

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Melhoria do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde  
da Família Alto da Liberdade em Itajuípe/BA**

**Márcia Verônica Oliveira de Jesus Santos**

**Pelotas, 2014**

**Márcia Verônica Oliveira de Jesus Santos**

**Melhoria do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde  
da Família Alto da Liberdade em Itajuípe/BA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

**Orientador: Fábio Renato Manzolli Leite**

**Pelotas, 2014**

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

S237m Santos, Márcia Verônica Oliveira de Jesus

Melhoria do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde da Família Alto da Liberdade em Itajuípe/BA / Márcia Verônica Oliveira de Jesus Santos; Fábio Renato Manzolli Leite, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde do idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde bucal I. Leite, Fábio Renato Manzolli, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

Esse projeto é dedicado especialmente a todos os idosos residentes nos bairros Alto da Liberdade e Novo Itajuípe, área de abrangência da USF Alto da Liberdade, atores principais que contribuíram significativamente para o desenvolvimento dessa ação. Ao meu esposo Sérgio e a minha filha Sophia que souberam compreender a minha ausência contínua todas as noites durante o curso e à equipe da unidade, que foi de fundamental importância para o desenvolvimento dos trabalhos, principalmente Cida, Michele e todos os ACS.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos aqueles que foram essenciais para o desenvolvimento do projeto e implantação com êxito das melhorias no programa Saúde do Idoso na Unidade de Saúde da Família Alto da Liberdade. À gestão municipal de saúde que permitiu a minha adesão ao curso e disponibilização do serviço e insumos necessários para o desenvolvimento das ações e à equipe da unidade de saúde que se mostrou sempre dispostos a captar os idosos e a contribuir no alcance das metas e ao orientador Fábio Renato Manzolli Leite pela ajuda, compreensão, disponibilidade e interesse pelo desenvolvimento do tema abordado.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório dentário
CEEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Crescimento e desenvolvimento
ESF	Equipe ou Estratégia de Saúde da Família
MED CASA	Medicamento em casa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIS COLO	Sistema de Informação em Saúde de Colo do Útero
SIS MAMA	Sistema de Informação em Saúde de Mama
SIAB	Sistema de Informação em Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
USF	Unidade Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	7
1 Análise situacional .....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	8
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional .....	15
2 Análise estratégica.....	16
2.1 Justificativa.....	16
2.2 Objetivos e metas .....	17
2.2.1 Objetivo geral .....	17
2.2.2 Objetivos específicos .....	17
2.2.3 Metas .....	18
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Detalhamento das Ações .....	20
2.3.2 Indicadores.....	28
2.3.3 Logística.....	33
2.3.4 Cronograma .....	37
3 Relatório de intervenção .....	39
4 Avaliação da intervenção .....	41
4.1 Resultados .....	41
4.2 Discussão.....	53
4.3 Relatório da intervenção para a comunidade.....	54
4.4 Relatório da intervenção aos gestores.....	54
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	58
Referências .....	59
Anexos .....	60

## Resumo

SANTOS, Márcia Verônica Oliveira de Jesus; LEITE, Fábio Renato Manzolli. **Melhoria do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde da Família Alto da Liberdade em Itajuípe/BA.** 2014. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

No mundo todo o efeito combinado da redução dos níveis de fecundidade da mortalidade tem produzido transformações no padrão etário da população. No Brasil isso caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno este que implicará na necessidade de adequações das políticas sociais. Sendo assim é fundamental que os profissionais de saúde possam direcionar a atenção aos idosos da sua área de abrangência. O presente trabalho tem por objetivo melhorar o programa de atenção à saúde dos idosos na USF Alto da Liberdade no município de Itajuípe-BA. Inicialmente realizou-se uma análise situacional do programa na unidade de saúde e a sensibilização da equipe. Inicialmente haviam cadastrados apenas 371 usuários, com uma cobertura de 61%. Porém com o início do cadastramento foram encontrados 437 idosos da área de abrangência da unidade de saúde, isso porque antes não havia um programa para a saúde do idoso. As ações desenvolvidas para esse grupo eram voltadas para prevenção e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no programa hiperdia. Não existiam registros dos idosos atendidos, nem priorização para consultas e exames. Os idosos não portavam a caderneta de saúde do idoso e não existia estímulo ao atendimento odontológico. Durante o curso foi elaborado um projeto de intervenção, estipulando objetivos e metas a serem alcançados. Os idosos que compareciam ao serviço passaram a ser registrados, avaliados e acompanhados. Passou-se a distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa, realizar avaliação multidimensional, exame clínico específico, monitoramento do idoso portador de hipertensão e diabetes, estímulo à procura ao serviço odontológico, a prática de atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis. Realizou-se levantamento de todos os idosos em risco social, dos acamados e portadores de dificuldade para locomoção e elaborou-se um cronograma de visitas domiciliares pelos profissionais do serviço. Ao final de



quatro meses 178 idosos já estavam em acompanhamento, todos com avaliação clínica e para hipertensão e diabetes, 97,6% estavam com prescrição de exames complementares em dia. Apesar de concluído os trabalhos a intervenção continua e já faz parte da rotina da unidade, as ações continuam a ser desenvolvidas e mais idosos sendo captados.

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

## **Apresentação**

Esse volume traz o conjunto do trabalho realizado ao longo dos últimos meses no município de Itajuípe, Bahia.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção. Foi constante a preocupação com a visão global da realidade, pois somente a partir dela podemos ter uma ideia mais próxima das possibilidades reais de modificação do meio.

## **1 Análise situacional**

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

A Unidade de Saúde da Família (USF) Alto da Liberdade, localizada na praça central do Bairro Alto da Liberdade atende aos moradores dos bairros Alto da Liberdade e Acácio Almeida. Totaliza uma população em sua área adstrita de 3189 pessoas, sendo 1555 do sexo masculino e 1634 do sexo feminino segundo a última atualização do SIAB em 2013. É uma unidade considerada pequena para a totalidade de pessoas a que vem atendendo, pois o espaço físico em dias de atendimento multiprofissional não oferece conforto aos usuários. Apesar disso, são poucos os problemas estruturais. Teve recentemente no ano de 2012 renovada a pintura das partes internas e externas.

A localização da USF desfavorece os moradores do bairro Acácio Almeida por conta da distância, principalmente os idosos que tem maior dificuldade de locomoção. Outra situação relacionada à sua localização é o fato de estar ao lado da quadra de esportes, fazendo com que durante os jogos diários dos moradores do bairro, a bola danifique o telhado criando goteiras, as quais no período de chuvas atrapalham o bom funcionamento do serviço, além de servir de riscos para quedas de usuários e funcionários.

Os mobiliários estão em péssimo estado de conservação, principalmente os arquivos para os envelopes da família que impossibilitam a colocação das gavetas, fazendo com que estas sejam alocadas em cadeiras cedidas pela escola Frei Henrique, contribuindo para a má ocupação do espaço físico e organização do serviço. Armários vitrine com vidros quebrados, mobiliários em processo de oxidação, cadeiras insuficientes, instrumentais para realização de

curativos e retirados de pontos insuficientes. É uma unidade pequena, porém aconchegante, composta por recepção, farmácia não climatizada, sala de vacina climatizada, consultório médico, odontológico e de enfermagem climatizados, sala para acolhimento, sala de curativo, sala para os ACS, sala de nebulização/teste do pezinho, copa e banheiros.

Os banheiros públicos são adaptados para portadores de necessidades especiais, a unidade possui rampa de acesso. Não existe pintura ou placa de identificação da unidade. A equipe encontra-se completa, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, ACD, TSD, 5 ACS, 2 técnicas de enfermagem, recepcionista, dispensador de farmácia e serviços gerais. Trabalhamos com sala de espera diária, envolvendo todos os membros da equipe e atividades educativas direcionadas aos grupos dos programas preconizados pelo MS. A relação com a comunidade é de confiabilidade e participação em todas as situações e decisões. As consultas são pré-agendadas com antecedência (demanda organizada) e a demanda espontânea é acolhida e direcionada para os atendimentos necessários.

A USF, não possui auditório ou sala de reuniões, fato este que dificulta a realização de reuniões de grupos comunitários e com a própria equipe, sendo necessário que ocupemos espaços cedidos pela comunidade para essas atividades. Mesmo assim tentamos realizar ações de saúde tanto na unidade quanto na comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A cidade em que desenvolvo meus trabalhos é Itajuípe, uma cidade pequena localizada no Sul da Bahia com 21.081 habitantes. Sua principal fonte de renda é o comércio local, uma fábrica da Penalty, agricultura familiar e funcionalismo público. O sistema de saúde do município é composto por oito unidades de saúde, sendo cinco equipes de saúde da família (ESF), duas equipes atuando na área rural que abrange quatro distritos e uma unidade básica de saúde no centro. Existe um hospital de pequeno porte, filantrópico e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa unidade localizada no centro são disponibilizadas algumas especialidades como cardiologista,

nefrologista, urologista, ginecologista/obstetra, psicólogo, pediatras e médico cirurgião. As demais especialidades são disponibilizadas na cidade mais próxima de Itabuna através de pactuação de serviço. Não existe núcleo de apoio à saúde da família (NASF), porém, há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Atualmente existe uma barreira em relação aos exames complementares. Não estão sendo realizados exames laboratoriais e ultrasonografias. Os demais exames são realizados na cidade de Itabuna através de pactuação de serviço.

Desenvolvo minhas atividades Na Unidade de Saúde da Família Alto da Liberdade, uma unidade vinculada ao SUS, localizada na área urbana, onde atua uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, uma THD e uma ACD, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e seis ACS. Na unidade são desenvolvidas atividades práticas de ensino vinculadas a universidades públicas e privadas na área de enfermagem. É uma unidade pequena, porém aconchegante, composta por recepção, farmácia não climatizada, sala de vacina climatizada, consultório médico, odontológico e de enfermagem climatizados, sala para acolhimento, sala de curativo, sala para os ACS, sala de nebulização/teste do pezinho, copa e banheiros. Os banheiros abertos aos pacientes são adaptados para portadores de necessidades especiais, e a unidade possui rampa de acesso. Não existe pintura ou placa de identificação da unidade.

Um problema relacionado à estrutura física da unidade é o fato de estar ao lado de uma quadra de esportes, como já supracitado. Os mobiliários estão em péssimo estado de conservação, mesmo assim tentamos realizar ações de saúde tanto na unidade quanto na comunidade. Infelizmente todos os problemas estruturais citados fogem a minha governabilidade.

Acredito muito que um bom caminho é incentivar a criação de um conselho local de saúde, pois seria um órgão a estar nos ajudando nas melhorias do serviço. Muito do que foi citado em relação aos problemas estruturais depende de verbas para reforma e melhoria das instalações do serviço. Tentamos sensibilizar os gestores quanto as reais necessidades. Atualmente a unidade está cadastrada no PMAQ (Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica) e esperamos que com esse programa recebamos verbas para melhoria da estrutura física da unidade. O processo de

trabalho dos profissionais da equipe está sendo bem desenvolvido, porém com alguns entraves que precisam ser melhorados para que possamos obter melhor qualidade no serviço prestado. Observo que o processo de territorialização, identificação de riscos e grupos vulneráveis ainda fica sob responsabilidade do enfermeiro e ACS, os demais profissionais não se envolvem espontaneamente nesse assunto a não ser quando são solicitados. Muitas atividades são realizadas direcionadas aos grupos tanto dentro como fora da unidade em espaços comunitários como igrejas, salões, escola, garagens, já que não dispomos desse espaço na unidade, mas acaba sendo bom e divertido, pois ficamos mais próximos da comunidade. Os pacientes faltosos são buscados pelos ACS, porém observo que essa busca só é cobrada pelo profissional enfermeiro em seus agendamentos, os demais profissionais não realizam essa cobrança.

