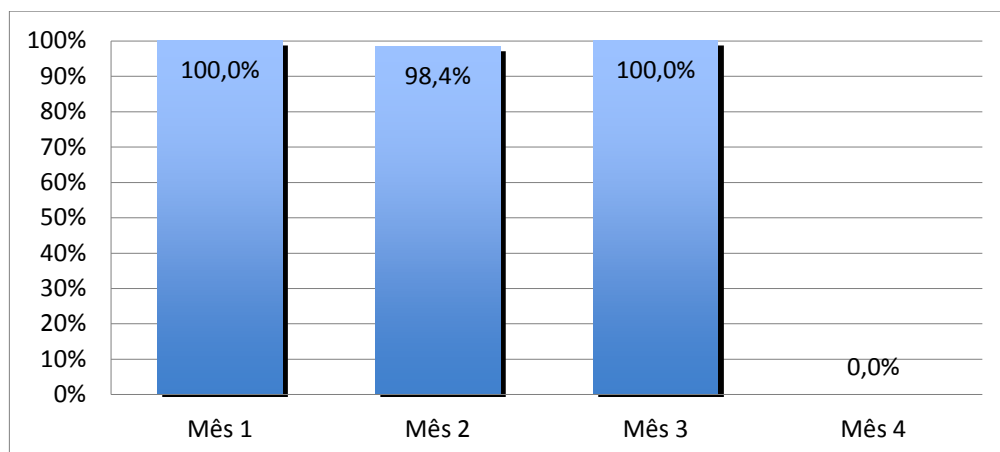


Figura 7: Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Na primeira semana da intervenção foram capacitados os integrantes da equipe habilitados para tomada da Pressão Arterial (PA) para qualificar os atendimentos e rastrear hipertensão assintomática nesta faixa etária, além disso, desde o início já estava disponível na UBS os esfigmomanômetros calibrados para este procedimento.

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

Buscamos rastrear 100% dos idosos hipertensos para diabetes mellitus, isto no primeiro mês aconteceu com 28 (82,4%), no segundo mês com 109 (95,6%) e no terceiro mês com 166 (97,6%) conforme figura 8.

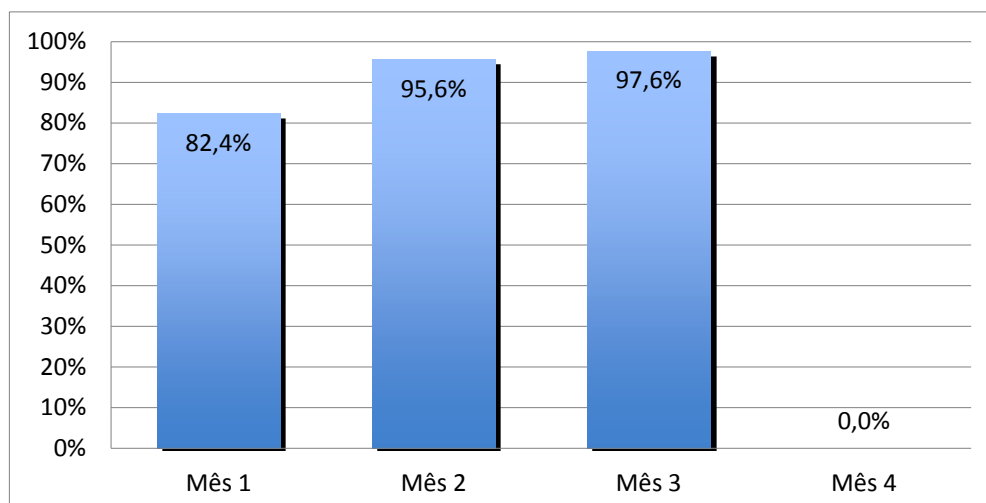


Figura 8: Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Alguns dos usuários atendidos já tinham o diagnóstico de diabéticos, além de hipertensos, dessa não foi necessário fazer o hemoglicoteste e também houve falta das fitas que foram reservadas para casos de urgências em usuários já diagnosticados. Em todos os casos onde foi identificado algum fator de risco para diabetes mellitus foram indicados exames de glicose em jejum e hemoglobina glicada.

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

Para avaliar a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados na área foi difícil, pois no primeiro mês dos 40 acompanhados, 15 (37,5%) precisavam de atendimento. No segundo mês encontramos 98 (78,4%) e no terceiro mês 166 (92,2%) dos 180.

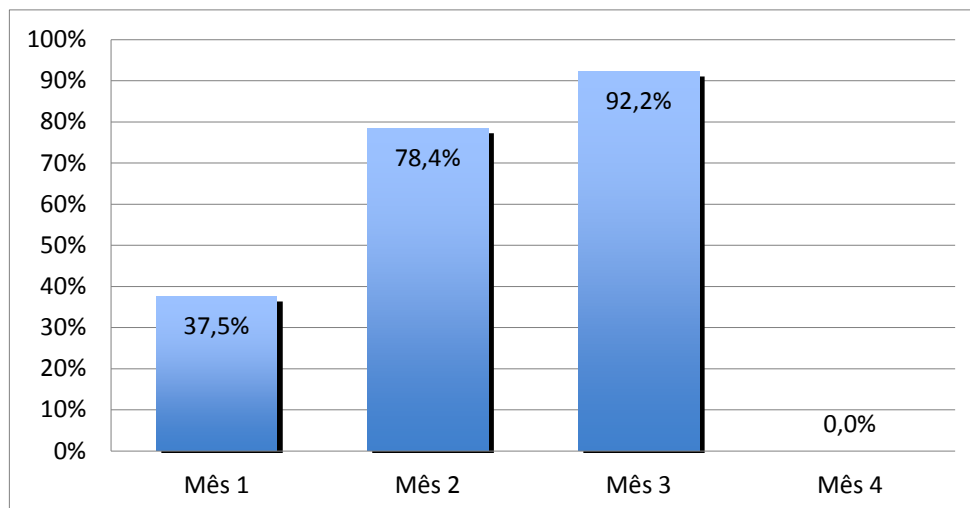


Figura 9: Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Esta meta não foi alcançada, nesse caso foi falha da equipe que não planejou adequadamente como realizar esta avaliação. Ressaltamos que nossa dentista não é da ESF, trabalha 20 horas semanais a demanda, sem priorizar grupos populacionais, além de prestar atendimento a população das duas equipes na UBS. Conseguimos no último mês reajustar sua agenda para programar algumas consultas àqueles casos que precisavam de atendimentos urgentes, assim ficou pautado para uma vaga por turno de trabalho.

