

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família - UnaSUS**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS IDOSOS NA EQUIPE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE BARRA PRETA DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE - PR**

**GRAZIELE FERNANDA MOSTACHIO**

**Pelotas, 2014**

**GRAZIELE FERNANDA MOSTACHIO**

**QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS IDOSOS NA EQUIPE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE BARRA PRETA DO MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE - PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Pelotas, como requisito à obtenção  
do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2014.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M915q Mostachio, Grazielle Fernanda

Qualificação do atendimento aos idosos na equipe saúde da família de Barra Preta do município de Jardim Alegre - PR / Grazielle Fernanda Mostachio ; Giselle Lima Aguiar Correia, orientadora. — Pelotas, 2014.

79 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. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

## DEDICAÇÃO

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a minha mãe, a toda equipe de trabalho que muito contribuiu para que este sonho se concretizasse, obrigado pela confiança e dedicação de todos, pois sem vocês nada teria sido possível, e principalmente a Deus que permitiu que tudo tivesse início e fim.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a Deus em primeiro lugar pelo dom da vida, capacidade de raciocínio, inteligência e discernimento, por me guiar ao caminho certo, me fortalecendo a continuar, à minha família por me apoiar, mas principalmente a minha mãe por compreender minha ausência durante meus momentos de estudo, portanto posso dizer com toda certeza que de toda minha família foi quem mais me incentivou e apoiou, ao meu namorado por não me deixar desistir quando pensei nesta hipótese nos momentos mais difíceis desta jornada, que sempre com sua paciência tinha uma palavra de apoio, fazendo assim com que eu acreditasse em minha capacidade e não desistisse, e por último à toda Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde em que atuo por dar sua contribuição para que só então este trabalho pudesse ser desenvolvido e realizado com sucesso e a todos os idosos da comunidade da Barra Preta por aceitar com carinho a intervenção e colaborar para o andamento do mesmo, pois sem eles nada teria sido possível.

“É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático, como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem, que não conhecem a dor da derrota, nem a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final de sua jornada na Terra não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se perante Ele, por terem apenas passado pela vida.”

(Robert Nesta Marley)

## RESUMO

Mostachio, Grazielle Fernanda. **Qualificação do atendimento aos idosos na Equipe Saúde da Família de Barra Preta do município de Jardim Alegre – PR.** 2014. 79f. Trabalho de Conclusão Curso – Especialização em Medicina de Família – UnaSUS, Instituto de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2015, a expectativa no Brasil, bem como em todo mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. (Cadernos de Atenção Básica – MS 2007). Junto ao aumento da população idosa e o aumento gradativo da expectativa de vida nos deparamos com doenças e agravos crônicos não transmissíveis de longa permanência, que requer acompanhamento constante, por parte da atenção primária e equipes de saúde. Antes do início da intervenção prestávamos atendimento básico à população idosa, não planejávamos seu cuidado continuado, ficando assim sem assisti-los até a próxima consulta que era procurada pelos mesmos; não conhecíamos sua realidade, nem suas fragilidades. O trabalho teve como intuito a Atenção Primária/Saúde da Família, melhorar as estratégias de acompanhamento e monitoramento da população idosa na comunidade da Barra Preta no município de Jardim Alegre – PR, com ações coletivas na comunidade, atividades em grupo, participação das redes sociais dos usuários, visitas domiciliares, enfim, uma gama de mudanças na forma de acolher e atender o idoso foram realizados, a fim de proporcionar um atendimento com qualidade e possivelmente uma velhice mais ativa e saudável. A metodologia utilizada para a implantação do projeto foi a planilha de coleta de dados disponibilizada pela universidade e preenchida somente pela especializanda, responsável pela intervenção e pelo acompanhamento do processo das ações. Como instrumento de apoio para coleta de dados foi utilizado ficha espelho, preenchida pelos agentes de saúde e pela enfermeira, nas visitas domiciliares, o trabalho de toda a equipe, com educação em saúde, visitas domiciliar anotado e acompanhado semanalmente na planilha eletrônica de coleta de dados. Os resultados alcançados após a intervenção foram excelentes, das 25 metas propostas alcançamos 20, 3 não foram alcançadas e 2 não se aplicavam porém foram realizadas. Entre os principais resultados alcançados podemos destacar a cobertura e cadastramento dos idosos, visitas domiciliares a 100% dos acamados ou com dificuldade de locomoção, implantação de visita domiciliar pela equipe de saúde bucal rastreamento de hipertensos para diabetes, entre outras metas. No final da intervenção podemos conhecer melhor a comunidade, e cada idoso individualmente, seus problemas, dificuldades, convívio social e fragilidades, prestando um atendimento diferenciado e com qualidade, mudando o conceito de atendimento e acompanhamento à população idosa da comunidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idosos na unidade de saúde.....	35
Figura 2	Gráfico 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	36
Figura 3	Gráfico 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar .....	37
Figura 4	Gráfico 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta .....	38
Figura 5	Gráfico 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes .....	39
Figura 6	Gráfico 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática .....	40
Figura 7	Gráfico 7: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica .....	41
Figura 8	Gráfico 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa .....	42
Figura 9	Gráfico 9: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia .....	43
Figura 10	Gráfico 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia .....	44
Figura 11	Gráfico 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia .....	45
Figura 12	Gráfico 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos .....	46
Figura 13	Gráfico 13: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído .....	47
Figura 14	Gráfico 14: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia .....	48
Figura 15	Gráfico 15: Proporção de idosos com avaliação da necessidade prótese bucal em dia .....	49
Figura 16	Gráfico 16: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia .....	50



Figura 17	Gráfico 17: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa .....	51
Figura 18	Gráfico 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia .....	52
Figura 19	Gráfico 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia .....	53
Figura 20	Gráfico 20: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia .....	54
Figura 21	Gráfico 21: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia .....	55
Figura 22	Gráfico 22: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis .....	56
Figura 23	Gráfico 23: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular .....	57
Figura 24	Gráfico 24: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia .....	58
Figura 25	Gráfico 25: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal .....	59
Figura 26	Foto da lembrancinha feita pela enfermeira (especializanda) entregue na palestra do Dia do Idoso.....	69
Figura 27	Foto da palestra realizada pela enfermeira (especializanda), no Dia do Idoso .....	69
Figura 28	Foto dos idosos presentes na palestra do Dia do Idoso.....	70
Figura 29	Foto dos idosos presentes na palestra do Dia do Idoso.....	70
Figura 30	Foto da palestra realizada pelo médico da equipe sobre importância da atividade física.....	71
Figura 31	Foto da orientação e alongamento realizada por uma educadora Física .....	71
Figura 32	Foto de visita domiciliar realizada pela Equipe de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde.....	72
Figura 33	Foto visita domiciliar realizada pela auxiliar de enfermagem.....	72
Figura 34	Foto Visita domiciliar realizada pela enfermeira (especializanda)....	73

Figura 35	Foto da fachada da ESF.....	74
Figura 36	Foto da recepção ESF.....	75
Figura 37	Foto do corredor da ESF comum às equipes.....	76
Figura 38	Foto de uma das reuniões de equipe.....	77
Figura 39	Foto de um dos encontros do grupo de apoio Idosos.....	78
Figura 40	Foto de um atendimento médico de rotina.....	79

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	28
2.3.3 Logística.....	29
2.3.4 Cronograma.....	30
3 Relatório da Intervenção .....	31
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	31
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	32
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativo à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	33
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	33
4 Avaliação da Intervenção.....	34
4.1 Resultados.....	34
4.2 Discussão.....	59
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	62
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	63
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	64
Referências Bibliográficas.....	66
Anexos.....	66

## **Apresentação**

O presente trabalho diz respeito à melhoria da qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família aos idosos da comunidade do distrito da Barra Preta no município de Jardim Alegre – PR; com o intuito de assisti-los, e acompanhá-los de maneira adequada, prestando um atendimento de qualidade, e assumindo um comprometimento por parte das duas equipes citadas a fim de melhorar o atendimento prestado aos idosos.

O volume está organizado de acordo com as etapas de construção das atividades ao do curso. A Análise Situacional descreve principalmente a infraestrutura da UBS, os profissionais que compõem as equipes e os atendimentos prestados por eles antes do início da intervenção. Em seguida encontra-se a Análise Estratégica, onde consta o Projeto de Intervenção com Justificativa, Objetivo Geral e Objetivos Específicos, Metodologia, Logística e Cronograma, descrevendo a importância da intervenção, os objetivos a serem alcançados em cada meta e indicador, a metodologia utilizada ao longo dos 4 meses de intervenção, a logística que descreve individualmente como serão realizadas as ações e por fim o cronograma que foi utilizado como referência para que cada ação fosse dividida semanalmente, a fim de conseguir cumprir as exigências sem se sobrecarregar com as ações e não esquecer de realizar nenhuma. Segue-se pelo Relatório da Intervenção ao qual aborda de maneira detalhada como foram realizadas as ações, as dificuldades e as mudanças que aconteceram após o início da intervenção. Dando continuidade, se encontra a Avaliação da Intervenção com os Resultados alcançados e as melhorias impactadas na comunidade e na unidade de saúde após o término da intervenção.

## 1. Análise Situacional

### Situação da ESF/APS

A ESF em que atuo localiza-se em um distrito na zona rural, a 8 km da cidade, abrange uma população de 2.466 pessoas e 850 famílias, possuímos uma equipe completa contendo 1 enfermeiro, 1 téc. de enfermagem, 1 aux. de enfermagem que fica na unidade central, 5 ACS, 1 dentista, 1 téc. de higiene dental e 1 médico; temos 2 UBS que abrange esse total de pessoas e famílias citado a cima, sendo uma UBS em anexo da outra, fazendo parte assim da mesma ESF, uma localizada em um distrito que funciona todos os dias, contemplando a demanda é maior e outra, localizada em outro distrito que funciona uma vez por semana pois a população onde está situada é menor e conseqüentemente sua demanda também.

O atendimento médico funciona com agendamento de procura espontânea por parte dos pacientes, dos ACS que agendam quando veem necessidade de consulta em suas visitas domiciliares, há também uma reserva para aqueles que procuram a unidade sem agenda, e fora os casos citados acima também são atendidos (caso ultrapasse a cota de 16 consultas/dia) pacientes em caso de emergência, ou seja, aqueles que chegam até a unidade e precisam de atendimento no momento em que o médico se encontra na UBS, caso o médico não esteja o mesmo é encaminhado ao hospital municipal da cidade, as consultas são nas segundas, terças e sextas a tarde, e quinta de manhã, na unidade central, nas quartas a tarde as consultas são atendidas da mesma forma na outra UBS que vamos uma vez por semana, nas quintas a tarde realizamos visitas domiciliares com o médico.

O atendimento odontológico funciona com agendamento todos os dias a tarde, pois o cirurgião dentista só trabalha 20hrs, em casos de dor os pacientes são atendidos mesmo sem estarem agendados, nas quintas a auxiliar odontológica faz educação em saúde bucal com as crianças da escola e creche, e o dentista realiza visita domiciliar nas sextas de manhã, todo atendimento é realizado na unidade central pois é lá que está instalado o consultório odontológico.

Nas terças levamos todas as vacinas do calendário nacional em caixas térmicas acondicionadas sobre temperatura correta, pois não possuímos rede de frios nos distritos, somente no posto de saúde da cidade, e fica muito difícil o acesso na cidade para realizar as vacinas, a regional de saúde sabe e está ciente deste procedimento, pois sem ele nossas crianças estariam todas com as vacinas atrasadas, levamos a vacina no período da manhã e a tarde levamos de volta à cidade para que estas possam ser guardadas em local adequado.

As coletas de preventivo são realizadas exclusivamente por mim (enfermeira) com agendamento nas duas unidades, sendo na central todos os dias à tarde e quinta de manhã, e na outra unidade nas quartas de manhã, realizamos campanhas de preventivo de duas a três vezes ao ano com palestras de conscientização tanto

de Câncer de colo de útero quanto de Câncer de mama, em cada campanha é feito um arrastão de preventivo e pedidos de mamografias a todas as mulheres em horários extras do funcionamento habitual da UBS, sendo à noite ou aos sábados, dando disponibilidade às mulheres que trabalham.

Realizamos a puericultura a todas as crianças até dois anos conforme protocolo com agendamento, há reuniões com as mulheres de outro distrito que faz parte da minha área de abrangência, a cada dois meses ou mais, com palestras de diversos temas, são realizados HIPERDIA com palestras feitas pelo médico e reuniões de equipe uma vez por mês.

O prédio das duas UBS são próprios, reformados e aumentados, porém o espaço físico da unidade central é impróprio, pois o consultório médico e sala de preventivos são juntos, a recepção e farmácia também, a sala de triagem é muito pequena e não possuímos espaço para observação dos pacientes, caso necessite temos que pedir ao médico que se retire do consultório o mesmo acontece quando surge preventivos e puericultura sem agendamento, por isso agendamos estes atendimentos após as consultas médicas.

Possuímos no município conforme é preconizado um Conselho Municipal de Saúde, onde conforme a lei é composta por 50% de usuários e pessoas da comunidade, estes participam ativamente de todas as reuniões dando sugestões para o melhor atendimento à população.

Procuramos fazer todo atendimento básico da melhor forma possível, o município geralmente adere a todos os programas do ministério da saúde, portanto todas as ESF estão sempre em campanhas preventivas ao mesmo tempo para atender às cobranças da regional de saúde e conseguir dar um atendimento de qualidade à população; ainda temos muito a fazer mas estamos melhorando à cada dia.

#### Relatório Análise Situacional

Atuo no município de Jardim Alegre – Paraná que é um município pequeno de 12.324 habitantes, seu sistema de saúde é exclusivamente do SUS (Sistema único de Saúde), temos 4 UBS (Unidade Básica de Saúde) com ESF (Equipe de Saúde da Família), e 3 UBS tradicionais, no momento não disponibilizamos de Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF, pois o índice de pessoal contratado pela prefeitura esta muito alto, portanto não há possibilidades para novas contratações, pelo fato do município ser muito pequeno, também não possuímos Centro de Especialidade Odontológica -CEO, o mesmo está localizado no município vizinho que presta este atendimento ao município sob forma de consórcio. Não possuímos hospitais

particulares, somente um hospital público que realiza procedimentos e atendimentos simples. Os casos mais críticos são encaminhados ao município vizinho que possui suporte para atendimento de média e alta complexidade, o mesmo acontece com as consultas especializadas e os exames mais complexos. Alguns exames simples e rotineiros como os de sangue são realizados no hospital municipal através de agendamento.

A UBS Barra Preta está localizada na zona rural. Não há instituições de ensino no município de Jardim Alegre (ex. faculdade, curso técnico). O modelo de atenção da equipe onde atuo é ESF composta por um médico, um dentista, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, uma que presta serviços exclusivos à ESF e outra que permanece exclusivamente na UBS, um auxiliar odontológico e 5 ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Nossa estrutura física é pequena, tendo somente 58 m<sup>2</sup>, porém no passado foi menor. O prédio de propriedade do município é precário, não possui muro ao redor da unidade e suas divisões são mal distribuídas e pequenas, não temos uma sala específica para coleta de preventivo e outros exames, a mesma é no consultório médico onde também realizamos puericultura. Não temos sala de observação, nem farmácia, esta é juntamente com a recepção que é bem pequena. Nossa cozinha também é pequena e nossos banheiros não possuem adequação para cadeirantes, assim como a UBS não está adequada à atender pacientes portadores de deficiências; resumidamente não se encaixa em nenhum dos modelos de UBS do SUS, encaminhamos um projeto para a ampliação da unidade ao programa do Ministério da Saúde e estamos aguardando resposta; infelizmente não tenho nada de positivo que possa relatar quanto sua infraestrutura. Trabalhamos em um espaço pequeno, e temos que dividir salas com outros profissionais dificultando muito a qualidade do atendimento.