O cuidado domiciliar é um entrave, pois não há meio de locomoção disponível e a área de abrangência é grande, requer tempo e desgaste da equipe. Esse fato faz com que alguns profissionais tenham resistência aos cuidados domiciliares e acabam indo por determinação do enfermeiro, algo que sabemos ir contra as diretrizes que regem o PSF. O profissional mais resistente a realizar o cuidado domiciliar é o odontólogo, bem como participar de atividades educativas, mas os demais realizam mesmo com algumas dificuldades. As reuniões são realizadas com frequência quinzenal, mas ultimamente o grande número de atribuições tem atrapalhado a periodicidade das reuniões. Esses entraves atrapalham o processo de trabalho desenvolvido no serviço.

Por outro lado, mudanças são possíveis de se realizar. Uma boa conversa sensibilizando os profissionais mais resistentes, para que as visitas sejam realizadas de forma que não se tornem uma obrigação daquele profissional e sim uma satisfação de estar prestando um cuidado a alguém que não pode ir ao serviço e precisa de ajuda. Fazer com que os profissionais entendam a importância do seu papel como agente transformador daquela situação/ ambiente/processo saúde-doença é de fundamental importância. Além de não deixar que o grande número de afazeres atrapalhe a periodicidade das reuniões, as discussões em grupo para melhoria do serviço.

O espaço físico da unidade é considerado muito pequeno para a população a que atende. Em dias de atendimento médico, odontológico e de enfermagem as pessoas ficam aglomeradas, as cadeiras são insuficientes. Para otimizar o atendimento, tentamos organizar o fluxo dos pacientes diminuindo a quantidade de pessoas de forma a não criar superlotação da unidade, favorecendo o acolhimento da demanda espontânea.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado desde a recepção aos ACS. Todos os membros da equipe recebem a clientela não agendada orientando e tentando dar resolutividade ao problema. No entanto só a equipe de enfermagem realiza a escuta e classificação das necessidades imediatas ou não do atendimento. Classificamos os pacientes que nos procuram por demanda espontânea, fazendo os devidos encaminhamentos ou, caso seja necessário atendimento imediato, realizamos encaixe para o atendimento médico nas vagas que já ficam reservadas para esse tipo de atendimento. Tentamos fazer com que todos tenham suas necessidades atendidas e resolvidas.

A atenção à saúde da criança acontece de forma organizada para os três profissionais que atuam na equipe: médica, enfermeira e odontólogo. A procura é grande, os dias de atendimento à criança são lotados. Cada profissional tem seu dia de atendimento à criança. A atenção à criança começa já no pré natal com a preparação dessa futura mãe para o cuidado da criança, através de atividades educativas. Desde o nascimento iniciamos o acompanhamento com a visita domiciliar ao recém nascido, realização de teste do pezinho, e imunização. Temos excelente cobertura de vacina, em torno de 97%. Quase não temos crianças com vacina atrasada, pelos cartões espelho que temos na unidade, atualmente cinco crianças estão com o calendário vacinal em atraso, fato este consequência de algumas mães serem mais relaxadas, as quais buscamos mais intensamente. Criamos uma sala personalizada para atenção à criança com imagens, brinquedos, etc. Não temos protocolo para o atendimento à criança, mas tentamos seguir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Algo que precisa melhorar é em relação aos atendimentos odontológicos às crianças menores de ano, que até então não acontecem e uma participação mais ativa da equipe de saúde bucal (ESB) no cuidado à criança que atualmente vem se restringindo apenas aquela

demanda que procura pelo serviço. A maior dificuldade hoje é introduzir o programa crescimento e desenvolvimento da criança (CD) às crianças de 2 a 5 anos, pois falta espaço na agenda de enfermagem para atendimento, tendo que restringir o atendimento de CD da enfermeira à faixa etária de 0 a 2 anos.

Em relação ao pré natal, este acontece de forma bem estruturada. Existe interação entre os ACS e o serviço, para que sob qualquer suspeita de gravidez, esta mulher seja encaminhada logo a unidade de saúde para solicitação de teste confirmatório. Caso a mulher compareça primeiro a Unidade, a equipe sinaliza para o ACS para que este possa acompanhar, e se confirmada a gestação, é solicitado o cadastramento dessa gestante. Temos dificuldade na captação precoce dessa mulher pela falta de oferta de este confirmatório. A maior dificuldade hoje é em relação à realização dos exames pré natais e ultra sonografias que estão demorando para serem realizados. Quanto a gestante faltosa, é feita a sinalização para o ACS para que possa buscá-la rapidamente. Todos os profissionais participam dos atendimentos, todas as gestantes são imunizadas. Tentamos realizar atividades educativas pelo menos uma vez no mês para as gestantes, mas nem sempre é possível. Também existe um convênio com uma faculdade particular, onde as gestantes são levadas todo mensalmente para atividade com os alunos de fisioterapia, os quais abordam vários assuntos importantes no pré natal e puerpério. A consulta puerperal é realizada na primeira semana após o parto através de visita domiciliar. Apenas a enfermeira realiza a visita domiciliar para consulta puerperal, fato este que precisa ser modificado, pois todos os profissionais devem estar envolvidos neste momento.

Outro aspecto relacionado à saúde da mulher abrange a prevenção aos câncer (Ca) de colo do útero e mama, é realizada de forma bastante ativa. Há coleta de citologia todas as segundas feiras e todas as mulheres a partir de 40 anos tem mamografia solicitada quando passam em consulta médica e observada data de realização do último exame. Todas as coletas são registradas em livro próprio. Realizamos com frequência o monitoramento e avaliação dos índices de coleta de citologia na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Atividades educativas são realizadas com frequência, abordando os dois tipos de cânceres. Realizamos mutirões e busca ativa das mulheres com alteração nos exames para seguimento do tratamento. Apenas a



ESB não participa das atividades de prevenção do câncer de colo do útero e mama, mas tentamos incorporá-los as ações abordando o câncer bucal.

Em relação a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes o atendimento é realizado por todos os profissionais de nível superior e nível médio. Existe na agenda de cada profissional um ou dois dias destinados ao atendimento desse público. O que podemos observar é que existe uma demanda muito grande de hipertensos e diabéticos, na grande maioria idosos que frequentam a unidade, por isso nos dias de atendimento a esse público a unidade superlota. Este fato faz com que as consultas tenham que ser abreviadas e por isso, muitas vezes, não dispõe a atenção necessária a essas pessoas. Um exemplo disso é a realização da avaliação dos pés dos diabéticos, que acaba sendo prejudicada pela grande demanda. Um fato que vem contribuindo para diminuir a demanda é o cadastramento no programa MED CASA, ao qual o município aderiu. Já temos em torno de 40 pessoas compensadas cadastradas que só retornam a unidade de saúde a cada três meses, para as consultas com médico e enfermeira. Assim temos otimizado o tempo e a atenção para os menos compensados. Tentamos realizar atividades de grupo pelo menos bimestral ou trimestralmente. Todos os membros da equipe participam dessa ação.

Apesar de não ser ideal a atenção ao idoso ocorre em conjunto com o hiperdia, pelo fato de a maioria dos idosos serem portadores de hipertensão e ou diabetes. Os demais idosos sem patologias acabam não sendo acompanhados, apenas quando existe alguma queixa ou necessidade. Por isso, essa é uma das questões que precisa ser modificada e a atenção ao idoso ser incorporada à rotina do serviço. Os idosos acompanhados são avaliados quanto à capacidade funcional e cognitiva, quando detectada alguma anormalidade são encaminhados para consulta com geriatra. Os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção são acompanhados no domicílio pela equipe. Outro ponto a ser melhorado em relação à atenção ao idoso é a saúde bucal. Geralmente os idosos que procuram o serviço em sua maioria vão para extração. É necessário que se criem mais estratégias de atenção a esse público, bem como atenção voltada aos idosos que não frequentam a unidade de saúde, pois não saem do domicílio.

### **1.3 Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

Acredito que esta unidade de saúde possui bons recursos para o desenvolvimento do serviço: organização, acolhimento com atenção especial à demanda espontânea, participação da maioria dos membros da equipe e motivação. Por outro lado, existem também alguns desafios a serem enfrentados como melhorar a atenção aos acamados e pessoas com dificuldade de locomoção por todos os membros da equipe, maior participação dos membros da equipe nas atividades educativas, melhorar as atividades preventivas, melhorar o atendimento odontológico voltado aos grupos prioritários, estimular a implantação do CLS e a participação popular, entre outros.

Os questionários serviram para que se pudesse observar as ações que são realizadas pelo serviço podendo melhorá-las e as que não são desenvolvidas, para que sejam implementadas, como por exemplo, o registro das mulheres com mamografia em atraso, livro de registro das mulheres em seguimento do SIS COLO e SIS MAMA e atenção ao idoso.

Comparando esse relatório ao texto realizado na segunda semana de ambientação, podemos observar quanta coisa não foi levada em consideração na avaliação inicial do serviço. Aspectos de suma importância como a atenção aos grupos prioritários, processo de trabalho de todos os membros da equipe, participação desses nas atividades desenvolvidas e atenção à demanda espontânea não foram citados. Após semanas de estudo, têm-se uma visão ampliada do serviço e passa-se a observar a atenção à saúde na estratégia saúde da família de uma forma diferenciada, vendo o indivíduo em todo o contexto em que está inserido, família, ambiente e sociedade e como agente transformador dessa realidade na promoção da saúde e bem estar geral.

## **2 Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática que será trabalhada na USF Alto da Liberdade será Atenção à Saúde do Idoso, incluindo a saúde bucal. Considerada de suma importância como as demais, já que está comprovado que o Brasil está se tornando um país de idosos, onde uma grande parcela da população tem mais de 60 anos, fato este que faz com que as atenções estejam voltadas para a atenção a esta população que requer cuidados significativos para a promoção de um envelhecimento saudável (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Atualmente na área de abrangência desta unidade, pelos dados do SIAB, têm-se em torno de 437 pessoas com mais de 60 anos, sendo que desses atualmente 228 estão sendo acompanhado regularmente pela equipe no programa hiperdia, o equivalente a 52% desta população de idosos. Uma população de difícil adesão por inúmeras circunstâncias: dificuldade de locomoção, deslocamento para a unidade de saúde nas localidades mais distantes, pouca participação dos familiares. A qualidade de atenção a esta população acontece de forma ainda irregular, tendo em vista o fato de o programa acontecer vinculado ao hiperdia. Assim, a atenção está voltada para o portador de tais patologias (hipertensão e diabetes) e não ao idoso propriamente dito, com as inúmeras problemáticas que o cercam.

As ações que já são desenvolvidas para esta população são: cadastramento no programa Hiperdia com controle periódico da hipertensão e diabetes, reuniões de grupo, atividades de educação em saúde, estímulo à prática de atividade física, orientação nutricional, atenção domiciliar ao idoso acamado ou com dificuldade de locomoção por alguns membros da equipe,

cadastramento no programa “Medicação em sua casa” aos idosos hipertensos e diabéticos compensados.

A necessidade de implementação desta ação programática é alta, por ser uma população alvo grande, com características peculiares. O idoso exige uma atenção especial para detecção de patologias da idade, que podem levar a incapacidades se não detectadas precocemente. É notório que grande parte da equipe tem um envolvimento significativo com esta intervenção, por ser um anseio que já fazia parte dos debates de equipe. No entanto, algumas dificuldades terão que ser enfrentadas para se chegar a qualidade que se espera do programa, como por exemplo o comprometimento de todos os membros da equipe. Neste ponto destaco as dificuldades de integração da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar ao idoso acamado ou com dificuldade de locomoção, além disso precisamos melhorar a adesão ao programa, realizar a avaliação multidimensional e de vulnerabilidade a riscos e melhorar os registros de saúde do idoso.

A intervenção será significativa e um diferencial para essa equipe e população. Trará certamente muitos benefícios para os idosos acompanhados, organização ao programa, fidedignidade aos registros, detecção precoce e controle de patologias, responsabilidade aos membros da equipe, confiabilidade dessa população, melhora na adesão ao programa e atenção diferenciada.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do Idoso da USF Alto da Liberdade do município de Itajuípe-BA.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

- 1 Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos da USF Alto da Liberdade;

- 2 Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
- 3 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
- 4 Melhorar registros das informações;
- 5 Mapear os idosos de risco da área da abrangência;
- 6 Promover a saúde dos idosos.