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

Para uma consulta odontológica nos idosos o trabalho foi um pouco difícil, pois nossa dentista não é da ESF e não trabalha com grupos populacionais diferenciados, conseguimos ajustar sua agenda para avaliar os idosos que mais precisavam dentro do grupo. Não conseguimos atingir usuários no primeiro mês, no segundo 01 (0,8%) e no terceiro mês 36 (20%) do total.

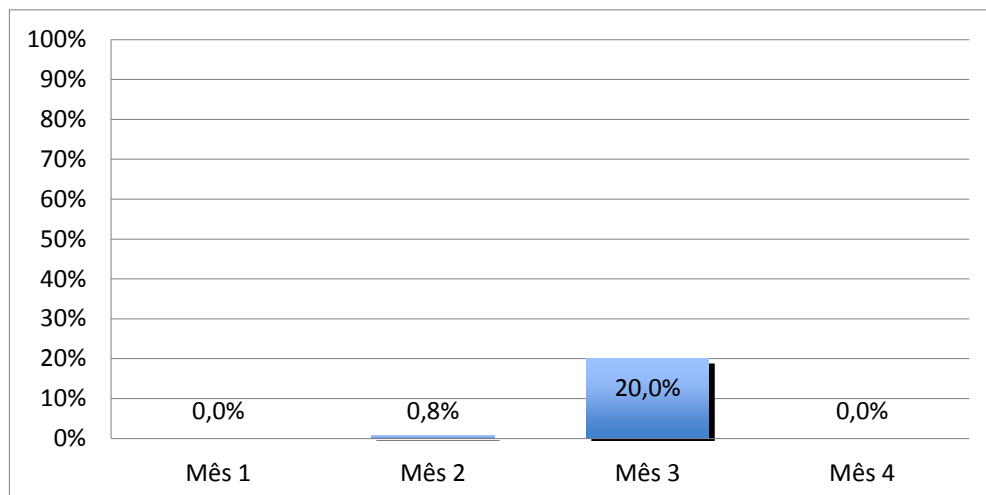


Figura 10: Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

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

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

No primeiro mês não houve idosos faltosos, no segundo mês dos 125 cadastrados, 53 foram faltosos com busca ativa (88,3%) e no terceiro mês foram faltosos 100 com busca ativa (93,5%) conforme figura 11.

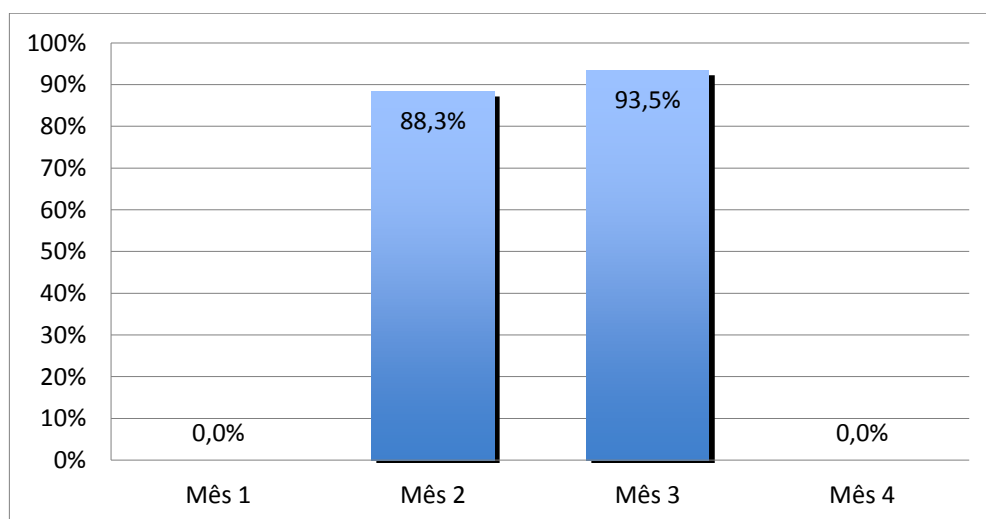


Figura 11: Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Nossa equipe tem três ACSs para quatro microáreas delimitadas inicialmente pela gestão, após começar o cadastramento para o projeto a

delimitação das áreas mudou, atingindo outras zonas e quando um idoso era dado como faltoso a consulta muitas vezes não pertencia a área de nenhum ACS, dessa forma foi difícil conseguir a meta proposta. Hoje já está completa nossa área assim o trabalho futuro será melhorado neste sentido.

#### Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

No primeiro mês foi alcançado 90% do total com 36 idosos com ficha-espelho em dia, no segundo mês 94,4% com 118 idosos, já no terceiro mês atingimos 97,8% com 176 usuários (figura 12).