Realizamos os atendimentos da melhor forma possível, fazendo consultas agendadas e livre demanda, tanto médica quanto odontológica, palestras com grupos de mulheres mensalmente realizadas por mim, auxiliar de enfermagem, ACS e a auxiliar de consultório odontológico também são realizadas orientações nas escolas. Temos reuniões de HIPERDIA, porém a falta de um espaço próprio da UBS para atividades coletivas prejudica muito, e seria de suma importância esse espaço para a realização deste trabalho com eficácia já que ESF significa trabalhar com prevenção.



Realizamos todos os procedimentos básicos como: curativo(s), inalação, injeção, tanto intramuscular quanto endovenosa, administramos soro para pequenas observações, porém quando isto acontece temos que pedir ao médico que se retire do consultório, pois o único lugar que tem maca é no mesmo, e não temos espaço para coloca-la em outro local, já que nossa sala de triagem é muito pequena, também realizamos na mesma sala de procedimento a vacina, a qual levamos uma vez na semana já que a demanda é pouco e não possuímos rede de frios, portanto levamos as mesmas em caixas térmicas com gelox e termômetro externo para monitorar a temperatura, assim como realizamos todos os outros procedimentos, quanto a lavagem de ouvido, sutura e pequenas cirurgias como drenagem de abscesso e retirada de cisto, geralmente no consultório médico, pois como mencionado antes é o único local que possui maca, fazemos entrega de preservativos, e anticoncepcional na própria UBS, no caso do anticoncepcional somente sob orientação médica.

Minha área de abrangência possui um total de 2466 habitantes, sendo mais mulheres do que homens e uma grande maioria são adultos e idosos, sendo um total de 1863 acima de 20 anos e 316 acima de 60 anos. A equipe é suficiente para atender toda a população sem dificuldades. Nosso único problema é a distância entre um sítio e outro para a realização das visitas domiciliares. Temos um carro da equipe, porém se o mesmo quebra nossas visitas ficam limitadas ou quase não acontecem.

Temos uma cobertura de 100%, com equipe disciplinar básica completa e 5 agentes comunitários de saúde, sendo suficiente para assistir à toda população. Todos os moradores da área de abrangência são cadastrados pelos ACS em fichas específicas e após no sistema do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As gestantes são cadastradas no SIS pré-natal e acompanhadas mensalmente, e as crianças cadastradas e acompanhadas com peso mensalmente através do SISVAN (Sistema de Informação de Saúde de Vigilância e Avaliação Nutricional).

Realizamos atendimentos agendados, médico, odontológico e de enfermagem, no caso de enfermagem são as puericulturas e preventivos, porém há atendimento a demanda espontânea. No caso do médico o paciente sempre é atendido, pois as vagas das consultas agendadas nunca são preenchidas totalmente e caso sejam preenchidas, atendemos e damos prioridade aos casos mais urgentes.

No dentista, todos os pacientes que chegam à unidade com dor são atendidos, medicados e agendados para o procedimento ao término das medicações.

Realizamos todos os dias da semana conforme a procura ou agendamento a puericultura, não temos um protocolo específico na unidade, porém adotamos a mesma técnica em todo o município, e ao término agendamos a próxima puericultura, sempre mensalmente independente da idade da criança até os dois anos. Registramos tudo em livro ata, prontuário e na caderneta da criança.

Minhas gestantes são sempre poucas, no momento possuo sete, portanto fica fácil acompanhar todo o pré-natal, agendando sempre a próxima consulta. Todos os exames de sangue das gestantes são realizados no próprio município, exceto a ultrassonografia, no qual seguimos o protocolo da Mãe Paranaense que foi disponibilizado há pouco tempo e estamos seguindo e acompanhando somente as gestantes de baixo risco. As de risco intermediário e alto-risco são encaminhadas ao atendimento especializado no município vizinho que realiza todo o pré-natal e se necessário o parto ou cesárea, pelo SUS. Registramos tudo em livro ata, prontuário médico e caderneta da gestante Mãe Paranaense.

A demanda e aceitação para a realização de exames de prevenção de câncer de colo uterino e de mama vêm aumentando em minha UBS anualmente. Realizamos preventivos agendados e no mesmo momento para as mulheres acima de 45 anos. Aproveitamos a oportunidade da usuária na Unidade e já solicitamos a mamografia. Fazemos campanhas como palestras e arrastão pelo menos 2 vezes por ano, onde trabalhamos aos sábados e a noite para atender as mulheres que trabalham durante o dia e com isso, a população tem aderido bem a proposta, contudo falta muito para o alcance da meta. Porém, considerando o fato de que a realização destes dois exames era muito baixa, percebemos que está havendo uma mudança de pensamento e uma melhor aceitação por parte das mulheres da comunidade.

Quanto aos hipertensos e diabéticos, realizamos reuniões de HIPERDIA uma vez por mês ou a cada 2 meses, com palestras sobre diversos assuntos. Os mesmos também procuram a UBS para atendimento médico, para solicitação de exames de rotina espontaneamente. Só não há procura desta classe nem dos idosos para atendimento odontológico. Com relação aos idosos, estes também procuram a UBS de forma espontânea quando necessário. Quanto aos acamados

ou os que tiverem dificuldade de locomoção, levamos o médico para realizar o atendimento domiciliar.

Nossa maior dificuldade é na estrutura física da UBS, o que dificulta muito a realização de alguns trabalhos como palestras com a população e educação permanente à própria equipe. Outro problema é toda a parte estrutural e falta de equipamentos que impedem que façamos um atendimento de maior qualidade. Minha população é pequena, o que facilita muito. Porém alguns usuários moram muito distantes e temos a vantagem de possuir um carro só para a equipe, o que facilita as visitas aos mesmos. O que mais me surpreendeu durante a Análise Situacional, foi à falta de protocolos na unidade. Sempre seguimos um padrão de atendimento do município, porém não temos disponível na UBS protocolos dos mesmos. E após os questionários, acabei realizando uma reunião de equipe juntamente com o dentista e a coordenadora do ESF para que realizemos na unidade um atendimento para as gestantes, e crianças menores de um ano. Os questionários tem sido de suma importância para uma visão mais ampla do que podemos fazer por nossa população garantindo uma qualidade no atendimento da equipe.

Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

Posso assegurar que muitas foram às mudanças realizadas na rotina das equipes e na unidade de saúde. Em princípio tive uma ideia diferente de como seria realizada a intervenção, após seu início percebi o quanto era sério e complexo, alguns atendimentos já realizávamos na unidade, porém, sem um olhar atento à população idosa, não havia um entrosamento entre a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal, cada um realizava seu trabalho da forma que achava melhor, e não havia comunicação entre as mesmas para mudarmos a forma de olhar e atender a população idosa, deixando a critério a eles procurarem ou não atendimento, e estes procuram, porém, esta procura era constante com a equipe de enfermagem e médico, e nunca com a equipe odontológica. No início pensei que seria difícil impor um compromisso de mudança aos outros profissionais à algo que eles não haviam procurado, mas a partir da primeira reunião percebi que poderia contar com a ajuda de todos, e que deste momento em diante iria enfrentar obstáculo somente com a população, que também me surpreendeu, pois aderiram

muito rapidamente à nova rotina, responderam ao questionário da ficha espelho para os agentes de saúde e à enfermeira, absorvendo todas as orientações sobre importância da atividade física e alimentação saudável, que fizemos a todos no momento em que preenchíamos a ficha espelho, participaram das reuniões em grupo, em quantidade pequena, mas os presentes sempre estavam interessados no assunto e muito participativos, tirando dúvidas e fazendo comentários, acompanhamos através dos prontuários clínicos os pacientes que estavam em atraso com exames de rotina e solicitamos novos exames aos que haviam realizado há mais de um ano, a equipe de saúde bucal realizou visitas domiciliares à todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção afim de orientá-los sobre higiene oral e a importância do cuidado com a saúde bucal, mesmo com todo o trabalho realizado pela equipe de saúde bucal a quantidade de idoso que procura atendimento odontológico ainda é mínima, mas comparando-se a antes do início da intervenção fizemos grandes avanços.

Enfim, em princípio pensei que seria um trabalho simples de se realizar, mas me deparei com muitos obstáculos que tive que ir solucionando com o decorrer da intervenção, hoje sei que posso avaliar meus idosos criteriosamente, e acompanhá-los na medida do possível, tentando possibilitar uma melhor qualidade de atendimento por parte das equipes e na própria unidade de saúde.

## **2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento da expectativa de vida vem crescendo, aumentando assim o número de idosos, impondo mudanças no modo de pensar em viver a velhice com qualidade. O Brasil tem como base legal o Estatuto do Idoso, com leis que defendem e priorizam essa população; nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. A saúde do idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, onde há um compromisso focando medidas que de fato apresentem impacto sobre a saúde desta população.

Com base nestes estudos, a população idosa se tornou foco e objetivo de intervenção neste trabalho, na unidade de saúde que atuo. Esta população alvo vem crescendo gradativamente ao decorrer dos anos; e com isso aumentando o número de pessoas com doenças crônicas; e que estão adoecendo sem qualidade de vida.

A área de abrangência em que atuo, possui um total de 316 idosos, e este número vem crescendo; na unidade e equipe não possuímos um grupo de educação em saúde destinado a eles, e também não priorizamos estes nos atendimentos diários, o atendimento médico acontece diariamente, na unidade de saúde ou no domicílio quando necessário, utilizamos para anotações o prontuário clínico do paciente anotando todo atendimento realizado, porém, não revisamos o prontuário afim de avaliar a necessidade de acompanhamento do paciente, e prestar um cuidado mais completo àqueles com mais necessidade, o atendimento odontológico é realizado diariamente pela equipe de saúde bucal, mas não se faz um trabalho com o intuito de orientar os idosos sobre a importância do cuidado com a saúde bucal, deixando assim uma falha neste atendimento, uma vez que os idosos da comunidade não procuram o atendimento odontológico, realizamos na unidade busca ativa somente às gestantes que não comparecem a consulta de pré-natal, e as crianças com atraso de vacina, quanto aos idosos que faltam nas consultas programadas, ou seja, consultas agendadas, não fazemos busca ativa, mas posso afirmar com toda certeza, pois estou diariamente na unidade de saúde no momento das consultas que o grupo menos faltoso são os idosos.

As ações que serão desenvolvidas a esta população, visa uma melhor qualidade no atendimento por parte de toda a equipe, com intervenções que possam causar impacto na vida dos idosos, e assim proporcionar uma velhice com qualidade.

## 2.2 Objetivos e metas

### Objetivo geral

Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na unidade de saúde de Jardim Alegre.

### Objetivos específicos

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Objetivo 3: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Objetivo 4: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Objetivo 5: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Objetivo 6: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 30% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Objetivo 7: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos.

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 50% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Objetivo 8: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 8: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 9: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 50% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Objetivo 10: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 10: 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.

Objetivo 11: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 12: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 50% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Objetivo 13: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 13: Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 14: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 14: Avaliar alterações de mucosa bucal em 30% dos idosos cadastrados.

Objetivo 15: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 15: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Objetivo 16: Melhorar registros das informações.

Meta 16: Manter registro específico de 60% das pessoas idosas.

Objetivo 17: Melhorar registros das informações.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 70% dos idosos cadastrados.

Objetivo 18: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 18: Rastrear 50% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Objetivo 19: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 50% das pessoas idosas.

Objetivo 20: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 20: Avaliar a rede social de 50% dos idosos.

Objetivo 21: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 30% dos idosos.

Objetivo 22: Promover a saúde.

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Objetivo 23: Promover a saúde.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Objetivo 24: Promover a saúde.

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 25: Promover a saúde.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 30% dos idosos cadastrados.

Pretendo com a implantação melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na unidade de saúde de Jardim Alegre, a princípio priorizando seu atendimento em todos os setores, nas consultas médicas, nas consultas odontológicas, e nos atendimentos de enfermagem, sempre realizar todos os atendimentos primeiros aos idosos cumprindo assim as leis do estatuto do idoso e os protocolos de atendimento do próprio ministério da saúde, que prioriza o atendimento aos idosos; vamos implantar na área de abrangência um grupo de idosos, os mesmos participam das reuniões de HIPERDIA, porém nem todos os idosos são hipertensos ou diabéticos, por isso a necessidade da implantação de um grupo à eles; as atualizações dos cadastros com números atuais do total de idosos, quantos destes são acamados ou tem dificuldade de locomoção, quantos são hipertensos e quantos são diabéticos já foi realizado juntamente com a atualização do cadastro de toda a população, sendo um total de 19 acamados ou com dificuldade de locomoção, 169 com Hipertensão Arterial e 48 Diabéticos. A implantação do grupo de idosos visa principalmente as ações coletivas que serão realizadas por toda a equipe, com palestras sobre alimentação saudável, pratica de atividade física, já que na comunidade tem disponível a “Academia do Idoso”, orientações sobre saúde bucal e higiene de prótese dentaria, e outras que a população julgar necessária.

Algumas das ações solicitadas já realizamos na unidade, porém outras terão que ser implantadas, como por exemplo, a Avaliação Multidimensional Rápida que já irá incluir a estratificação do número de idosos com risco de morbimortalidade, a avaliação da rede social e fragilidade na velhice, irá incluir todos em um único questionário para facilitar o trabalho de investigação. Realizar visitas domiciliares aos acamados e com dificuldade de locomoção por parte da equipe de saúde bucal, porém quanto a realização de procedimentos a estes se torna impossível uma vez que não temos materiais para este tipo de atendimento, a equipe somente poderá orientar quanto aos cuidados com próteses e higiene oral.

Será capacitado e sensibilizado toda a equipe para um atendimento mais humanizado aos idosos, realizando reuniões de equipe mensalmente, com a finalidade de avaliar as ações que estão sendo realizadas e agendar as próximas. Um cronograma será elaborado para facilitar a rotina de trabalho de toda a equipe.

Com a implantação do projeto tentaremos atingir alguns indicadores 100%, outros 50% e 30%, porém, ao término do trabalho o trabalho continuará, com a intenção de atingir todos os indicadores, garantindo assim uma atenção com qualidade à saúde de todos os idosos da comunidade.



## 2.3 Metodologia

A metodologia utilizada para a implantação do projeto será a planilha de coleta de dados que foi disponibilizada pela universidade e será preenchida somente por mim que sou a responsável pela intervenção e pelo acompanhamento do processo das ações. A busca ativa fica a cargo dos agentes de saúde, e se necessário haverá intervenção da enfermeira caso eles encontrem resistência. Como instrumento de apoio para coleta de dados será utilizada a ficha espelho, preenchida pelos agentes de saúde e pela enfermeira (responsável pela intervenção) nas visitas domiciliares, o trabalho de toda a equipe, com educação em saúde, visitas domiciliares que será anotado e acompanhado semanalmente na planilha eletrônica de coleta de dados. Desta mesma forma, sempre que os idosos realizarem consultas ou procedimentos na unidade, estes terão sua ficha espelho atualizada e ao final de cada mês o registro na planilha de coleta de dados realizado. Assim, a cada período será observado através dos gráficos disponibilizados se houve melhora na qualidade e nos indicadores em saúde de nossa unidade; onde estes indicadores são calculados automaticamente cada vez que a planilha de coleta de dados é alimentada com novas informações. Os cálculos dos indicadores são realizados automaticamente com o preenchimento da planilha de coleta de dados.