### **2.2.3 Metas**

#### **Relativas ao objetivo 1:**

1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 40%;
2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
4. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
5. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos;
7. Fazer visita domiciliar odontológica a 100% dos idosos acamados e com dificuldade de locomoção.

#### **Relativa ao objetivo 2:**

1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### **Relativa ao objetivo 3:**

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. 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 03 meses para diabéticos;

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

4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos);

5. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

6. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática;

7. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

#### **Relativa ao objetivo 4:**

1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;
2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

#### **Relativa ao objetivo 5:**

1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
3. Avaliar rede social de 100% dos idosos;

#### **Relativa ao objetivo 6:**

1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% das pessoas idosas;

2. Garantir orientação para a prática de atividade física regular para 100% das pessoas idosas;
3. Garantir orientação individual sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática;
4. Garantir ações coletivas de saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

De acordo com o levantamento realizado durante a análise situacional e considerando a governabilidade da equipe, optamos por desenvolver estratégias de melhorarias na atenção à saúde do idoso. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na USF Alto da Liberdade, situado na zona urbana do município de Itajuípe. Participarão deste projeto todos os idosos residentes da área que tenham mais de 60 anos de idade. A estimativa é de realizar acompanhamento a 40% dos idosos da área de abrangência da unidade de saúde com a intervenção, aproximadamente 180 pessoas. Será criado pela enfermeira um livro de registro de atenção à saúde do idoso, o qual será alimentado semanalmente pela enfermeira da unidade. Serão monitorados todos os idosos que adentrarem a unidade de saúde com qualquer tipo de necessidade.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento aos idosos, no eixo organização e gestão do serviço, trabalharemos com o acolhimento aos idosos que adentrarem a unidade de saúde. O acolhimento dos idosos será realizado por todos os membros da equipe, recebendo o idoso que estará previamente agendado e aquele idoso que virá a procura de algum serviço sem agendamento prévio. Os agentes comunitários de saúde farão o cadastramento dos idosos da área, em ficha própria criada pela enfermeira explicando-lhes sobre a importância da frequência às consultas e demais atividades da unidade. Os agentes comunitários de saúde realizarão a atualização

mensalmente, junto à secretaria municipal de saúde, dos idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) através da ficha A.

Garantiremos o registro dos idosos acamados e com problemas de locomoção através de planilha específica elaborada pela enfermeira e atualizada mensalmente pelos agentes comunitários de saúde. Dessa forma, organizaremos a agenda para realização de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção por todos os profissionais de nível médio e superior da equipe três turnos por semana, envolvendo o enfermeiro, médico, cirurgião dentista e técnico de enfermagem. Cada profissional de nível superior organizará sua agenda e as visitas de nível médio serão organizadas pela enfermeira. Os agentes comunitários de saúde avisarão aos idosos com antecedência o dia em que cada profissional irá visitá-lo.

Para melhorar o acolhimento aos idosos portadores de HAS e DM, os membros da equipe serão capacitados em reuniões realizadas pela enfermeira, para que o acolhimento possa acontecer todos os dias da semana em todos os turnos, recebendo, ouvindo, direcionando os idosos aos locais de consulta específicos. Visamos garantir junto ao gestor municipal de saúde, equipamentos básicos para a medição da pressão arterial na unidade de saúde e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, garantindo o bom funcionamento, revisão e calibragem periódica dos aparelhos para aferir pressão, através de ofício destinado a atenção básica, além de solicitação semanal de fitas para hemoglicoteste e lancetas.

A equipe se propõe a monitorar a utilização do serviço odontológico pelos idosos da área de abrangência, através da observação semanal do livro de registro de idosos da odontologia pela enfermeira. A agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos será organizada pelo odontólogo, que destinará turnos do seu serviço para esse público. Os idosos serão encaminhados pela enfermeira após atendimento de enfermagem e pelos ACS nas visitas domiciliares para atendimento odontológico. Será oferecido atendimento prioritário aos idosos, divulgado em sala de espera pelos membros da equipe e em informações visuais nos murais da unidade de saúde. Temos trabalhado para organizar as visitas domiciliares para consulta odontológica e organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.



Essas visitas serão organizadas pela enfermeira destinando um turno da agenda do odontólogo para a visita domiciliar. As visitas serão realizadas semanalmente em uma micro área por semana através de escala que será anexada no mural dos ACS.

Estabelecemos uma rotina para garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para a realização de procedimentos clínicos odontológicos domiciliares, monitorando a solicitação semanal dos pedidos realizados pela equipe de saúde bucal e o funcionamento dos equipamentos da sala odontológica, encaminhando à secretaria de saúde semanalmente.

No eixo monitoramento e avaliação, o monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde será realizado periodicamente pela enfermeira após os atendimentos de enfermagem aos idosos. O monitoramento do número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados e daqueles que recebera, visita domiciliar será através da planilha de idosos preenchida pelos ACS e enfermeira semanalmente. Além disso, será monitorado o número de idosos com rastreamento para HAS e DM periodicamente, através da realização da medida da pressão arterial sistêmica e hemoglicoteste em todos os idosos que comparecerem ao serviço para atendimento.

Já o monitoramento do número de idosos cadastrados na unidade com acompanhamento odontológico no período, será realizado pela enfermeira através da análise do livro de registro de atendimento aos idosos pelo dentista mensalmente, assim, será possível monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde, através da observação da planilha de idosos pelos ACS e enfermeira.

No eixo engajamento público, o esclarecimento à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre a facilidade de realizá-lo na unidade de saúde acontecerá em salas de espera que antecederão os atendimentos diários, realizadas com a participação de todos os membros da equipe em escala organizada previamente pela enfermeira. A comunidade será informada sobre o programa saúde do idoso na unidade de saúde e possibilidade de solicitar visita domiciliar, através da divulgação na unidade de saúde pela equipe e na comunidade pelos ACS.

Além disso, a comunidade será informada pela equipe sobre a importância da aferição da pressão arterial após os 60 anos de idade e do rastreamento para diabetes mellitus nos portadores de hipertensão arterial durante os atendimentos realizados pela enfermeira. Também em salas de espera e reuniões, realizadas pelos membros da equipe diariamente, a comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.

A comunidade será informada sobre o atendimento prioritário de idosos e de sua importância para a saúde geral, em salas de espera e através de avisos nos murais da unidade, além de demais facilidades oferecidas na unidade. Iniciaremos a implantação do conselho local de saúde de forma a contribuir para efetividade das reivindicações do programa saúde do idoso, após serem realizadas reuniões com lideranças da comunidade que serão previamente convidadas e esclarecidas sobre a importância da existência do conselho e de seu papel na sociedade.

Aproveitaremos para esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realização de exames bucais, através de salas de espera e reuniões com idosos. Ouviremos a comunidade durante as reuniões que serão realizadas pela equipe e nas salas de espera sobre estratégias para captação de idosos para atendimento odontológico e para melhorar a acessibilidade e atendimento. Esclareceremos idosos, familiares e cuidadores nas reuniões realizadas pela equipe sobre a importância da saúde bucal a idosos em cuidados domiciliares.

No eixo qualificação da prática clínica será realizada pela enfermeira uma capacitação da equipe sobre acolhimento aos idosos, sobre a política nacional de humanização e de protocolos específicos, em data e horários predefinidos. Os ACS serão capacitados pela enfermeira para o cadastramento dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de toda a área de abrangência e preenchimento e alimentação semanal da planilha de idosos. Os ACS também serão capacitados para realizarem busca ativa dos idosos que não estão em acompanhamento no serviço e para identificar casos que necessitam de atenção domiciliar. A equipe será capacitada pela enfermeira para verificação criteriosa da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste com treinamento apropriado e atualização.

Iremos capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos ao serviço odontológico. Essa capacitação da

equipe conduzida pela enfermeira, também visará esclarecer a comunidade em sala de espera e reuniões quanto a importância do atendimento em saúde bucal aos idosos em cuidados domiciliares, qualificar a equipe de saúde bucal para realizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares em atividades realizadas com a participação do coordenador de saúde bucal e capacitar cuidadores para realizar higiene bucal em idosos em cuidados domiciliar em reuniões realizadas com o auxílio da equipe de saúde bucal com os familiares/cuidadores.

Para melhorar a adesão dos idosos ao programa de atenção à saúde do idoso, no eixo organização e gestão do serviço serão organizadas pela enfermeira junto aos ACS visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos, organizar e acolher os idosos provenientes da busca ativa, com a participação dos membros da equipe que foram capacitados. No eixo monitoramento e avaliação, será realizado pela enfermeira o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo de atendimento aos idosos adotado. No eixo engajamento público, realizaremos salas de espera por todos os membros da equipe para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e periodicidade, ademais a comunidade deverá ser ouvida por toda a equipe quando necessário, sobre estratégias para não ocorrer a evasão dos idosos. No eixo qualificação da prática clínica, a especializanda treinará os ACS em pequenas reuniões para a orientação dos idosos quanto a realizar consultas e sua periodicidade.

De forma a melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, no eixo organização e gestão do serviço têm-se como ações a serem desenvolvidas, garantir os recursos necessários para implantação e realização da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos através de solicitação de impressos necessários à secretaria de saúde, definir as atribuições de cada membro da equipe na realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos e na avaliação dos idosos com hipertensão e/ou diabetes, em reunião realizada com os ACS e enfermeira. Aprimoraremos o sistema de busca a idosos que não realizarem exame clínico adequado, através de contato realizado com a secretaria de saúde e ACSs.

Visamos também garantir em reunião realizada com o gestor municipal de saúde do município, a referência e contra referência dos idosos com

alterações neurológicas e circulatórias em extremidades, para especialistas em geriatria e angiologia através do preenchimento da ficha de referência e contra referência utilizada pelo município. Essa reunião visa também garantir a solicitação de exames complementares e agilidade na realização dos exames. A enfermeira estabelecerá um sistema de alerta para sinalizar a não realização de exames complementares, com checagem semanal. Para realizar o controle de estoque de medicamentos pela auxiliar de dispensação de farmácia e manter um registro da necessidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos na unidade será utilizado impresso padronizado pelo município.

Será agendada reunião com a equipe de saúde bucal para organizar a agenda e garantir a conclusão do tratamento odontológico. Sabemos ser necessário confeccionar um ofício solicitando a garantia do gestor municipal do fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico, e o oferecimento de serviços diagnóstico e de referência para restabelecimento da saúde bucal. Organizaremos ações conjuntas nas campanhas para captar idosos da área não vacinados, em consonância com a equipe de saúde bucal, material educativo relacionado ao auto exame da boca, e encaminharemos os idosos com necessidade para etapa clínica da prótese em laboratório credenciado ao município.

No eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira realizará o monitoramento da realização da avaliação multidimensional rápida anualmente em todos os idosos acompanhados na unidade de saúde, através da ficha espelho e livro de registro de saúde do idoso. Mensalmente a especializanda fará o monitoramento da realização do exame clínico e laboratoriais apropriados dos hipertensos e diabéticos, do acesso aos medicamentos e da proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico e que tem o tratamento concluído, através da observação do livro de registro de saúde do idoso do médico e do dentista. Estamos em discussão com a equipe de saúde bucal, para avaliarmos mensalmente nos livros de registro, a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico, para monitorar a prevalência de idosos com alteração de mucosa oral, e estimar a demanda para consulta no serviço de referência para diagnóstico bucal e prótese.

No eixo engajamento público, a equipe em reuniões de grupo e em sala de espera com os idosos deverá orientar a comunidade sobre a importância do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, compartilhar as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, orientar quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades, avaliados periodicamente. Além disso, a equipe orientará os pacientes e a comunidade quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia, sobre a importância de concluir o tratamento odontológico, manutenção de próteses bucais e importância do auto exame da boca.

No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira realizará um cronograma para treinar a equipe na aplicação da avaliação multidimensional rápida, para encaminhamento dos casos que necessitem de atendimento especializado, para realização do exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos após as consultas e para avaliar as principais alterações bucais em idosos.