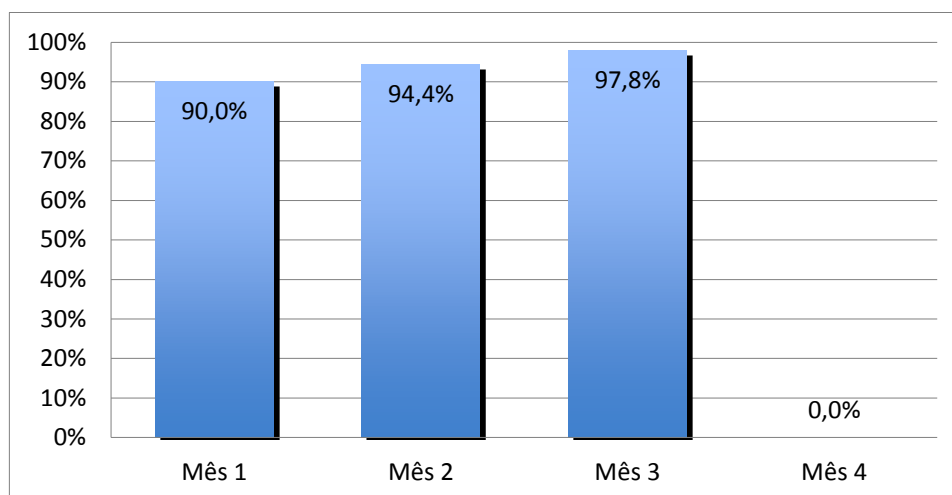


Figura 12: Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Não foi possível alcançar os 180 usuários cadastrados, pois o enfermeiro que também era responsável pelo preenchimento dos dados ficou de férias de um mês, entre o primeiro e segundo mês da intervenção, logo, diminuíram os registros neste período. Mas, continuaram com os demais profissionais.

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

Outra meta proposta foi distribuir a Caderneta de Saúde do Idoso em 100% dos usuários, a qual foi alcançada no primeiro mês em 33 usuários, atingindo 82,5%,

no segundo mês 115 (92%) e já no terceiro mês os 180 idosos tinham a Caderneta de Saúde (100%) conforme figura 13.

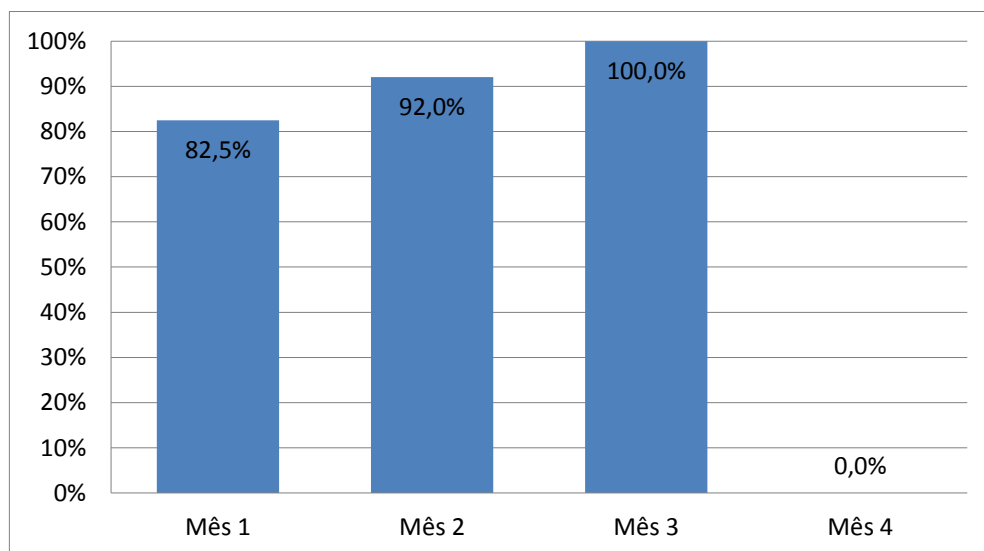


Figura 13: Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Desde a primeira semana estavam na UBS todas as cadernetas, assim foi mais fácil o trabalho de distribuição e preenchimento dos dados até conseguir com o esforço conjunto da equipe que todos os idosos tenham a sua no final da nossa intervenção.

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

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

Foi atingida na totalidade dos usuários ao longo dos três meses, no primeiro mês com 32 (80%), no segundo 114 (91,2%), já no terceiro mês 180 (100%) conforme figura 14.

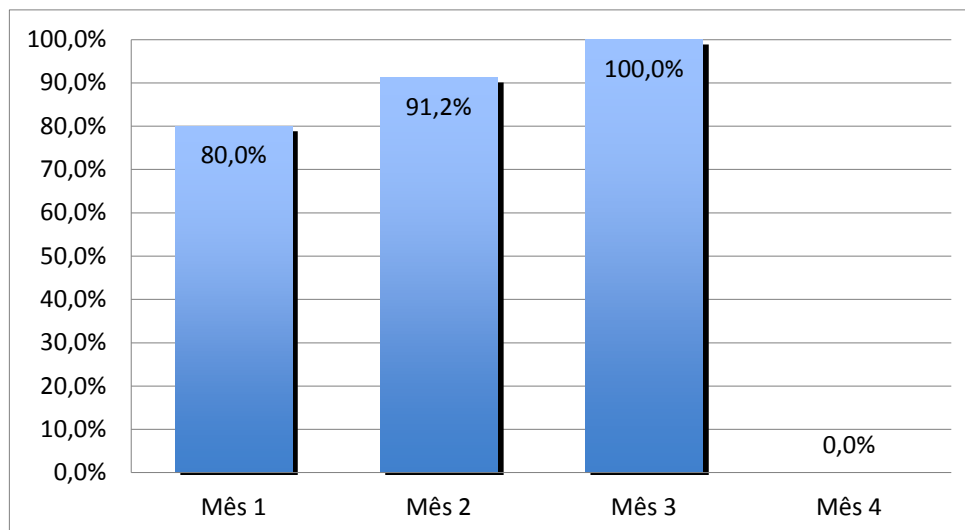


Figura 14: Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Considero esta meta muito importante para o acompanhamento dos idosos com doenças crônicas segundo estratificação de risco e foi possível pelo trabalho em equipe e a capacitação inicial dos profissionais.