### 2.3.1 Ações

Ação: monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde.

Detalhamento: manter registros de ficha espelho atualizados juntamente com ficha A de cadastros do SIAB.

Ação: monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: manter registros de ficha espelho atualizados juntamente com ficha A de cadastros do SIAB.

Ação: monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: avaliar relatório mensal de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da unidade.

Ação: monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente.

Detalhamento: avaliar fichas de consulta após atendimento ao idoso na unidade de saúde, e verificar a pressão arterial de todos os idosos antes de cada atendimento e em todas visitas domiciliares e anotar os resultados na caderneta de saúde do idoso.

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente.

Detalhamento: avaliar fichas de consulta após atendimento ao idoso na unidade de saúde, e verificar a pressão arterial de todos os idosos antes de cada atendimento e em todas visitas domiciliares e anotar os resultados na caderneta de saúde do idoso.

Ação: monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: avaliar fichas de atendimento odontológico de todos os idosos que receberem atendimento odontológico na unidade.

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

Detalhamento: avaliar livro de consultas para realizar busca ativa aos faltosos, e agendar os faltosos para nova consulta.

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

Detalhamento: avaliar ficha espelho para a próxima Avaliação Multidimensional Rápida.

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: avaliar ficha de consulta para observar se foi realizado o exame clínico.

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

Detalhamento: avaliar ficha de consulta a fim de observar a data da última solicitação de exame, e solicitar novos se constatado o tempo de um ano após o último exame, caso o último tenha resultados normais, e a cada 6 meses no caso de pacientes diabéticos, solicitar novos exames.

Ação: monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: avaliar livro de entrega de medicamentos, e fornecimento de receitas aos pacientes cadastrados na farmácia popular.

Ação: monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído.

Detalhamento: avaliar relatório do atendimento odontológico realizado na unidade mensalmente.

Ação: monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos.

Detalhamento: solicitar que a equipe de saúde bucal comunique a enfermeira responsável pela intervenção quando encontrar alterações.

Ações: monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

Detalhamento: avaliar relatório do atendimento odontológico.

Ações: monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: avaliando livros de registros de atendimentos diários.

Ações: monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: preencher com o auxílio dos agentes de saúde os dados de cada idoso e entregar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e alimentar dados para posterior avaliação.

Ações: monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: avaliar cada ficha espelho para identificar riscos.

Ações: monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: avaliar cada ficha espelho para identificar fragilização.

Ações: monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento: avaliar cada ficha espelho para identificar rede social.

Ações: monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

Detalhamento: avaliar ficha de consulta e ficha espelho para identificar os idosos de risco a fim de realizar o acompanhamento.

Ações: monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento: avaliar ficha espelho a fim de saber se foi realizado as orientações e avaliar a presença dos idosos nas reuniões de educação em saúde.

Ações: monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento: avaliar ficha espelho a fim de saber se foi realizado as orientações e avaliar a presença dos idosos nas reuniões de educação em saúde.

Ações: monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: avaliar se os profissionais estão realizando educação em saúde individualmente aos idosos nas visitas domiciliares e através dos relatórios mensais de atendimentos prestados.

Ações: monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.

Detalhamento: avaliar a presença dos idosos nas reuniões de educação em saúde realizada pela equipe de saúde bucal.

### 2.3.2 Indicadores

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

Indicador 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Indicador 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Indicador 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Indicador 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Indicador 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 7: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Indicador 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Indicador 9: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Indicador 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Indicador 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Indicador 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Indicador 13: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Indicador 14: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Indicador 15: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Indicador 16: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Indicador 17: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Indicador 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Indicador 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Indicador 20: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Indicador 21: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Indicador 22: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Indicador 23: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Indicador 24: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Indicador 25: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção a Saúde do Idoso, vamos adotar o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, 2007. Na unidade em que atuo não possuímos ficha espelho específica para Saúde do Idoso, porém já foi elaborado uma ficha específica para realizar a intervenção; também não há informatização, portanto para cada ação que será desenvolvida, será anotada em livros ata, para assim facilitar posteriormente a coleta de dados e calcular os indicadores.

O programa visa prioritariamente atender a população idosa em todas as áreas de atendimento na UBS (odontológico e médico); porém focando principalmente a educação em saúde (coletiva), a enfermeira estará presente anotando e registrando todas as ações desenvolvidas em grupo, e com o auxílio dos outros profissionais, registrar os atendimentos diários na unidade; os indicadores que utilizarmos ficha espelho serão anexados junto ao prontuário do idoso.

Algumas ações propostas já são desenvolvidas, portanto a meta é mantê-las, exemplo disso são os cadastros que continuarão sendo atualizados mensalmente; outras, porém serão realizadas no decorrer dos 4 meses, nas visitas domiciliares com os agentes de saúde, iremos rastrear os idosos com hipertensão e diabetes, também nas visitas será feito a avaliação multidimensional rápida e a investigação de fragilidade na velhice, o acesso a medicamentos, e avaliação da rede social; todos com a elaboração e aplicação de um questionário específico que possa extrair todos os dados necessários; outras ações serão desenvolvidas com educação coletiva, formando um grupo de idosos na comunidade para a realização de palestras abordando todos os temas propostos, com o auxílio de todos os profissionais da equipe (médico, dentista, agentes de saúde e auxiliar de enfermagem); as visitas domiciliares aos pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção continuará a ser realizada pela enfermeira e médico, como já vem acontecendo, porém contará também com a visita do dentista para a realização de orientações de higiene bucal e higiene de prótese dentária; o atendimento diário na unidade de saúde como procedimentos, e consultas odontológicas e médicas será



locomoção																
Rastrear os idosos para Hipertensão Arterial (HÁ) e Diabetes Melitus (DIA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação Multidimensional Rápida, presença de fragilidade na velhice, risco de morbimortalidade, avaliação da rede social, e acesso aos medicamentos prescritos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribuir a caderneta dos idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação sobre os temas propostos (palestras)				X				X				X				X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento odontológico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca Ativa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Final da intervenção																X

### 3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Ao término de mais uma etapa desta especialização, tive a sensação de dever cumprido em alguns aspectos e metas, porém algumas ainda a cumprir, mas a certeza de que as mudanças foram para melhorar o atendimento à população idosa por parte de todos os profissionais das equipes.

O processo de intervenção foi gradativo, seguindo o cronograma proposto, de maneira que cada profissional pudesse realizar seu trabalho sem sobrecarga e com tempo para se programar. A primeira etapa foi a capacitação dos profissionais, principalmente dos agentes de saúde que tiveram papel fundamental no processo de intervenção, conversamos sobre o preenchimento da ficha espelho, e quais as orientações que seriam realizadas no momento da visita domiciliar, como orientar os idosos quanto a importância de uma alimentação saudável e realização de atividade física regularmente, para que os mesmos se dispusessem a realizar caminhadas



aumentando seu tempo gradativamente conforme o organismo fosse se adaptando, dando a eles a opção de utilizar a academia para terceira idade disponível na comunidade para os exercícios diários, combinamos datas para as visitas domiciliares realizadas por mim (enfermeira) junto aos ACS com verificação da pressão arterial e glicemia capilar dos hipertensos, e orientações aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

As visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção foi agendada para toda sexta-feira no período da manhã, com o intuito de orienta-los quanto a higiene bucal e higiene com prótese dentária e a importância de ir à unidade de saúde para um atendimento odontológico.

Os prontuários clínicos foram separados e avaliados a fim de saber quais os problemas de cada idoso, e a data da última solicitação de exames complementares aos hipertensos e diabéticos ou com outra comorbidade, solicitamos exames complementares aos que estavam em atraso com os mesmos. Realizamos de acordo com o cronograma uma palestra ao mês, dando aos profissionais tempo para se preparar para cada uma delas, primeiro com a enfermeira da equipe, em homenagem ao dia do idoso que foi em 1º de outubro, duas com o médico, sendo uma sobre alimentação saudável e outra sobre a importância de realizar atividades físicas regularmente, esta contou com a presença de uma educadora física que convidamos, e juntamente com os idosos realizou um alongamento, a última palestra foi com o dentista, com a intenção clara de orientar os idosos sobre a importância de realizar atendimento odontológico, orientou também sobre higiene oral e cuidados e higiene com prótese dentária, todas as palestras foram realizadas no barracão da igreja católica da comunidade, e somente a primeira realizamos na recepção da unidade de apoio.

A parte mais gratificante sem dúvida foi a aceitação por parte da comunidade, e a felicidade dos idosos por estarem sendo atendidos preferencialmente na unidade de saúde, as palestras e reuniões de educação em saúde também foi muito bem aceita por todos, ressaltando a participação de todos os idosos durante as mesmas, tirando dúvidas e expondo seus problemas e experiências de vida.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Observando a Planilha de Coleta de Dados, mais precisamente os indicadores e comparando com a Planilha OMIA (Objetivos, Metas, Indicadores e Ações), proposto antes do início da intervenção pude perceber que alguns itens foram alcançados os objetivos propostos, outros porém não atingiram as metas determinadas no início.

Algumas das propostas já realizávamos na unidade, e foi fácil continuar, porém, outras nunca havíamos realizado antes, e tivemos certa dificuldade, como por exemplo todas as metas voltadas ao atendimento em saúde bucal, temos uma população idosa que não dá importância ao cuidado com sua saúde bucal, e uma equipe que não está acostumada a dar tanta atenção à esta população alvo, porém, que foram se adaptando e incorporando à sua rotina diária, mesmo com após alguns conflitos e insistência da minha parte; mas creio que irá se tornar rotina de agora em diante.

Terminei esta etapa com a sensação de dever cumprido, mesmo com algumas dificuldades encontradas no caminho, e algumas falhas também, vejo que em uma análise geral as metas foram cumpridas, umas ultrapassando outras, porém não atingindo, mas tudo serviu de grande experiência para um conhecimento mais amplo, tanto da minha parte quanto de toda a equipe mais amplo, tanto da minha parte quanto de toda a equipe.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.

No início da intervenção tive muita dificuldade para atualizar os dados na planilha, pois não conseguia entender o funcionamento da mesma e sua finalidade, porém fui utilizando o diário de intervenção enquanto esclarecia minhas dúvidas com a orientadora, preenchendo a planilha depois de entender sua função e importância na intervenção. Os cálculos foram fáceis e as tabelas simples e de compreensão rápida uma vez que a mesma era calculada automaticamente conforme a planilha mensal ia sendo preenchida; algumas dúvidas que encontrei foram esclarecidas pelo apoio pedagógico que consegui entender com facilidade. Sem dúvida seria mais fácil a compreensão se tivesse alguém presente para as orientações e esclarecimento de dúvidas, mas os vídeos instrucionais conseguiram ajudar muito e dar um direcionamento inicial, após isto somente a manipulação diária da planilha nos faz entender os objetivos e até mesmo o que precisei agilizar durante a intervenção.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

A intervenção serviu de grande experiência, para que pudéssemos dar um olhar mais atento à população idosa; e as metas que não foram atingidas até o término da intervenção será dada continuidade gradativamente, uma vez que a intenção é continuar com o projeto. A incorporação à rotina de atendimento já está sendo realizada, pois continuamos com os atendimentos prioritários, o grupo de idosos e o passo seguinte será melhorar os dados voltados à saúde bucal, pois descobrimos uma grande falha nesta área, que atentes da intervenção não conseguíamos enxergar, o projeto seguinte será disseminar aos idosos e à população em geral a importância do cuidado com a saúde bucal, que um tratamento adequado e higiene oral correta evita-se problemas e doenças futuras.

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O presente trabalho teve como população alvo os idosos (> 60 anos) do distrito da Barra Preta, pertencente ao município de Jardim Alegre – PR.

A intervenção foi fundamentada na melhoria da atenção à saúde do idoso pertencente à área de abrangência da ESF Barra Preta, no município de Jardim Alegre – PR. Na área adstrita à UBS existe uma população total de 2466, sendo, portanto que havia uma estimativa de 247 idosos; porém, nossa real população acima de 60 anos é de 316 idosos. Ao término dos 4 meses de intervenção o total da população cadastrada na foi de 253 idosos.

### **Resultados**

Meta 1: ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.

Indicador 1: cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

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

Minha área de abrangência tem 316 idosos, considerando toda população acima de 60 anos. Ao iniciar a intervenção, não tínhamos ações voltadas à saúde do idoso, exceto nas comemorações do dia do idoso, comemoradas em 1º de outubro. Ao longo dos 4 meses de intervenção cadastramos no programa um total de 253 idosos, sendo uma porcentagem de 80,1% dos idosos; não atingindo 100% da meta proposta.

A ação que mais auxiliou o cadastramento deste total de idosos foi o cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde, que os mantem sempre atualizados.

Os 20% restante que não foi cadastrado ocorreu pelo fato de uma das minhas ACS estar de atestado por um acidente que sofreu de moto alguns dias antes do início da intervenção, que impossibilitou que a mesma estivesse na unidade quando realizávamos os cadastros.

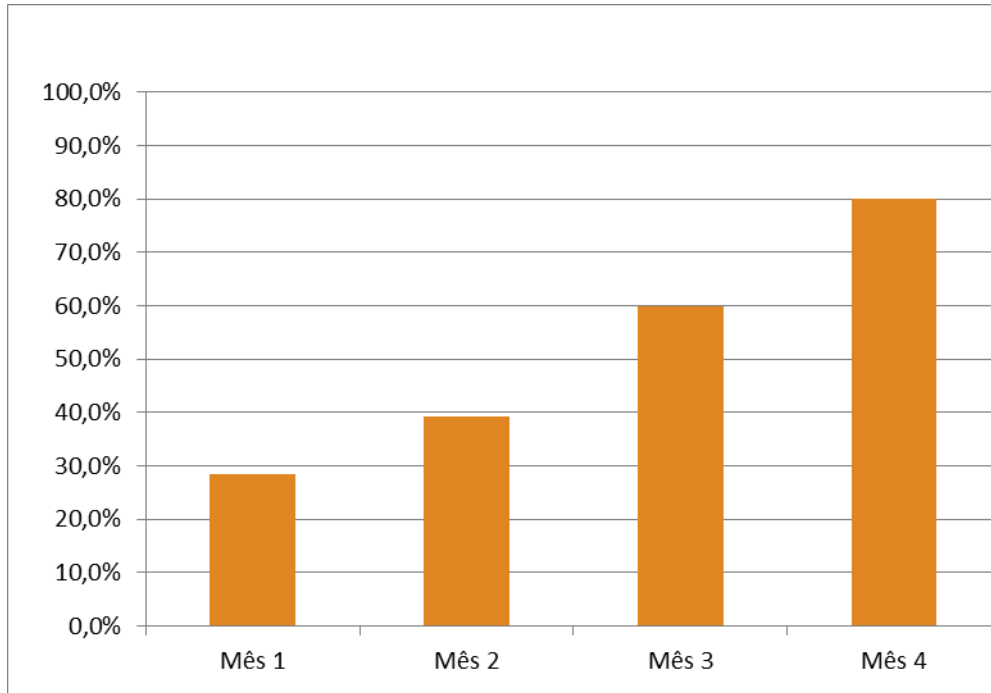


Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idosos na unidade de saúde.

Meta 2: cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados.

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

A estimativa dos idosos acamados em minha área adstrita era de 20 idosos, porém, ao término do cadastro dos idosos o total foi de 30 idosos, pois muitos foram surgindo ao longo dos 4 meses de intervenção. Portanto todos os idosos acamados foram cadastrados, mas como a estimativa era menor, e esse número aumentou, pois essa é a minha realidade, o gráfico acabou se mostrando com uma porcentagem absurda de 152,1%, mas na realidade dos 253 idosos cadastrados, todos os 30 que apresentaram com alguma dificuldade de locomoção ou que estavam acamados foram cadastrados, portanto podemos considerar um total de 100%.