Com o intuito de melhorar o registro das informações, no eixo organização e gestão do serviço, a enfermeira manterá as informações do SIAB atualizadas, e implantará a planilha/registro de acompanhamento do atendimento dos idosos. Em reunião pactuará com a equipe a forma de registro das informações e definirá o responsável pelo monitoramento dos mesmos. A enfermeira solicitará através de ofício, ao gestor municipal disponibilização da caderneta de saúde do idoso.

No eixo monitoramento e avaliação a enfermeira deverá monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade e os registros na caderneta de saúde da pessoa idosa semanalmente. No eixo engajamento público, a equipe orientará os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção dos registros e disponibilização de segunda via se necessário, orientará os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta de saúde do idoso quando comparecer aos níveis da atenção. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira realizará o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o

acompanhamento do atendimento aos idosos e capacitará a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Para mapear os idosos de risco da área de abrangência, no eixo organização e gestão do serviço, a equipe priorizará o atendimento aos idosos com maior risco de morbimortalidade, fragilizados na velhice e com rede social deficiente, acionando os ACS e equipe para um acompanhamento mais periódico. No eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira realizará o monitoramento do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, para qualidade da rede social, através do acompanhamento periódico do livro de registro de saúde do idoso e da avaliação das fichas espelho.

No eixo engajamento público, a equipe de saúde orientará os idosos sobre o seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente quando apresentar alto risco e quando estiverem fragilizados. Ademais, orientará os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde, estimulará na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. A equipe esclarecerá a comunidade, idosos e família com idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências durante as salas de espera e reuniões com o grupo. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira deverá em pequenas oficinas capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, de fragilização na velhice e de fatores de risco em saúde bucal.

Finalmente para promover a saúde dos idosos, no eixo organização do serviço, a enfermeira deverá em reunião de equipe definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, na orientação da prática de atividade física regular, demandar do gestor municipal de saúde parcerias institucionais que auxiliem na prática de atividade física regular, organizar tempo médio em consultas afim de garantir orientação em nível individual. Além disso, a especializanda organizará temas de interesse aos idosos cadastrados no programa de saúde bucal para serem trabalhados em reuniões e sala de espera, e assim, junto com a equipe elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

No eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira monitorará a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade ou desnutrição, a orientação para prática de atividade física para todos os idosos, quantos realizam atividade física regular, e as atividades educativas individuais, através da observação do livro de registro de saúde bucal e médica.

Por fim, no eixo engajamento público, a equipe durante as salas de espera orientará os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, de prática de atividade física regular, da higiene bucal e da participação nas atividades educativas. Ademais, os membros da unidade identificarão junto à comunidade temas de interesse a serem abordados nas palestras. No eixo qualificação da prática clínica, a enfermeira capacitará a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável”, criando orientação específica para o grupo de idosos hipertenso/diabéticos. Em conjunto com a equipe, a aluna identificará temas para o desenvolvimento de orientações multiprofissionais.

### **2.3.2 Indicadores**

**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 à área de abrangência da unidade de saúde

**Indicador 1.2** - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

Denominador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 1.3** - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.

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

**Indicador 1.4** - Proporção de idosos rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 1.5** - Proporção de idosos hipertensos rastreados para DM.

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para DM.

Denominador: número de idosos com compressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

**Indicador 1.6** - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: número de idosos da área de abrangência da unidade cadastrados, com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 1.7** - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Numerador: número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Denominador: número total de idosos da área de abrangência acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade de saúde.



**Indicador 2.1** - Proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa.

Numerador: número de idosos faltosos as consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Indicador 3.1** - Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 3.2** - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 3.3** - 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.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 3.4** - Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 3.5** - Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 3.6** - Proporção de idosos com avaliação de alteração de mucosa oral em dia.

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alteração de mucosa.

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

**Indicador 3.7** - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com necessidade de prótese.

Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Indicador 4.1** - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

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

**Indicador 4.2** - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

**Indicador 5.4** - Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

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

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

**Indicador 6.3** - Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Indicador 6.4** - Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa adotaremos o Manual Técnico Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2007. A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, é por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Durante os quatro meses de intervenção, pretendemos ampliar a cobertura para cerca de 300 idosos. O serviço não dispõe de ficha

clínica específica para o atendimento do idoso e devido a isso, a enfermeira utilizará o modelo de ficha espelho disponibilizada pela equipe da especialização em saúde da família da UFPel. Será solicitada da coordenadora da UBS a impressão de 350 fichas para o acompanhamento dos idosos e, além disso, a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. O acompanhamento mensal da intervenção acontecerá utilizando a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo 1).

Para organizar o registro dos pacientes que estão frequentando o serviço, será criado um livro de registro pela enfermeira o qual será solicitado junto aos demais materiais da unidade, para facilitar a identificação dos idosos acompanhados nos últimos três meses. Ao mesmo tempo, será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Será monitorado através do livro de registro de idosos, aqueles que realizaram exames complementares e os que têm exames complementares solicitados. Além disso será conversado com a gestão da atenção básica quanto à garantia de realização dos exames complementares solicitados.

Para ampliar o cadastramento dos idosos, a enfermeira sinalizará mensalmente aos ACS quanto à realização de busca dos idosos resistentes à assistência. Além disso, será realizada pela enfermeira e ACS, uma planilha de monitoramento dos idosos acamados, sendo o monitoramento deste realizado pelos técnicos de enfermagem, pelo enfermeiro e pelos ACS semanalmente. As visitas domiciliares serão realizadas por todos os profissionais.

Visando concretizar o melhoramento da qualidade da atenção ao idoso na UBS, e utilizando o Manual Técnico Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2007, serão realizados treinamentos e capacitações da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, acolhimento, hipertensão e Diabetes mellitus. Serão solicitados à secretaria municipal de saúde através de ofício, os materiais necessários para realização das atividades como balança, antropômetro, tabela de Snellen. Será realizada reunião da equipe com a gestão sobre a importância do encaminhamento dos idosos com alterações para médicos especialistas. Nesta reunião será salientada a necessidade de garantir a oferta de medicamentos na farmácia da UBS.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso, de forma a monitorar os idosos hipertensos e diabéticos, a enfermeira utilizará o livro de registro da assistência de enfermagem (HIPERDIA). Será monitorado o acesso aos medicamentos da farmácia popular e hiperdia, registrando pela enfermeira e técnicos de enfermagem os medicamentos que idosos portadores de hipertensão e diabetes fazem uso. O estoque e monitoramento dos medicamentos serão realizados pelo dispensador de farmácia da unidade

Para sensibilizar a comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde do idoso. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos, incluindo aqueles impossibilitados de comparecer a unidade, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo. Além disso, serão realizadas reuniões com líderes da área de abrangência da unidade de saúde a fim de criar o conselho local de saúde. Participarão das reuniões membros da equipe e comunidade, nela será apresentado o papel dos conselhos locais de saúde e sua importância no desenvolvimento das ações de saúde do idoso com efetividade.

Para o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência, utilizaremos o Manual Técnico Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, e os prontuários. Buscando priorizar o atendimento ao idoso com maior risco de morbimortalidade e de fragilização na velhice, serão deixadas 10 vagas destinadas aos idosos para atendimento médico reservadas semanalmente. Será realizada pela enfermeira a capacitação da equipe para identificar fatores de riscos para morbimortalidade, fragilização na velhice e avaliação da rede social da pessoa idosa, orientando a equipe quanto aos critérios a serem observados para identificar esses fatores e sinalizando em livro de registro dos idosos após os atendimentos diários.

Para realizar a promoção a saúde da pessoa idosa, utilizaremos o Guia Prático do Cuidador, Ministério da Saúde, 2008 e as recomendações de "Dez passos para alimentação saudável" e o "Guia alimentar para a população brasileiro". O objetivo maior é promover ações educativas da equipe junto aos idosos, familiares e cuidadores, sobre os benefícios da adoção de hábitos

alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física. Essa atividade será realizada mensalmente por todos os profissionais da equipe durante os atendimentos.

Para monitorar a ação programática, mensalmente a enfermeira examinará as fichas dos idosos, identificando aqueles com consultas, exames e vacinas em atraso. O agente comunitário será notificado e buscará todos os idosos, estimando-se 10 por semana, totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca, já agendará o idoso para um dia de sua conveniência para ir a unidade ou receber a visita domiciliar. O idoso ou cuidador receberá uma notificação com data e hora da consulta. Ao final de cada mês, as informações serão consolidadas na planilha eletrônica e no SIAB pela enfermeira.







### **3 Relatório de intervenção**

#### **3.1 Ações que foram desenvolvidas**

A intervenção teve início com muito entusiasmo. Toda a equipe esteve envolvida do início até o final. Percebo agora analisando o final da intervenção que o programa realmente foi incorporado a rotina da equipe. Várias dificuldades foram enfrentadas claro. Como o programa escolhido para intervenção foi atenção integral à saúde do idoso, um fato que nos deu muita repercussão foi o de o início da intervenção coincidir com a comemoração do dia mundial do idoso. Fizemos um grande evento para comemoração desse dia e aproveitamos para divulgar o programa aos idosos que estiveram presente, aos membros da equipe e representantes da gestão municipal. Algumas ações previstas na intervenção foram realizadas com êxito, outras não conseguiram ser implementadas ou não conseguimos atingir a meta estabelecida. A primeira etapa da intervenção foi acolher os idosos no dia a dia do serviço, trazendo-os para o convívio da equipe. Com o apoio dos ACS foi realizada atualização dos idosos da área de abrangência no SIAB durante todo o período de intervenção, simultâneo a isso ocorreu o cadastramento dos idosos no programa, à medida que eles compareciam ao serviço. Foi elaborada com o apoio dos ACS uma planilha de registro de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, pelos profissionais da equipe e organizada a agenda de visitas periódicas. Essas atividades foram desenvolvidas sem dificuldades.

Demos seguimento às ações da intervenção com o monitoramento da utilização do serviço odontológico pelos idosos. Percebemos com essa avaliação que a maioria dos idosos que procuram o serviço odontológico é para extração e não para prevenção e tratamento. O maior entrave dessa intervenção foi organizar a agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos. Houve muita resistência do profissional a realização das visitas

domiciliares, mesmo com reuniões de equipe e muitas tentativas de diálogo, só agora no final conseguimos sensibilizá-los um pouco e algumas visitas foram realizadas, bem poucas, mas já foi um começo. Pouquíssimos idosos tiveram tratamento odontológico iniciado e concluído, avaliação de alteração de mucosa, de necessidade de prótese dentária e participação em atividades educativas de saúde bucal. Muito difícil sensibilizar a equipe de saúde bucal inclusive o coordenador de saúde bucal que esteve presente na última reunião que tivemos já no final da intervenção quanto à importância dessas ações.

Quase todos os membros da equipe estiveram envolvidos na intervenção, na captação dos idosos pela recepcionista, no cadastramento e distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa pelos ACS e técnicos de enfermagem, nas atividades educativas, sensibilizando a comunidade sobre o programa, importância da prática de atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis. As avaliações, exame clínico, solicitação e avaliação de exames laboratoriais eram realizadas durante os atendimentos da médica e de enfermagem, quando necessário também eram realizados os encaminhamentos para especialistas como geriatra, oftalmologista e angiologista.

Houve grande ajuda da gestão municipal quanto ao desenvolvimento do programa, no início tive que cobrar e esperar um pouco para receber as cadernetas e as fichas espelho dos idosos, mas depois de alguma espera chegaram. A maior dificuldade que tive em dar seguimento ao programa foi quando ocorreram às demissões dos funcionários contratados, ficamos com o mínimo de funcionários efetivos e isso atrapalhou bastante o andamento do programa, até porque os que foram emitidos eram os que mais participavam ativamente da implementação da ação. Outro fato também que contribuiu muito para dificultar a intervenção foi o fato de termos iniciado o curso de formação técnica de Agentes Comunitários de saúde, com início em novembro de 2013 e previsão de terminar em maio de 2014. Tive a necessidade de me afastar da unidade por uma semana a cada 15 dias e a intervenção ficava parada nas semanas em que eu não estava.