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

Outra meta referente ao quinto objetivo foi de investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, a qual foi cumprida no primeiro mês em 33 idosos, atingindo 82,5%, no segundo mês 116, atingindo 92,8% e no terceiro mês em sua totalidade os 180 idosos, alcançando 100%.



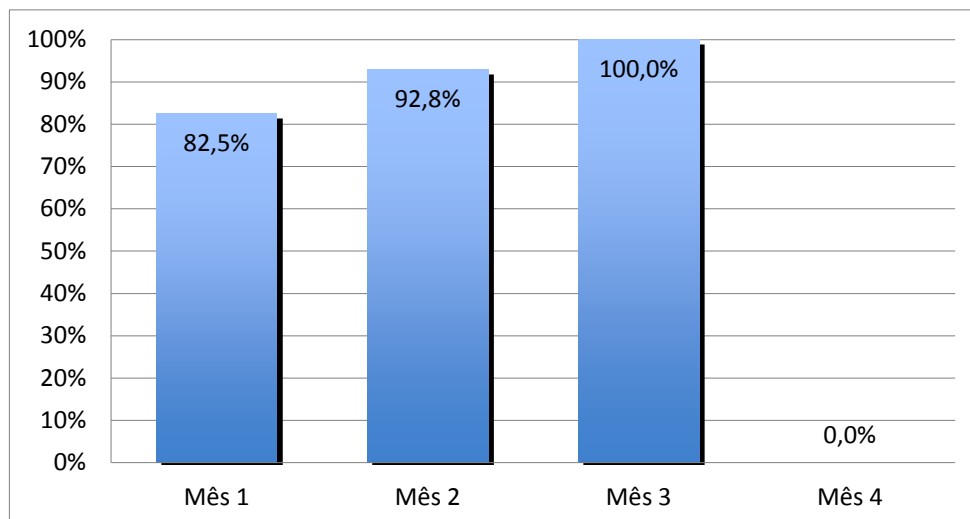


Figura 15: Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Isto foi possível graças a identificação nas consultas e visitas domiciliares dos usuários com invalidez parcial ou total e que dependiam das outras pessoas para fazer as atividades da vida diária.

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

Tivemos dificuldades para avaliar a rede social nos idosos da área, pois só conseguimos atingir no primeiro mês 12 usuários (30%), no segundo mês 95 (76%) e no terceiro mês 153 idosos avaliados (85%) conforme figura 16.

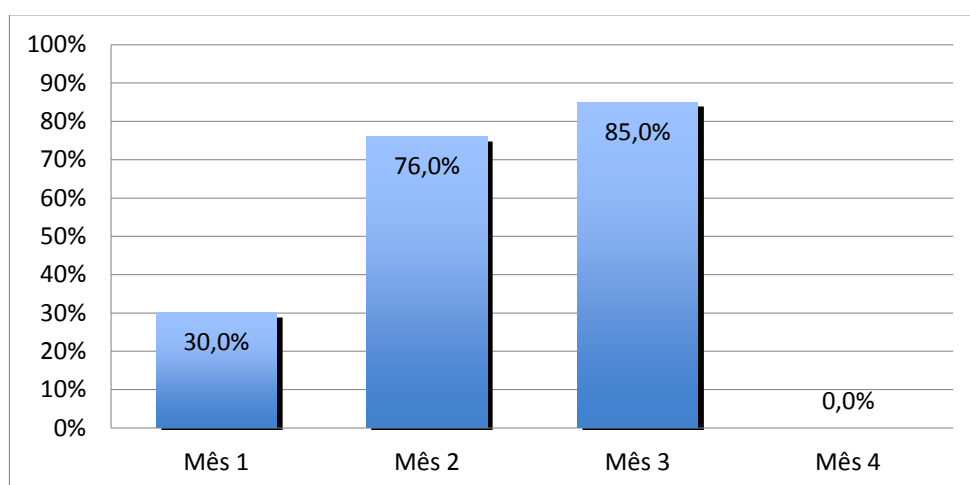


Figura 16: Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Isto foi por não ter Assistente Social na ESF, o que trabalha na UBS tem problemas pessoais com frequência com seus filhos pequenos e no último mês conseguimos avaliar os mais carentes para o programa Bolsa Família do governo, isso dificultou um pouco o processo de avaliação da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

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

Dos idosos cadastrados em cada mês da intervenção receberam orientação sobre nutrição correta e balanceada no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 123 (98,4%) e já no terceiro mês os 180 (100%) cadastrados.

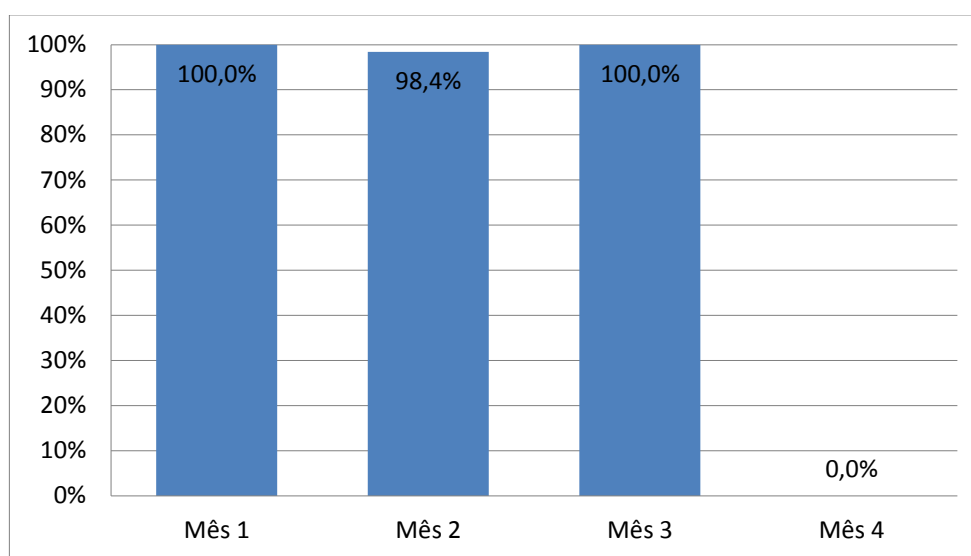


Figura 17: Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Orientaram-se sobre a importância de consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em fibra vegetal naturais para o melhor desenvolvimento do intestino e demais funções do organismo. Os que precisaram de consulta com nutricionista foram encaminhados a outra UBS com consultas agendadas.