Não tive dificuldade para alcançar essa meta, a maioria dos idosos neste estado eu já conhecia, e cadastrei como tal, e os que eu não tinha conhecimento recebi o auxílio dos agentes comunitários de saúde no momento do cadastro individual de cada um dos idosos.

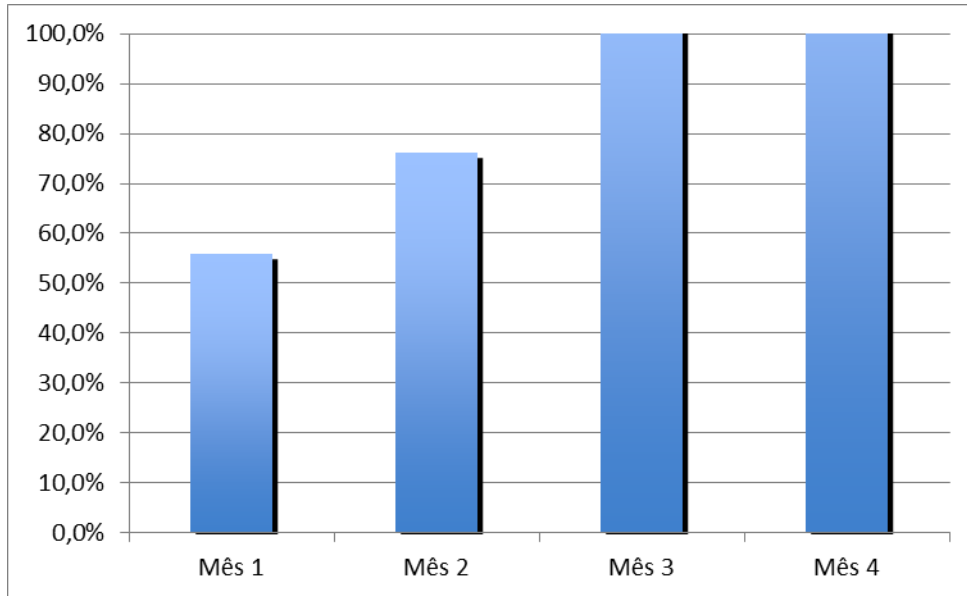


Gráfico 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Meta 3: realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 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 cadastrados no programa acamados ou com problemas de locomoção.

A meta proposta no início da intervenção era realizar visitas domiciliares à 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados no programa, e ao término dos 4 meses de intervenção atingi o total proposto no início da intervenção dos 100%.

Não tive dificuldade para alcançar essa meta, a maioria dos idosos nestas condições eu já conhecia, e já havia realizado visita domiciliar em alguma outra ocasião, portanto, foi fácil encontra-los para uma nova visita, e outros que não tinha conhecimento de alguma dificuldade, recebia o auxílio dos agentes comunitários de saúde para realizar as visitas.

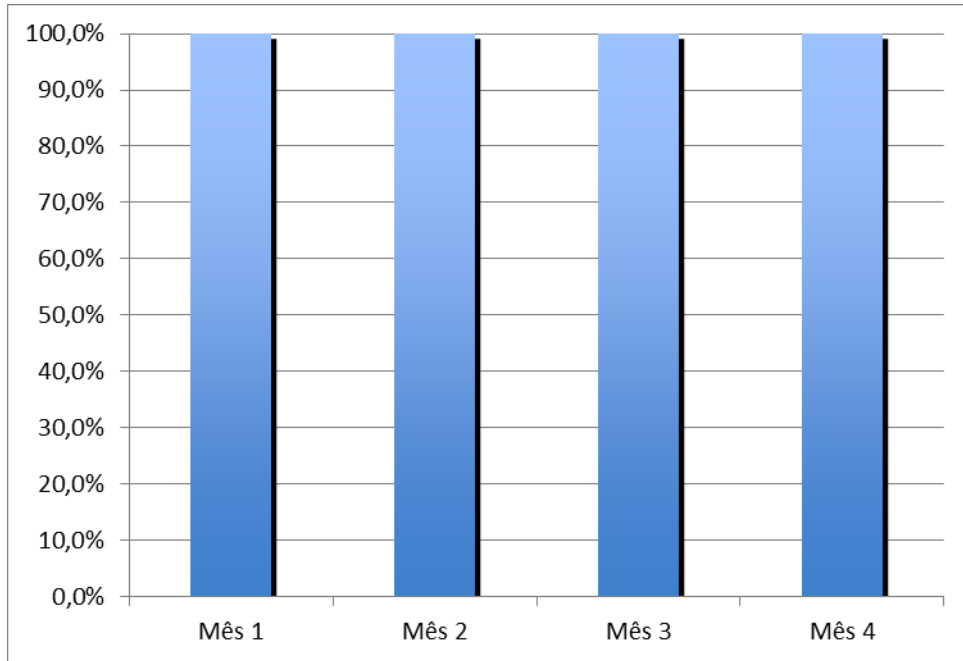


Gráfico 3: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção com visita domiciliar.

Meta 4: rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 4: proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

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

Denominador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Neste indicador o objetivo era rastrear 100% dos idosos cadastrados para Hipertensão Arterial Sistêmica, e obtivemos um total de 100% ao final da intervenção.

Este objetivo foi alcançado ao verificar as fichas de consultas dos idosos cadastrados no programa, para confirmar que realizamos a verificação da pressão arterial antes das consultas, isso é hábito na UBS em que atuo, e foi fácil continuar com o trabalho proposto.

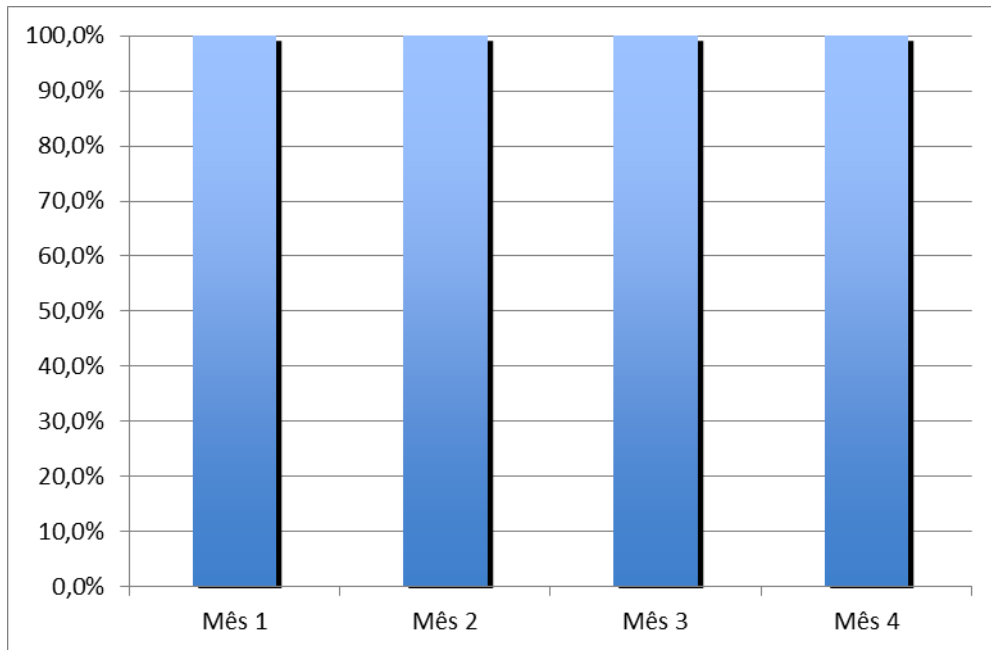


Gráfico 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Meta 5: rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 5: proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

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

Este indicador tinha como objetivo rastrear 100% dos idosos hipertensos para Diabetes Mellitus, e obtivemos com êxito 100%.

Esta meta foi alcançada graças a campanhas de exames de glicemia capilar realizadas na UBS, e reuniões de hiperdia para os idosos, ressaltando a importância do exame para os hipertensos, os idosos com dificuldade de locomoção ou acamados realizamos o exame no domicílio no dia da visita domiciliar.

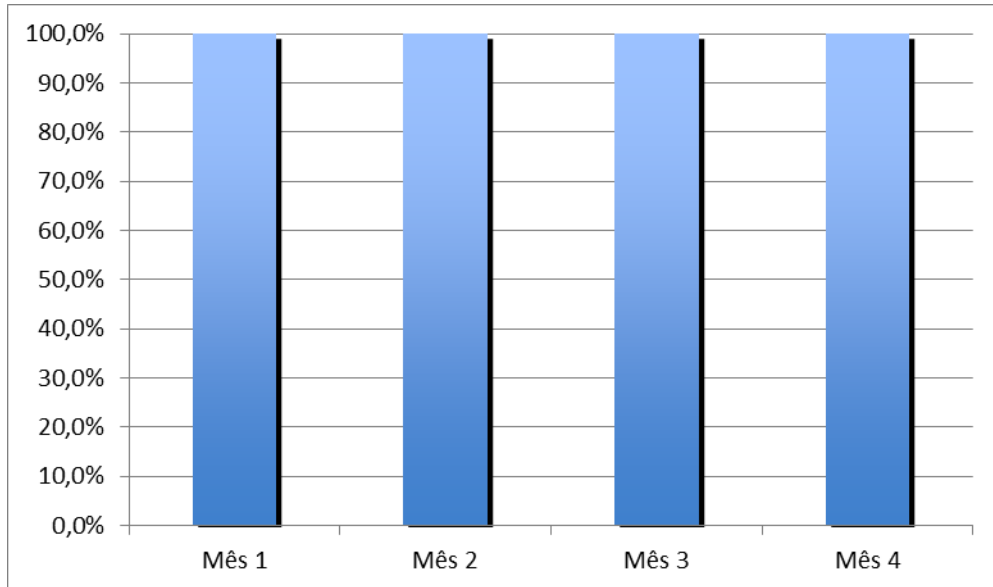


Gráfico 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Meta 6: ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 30% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Indicador 6: proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Este indicador tinha como objetivo alcançar 30% dos idosos, levando-os à UBS para primeira consulta odontológica programática, porém, chegamos a marca de 1,6%, dos 253 idosos cadastrados no programa, somente 4 compareceram à unidade.

Tivemos grande dificuldade para alcançar esta meta, realizamos orientações no domicílio, pelos agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem, e por parte da equipe de saúde bucal que também realizou visita domiciliar para todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, e palestras incentivando a procura por parte dos idosos para tratamento odontológico na UBS, porém, a resistência por parte dos idosos foi grande, os mesmos se recusam a ir até a unidade para este tipo de atendimento, alegando terem outras prioridades de tratamento. Destes que compareceram à consulta odontológica, 1 foi com a orientação e agendamento aos acamados ou com dificuldade de locomoção realizada pela ESB, e ou outros 3 foi por agendamento do ACS.



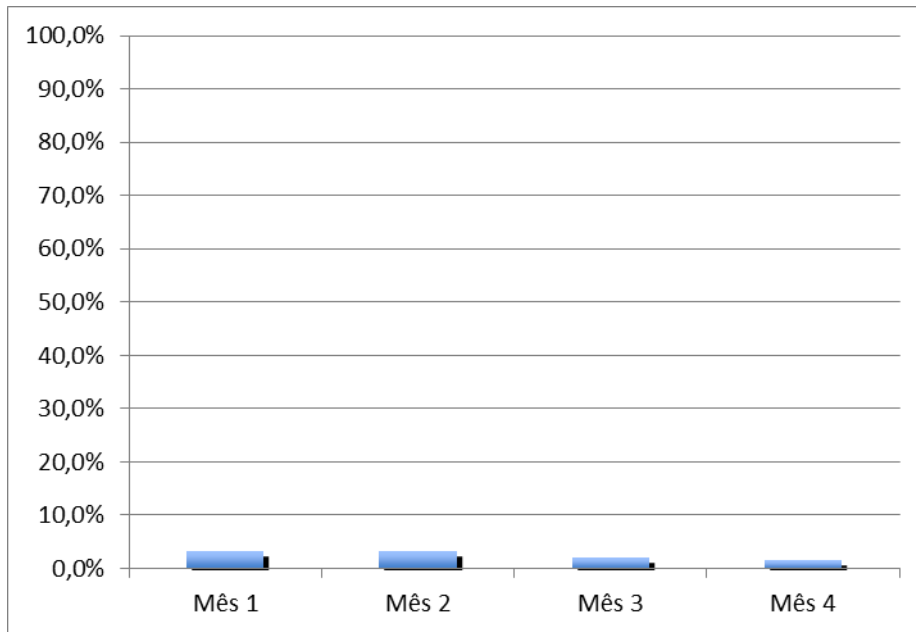


Gráfico 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Meta 7: fazer visita domiciliar odontológica de 50% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Indicador 7: proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa acamados ou com dificuldade de locomoção.

O objetivo deste indicador era realizar visita domiciliar odontológica a 50% dos acamados ou com dificuldade de locomoção, ao final da intervenção alcançamos 70% destes, sendo que tínhamos 30 idosos cadastrados com este problema e realizamos a intervenção à 21 deles .

A ação que mais auxiliou para alcançar esta meta foi um levantamento realizado pelos agentes de saúde de quais idosos tinham este problema na área de abrangência de cada um, e após o levantamento cadastramos estes idosos e passamos esta lista ao auxiliar odontológico que agendou as visitas domiciliares para o dentista, que eram realizadas toda sexta-feira; a princípio encontrei certa resistência por parte da equipe que não tinha hábito de realizar este tipo de atendimento, porém com o andamento da intervenção estes perceberam que era importante a realização das visitas e acabaram aderindo como rotina de atendimento.

Pode-se perceber um declínio no gráfico, isso se explica devido ao cadastramento dos idosos na planilha de coleta de dados, que nos primeiros meses foram em menor quantidade, e as visitas domiciliares em grande quantidade, porém

ao nos meses subsequentes o cadastramento foi aumentando, e as visitas domiciliares diminuindo com o decorrer da intervenção, explicando assim este declínio.

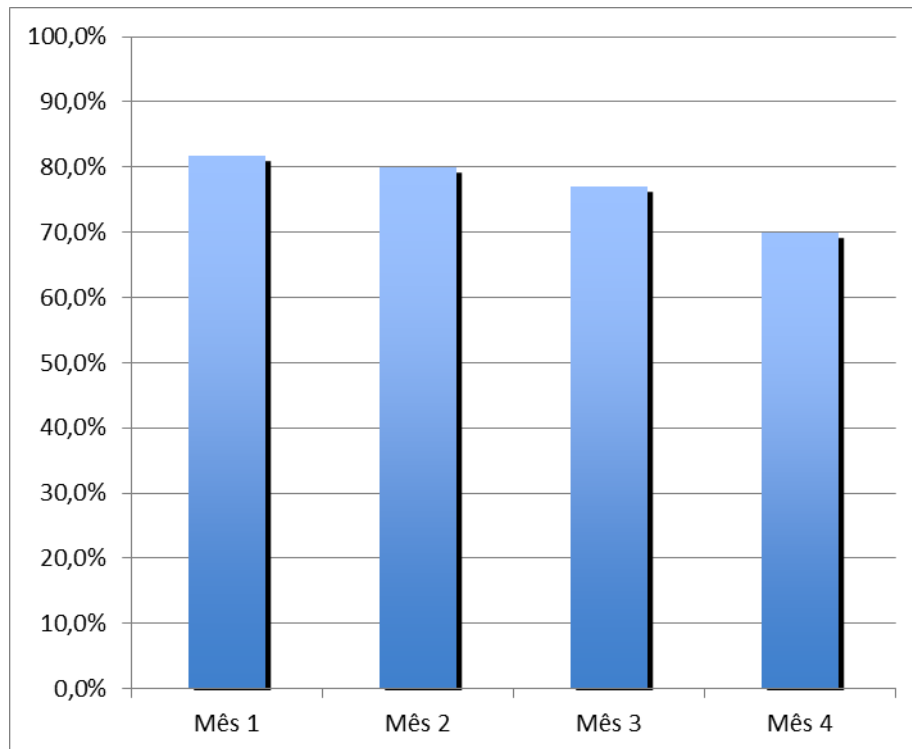


Gráfico 7: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Meta 8: buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 8: proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos faltosos às consultas.