### **3.2 Ações não desenvolvidas**

Uma ação que não foi possível ser desenvolvida no prazo estabelecido, mas está encaminhada, pois já tenho reuniões agendadas, é quanto à formação do Conselho Local de Saúde. Infelizmente só consegui agora me dedicar a este item, mas tenho certeza que em breve este estará formado.

### **3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados da intervenção**

Em termos de coleta dos dados tivemos poucas dificuldades. O maior problema era tempo para digitação dos dados e preenchimentos das fichas espelho e prontuários.

Senti falta de uma opção “não se aplica”, uma vez que a planilha só apresenta as opções “sim - 1” e “não - 0”.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço**

Sabemos que a intervenção contribuiu muito para o crescimento da equipe, dinamizou o atendimento aos idosos na unidade e melhorou a qualidade dos atendimentos. Já é uma ação que faz parte do dia a dia do nosso serviço e certamente continuará fazendo parte da nossa rotina.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde do idoso na USF Alto da Liberdade em idosos com 60 anos ou mais de idade. Na área adstrita da USF existem 437 idosos cadastrados nesta faixa etária, no entanto nestes quatro meses a intervenção focalizou os idosos que frequentam a USF para qualquer tipo de atendimento e idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Dentre estes idosos 178 foram acompanhados durante o período da intervenção totalizando um percentual de 40,6% de cobertura do programa.

No primeiro objetivo que visa ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos a primeira meta visava ampliar a cobertura do acompanhamento dos idosos na unidade de saúde para 40%. No primeiro mês de intervenção,

conseguimos acompanhar 60 idosos, um percentual de 13,7%. No segundo mês, conseguimos chegar a 130 idosos, um percentual de 29,7%. No terceiro mês, atendemos 153 idosos, ou seja 34,9%. E por fim no último mês 178 idosos (40,6%) acompanhados no programa (Figura 1).

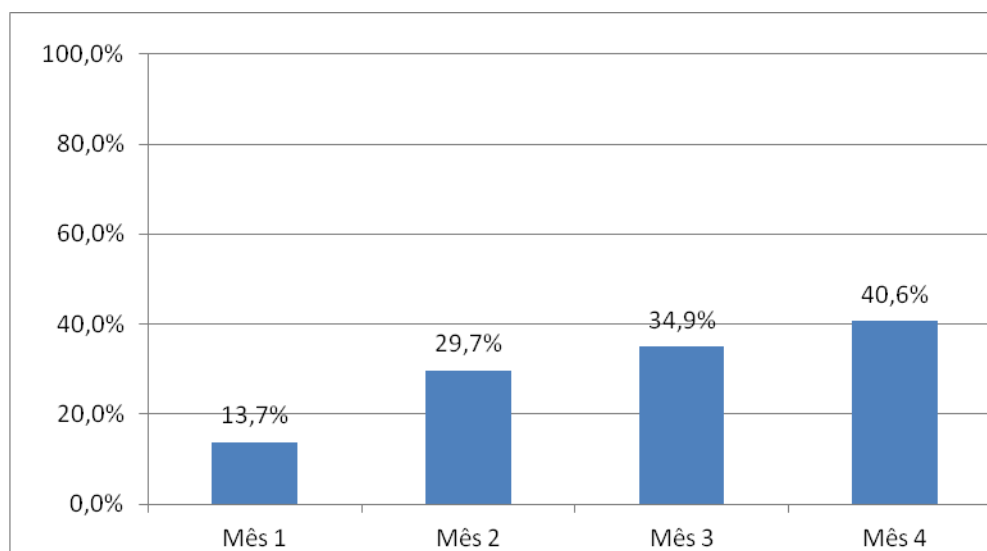


Figura 1 – Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A segunda meta era cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área adscrita, totalizando 40 idosos. Assim, todos os idosos com problema de locomoção ou acamados foram atendidos, atingindo a meta esperada.

A terceira meta foi realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. No primeiro dos oito idosos cadastrados no programa, os oito receberam visita domiciliar, o equivalente a 100%. No segundo mês, chegamos a um total de vinte idosos que receberam visita domiciliar, totalizando 76,9%. No terceiro mês chegamos a vinte e seis idosos visitados, um percentual de 78,8%. E por último no quarto mês chegamos a trinta e dois idosos visitados, por fim atingindo um total de 80% de idosos visitados. Ficando um pouco aquém da meta estabelecida, isso devido a vários fatores que dificultam a realização das visitas com efetividade como, por exemplo, ausência de veículo para transportar a equipe nas regiões mais distantes e sobrecarga de trabalho por déficit de funcionários (Figura 2).

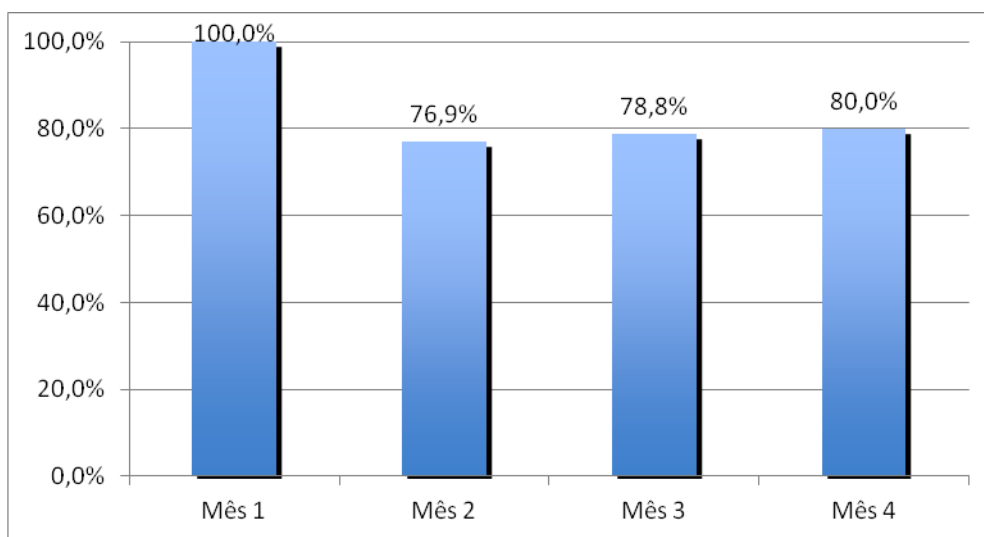


Figura 2 – Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

As metas seguintes foram rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 100% dos idosos com pressão arterial sistêmica sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes mellitus. Estas foram metas alcançadas com êxito, pois todos os 178 idosos que foram acompanhados no programa foram rastreados em todos os meses.

A meta estabelecida foi de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento). Infelizmente essa foi uma meta que ficou longe de ser alcançada, pois no primeiro mês nenhum idoso teve primeira consulta odontológica programática, no segundo mês apenas um idoso foi avaliado, o equivalente a 0,8%, no terceiro mês houve um aumento nesse quantitativo para dez idosos o equivalente a 6,5%, fruto de muita sensibilização da equipe odontológica e por último no quarto mês terminamos a intervenção com doze idosos, 6,7%. Além da resistência deste grupo em procurar o serviço odontológico para ações preventivas, já existe uma cultura popular de apenas procurar o consultório odontológico para extração. Tudo isso somado a dificuldade de sensibilização da equipe para esta ação (Figura 3).

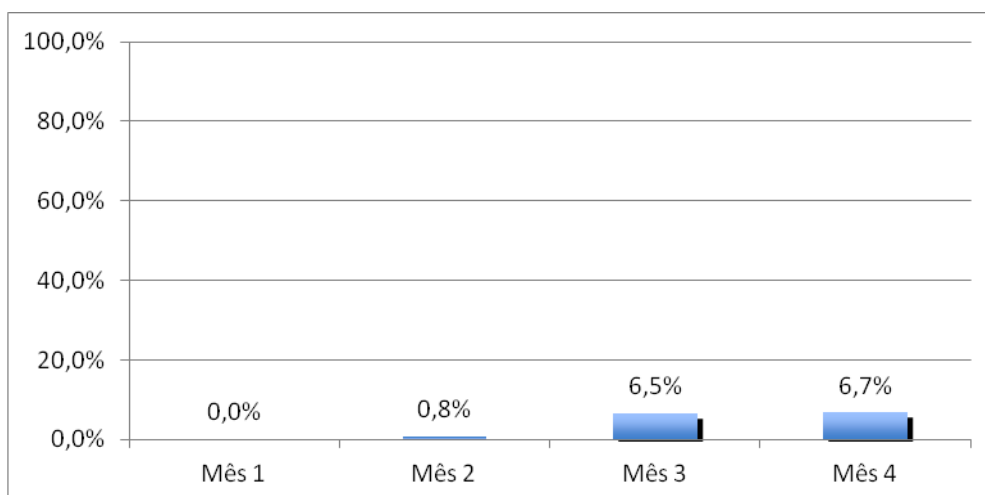


Figura 3 – Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A meta seguinte foi de fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Outra meta que também ficou longe de ser alcançada e motivo de grande embate e confronto, pois a equipe odontológica não acha viável a realização de visita domiciliar odontológica. Durante todo o período da intervenção tentou-se sensibilizar a equipe quanto à importância desta ação e como a mesma poderia contribuir para o cuidado do idoso acamado ou com dificuldade de locomoção. No segundo e terceiro mês apenas um idoso havia sido visitado. Ao final do quarto mês esse número subiu para três idosos visitados, alcançando 7,5% dos idosos (Figura 4).

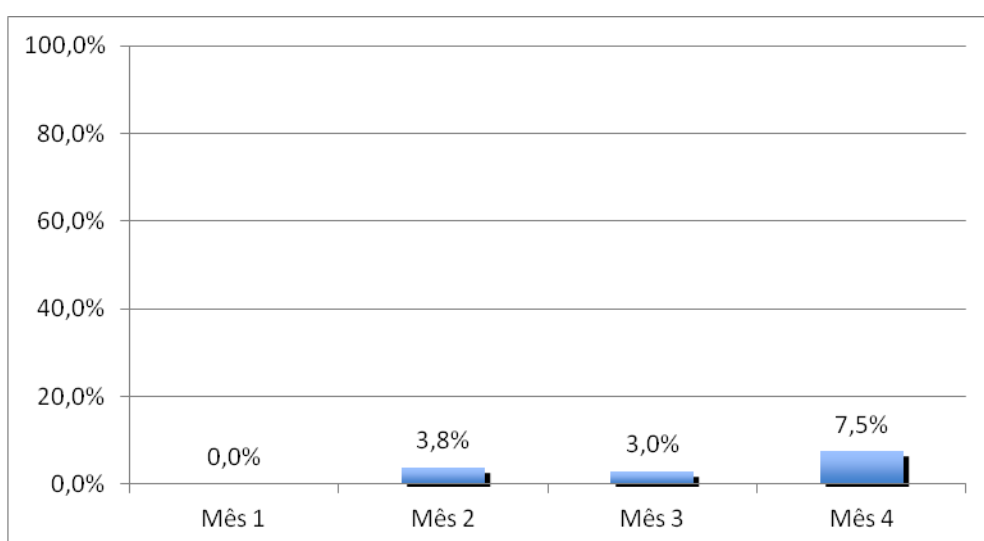


Figura 4 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

O segundo objetivo foi melhorar a adesão dos idosos ao programa saúde do idoso. A meta estabelecida para este objetivo foi de realizar busca ativa a 100% dos idosos faltosos. No primeiro mês apenas um idoso foi detectado como faltoso e não foi realizada busca ativa deste idoso. No segundo mês aumentou para seis o número de idosos em falta ao programa, deste quatro foram buscados, um percentual de 66,6%. No terceiro mês, mais dois idosos faltaram ao programa totalizando oito registros e realizou-se busca ativa a sete destes idosos no acumulado, totalizando 87,7%. No último mês dezesseis idosos foram detectados oito novos faltosos e foi realizada busca ativa a nove, totalizando 100% de busca aos faltosos (Figura 5).