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

Para garantir uma orientação sobre prática de exercícios físicos regularmente nos idosos da área, esta meta foi alcançada em 82,5% com 33 idosos no primeiro mês, 84% com 105 idosos no segundo e 82,8% com 149 no terceiro mês (figura 18).

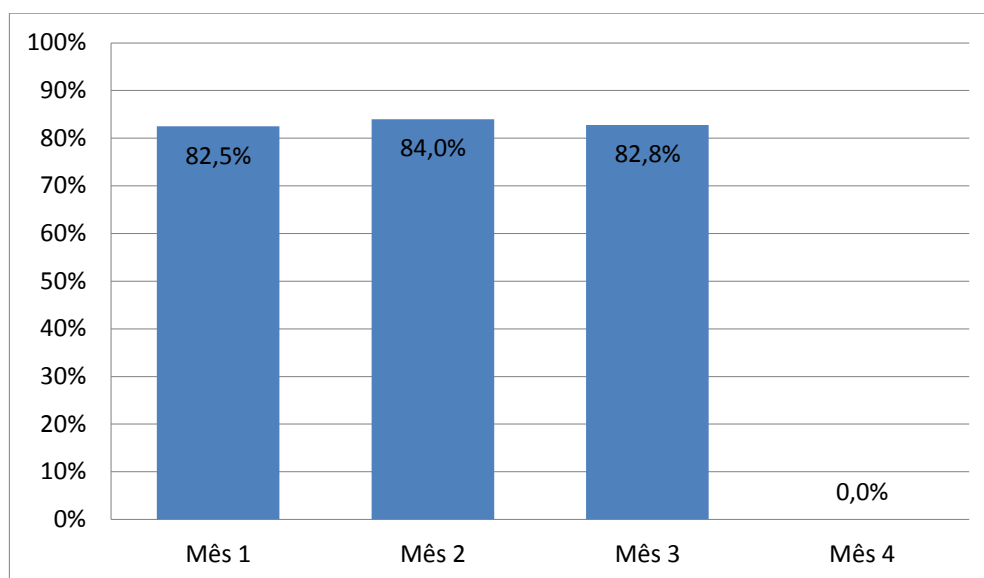


Figura 18: Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Ficaram sem orientação àqueles idosos acamados ou com limitações físicas e/ou motoras importantes que dificultam a prática regular de atividade física e aqueles com cardiopatias importantes, os quais estão limitados parcialmente ou totalmente de realizar esforço físico.

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

Pensando em promoção em saúde para os idosos, foram orientados em relação a cuidados individuais da saúde bucal no primeiro mês foram 34 (85%), no segundo mês 117 (93,6%) e no terceiro mês 174 (96,7%), conforme figura 19.

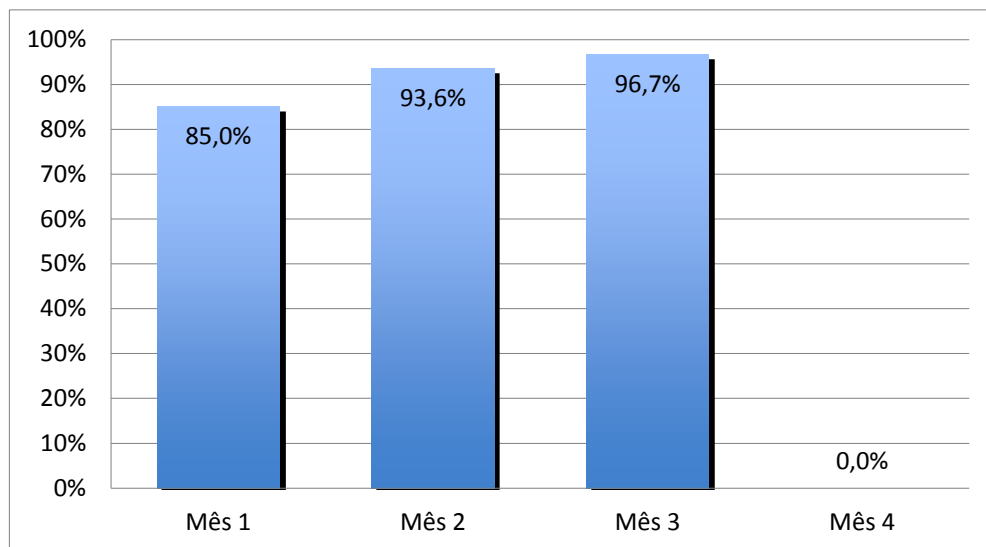


Figura 19: Gráfico da Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

A equipe não fez a orientação individual de saúde bucal. Destacamos que não contamos com uma equipe de odontologia que pudesse contribuir com este tipo de orientação, mas, nos casos que tinham alguma queixa nas consultas relacionadas com a cavidade oral foram orientados cuidados.

## 4.2 Discussão

A intervenção desenvolvida em minha Unidade Básica de Saúde propiciou uma melhoria e qualificação na saúde aos idosos da área de abrangência. Foi ampliada a cobertura para os atendimentos do público alvo, foram desenvolvidas ações no âmbito biológico, psicológico e social para avaliar aspectos importantes da saúde dos idosos como Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado em consultas, solicitação de exames complementares em dia, avaliação de risco para mobilidades, avaliação da rede social, orientação nutricional, prescrição de medicamentos para doenças crônicas associadas da rede popular e outros que contribuíram para melhorar a saúde desta população tão necessitada.