Este indicador tinha como objetivo realizar busca ativa à todos os idosos que estivessem com consulta agendada e não comparecessem à UBS, não tivemos problemas com este indicador, pois todos os idosos que agendam consulta na unidade não faltam, sendo que mesmo antes da adesão e intervenção já acontecia na UBS, os idosos não costumam faltar às consultas, e quando acontecem os agentes de saúde vão até o domicílio para investigar o motivo da falta. Portanto, este indicador foi 0, pois não houve faltosos.

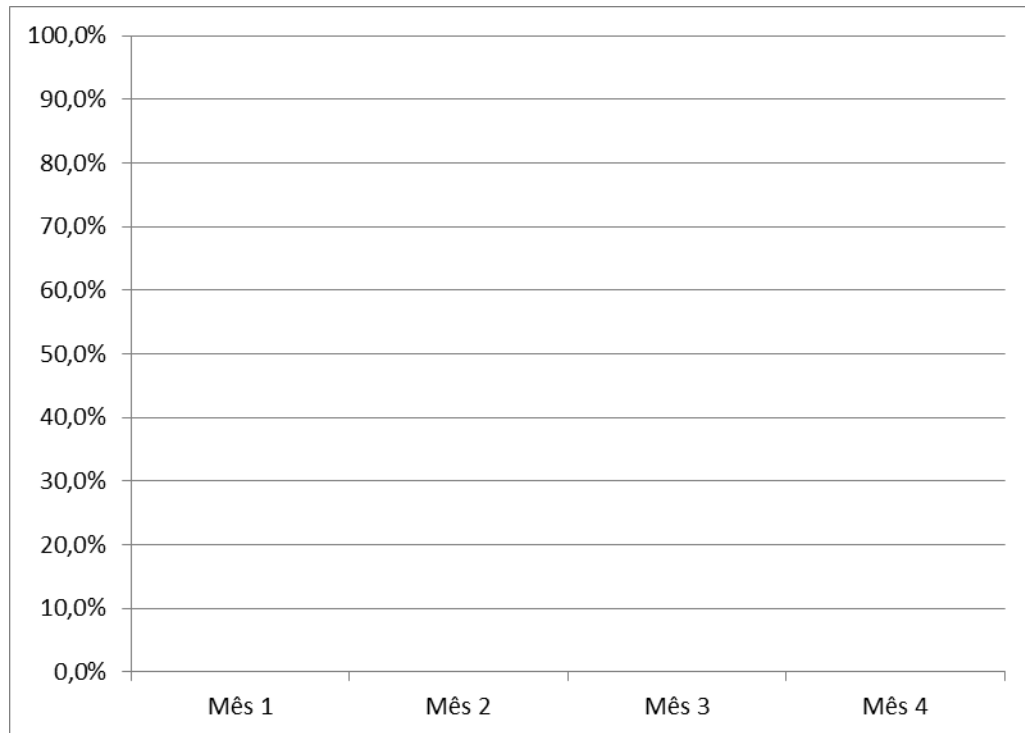


Gráfico 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Meta 9: realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 50% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 9: proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador tinha como objetivo realizar avaliação multidimensional rápida em 50% dos idosos e atingimos a porcentagem de 100%, ou seja, dos 253 cadastrados no programa todos foram avaliados.

Esta ação foi possível por meio da ficha espelho que foi montada no início da intervenção, esta foi repassada aos ACS em uma reunião que realizei na UBS onde foi feita um treinamento para qualificar toda a equipe, orientando e ensinando a preencher a ficha espelho para o andamento da intervenção.

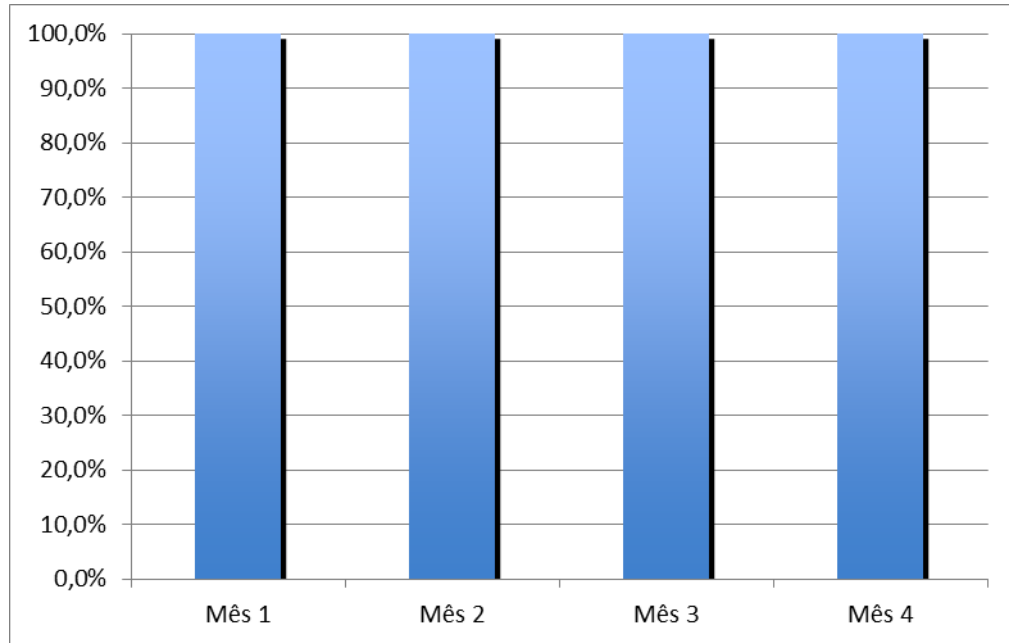


Gráfico 9: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Meta 10: 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.

Indicador 10: proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

A princípio não me comprometi com esta meta, pois achava que não seria possível realiza-la na UBS, mas após o início do programa conversei com o médico da unidade que relatou já realizar a avaliação como rotina do atendimento, algo que eu não tinha conhecimento, portanto só pedi para manter o procedimento de avaliação, não deixando que o mesmo fique sem realizar nas consultas, dando atenção principal aos diabéticos. Aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, o médico como rotina faz visitas domiciliares toda quinta-feira, portanto todos receberam atendimento médico e avaliação em algum momento da intervenção, só temos que ficar atentos aos diabéticos pois esta avaliação terá que ser repetida a cada 3 meses, algo que também será fácil uma vez que solicitamos aos diabéticos que venham a UBS para solicitação de exame de glicemia neste mesmo período.

Esta intervenção só foi possível graças a colaboração do médico da ESF que atua na UBS, que já realizava esta avaliação como rotina de atendimento.

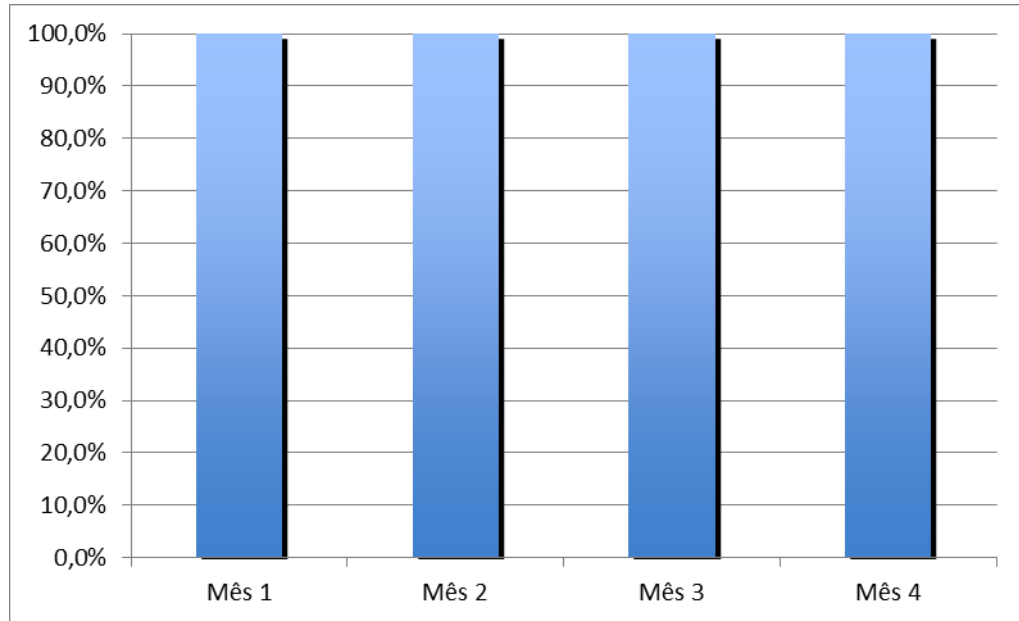


Gráfico 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Meta 11: realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 11: proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

Denominador: número de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Este indicador tinha como propósito atingir 100% dos idosos cadastrados no programa que fossem hipertensos e/ou diabéticos, solicitando exames complementares a todos, e conseguimos atingir a meta de 100%, pois dos 136 idosos cadastrados que são hipertensos e/ou diabéticos, todos até o término da intervenção estavam com exames complementares em dia.

Para alcançar este objetivo tivemos que fazer um levantamento nas fichas de consulta destes idosos, com a ajuda dos ACS que fizeram uma lista dos que estavam com exames complementares em atraso, já que é de rotina na UBS solicitar estes exames pelo menos uma vez ao ano, e em caso de alteração repetir a cada 6 meses, isto quando o idoso é só hipertenso no caso dos diabéticos a conduta é outra, os exames são solicitados a cada 6 meses, principalmente os de glicemia e em caso de alteração repetidos em 3 meses. Este processo já é conduta na UBS, já que realizamos reuniões de hiperdia com frequência e a maioria dos hipertensos e diabéticos da área são idosos; alguns com dificuldade de locomoção ou acamados estavam com os exames em atraso, portanto levamos o médico à visitas domiciliares para que solicitasse os exames, para olhar os resultados os ACS agendavam consultas na UBS e equipe de enfermagem (enfermeira ou auxiliar de enfermagem), mostrava ao médico junto com o prontuário do paciente.

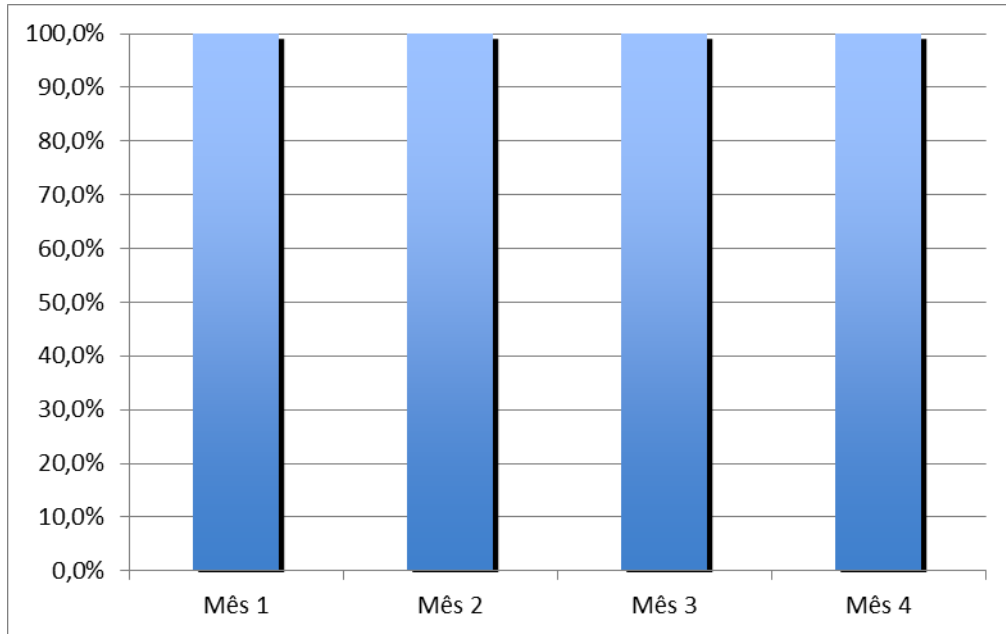


Gráfico 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Meta 12: avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 50% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Indicador 12: proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador tinha como objetivo avaliar 50% dos idosos cadastrados quanto ao acesso dos medicamentos prescritos; e atingimos a meta de 70,4%, pois todos dos 253 idosos cadastrados no programa foram avaliados 158.

Isso foi possível com uma avaliação do livro ata da UBS de entrega de medicamentos; mesmo sem prescrição médica que é o caso dos idosos com hipertensão e/ou diabetes, que possuem uma carteirinha específica no município com dados pessoais e medicamentos de uso contínuo, para que possam receber a medicação mensalmente sem a necessidade de receita; estes quando não havia disponível na UBS alguns medicamentos que fazem parte da farmácia popular, a equipe de enfermagem com a carteirinha em mãos fazia a receita com o médico sem a necessidade de agendamento de consulta, e orientava o idoso para se cadastrar em qualquer farmácia do município e receber os medicamentos sem custo pelo Programa da Farmácia Popular do Governo Federal, estes foram os métodos usados para a avaliação, conseguimos ter uma visão principalmente dos idosos hipertensos e/ou diabéticos que tem acesso aos medicamentos de uso contínuo pela UBS ou pelo Programa da Farmácia Popular, alguns deles já cadastrados no programa preferem continuar pegando os medicamentos na farmácia onde foram cadastrados, vindo até a UBS para renovação da receita a cada 4 meses, uma exigência do próprio programa.

Outros medicamentos que fazem parte da Farmácia Básica no atendimento da Atenção Primária estava em falta durante o período da intervenção, e a demora para a chegada destes medicamentos foi grande, pois havia todo o processo de licitação a ser realizado; porém o objetivo não era que todos os idosos tivessem acesso aos medicamentos prescritos, e sim fossem ao menos avaliados se recebem ou não o medicamento, e este item foi alcançado com sucesso.