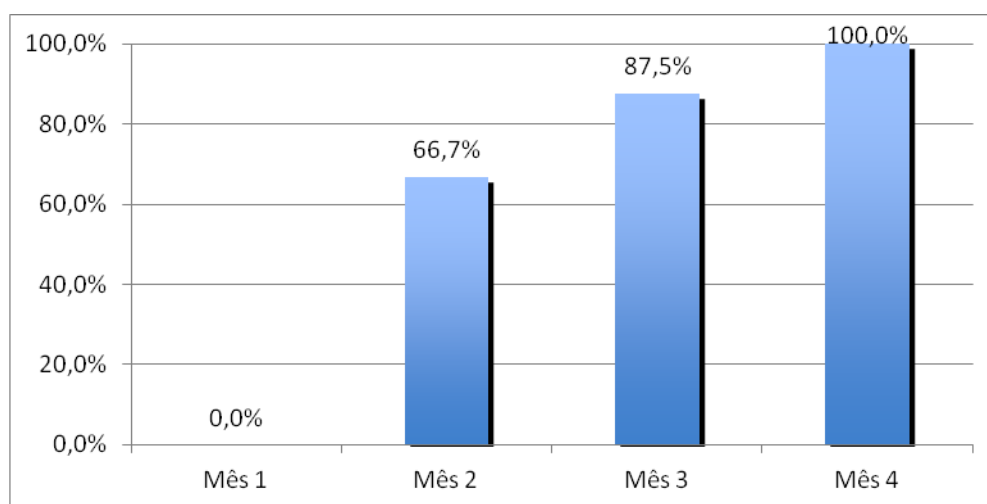


Figura 5 – Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

O terceiro objetivo foi melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde da Família. A primeira meta foi realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos da área de abrangência seguindo o modelo do Ministério da Saúde. No primeiro mês 12 idosos foram avaliados, um percentual de 20%. No segundo mês esse número cresceu para 41 idosos avaliados, equivalendo a 31,5%. No acumulado do terceiro mês 54 idosos, 35,3% e por último no quarto mês chegamos a 137 idosos avaliados totalizando 77%. Foi uma meta prejudicada provavelmente por conta do déficit de funcionários, o que atrapalhou um pouco a aplicação da avaliação (Figura 6).



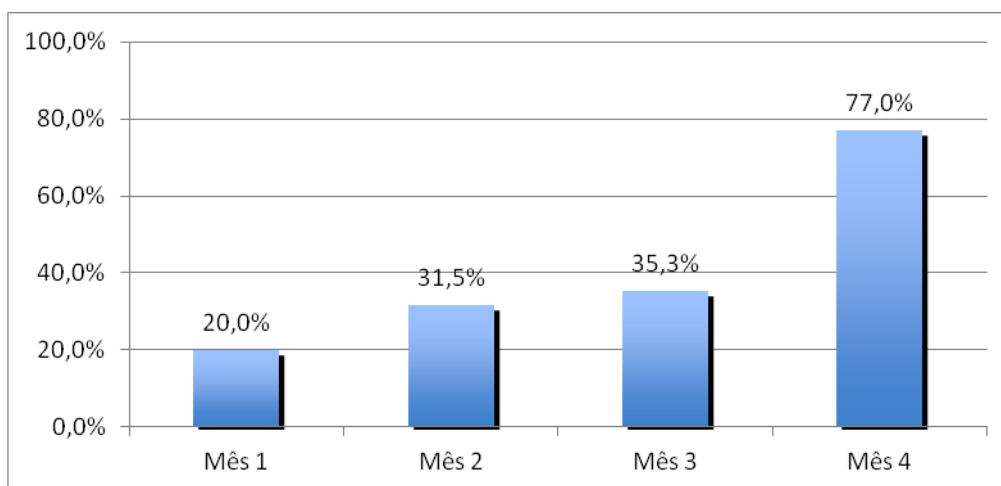


Figura 6 – Proporção de idosos com Avaliação multidimensional Rápida em dia.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A meta seguinte foi de 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 03 meses para diabéticos. Durante todo o período da intervenção foi possível realizar o exame clínico apropriado, atingindo 100% da meta para este objetivo, totalizando 178 idosos avaliados.

Para a meta de realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, contei com o apoio da médica da equipe que me ajudou na busca pela meta alcançada. No primeiro mês dos 60 idosos acompanhados, 28 tiveram solicitação de exames complementares periódicos solicitados, equivalendo a 46,7%. No segundo mês, dos 128 idosos acompanhados, 95 tiveram exames solicitados, totalizando 74,2%. No terceiro mês, dos 150 idosos acompanhados, 128 tiveram exames complementares solicitados, totalizando 92%. E por último no quarto mês dos 166 idosos acompanhados, 162 tiveram exames solicitados chegando a 97,6% da meta estabelecida. Restando apenas quatro idosos que não tiveram exames complementares solicitados no período da intervenção (Figura 7).

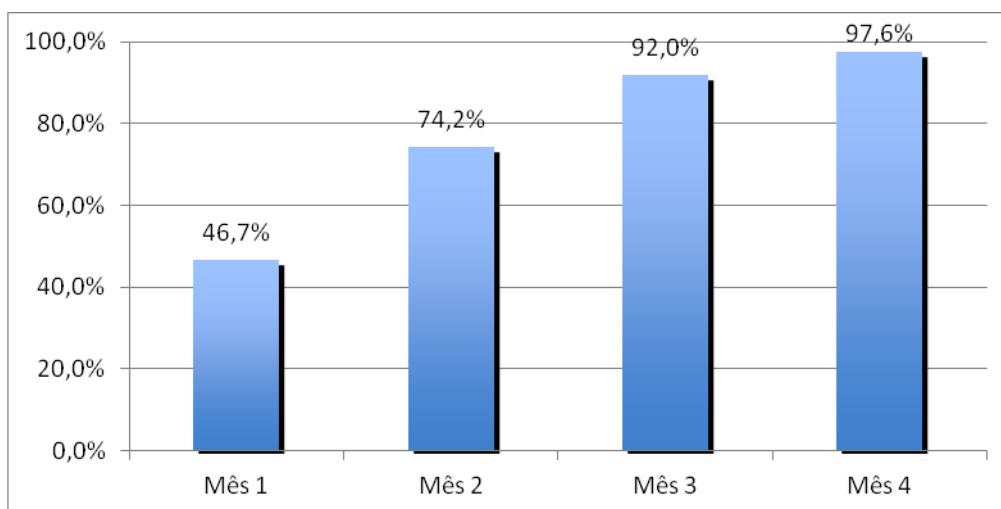


Figura 7 – Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A próxima meta foi avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos. No primeiro mês dos 60 idosos acompanhados, 56 tiveram acesso a medicamentos, equivalendo a 93,3%. No segundo mês, dos 130 idosos cadastrados, 108 tiveram acesso aos medicamentos, equivalendo a 83,1%. No terceiro mês dos 153 idosos, 128 acessaram os medicamentos prescritos, equivalendo a 83,7%. E no quarto mês, dos 170 idosos, 142 tiveram acesso a medicamentos prescritos, totalizando 79,8%. Não atingimos 100%, pois foram considerados idosos que não tem acesso aos medicamentos porque não estão disponíveis na farmácia básica da unidade de saúde (Figura 8).

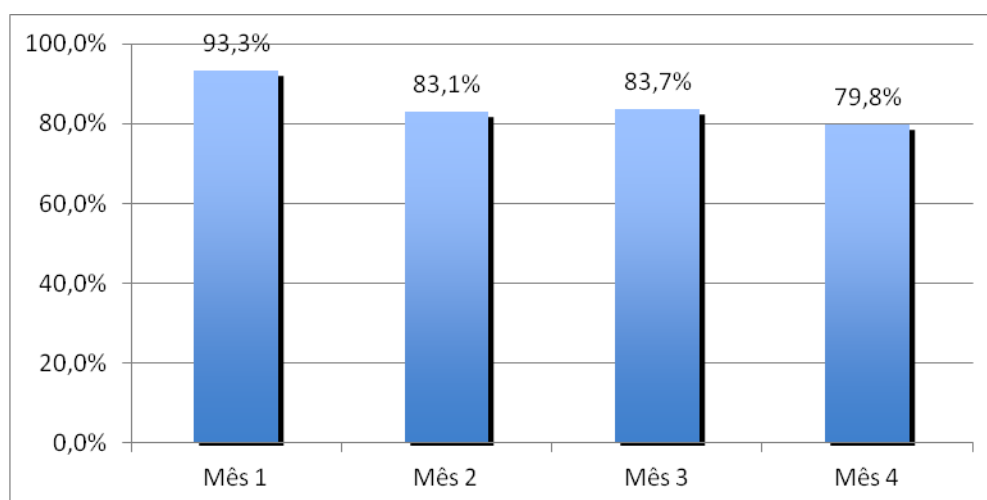


Figura 8 – Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A próxima meta foi de concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática. Essa meta como todas as outras relacionadas à equipe odontológica foi difícil de atingir resultados, primeiro porque houve muita resistência da equipe em iniciar o tratamento odontológico dos idosos e quando realizava não registrava no livro de registro como eu havia solicitado para o monitoramento. Após muita conversa e sensibilização os registros começaram a ser lançados e pude avaliar, mas creio que houve sub registro. Nos primeiros três meses nenhum idoso teve tratamento concluído. No último mês dos doze idosos acompanhados pela equipe odontológica no período da intervenção apenas cinco tiveram o tratamento concluído equivalendo a 41,7% (Figura 9).

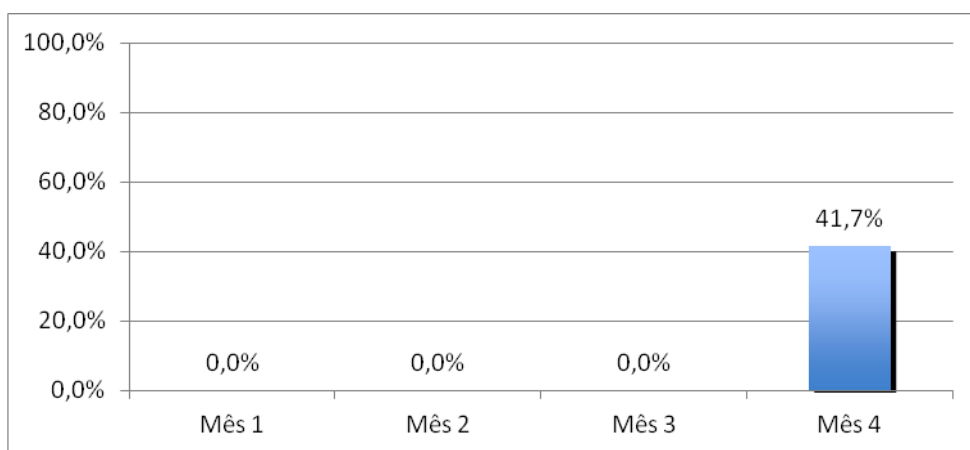


Figura 9 – Gráfico de proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Seguimos com a meta seguinte de avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados. Como pouco idosos foram acompanhados pela equipe odontológica essa meta não foi alcançada. No primeiro e segundo mês nenhum idoso foi avaliado. No terceiro mês dos idosos cadastrados no programa, nove tiveram avaliação de mucosa oral, equivalendo a 5,9%. No último mês, mais um, totalizando dez idosos tiveram avaliação, atingindo 5,6% (Figura 10).