A intervenção exigiu desde a primeira semana uma capacitação contínua seguindo o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), oferecendo a possibilidade de ampliar os conhecimentos em relação ao tema por todos os integrantes da equipe e integrar o trabalho. Foram

debatidos temas de interesse a cada semana nas reuniões da UBS e dadas as atribuições de cada profissional para o trabalho desde os ACSs com o levantamento dos maiores de 60 anos e a busca ativa na comunidade, a técnica de enfermagem com as medidas dos parâmetros vitais e a revisão das carteiras de vacinas, o enfermeiro com o preenchimento dos dados na ficha-espelho, a revisão das receitas médicas para fornecer medicamentos no controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e os controles de estoque e validade da farmácia interna, a médica com as consultas completas, o pedido de exames complementares em dia e os tratamentos individualizados, segundo fatores de risco associados.

Antes de implementada a intervenção os atendimentos eram feitos de maneira rápida e não existiam os agendamentos para o retorno dos usuários. Não eram priorizados os idosos nas filas para consultar nem se realizavam visitas domiciliares naqueles que precisavam ou se um usuário era faltoso à consulta não era procurado na casa para marcar uma nova, não eram avaliados aspectos em relação ao entorno familiar e social que poderiam interagir com a saúde dos idosos. Com o início do projeto tudo ficou organizado para o trabalho dinâmico com um cronograma diário na agenda, com uma ampla melhoria e otimização do tempo em cada atendimento, pois cada profissional teve sua atribuição dada desde o início. Desde a priorização das fichas para consultas, o acolhimento diário na sala de espera, a classificação nos atendimentos segundo a estratificação de riscos, a disponibilização dos recursos materiais (fichas-espelho, folhas para prontuários, esfigmos, balanças, cadernetas do idoso, fitas para teste rápido) até os recursos humanos para iniciar o trabalho.

Toda a população idosa ficou satisfeita com este tipo de atendimento e o resto dos grupos também foram incluídos na agenda semanal com dias para as consultas de pré-natal, puericulturas, grupos de idosos, hipertensos e diabéticos e cada dia os atendimentos a demanda espontânea eram menores, as consultas de urgência/emergência eram classificadas por pessoal mais capaz. Não houve nenhuma queixa e o impacto foi percebido pelos elogios dados para os profissionais na sala de espera. Tanto o serviço na UBS quanto a comunidade estão sentindo o impacto de nosso projeto, pois tudo está mais organizado no trabalho, os profissionais estão mais qualificados em temas da saúde dos idosos e com nosso atuar iremos reverter indicadores de morbimortalidade por doenças crônicas e processos associados ao envelhecimento que deve ser com qualidade de vida.

Se desde o início houvesse contado com a equipe completa e com ACSs a cobertura poderia ter sido de 100% na população alvo. Ainda faltam muitos usuários para receber este tipo de intervenção na sua saúde, mas agora que a equipe está completa e capacitada planejamos alcançar todo o público alvo até o final do ano. Faltou uma maior articulação com a comunidade e seus líderes por não contar com conselho local com apoio em nosso trabalho de promoção e prevenção de saúde.

Agora nossa equipe está integrada e disciplinada no trabalho com este grupo, o qual pode ser ampliado aos outros grupos populacionais para melhorar a qualidade dos atendimentos e reverter indicadores. Nossa população já está cadastrada e pode ser planejada de melhor maneira todas as ações de saúde.

Com a implementação da intervenção na rotina diária da UBS melhorou a satisfação da população em geral e dos idosos em particular sobre os atendimentos na APS. Estamos em condições de superar algumas das dificuldades encontradas e melhorar cada dia mais a qualidade de vida da população idosa brasileira. Nossa UBS está adequada em espaço físico e recursos para continuar desenvolvendo o trabalho na unidade de saúde, já capacitados em todos os aspectos da intervenção e com a ajuda dos integrantes da equipe que não estão incluídos na ESF (dentista e assistente social) tudo para dar ótimos resultados.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Com o presente dou a conhecer os resultados da intervenção realizada na UBS Santa Terezinha no município Pelotas no período de junho a setembro do ano 2015 que teve por objetivo melhorar a saúde da população idosa maior de 60 anos que precisa ser priorizada nos atendimentos, pois é a mais atingida por doenças crônicas na comunidade.

Dos 322 idosos da área de abrangência, foram cadastrados 180 (55,9%) idosos. Foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida de acordo com o protocolo e o exame clínico apropriado em 100% dos idosos. Dos 180 idosos que apresentavam hipertensão e/ou diabetes, em 171 (99,4%) deles foi realizado os exames complementares em dia, os quais foram avaliados em sua maioria em consultas programadas ou visitas domiciliares. Ainda priorizando a melhoria da atenção aos idosos da área adstrita da UBS, prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular para 154 (85,6%) idosos cadastrados na unidade de saúde. Buscamos também cadastrar todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção da unidade de saúde, foram 29 idosos cadastrados nestas condições e também 100% deles receberam visita domiciliar graças ao trabalho em equipe da enfermagem, médico, agentes comunitários. Em 100% dos idosos foi medida a pressão arterial durante o atendimento e em 166 (97,6%) deles rastreada a glicose segundo fatores de risco individuais.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 166 (92,2%) idosos, o exame bucal foi incluído na rotina das consultas de cada idoso para conhecer as necessidades de atendimentos odontológicos. No entanto, no que

se refere a realização da consulta odontológica, dos 180 idosos cadastrados 36 (20%) consultaram com o odontólogo, devido à dificuldade destes profissionais na unidade. Este problema já está sendo melhorado pela iniciativa da equipe, pois nossa dentista não pertence a ESF, mas colabora com nosso trabalho.