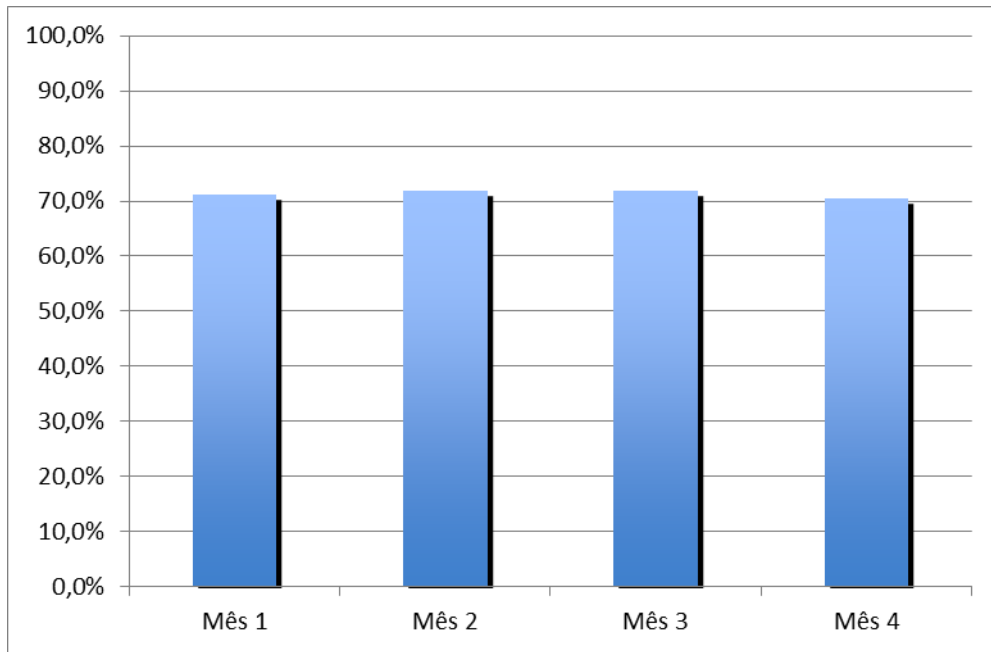


Gráfico 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Meta 13: concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 13: proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: número de idosos com tratamento odontológico concluído.

Denominador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Este indicador tinha como meta concluir o tratamento odontológico de 50% dos idosos com primeira consulta odontológica e atingimos um total de 100%.

Como já relatado anteriormente a procura de idosos para consulta odontológica na UBS e aceitação deles para este tipo de atendimento foi pouco, porém, dos 4 que realizaram primeira consulta odontológica na UBS, todos concluíram o tratamento, o objetivo das ESF e ESB é que esta aceitação melhore com o passar do tempo, realizando orientações sobre a importância da saúde bucal de toda população independente da idade.

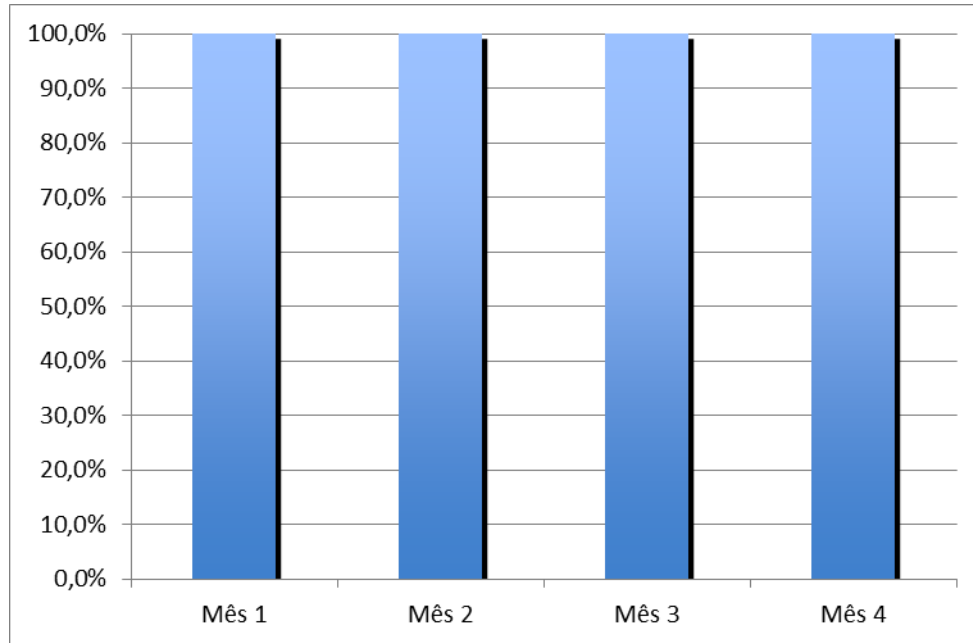


Gráfico 13: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Meta 14: avaliar alterações de mucosa bucal em 30% dos idosos cadastrados.

Indicador 14: proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Conseguimos atingir um total de 9,1%, sendo este um total de 23 idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Este total só foi possível com a realização das visitas domiciliares realizada pela ESB, que avaliou a mucosa bucal dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção sendo 21 no total, destes 2 foi até a unidade para consulta odontológica programada, e os outros 2, foi por agendamento realizado pelos agentes de saúde.



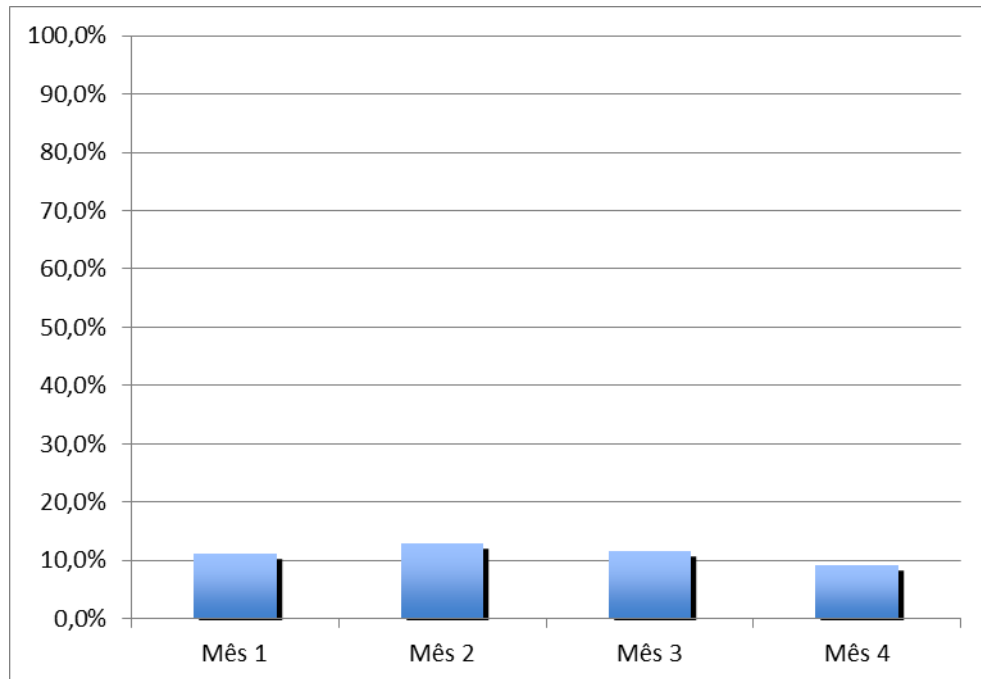


Gráfico 14: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Meta 15: avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador 15: proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.

Denominador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Este indicador tinha como objetivo avaliar todos os idosos com primeira consulta odontológica programada, e todos os 4 idosos que realizaram primeira consulta foram avaliados para necessidade de prótese dentária, atingindo os 100% que havia sido proposto.

Este meta foi alcançada graças a ESB que ao realizar a consulta odontológica também realizou a avaliação para necessidade de prótese dentária, porém, infelizmente nosso município não tem disponível o Programa de Órtese e Prótese por falta de profissionais vinculados ao estado, portanto os idosos com a necessidade de prótese não puderam ser encaminhados ao serviço, e foram orientados a procurar atendimento particular.

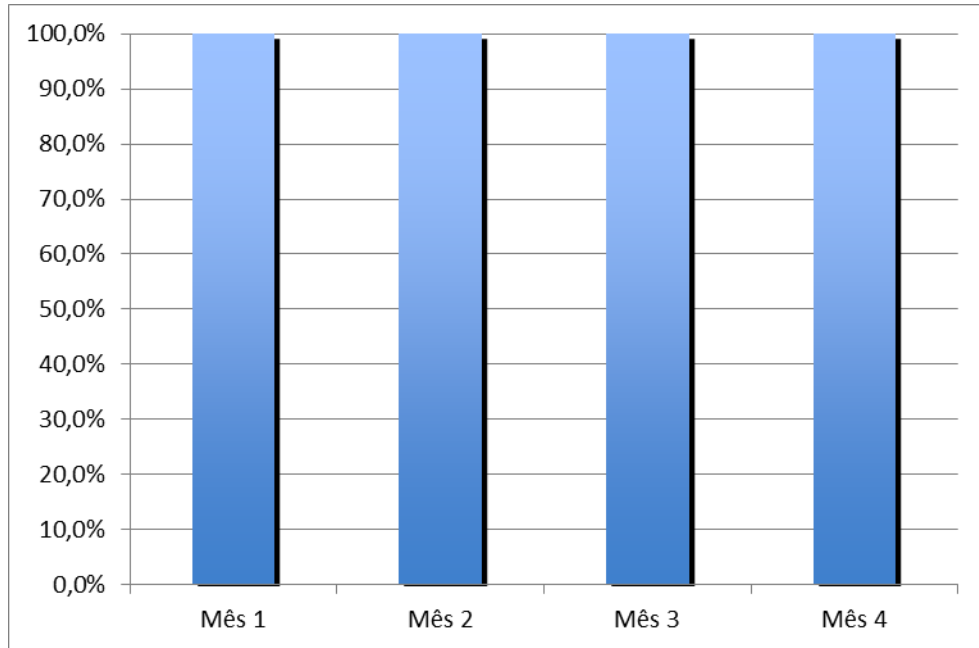


Gráfico 15: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.

Meta 16: manter registro específico de 60% das pessoas idosas.

Indicador 16: proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: número de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador tinha como objetivo registrar 60% dos idosos em ficha espelho, e atingimos um total de 100%, uma vez que todos os 253 idosos cadastrados até o término da intervenção foi registrado e entrevistado para o preenchimento da ficha espelho.

Esta meta só pode ser alcançada graças aos agentes de saúde que em suas visitas domiciliares realizaram o registro, após um treinamento que aconteceu no início da intervenção na própria UBS, com o intuito de orienta-los para o correto preenchimento da ficha, os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita da enfermeira (eu), foi preenchido pela mesma, e outros idosos que foram até a UBS para algum atendimento realizei o preenchimento no local.

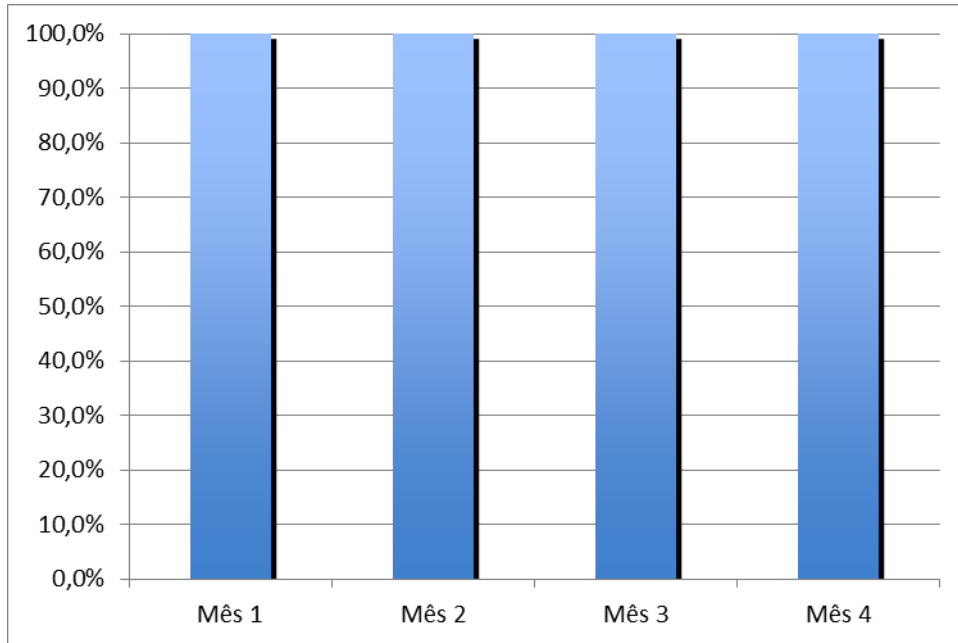


Gráfico 16: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Meta 17: distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 70% dos idosos cadastrados.

Indicador 17: 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.

Este indicador tinha o objetivo inicial de preencher e entregar 70% de caderneta de saúde da pessoa idosa aos idosos cadastrados no programa, com o término da intervenção foi preenchido 100%, sendo que dos 253 idosos cadastrados todos possuem caderneta de saúde da pessoa idosa.

Esta meta só foi atingida graças a ajuda dos ACS, que possuem os cadastros de toda população em dia, e têm em mãos anotações a parte das medicações que os idosos fazem uso contínuo. Portanto em momentos vagos na UBS, eu sentava com o ACS que tinha esses dados em mãos para o preenchimento da caderneta, e na própria UBS procurávamos os aprazamentos de vacinação para também serem repassados na caderneta, com isso conseguimos também realizar um levantamento minucioso de quais vacinas estão em atraso de cada idoso, para que no momento da entrega da caderneta que foi realizada pelo ACS nas visitas domiciliares, o mesmo pudesse cobrar as vacinas em atraso e orientasse os idosos à irem até a UBS para atualização de calendário vacinal.

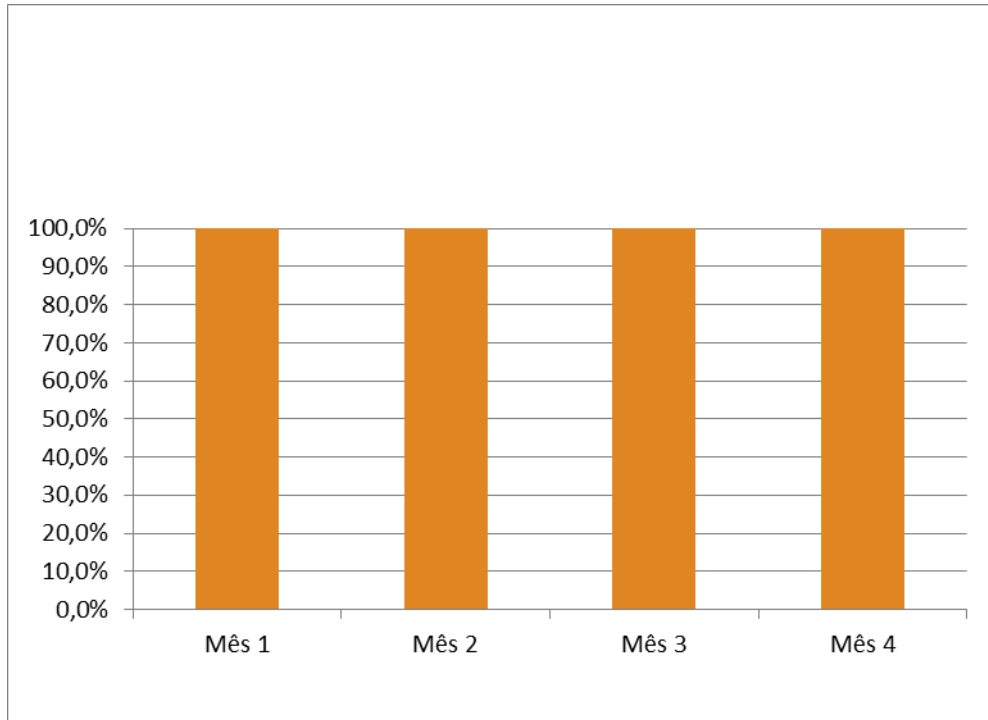


Gráfico 17: Proporção de idosos com Caderneta de saúde da Pessoa Idosa.