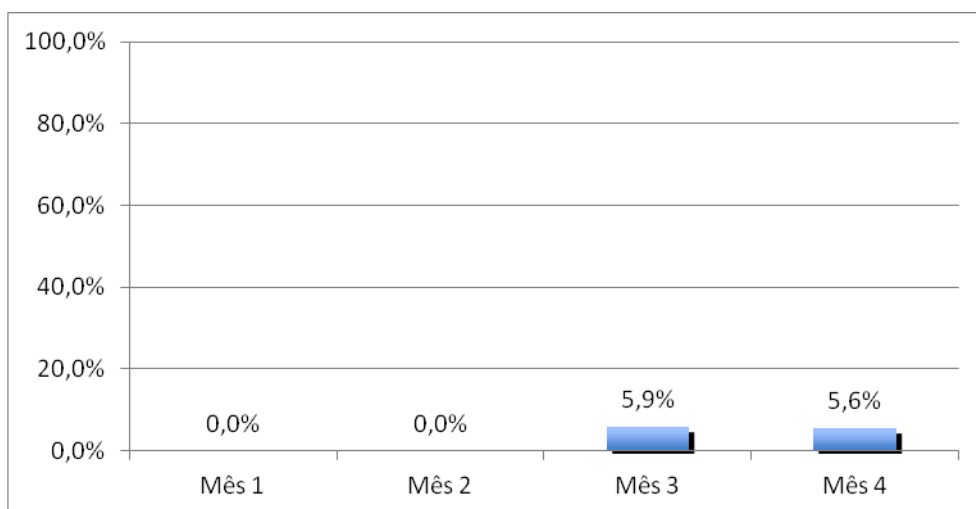


Figura 10 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alteração de mucosa bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A última meta para esse objetivo foi de avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica. Como nas metas anteriores no primeiro e segundo mês nenhum idoso TVE avaliação de necessidade de prótese. No terceiro mês nove idosos dos dez que tiveram tratamento iniciado foram avaliados equivalendo a 90,0%. No último mês aumentou o número de idosos com tratamento iniciado, porém os idosos avaliados para necessidade prótese dentários permaneceram o mesmo, reduzindo para 75% a meta atingida (Figura 11).

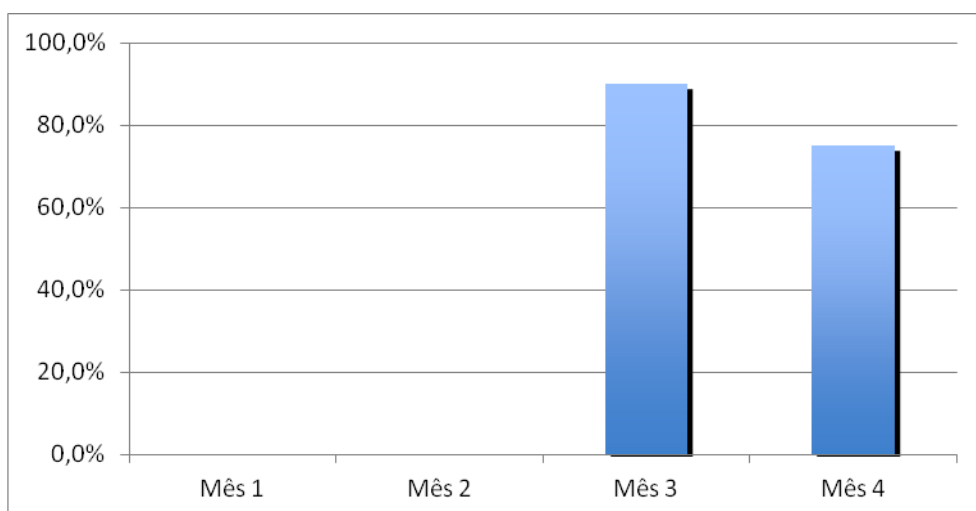


Figura 11 – Proporção de idosos com avaliação da necessidade prótese bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Com o quarto objetivo visamos melhorar os registros das informações. A primeira meta foi de manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

No primeiro e segundo mês não houve registro na ficha espelho por conta do atraso que houve na disponibilização das cópias pela SMS. No entanto nesse período foi realizado registro dos dados dos idosos no livro de registro. A partir do terceiro mês os registro na ficha espelho foram iniciados, dos 153 idosos acompanhados 147 tiveram registro, equivalendo a 96,1%. No quarto mês dos 178 idosos acompanhados 172 tiveram registros fechando em 96,6%. A meta foi quase atingida e esperamos alcançar todos os idosos nos próximos meses (Figura 12).

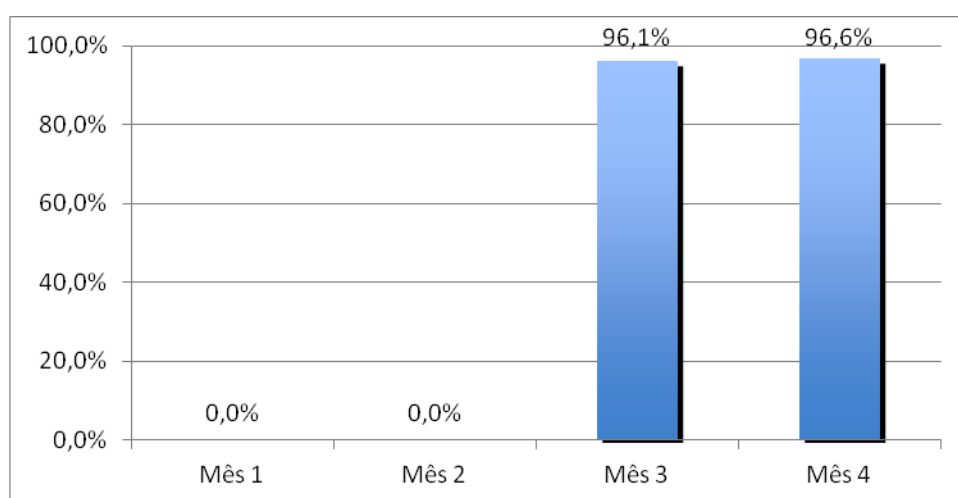


Figura 12 – Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

A próxima meta estabelecida foi distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês dos 60 idosos acompanhados, 19 receberam a caderneta, equivalendo a 31,7%. No segundo mês dos 130 idosos cadastrados, 56 receberam a caderneta correspondendo a 43,1%. No terceiro mês dos 153 idosos acompanhados, 72 receberam a caderneta, somando 47,1%. E por último no quarto mês dos 178 idosos atendidos, 81 estavam com a caderneta preenchida, totalizando 45,5%. Atualmente mais idosos já portam a caderneta, pois o programa continua acontecendo na unidade de saúde e a distribuição acontecendo. Um fator que atrapalhou muito foi o déficit de funcionários. O preenchimento da caderneta demanda tempo e com poucos funcionários era necessário muita correria para dar conta do serviço. Para chegar a esse percentual tive o apoio dos ACS que distribuíram comigo as cadernetas (Figura 13).

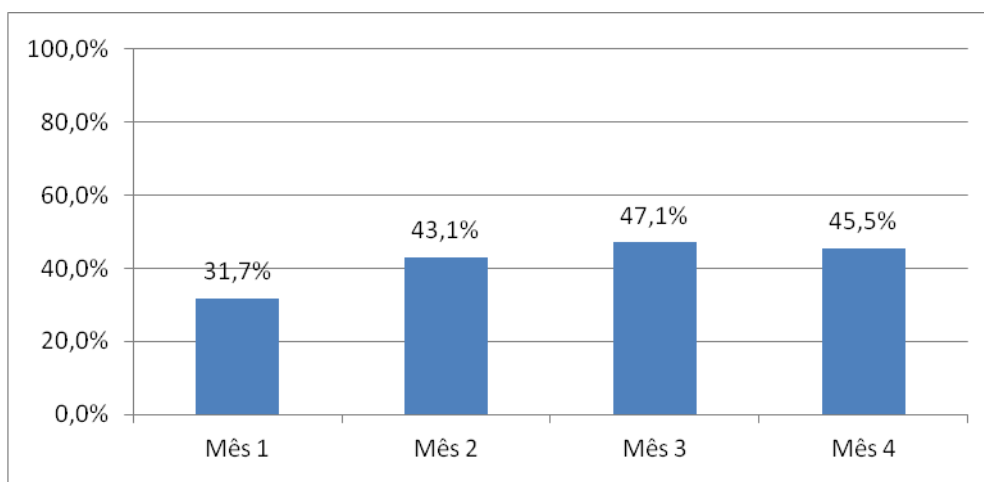


Figura 13 – Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

O quinto objetivo estabelecia mapear os idosos de risco da área de abrangência. As metas para esse objetivo foram de rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, de fragilização na velhice e verificar a rede social. Nos quatro meses todos os idosos que foram acompanhados tiveram rastreamento para risco de morbimortalidade, atingindo a meta estabelecida de 100%.

O quarto objetivo foi promover a saúde aos idosos. A primeira meta para este objetivo foi de garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e prática de atividades físicas a 100% das pessoas idosas. Durante os meses de intervenção, todos os idosos acompanhados tiveram orientações. As metas de 100% foram alcançadas.

A terceira meta foi de garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática. Nos primeiro e segundo mês nenhum idoso teve orientação. No terceiro mês dos dez idosos com primeira consulta odontológica programática, nove receberam orientação, totalizando 90% da meta. No último mês dos doze idosos acompanhados pela equipe odontológica, nove tiveram orientação, totalizando 75% da meta (Figura 14).

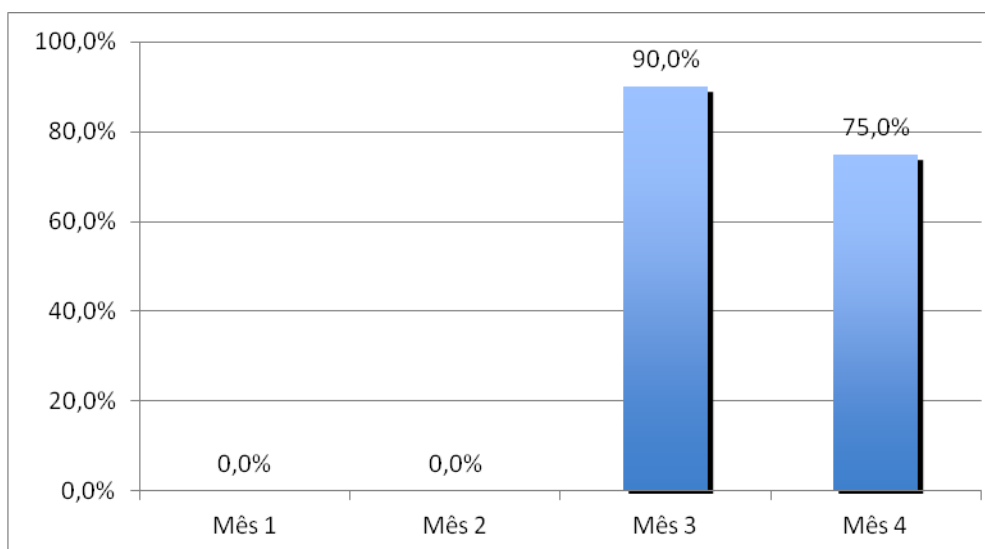


Figura 14 – Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

E por último, garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados. Nos primeiros meses nenhum idoso participou de ação coletiva de educação em saúde bucal. Nos terceiro e quarto meses, nove idosos participaram de ação coletiva de educação em saúde bucal, totalizando respectivamente, 5,9 e 5,1% da meta estabelecida, percentual muito abaixo da meta, influenciado pelo descomprometimento da equipe de saúde bucal (Figura 15).

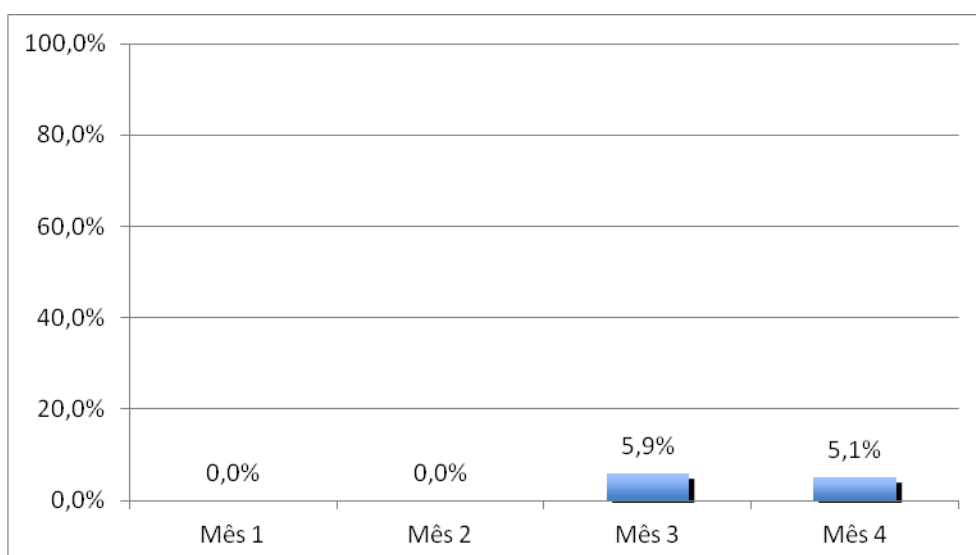


Figura 15 – Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

## 4.2 Discussão

A intervenção propiciou a implantação do programa “Saúde do idoso” na unidade de saúde. Fez com que todos os profissionais parassem para refletir o seu papel na atenção à saúde da pessoa idosa. Desvinculou o idoso do programa hiperdia, melhorou os registros das ações realizadas com os idosos, fixou um cronograma de atenção domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e melhorou a qualidade da assistência prestada.