Dos idosos faltosos a consulta foram realizadas busca ativa em 100 (93,5%), pois em alguns casos não pertenciam a microárea dos ACSs que estavam trabalhando, sendo muito difícil sua localização e tendo que aguardar pelo retorno espontâneo com resultado do exames ou por intercorrências agudas.

Distribuímos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos cadastrados. Foram avaliados para risco de morbimortalidade 100% dos idosos de risco da área de abrangência graças ao trabalho em conjunto da equipe, dentre eles o médico, os agentes comunitários de saúde e a enfermagem, sendo que cada caso identificado nas visitas domiciliares ou nas consultas já era identificado o risco e mapeado imediatamente para agilizar o trabalho.

Investigamos indicadores de fragilização na velhice em todos os usuários, identificando aqueles que precisavam de outra pessoa para as atividades da vida diária, graças ao trabalho dos ACSs na área, da enfermagem e médico nas consultas.

Para a promoção da saúde dos idosos realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável em todos os casos avaliados, mas somente em 149 (82,8%) foi indicado a prática de exercícios físicos para melhorar a saúde, excluindo aqueles acamados e os que por outras doenças crônicas associadas não podiam realizá-los. Orientamos sobre cuidados da saúde bucal a 174 (96,7%) dos idosos por não contar com uma equipe de saúde bucal na unidade de saúde.

Para conseguir melhorar estes indicadores de saúde faltaria completar nossa equipe com ACSs, assistente social e dentista na ESF. Com a equipe completa teremos maior possibilidade de ampliar para 100% a cobertura para os atendimentos em idosos e resolver alguns problemas detectados durante nossa intervenção. Em resumo os objetivos da unidade de saúde foram cumpridos total ou parcialmente durante a intervenção com satisfação da população idosa e as famílias que antes não tinham este tipo de atendimento na UBS.

Esperamos que com a informatização em nossa unidade de saúde nosso trabalho melhore e se torne mais ágil. Desejamos que a gestão consiga também agilizar a realização dos exames laboratoriais no bairro, pois tem muita morosidade



neste aspecto. Seguimos no andamento das atividades e acreditamos que para qualificar a assistência prestada é necessária uma integração entre profissionais de saúde, comunidade e gestão municipal.

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

### À comunidade

Gostaríamos de relatar o trabalho realizado com a população idosa na comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha durante os meses de junho a setembro deste ano de 2015, com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos das pessoas de mais de 60 anos da comunidade. Atendemos 180 idosos nos três meses de realização do trabalho, mais da metade da população idosa de nossa área de abrangência.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos idosos realizamos atendimentos mais qualificados tanto médicos como de enfermagem guiados por protocolos já estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também orientamos a comunidade sobre a importância do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, para obter seu apoio mediante conversas pelos profissionais da UBS. Os idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados receberam indicações para a realização dos exames complementares em dia e retornos com consultas agendadas que melhorou o encaminhamento interno da UBS. Prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular prioritários para a maioria dos idosos conforme as doenças e possibilidades econômicas das pessoas para conseguir que todos aderissem ao tratamento.

Conseguimos visitar a cada um dos idosos acamados ou com problemas de locomoção graças ao trabalho em conjunto da equipe. Esta ação foi favorecida pelas pessoas da comunidade que conheciam idosos acamados e se identificavam com este tipo de usuários da unidade com necessidades especiais de atendimento.

Foi verificada a pressão arterial em todos os idosos na última consulta, pois o médico e enfermeira se responsabilizaram por verificá-la em todos os usuários. Foi

realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico na maioria dos casos em idosos com necessidade segundo riscos de morbimortalidade e mesmo não contando com dentista na Estratégia de Saúde da Família, modelo de atenção prestada em nossa comunidade, foram avaliados os casos mais urgentes.

Realizamos atividades de promoção da saúde com idosos, em grupos mensais na UBS e atendimentos individuais, garantimos orientação sobre nutrição correta e balanceada. Orientou-se aos usuários sobre a importância de consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em fibra vegetal, naturais para a regulação do intestino e demais funções do organismo. Orientamos também em relação à prática regular de atividade física a maioria dos usuários idosos, para a prevenção de muitas doenças cardiovasculares e melhoria de outras já desenvolvidas.

Em resumo podemos dizer que este trabalho trouxe muitos benefícios para a comunidade e melhorias para o atendimento à população idosa. Pretendemos fazer mais encontros com a população da área e, é muito importante o apoio da comunidade para nosso trabalho futuro ampliando a intervenção a outros grupos populacionais (crianças, gestantes, mulheres em idade fértil), dessa forma as sugestões da comunidade são muito importantes para nossa equipe de saúde. Convido vocês a ajudar na construção e seguimento deste trabalho em prol da saúde de todos os usuários da unidade.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da unidade Santa Terezinha

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

Durante o curso o processo de aprendizagem tem sido muito positivo, inicialmente o idioma representou um obstáculo a vencer, pessoalmente a escrita tem sido difícil. Na etapa inicial começamos a interagir com o ambiente virtual sempre sob orientação, o primeiro momento na unidade de ambientação e a interação com outros integrantes da turma foi minimizando nossos medos. O Diálogo Orientador Especializando (DOE) foi o primeiro espaço para trocar mensagens com os orientadores e enviar tarefas, mesmo assim os fóruns resultaram uma experiência nova, positiva na maioria dos casos para interagir com professores e especializando.