Meta 18: rastrear 50% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 18: proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Esta intervenção tinha o objetivo de contemplar 50% dos idosos com rastreamento para risco de morbimortalidade, e ao final da intervenção atingimos 100%, ou seja, dos 253 idosos cadastrados no programa todos foram rastreados.

Este objetivo só foi alcançado com a elaboração da ficha espelho, que continham dados importantes para este tipo de levantamento, e que serviram de apoio para o levantamento de quais idosos encontram-se mais vulneráveis, embora já tivéssemos conhecimento de quais são esses idosos, foi mais fácil ter uma ideia concreta com o preenchimento da ficha espelho, que nos auxiliou no levantamento de vários outros dados importantes durante a intervenção; todas as fichas espelho foram preenchidas com o auxílio dos agentes de saúde que em suas visitas domiciliares realizaram o registro, após um treinamento que aconteceu no início da intervenção na própria UBS, com o intuito de orienta-los para o correto preenchimento da ficha, os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita da enfermeira (eu), foi preenchido pela mesma, e outros idosos que foram até a UBS para algum atendimento realizei o preenchimento no local.

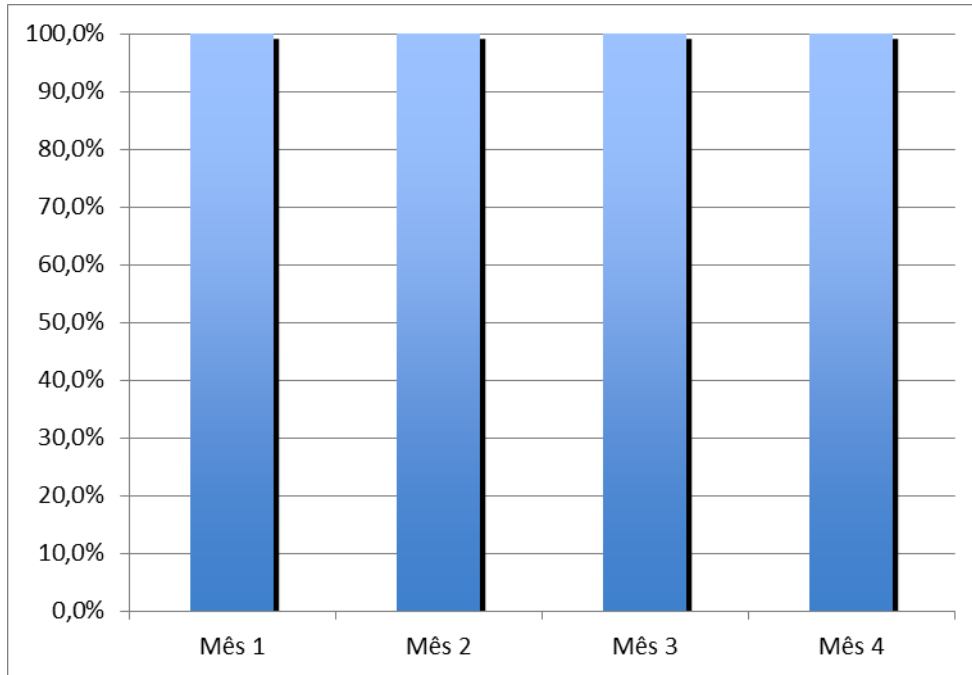


Gráfico 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Meta 19: investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 50% das pessoas idosas.

Indicador 19: proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação de fragilização na velhice.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador foi exatamente como o anterior; tinha como objetivo contemplar 50% dos idosos com rastreamento para risco de morbimortalidade, e ao final da intervenção atingimos 100%, ou seja, dos 253 idosos cadastrados no programa todos foram rastreados.

Este objetivo só foi alcançado com a elaboração da ficha espelho, que continham dados importantes para este tipo de levantamento, e que serviram de apoio para o levantamento de quais idosos encontram-se mais vulneráveis, embora já tivéssemos conhecimento de quais são esses idosos, foi mais fácil ter uma ideia concreta com o preenchimento da ficha espelho, que nos auxiliou no levantamento de vários outros dados importantes durante a intervenção; todas as fichas espelho foram preenchidas com o auxílio dos agentes de saúde que em suas visitas domiciliares realizaram o registro, após um treinamento que aconteceu no início da intervenção na própria UBS, com o intuito de orienta-los para o correto preenchimento da ficha, os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita da enfermeira (eu), foi preenchido pela mesma, e outros idosos que foram até a UBS para algum atendimento realizei o preenchimento no local.

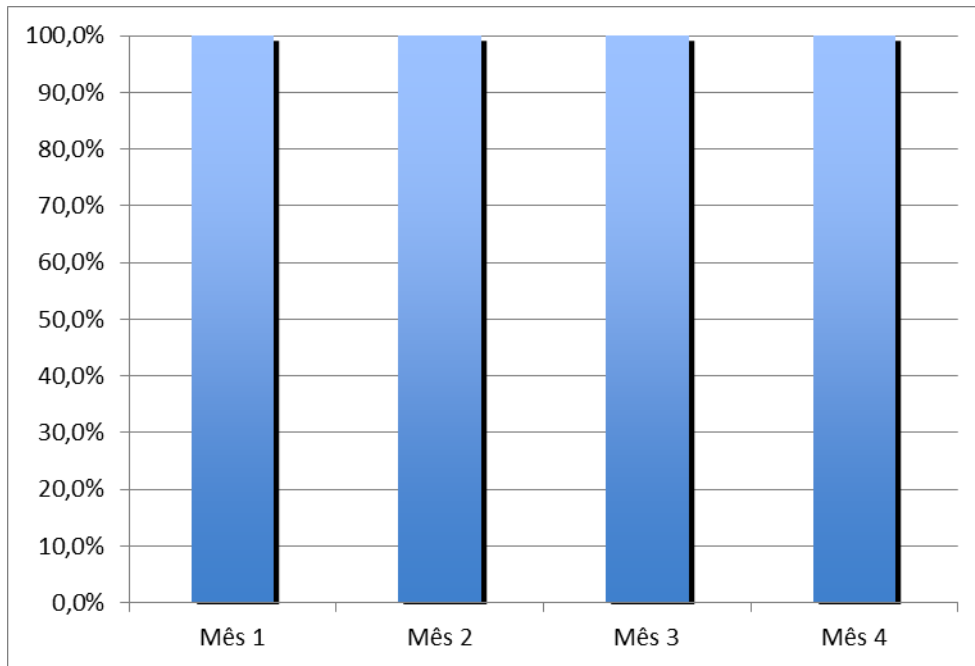


Gráfico 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Meta 20: avaliar a rede social de 50% dos idosos.

Indicador 20: proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação de rede social em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este também foi outro dado obtido da mesma forma que os outros 2 indicadores anterior, tinha como objetivo contemplar 50% dos idosos com rastreamento para risco de morbimortalidade, e ao final da intervenção atingimos 100%, ou seja, dos 253 idosos cadastrados no programa todos foram rastreados.

Este objetivo só foi alcançado com a elaboração da ficha espelho, que continham dados importantes para este tipo de levantamento, e que serviram de apoio para o levantamento de quais idosos encontram-se mais vulneráveis, embora já tivéssemos conhecimento de quais são esses idosos, foi mais fácil ter uma ideia concreta com o preenchimento da ficha espelho, que nos auxiliou no levantamento de vários outros dados importantes durante a intervenção; todas as fichas espelho foram preenchidas com o auxílio dos agentes de saúde que em suas visitas domiciliares realizaram o registro, após um treinamento que aconteceu no início da intervenção na própria UBS, com o intuito de orienta-los para o correto preenchimento da ficha, os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita da enfermeira (eu), foi preenchido pela mesma, e outros idosos que foram até a UBS para algum atendimento realizei o preenchimento no local.

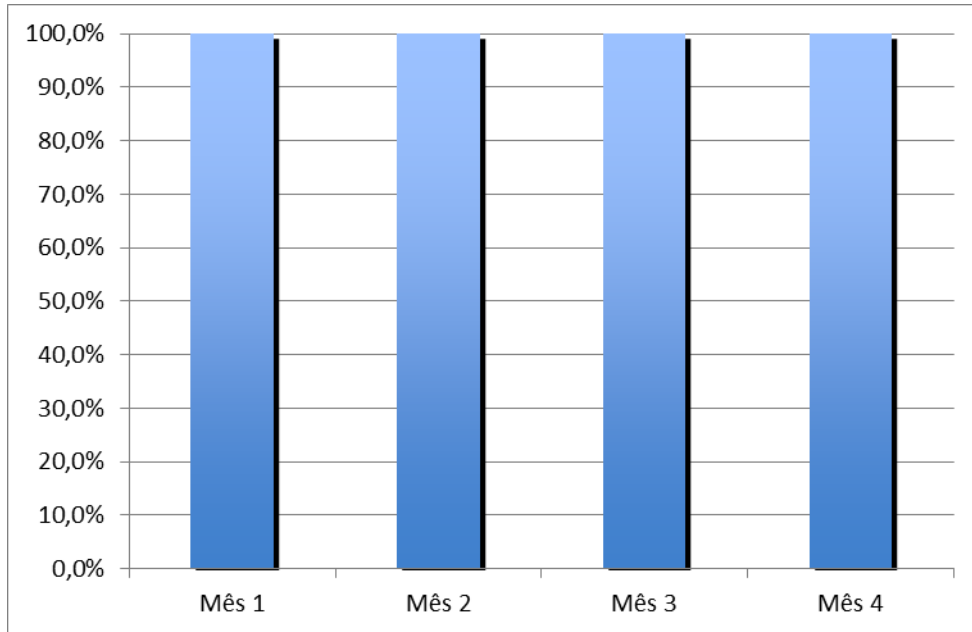


Gráfico 20: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Meta 21: realizar avaliação de risco em saúde bucal em 30% dos idosos.

Indicador 21: proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: número de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Denominador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Este indicador mesmo sendo somente 4 a quantia de idosos que passaram por primeira consulta odontológica, a avaliação foi realizada pela equipe de saúde bucal, portanto, atingimos 100%.

Toda a intervenção focada na saúde bucal foi difícil, como já mencionei em outros dados acima, pois a aceitação da população quanto esse tipo de atendimento é bem difícil, mesmo após a intervenção essa faixa etária (maior de 60 anos), comparece pouco à UBS para este tipo de atendimento.

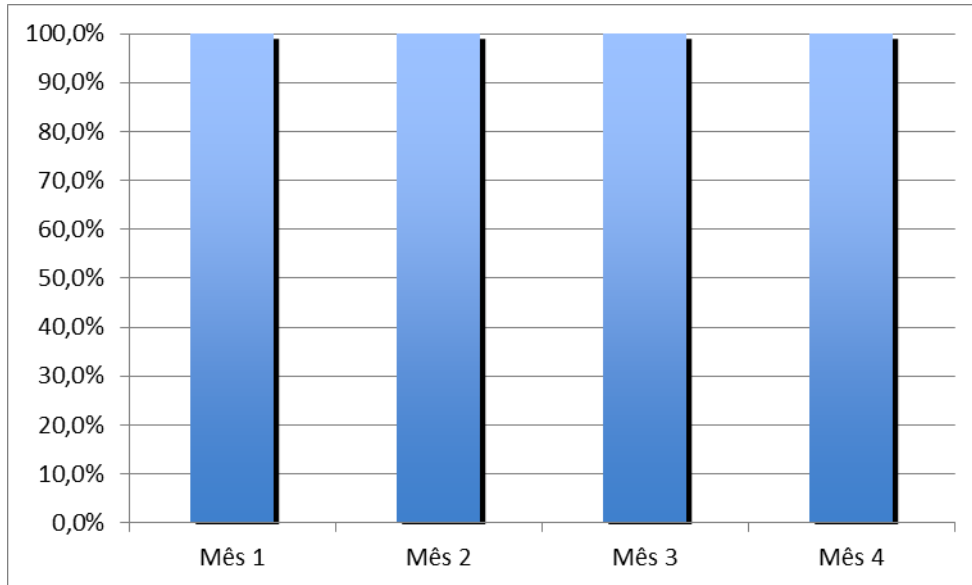


Gráfico 21: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Meta 22: garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 22: proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Numerador: número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador tinha como objetivo atingir 100% da população idosa cadastrada no programa, e atingimos 100%, sendo que todos os 253 idosos cadastrados no programa recebeu de alguma forma orientação nutricional, sendo ela pelos ACS, pela equipe de enfermagem ou médico em visita domiciliar, ou orientação em grupo, com palestra.

A única dificuldade que tivemos foi quanto a um profissional especializado no assunto, pois não temos disponível no município um nutricionista, portanto, tive que realizar treinamento com os ACS quanto a orientação que poderiam realizar durante as visitas domiciliares para preenchimento da ficha espelho, e eu realizei as orientações aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, também realizei uma palestra em um dos distritos pertencente a minha área de abrangência, e o médico realizou outra, abrangendo assim idosos diferentes em ambas.



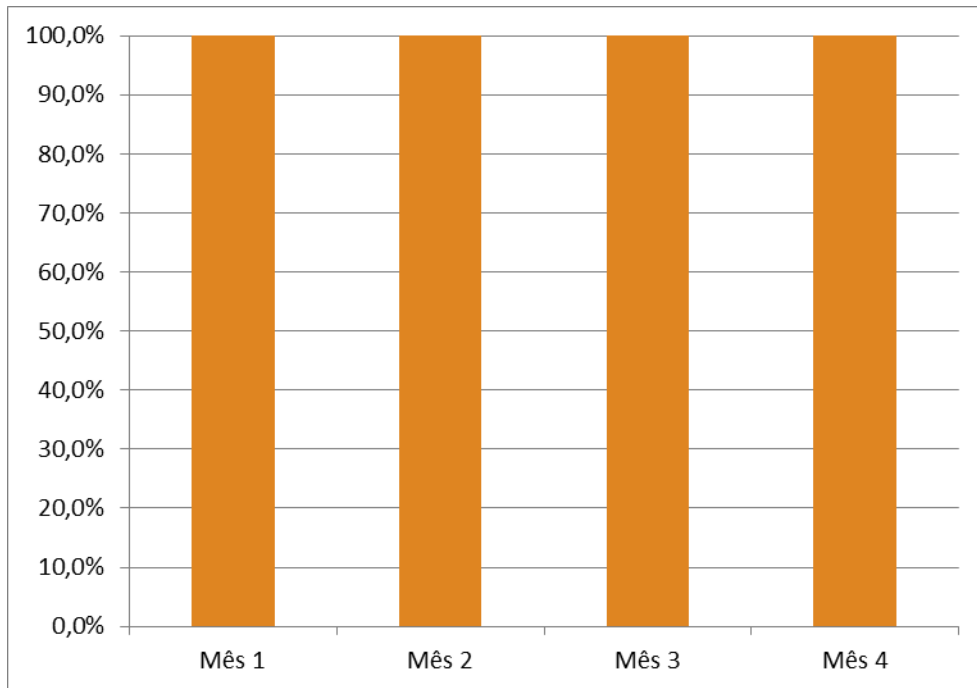


Gráfico 22: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Meta 23: garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Indicador 23: proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

Este indicador também se repete como o anterior, tinha como objetivo atingir 100% da população idosa cadastrada no programa, e atingimos um total de 100%, sendo que todos os 253 idosos cadastrados no programa recebeu de alguma forma orientação para prática de atividade física regular, sendo ela pelos ACS, pela equipe de enfermagem ou médico em visita domiciliar, ou orientação em grupo, com palestra, e nesta palestra também contamos com a presença de um educador físico que realizou orientações e um alongamento com todos os idosos presentes.