Este trabalho foi de grande relevância para a equipe, pois fez com que os profissionais passassem a ver o idoso de forma diferenciada, não apenas como aquele hipertenso ou diabético que comparecia à unidade de saúde para acompanhamento no programa de hiperdia, mas sim aquele ser humano cheio de fragilidades, dificuldades e limitações. Outra coisa importante é que a equipe entendeu a importância de distribuir e solicitar a caderneta de saúde da pessoa idosa, que antes ficava armazenada nos armários e hoje se tornou um padrão. Chega a ser bonito ver todos os idosos que comparecem à unidade portando a caderneta, demonstra um cuidado, organização e atenção diferenciada. É importante ressaltar o fato da equipe estar envolvida no buscar dos idosos. Aqueles idosos saudáveis que normalmente não frequentam a unidade porque acham não ter necessidade, passaram a ser buscados pela equipe para o cuidado. Todos estiveram envolvidos, a recepção na captação dos idosos, os ACS no cadastramento e atualização do SIAB, a enfermagem no acolhimento, avaliações, monitoramento dos registros, distribuição das cadernetas, a médica na avaliação clínica e multidimensional, solicitação de exames e toda a equipe com atenção domiciliar.

É notável a importância que a intervenção teve para o serviço, o qual se tornou mais organizado. O primeiro fator visível foi a desvinculação do idoso de apenas frequentar a unidade para o programa hiperdia. Outro fato é quanto à organização do programa, e isso pode ser visto no monitoramento através dos registros, vê-se que a atenção é diferenciada e o serviço fica mais organizado e diferenciado dos demais que não desenvolvem esta ação. A articulação entre os membros da equipe, também foi importante para o serviço. A confecção de um registro de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que necessitam de cuidado domiciliar fez com que o real papel da estratégia saúde



da família fosse executado. A sensibilização de alguns profissionais resistentes, quanto à realização das visitas domiciliares, fez com que estes fossem beneficiados no serviço desenvolvido.

A comunidade sem sombra de dúvidas foi muito beneficiada, pois os idosos passaram a ser vistos de uma forma diferenciada, priorizando suas dificuldades e limitações. O estatuto do idoso passou a ser observado rigorosamente, fazendo com que a lei fosse cumprida ao “pé da letra”. Percebe-se a satisfação deles nas visitas, no atendimento diferenciado, no recebimento da caderneta. No entanto ainda são muitos aqueles a serem acompanhados.

A intervenção poderia ter sido mais completa se no início a sensibilização da equipe odontológica tivesse acontecido mais aprofundadamente, certamente teria sido muito mais fácil trabalhar os objetivos propostos e as metas mais próximas de serem alcançadas. A maior dificuldade encontrada durante a intervenção foi no desenvolvimento das ações pela equipe odontológica. Agora que estamos no final da intervenção, percebo que estamos mais articulados e as ações da odontologia estão sendo mais bem desenvolvidas. A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Vamos continuar conscientizando a população quanto à existência do programa e cadastramento daqueles idosos que não haviam sido acompanhados no programa. Continuaremos o processo de conscientização da equipe odontológica a fim de melhorar os indicadores que ficaram abaixo do esperado durante a intervenção. Com o apoio de toda a equipe continuaremos com mais calma a distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, fazendo com que 100% dos idosos acompanhados portem a caderneta. Também daremos continuidade às reuniões para implantação do Conselho Local de Saúde, que será de fundamental importância para as melhorias no programa e no serviço.

### **4.3 Relatório da intervenção aos gestores**

Prezado gestor, entre os meses de setembro de 2013 e janeiro de 2014 foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Alto da Liberdade uma intervenção que teve como objetivo “Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso”. Apesar de ser um período pequeno, o objetivo era iniciar a

qualificação da atenção ao idoso e depois incorporar o projeto a rotina para atingir futuramente 100% de cobertura. Durante esse período dos 437 idosos residentes na área de abrangência da unidade, 178, ou seja 40,6% tiveram acompanhamento no programa, através de ações específicas de cadastramento e acolhimento aos idosos, monitoramento dos registros, organização das agendas para visitas domiciliares aos acamados ou com dificuldade de locomoção por todos os profissionais da equipe, distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, solicitação de exames complementares, realização de avaliação multidimensional, exame clínico específico, monitoramento do acesso às medicações e ao tratamento odontológico, além do estímulo à prática de atividade física regular e a hábitos alimentares saudáveis. A participação da comunidade e da equipe nas ações foi de fundamental importância. A equipe esteve engajada na busca dos idosos para o sucesso da intervenção. Uma ação grande que foi desenvolvida e marcou muito o início da intervenção foi a comemoração do Dia do idoso com uma grande festa, com músicos, muita dança, concursos, comidas típicas. Esse foi o "ponta pé" inicial do programa na unidade e foi muito positivo pois iniciou de uma forma muito animada e contagiante, atraindo os idosos para o serviço.

Algumas metas foram difíceis de serem implementadas, houve muita resistência da equipe de saúde bucal quanto ao desenvolvimento das ações, principalmente a realização da visita domiciliar ao idoso acamado ou com dificuldade de locomoção pela alta demanda de tratamento na unidade. Durante os três meses da intervenção, tentei sensibilizar a equipe quanto a importância da visita e felizmente hoje a equipe está motivada e integrada na rotina de visitas domiciliares. A implantação do Conselho Local de Saúde também ainda está em fase de estruturação. As demissões que ocorreram no município dificultaram o desenvolvimento da intervenção por conta do déficit de funcionários, impedindo que tivéssemos agilidade e mais idosos fossem acompanhados. A equipe ficou sobrecarregada por ter que absorver a demanda de atividades, que já era grande antes das demissões, de outros profissionais.

As parcerias entre equipe, gestão e organizações não governamentais (ONGs) foram de fundamental importância. Cada um teve um papel específico, a gestão contribuindo com a disponibilização das fichas espelho de saúde do

idoso, das cadernetas de saúde da pessoa idosa, fornecendo materiais e insumos, garantindo o acesso à realização de exames e consultas com especialidades. As ONGs disponibilizaram profissionais de educação física e fisioterapeuta que contribuíram para o estímulo à prática de atividade física regular e a equipe no engajamento serviço-intervenção. A intervenção foi muito positiva para a unidade, que hoje tem o programa instalado com uma atenção aos idosos diferenciada, e o principal, desvinculando o idoso do programa Hiperdia como ocorre nas outras unidades. Antes o idoso só era compreendido como aquela pessoa portadora de hipertensão ou diabetes que frequentava a unidade, hoje o idoso é visto de uma forma diferenciada, com necessidades específicas. Enfim, a intervenção continua mesmo tendo concluído o período do curso, pois o programa hoje já faz parte da agenda e do dia a dia da equipe, esperamos contar com o apoio da gestão para continuar nas melhorias de atendimento aos grupos prioritários como recomendado pelo Ministério da Saúde.

#### **4.4 Relatório da intervenção para a comunidade**

Entre os meses de setembro de 2013 e janeiro de 2014 desenvolvemos um projeto na USF Alto da Liberdade para melhorar o cuidado com os idosos. Atualmente na nossa área existem cadastrados 437 idosos. Durante esses meses foi dada maior atenção ao acompanhamento dos idosos que frequentavam a unidade de saúde e aqueles acamados ou com problemas de locomoção até a unidade. Ao final chegamos a 178 idosos acompanhados, ou seja, 40,6% dos idosos. Apesar da intervenção ter chegado ao fim o programa continuará acontecendo no dia a dia da unidade, pois já está inserido na agenda da equipe.

O público idoso tem hoje atendimento priorizado e especializado para suas dificuldades e necessidades. Vale ressaltar a importância que este trabalho teve para a participação da comunidade em geral e dos idosos nas atividades realizadas em reuniões, salas de espera, momentos educativos, comemorações do dia do idoso, entre outras. A comunidade sempre esteve presente e colaborativa.

O objetivo geral de melhorar a qualidade da atenção para a pessoa idosa foi alcançado por meio do cadastramento dos idosos, com registro das ações desenvolvidas, avaliação clínica dos idosos, distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, verificação de hipertensão e do diabetes, solicitação de exames, acompanhamento do acesso aos medicamentos, avaliação multidimensional, estímulo a fazer atividade física e ter alimentação saudável, entre outros. Buscamos melhorar outros pontos como as atividades da equipe odontológica, a visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e a implantação do Conselho Local de Saúde. Ainda temos um número significativo de idosos a serem cadastrados e acompanhados. A unidade continuará atendendo os idosos na unidade e buscando aqueles que não comparecem, a fim de termos um cuidado ampliado e diferenciado.

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

O curso veio para contribuir consideravelmente para o meu processo de trabalho. Superou todas as minhas expectativas iniciais. Já esperava que fosse um diferencial, mas ao final do processo percebo o quanto foi importante desenvolver e implantar essas ações na unidade onde trabalho. Apesar dos percalços de logística, pois muita coisa não dependia de mim e sim da gestão municipal, o objetivo principal do curso foi alcançado.

A minha prática profissional também se tornou diferenciada, na visão de organização do serviço e dos programas, no buscar no serviço da equipe como parceira de fundamental importância e da comunidade como aliada, no aprofundamento das discussões para aperfeiçoamento dos conceitos e melhora na prática clínica, podendo ofertar um serviço de qualidade e com conhecimento científico. Incorporada à minha prática clínica estão hoje a avaliação multidimensional do idoso, possibilitando a detecção precoce de doenças provenientes da idade, detecção e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus nos idosos, avaliação clínica apropriada dos idosos, estímulo à prática de hábitos de vida saudáveis, encaminhamento à avaliação e cuidados bucais. Além de tudo isso, percebe-se a existência da oferta de um serviço padronizado e organizado aos idosos da área de abrangência da unidade.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

## Anexos

### Anexo 1 – Planilha de coleta de dados

Marque com X

Informações da sua unidade de saúde:	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção à saúde do idoso?	X	
É adotada a Caderneta de Saúde de Pessoas Idosas?	X	
Existe registro específico para a atenção à saúde do idoso?	X	
É realizado agendamento / agendamento das consultas de idosos?	X	
As informações são monitoradas regularmente?	X	
É realizada busca ativa dos idosos que não comparecem?	X	
É feita avaliação periódica do programa de saúde do idoso?	X	
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	X	

DENOMINADOR PARA INDICADOR 1	Nº
Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	150

DENOMINADORES PARA OS INDICADORES DE QUALIDADE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso	20	30	40	50

* Estimativa de idosos no território	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
População total	2500			
Estimativa de idosos (10% de população total)	250			
Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)	20			

OBSERVAÇÕES
<p>Podem ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.</p> <p>Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.</p> <p>Além do prontuário, assimile se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do idoso ou Ficha de Saúde do idoso.</p> <p>Considere se os idosos são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).</p> <p>Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os idosos faltosos.</p> <p>Considere se e feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os idosos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.</p> <p>Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.</p> <p>Assimile se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações de saúde do idoso.</p>

OBSERVAÇÕES
<p>Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para as células C27 e C29.</p>

OBSERVAÇÕES
<p>Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contatando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.</p>

<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C29. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</p>
<p>Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.</p>
<p>Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 1.2.</p>





**Anexo 3 - Parecer do comitê de ética em pesquisa**

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

OF. 15/12


Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Claudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