Começou o trabalho na UBS, sem ESF, com atendimentos a demanda espontânea, pouca organização no trabalho e sem atendimentos por priorização de riscos, não estava cadastrada a população. Muitas vezes quem mais precisava de atendimento ficava nas filas de espera, foi então que o processo de acolhimento incorporou-se na rotina diária. Os princípios do SUS foram nosso guia para o trabalho e assim com cada semana do curso tudo melhorava, também foi mudando a estrutura física da UBS tornando mais adequados os atendimentos. De uma população insatisfeita com o trabalho da APS e baseados na Análise Situacional a equipe decidiu que o foco de nossa intervenção seria a saúde do idoso, público vulnerável e desprotegido.

O curso tem sido muito importante, pois permitiu por em prática meus conhecimentos adaptados a APS no Brasil. Os casos clínicos interativos e os estudos da prática clínica foram um pilar fundamental para adquirir experiência nos protocolos de tratamento de doenças agudas e crônicas que com mais frequência

são vistas no dia a dia das UBSs, aumentando minha qualificação profissional. A ideia utópica que inicialmente parecia o projeto de intervenção ganhou vida com o trabalho em equipe, os atendimentos foram organizados e cada integrante atuou segundo suas atribuições para melhorar a saúde do público alvo.

O serviço ganhou em qualidade e quantidade de usuários aderidos aos programas, as consultas hoje são agendadas e priorizadas àqueles casos que não podem chegar até a UBS, as visitas domiciliares fazem chegar a saúde até a casa.

Aumentou a confiança, a credibilidade no sistema e a satisfação da população agora é real. Eu ganhei na minha experiência profissional e considero que outras mudanças agora são possíveis.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 a. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128p.

## **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>  
Pro<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 B - Planilha de coleta de dados

Planilha coleta de dados - Idosos - Novais (Modo de Compatibilidade) - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri | 11 | A A

Quebrar Texto Automaticamente

Colar

Fonte

Alinhamento

Número

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

Células

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

Indicadores de Saúde da Idosa - Mês 1

|     | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 1   |       |       |       |       |             |
| 2   |       |       |       |       |             |
| 3   |       |       |       |       |             |
| 4   |       |       |       |       |             |
| 5   |       |       |       |       |             |
| 6   |       |       |       |       |             |
| 7   |       |       |       |       |             |
| 8   |       |       |       |       |             |
| 9   |       |       |       |       |             |
| 10  |       |       |       |       |             |
| 11  |       |       |       |       |             |
| 12  |       |       |       |       |             |
| 13  |       |       |       |       |             |
| 14  |       |       |       |       |             |
| 15  |       |       |       |       |             |
| 16  |       |       |       |       |             |
| 17  |       |       |       |       |             |
| 18  |       |       |       |       |             |
| 19  |       |       |       |       |             |
| 20  |       |       |       |       |             |
| 21  |       |       |       |       |             |
| 22  |       |       |       |       |             |
| 23  |       |       |       |       |             |
| 24  |       |       |       |       |             |
| 25  |       |       |       |       |             |
| 26  |       |       |       |       |             |
| 27  |       |       |       |       |             |
| 28  |       |       |       |       |             |
| 29  |       |       |       |       |             |
| 30  |       |       |       |       |             |
| 31  |       |       |       |       |             |
| 32  |       |       |       |       |             |
| 33  |       |       |       |       |             |
| 34  |       |       |       |       |             |
| 35  |       |       |       |       |             |
| 36  |       |       |       |       |             |
| 37  |       |       |       |       |             |
| 38  |       |       |       |       |             |
| 39  |       |       |       |       |             |
| 40  |       |       |       |       |             |
| 41  |       |       |       |       |             |
| 42  |       |       |       |       |             |
| 43  |       |       |       |       |             |
| 44  |       |       |       |       |             |
| 45  |       |       |       |       |             |
| 46  |       |       |       |       |             |
| 47  |       |       |       |       |             |
| 48  |       |       |       |       |             |
| 49  |       |       |       |       |             |
| 50  |       |       |       |       |             |
| 51  |       |       |       |       |             |
| 52  |       |       |       |       |             |
| 53  |       |       |       |       |             |
| 54  |       |       |       |       |             |
| 55  |       |       |       |       |             |
| 56  |       |       |       |       |             |
| 57  |       |       |       |       |             |
| 58  |       |       |       |       |             |
| 59  |       |       |       |       |             |
| 60  |       |       |       |       |             |
| 61  |       |       |       |       |             |
| 62  |       |       |       |       |             |
| 63  |       |       |       |       |             |
| 64  |       |       |       |       |             |
| 65  |       |       |       |       |             |
| 66  |       |       |       |       |             |
| 67  |       |       |       |       |             |
| 68  |       |       |       |       |             |
| 69  |       |       |       |       |             |
| 70  |       |       |       |       |             |
| 71  |       |       |       |       |             |
| 72  |       |       |       |       |             |
| 73  |       |       |       |       |             |
| 74  |       |       |       |       |             |
| 75  |       |       |       |       |             |
| 76  |       |       |       |       |             |
| 77  |       |       |       |       |             |
| 78  |       |       |       |       |             |
| 79  |       |       |       |       |             |
| 80  |       |       |       |       |             |
| 81  |       |       |       |       |             |
| 82  |       |       |       |       |             |
| 83  |       |       |       |       |             |
| 84  |       |       |       |       |             |
| 85  |       |       |       |       |             |
| 86  |       |       |       |       |             |
| 87  |       |       |       |       |             |
| 88  |       |       |       |       |             |
| 89  |       |       |       |       |             |
| 90  |       |       |       |       |             |
| 91  |       |       |       |       |             |
| 92  |       |       |       |       |             |
| 93  |       |       |       |       |             |
| 94  |       |       |       |       |             |
| 95  |       |       |       |       |             |
| 96  |       |       |       |       |             |
| 97  |       |       |       |       |             |
| 98  |       |       |       |       |             |
| 99  |       |       |       |       |             |
| 100 |       |       |       |       |             |

Pronto

13:47 12/09/2015



## **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