Nossa maior dificuldade também foi a falta de um profissional especializado, como um educador físico no município que pudesse orientar os idosos da melhor forma possível, no dia em que realizamos a palestra fomos até o CREAS e solicitamos a disponibilidade para que a estagiária fosse conosco até a palestra para dar algumas dicas aos idosos sobre atividade física voltada a terceira idade, esta aceitou e realizou com entusiasmo, mesmo não fazendo parte do quadro da equipe de saúde do município.

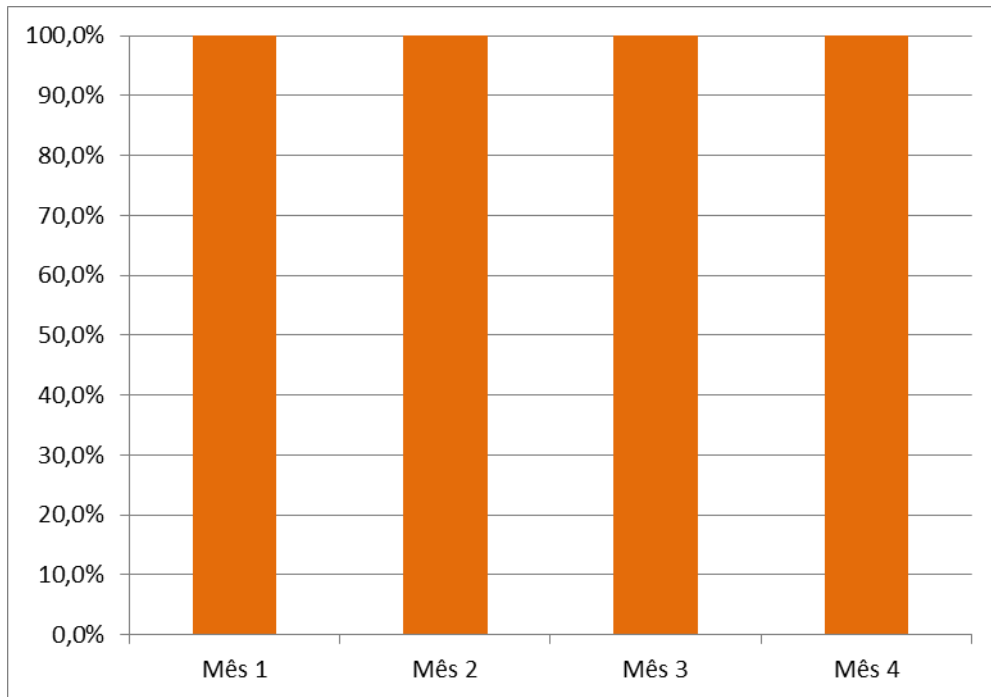


Gráfico 23: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Meta 24: garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 24: proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: número de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Denominador: número de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Este indicador tinha o objetivo de atingir 100% da população idosa, porém mesmo sendo somente 4 a quantia de idosos que passaram por primeira consulta odontológica, a orientação foi realizada pela equipe de saúde bucal à todos, atingindo 100%. Também realizamos esta orientação nas visitas domiciliares odontológicas, porém, só pode ser constado como realizado a intervenção aqueles idosos que passaram por primeira consulta odontológica.

Toda a intervenção focada na saúde bucal foi difícil, como já mencionei em outros dados acima, pois a aceitação da população quanto esse tipo de atendimento é bem difícil, mesmo após a intervenção essa faixa etária (maior de 60 anos), comparece pouco à UBS para este tipo de atendimento.

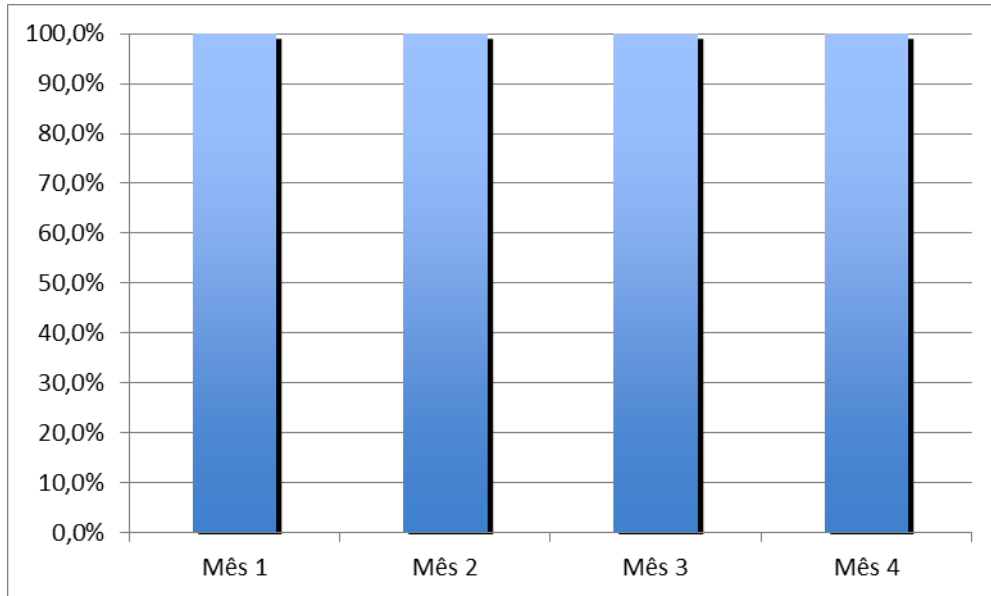


Gráfico 24: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Meta 25: garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 30% dos idosos cadastrados.

Indicador 25: 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 de idosos cadastrados no programa.

Esta meta infelizmente alcançou somente 7,1% dos idosos cadastrados no programa e a meta era atingir um total de 30%, dos 253 idosos cadastrados no programa somente 18 compareceram a palestra realizada pelo dentista.

Como já mencionado, a procura dos idosos para este tipo de atendimento é pouca em minha área de abrangência, no dia em que realizamos a palestra, que estava prevista para acontecer uma vez durante a intervenção, somente 18 idoso compareceram.

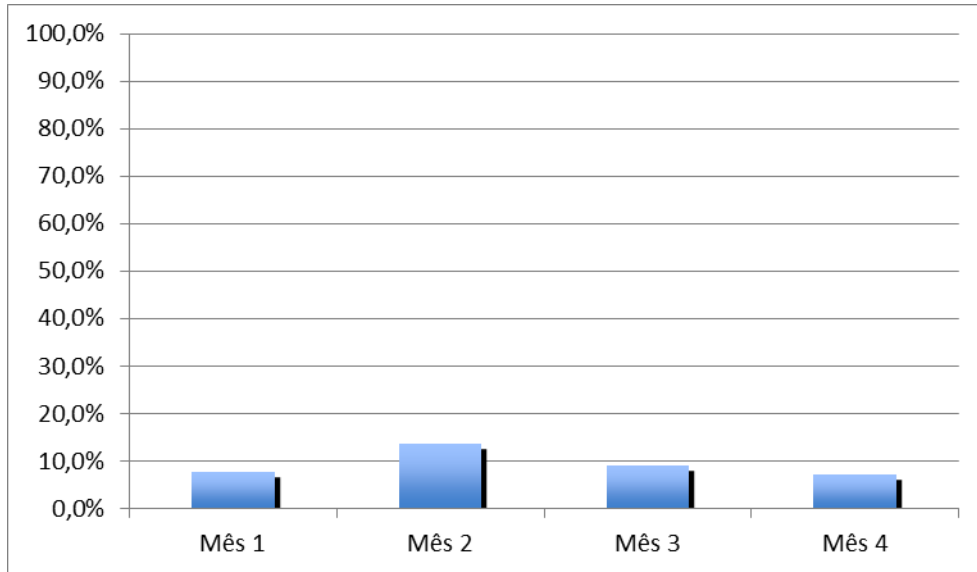


Gráfico 25: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

#### 4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde (UBS), propiciou a implantação da cobertura da atenção a saúde do idoso, a melhoria dos registros, e a qualificação da atenção com destaque para o atendimento priorizado aos idosos na UBS, sendo eles o atendimento médico, odontológico ou qualquer serviço de enfermagem, tornando-se rotina na unidade por todos os profissionais que compõem as equipes de ESF e ESB, também destacamos a implantação do grupo de idosos na comunidade, que tem como objetivo reunir os idosos da área de abrangência para realizar palestras de educação em saúde sobre diversos temas; outra melhoria foi a atenção da equipe de saúde bucal voltada à população idosa, principalmente a rotina de realização de visita domiciliar aos acamados ou com dificuldade de locomoção, realizada toda sexta-feira com o dentista, auxiliar odontológico e agente de saúde, onde realizam orientações de higiene bucal e higiene de prótese dentária, e quando necessário o idoso é encaminhado à UBS para procedimento a ser realizado no consultório odontológico; também conseguimos com a intervenção conhecer melhor a população idosa, tendo uma visão ampla dos seus problemas diários e dificuldades com as quais têm que lidar diariamente.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as propostas de metas estipuladas no início da intervenção, para rastreamento, atualização de cadastro, orientações, levantamento de problemas, diagnóstico, tratamento e monitoramento de dados. Esta atividade promoveu trabalho integrado do médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar odontológico e agente comunitário de saúde.

A cargo do médico, ficaram as consultas, solicitação de exames periódicos, avaliação e exame clínico aos idosos, realizado nas consultas, palestras com temas sobre alimentação saudável e a importância da prática de exercício físico na terceira idade, e visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

A enfermagem realizou capacitação com os profissionais para orientação da importância da intervenção à comunidade, divisão de tarefas a serem realizadas por cada profissional, orientando-os sobre a implantação da nova rotina de atendimento, organizou e realizou o grupo de idosos, os temas a serem abordados na educação em saúde por cada profissional e o cronograma a ser seguido; uma das palestras foi realizada pela mesma, realizou visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção com investigação para diabetes nas visitas domiciliares, e campanhas realizadas na própria UBS e grupo de idosos, preenchimento da ficha espelho e monitoramento dos dados, orientação a toda equipe quanto ao processo de trabalho a ser realizado durante a intervenção.

A auxiliar de enfermagem colaborou com algumas tarefas simples, como visitas domiciliares juntamente com o médico e agentes de saúde.

A equipe de saúde bucal teve como função na intervenção o atendimento de primeira consulta odontológica programática; visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, com o intuito de realizar orientações para higiene oral e higiene de prótese dentária; concluir o tratamento odontológico à todos os idosos que realizassem primeira consulta odontológica; avaliação de alteração de mucosa oral aos idosos que passaram por primeira consulta odontológica e visitas domiciliares para os acamados e com dificuldade de locomoção; avaliação para necessidade de prótese, risco para saúde bucal e orientação individual de cuidados de saúde bucal na primeira consulta odontológica; a ESB realizou palestra com o grupo de idosos para ação coletiva de educação em saúde bucal.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) tiveram como função na intervenção a atualização dos cadastros; preenchimento de ficha espelho, com entrevista aos idosos para o preenchimento da mesma e conseqüentemente levantamento dos problemas; convite para as reuniões de educação em saúde e organização das mesmas juntamente com a enfermeira; realizou visitas domiciliar à todos os idosos cadastrados no programa até o término da intervenção; busca ativa aos idosos que faltassem às consultas; levantamento dos idosos acamados para a realização de visita domiciliar pelos outros profissionais da equipe; levantamento das fichas de consulta para obter dados necessários; e estavam presente em todo processo do início ao término da intervenção.

Antes da intervenção as atividades realizadas para a população idosa era realizada somente em datas comemorativas; com a implantação do programa toda a equipe se motivou à adesão da intervenção, mudando a rotina do atendimento e observando a população idosa com mais cautela, tendo consciência que a mesma deve ser assistida e monitorada, recebendo uma atenção especial devido a sua

fragilidade. Portanto, conseguimos implantar rotinas às equipes de saúde bucal e saúde da família que antes não eram realizadas. A educação em saúde obteve um entrosamento entre as equipes, que se programaram com antecedência e interagiram entre si para abordar os temas propostos pelo programa, aproximando os profissionais preocupados e interessados com a melhoria da qualidade do atendimento a população idosa.

O impacto da intervenção esta sendo natado priorizado à população idosa; no início houve uma insatisfação e reclamação por parte dos outros usuários, porém, esclarecemos aos mesmos que os idosos possuem leis que os defendem para receberem atendimento prioritário, sem muita espera, por ser uma população fragilizada, e após estas orientações não tivemos mais problemas; recebemos elogios com as palestras realizadas com o grupo de idosos para educação em saúde, que antes acontecia somente com o grupo de hiperdia (hipertensos e/ou diabéticos); as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde bucal também foi recebida com grande satisfação, com os idosos e familiares alegando nunca terem recebido visita do dentista para orientação de higiene oral e cuidados e higiene com prótese dentária.

Ao término da intervenção, infelizmente tivemos um total de 63 idosos que não conseguimos cadastrar no programa.

A intervenção poderia ter sido melhor desenvolvida em alguns pontos se desde o início tivéssemos desenvolvido um trabalho diferenciado aos idosos para a aceitação dos atendimentos pela ESF; pois encontramos dificuldade por parte de muitos idosos para aceitarem os atendimentos e tratamentos odontológicos; muitas vezes nos deparamos com problemas relacionados à saúde bucal, e quando a intenção era encaminharmos estes idosos para atendimento e procedimento, os mesmos se recusavam alegando que o problema não estava incomodando.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e temos como objetivo incorporar a intervenção na rotina da UBS, trabalhando principalmente a adesão por parte dos idosos ao tratamento odontológico.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, iremos continuar priorizando o atendimento na UBS aos idosos, e realizar educação em saúde para conscientizar a população idosa quanto a importância de realizar o tratamento odontológico.

Falta alguns cadastros que não conseguimos realizar, portanto, será realizado pois estes dados são necessários para coleta de dados e levantamento de problemas.

Com a volta de um ACS que estava de atestado médico durante o período de intervenção, iremos cadastrar os outros 63 idosos que pertence a sua área de abrangência, que não foram cadastrados devido a sua ausência; e o próximo mês

tem como principal objetivo, realizar palestra com o grupo de idosos para trabalhar a educação com a comunidade ressaltando a importância do tratamento odontológico, com a intervenção de melhorar a adesão por parte dos próprios usuários no atendimento odontológico.

#### 4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

O projeto de intervenção na comunidade da Barra Preta teve como intuito melhorar a qualidade do atendimento à população idosa, e alcançou grandes trunfos desde seu início até o término; melhoramos os atendimentos que já aconteciam na UBS e incorporamos à rotina, e outros tipos de atendimentos que só aconteceram após o início da intervenção.

Com este projeto conseguimos conhecer melhor a população idosa da área de abrangência, cada usuário do SUS, suas dificuldades e necessidades; cadastrando ao projeto e preenchendo ficha espelho um total de 253 idosos, sendo que no total possuímos 316 idosos na área de abrangência; com isso atualizamos os cadastros individuais de cada idoso; todos os cadastrados individualmente receberam durante a visita domiciliar dos ACS uma orientação breve sobre a importância da prática de exercício físico na terceira idade e uma alimentação saudável; solicitamos exames periódicos aos hipertensos e diabéticos sendo 153 no total, e orientamos para a realização dos mesmos no mínimo uma vez ao ano; conhecemos os idosos que utilizam a medicação da UBS e aqueles que são cadastrados no Programa da Farmácia Popular; formamos um grupo de idosos na comunidade para trabalhar educação em saúde com os profissionais da ESF e ESB, e este foi recebido pela comunidade com grande satisfação, durante os 4 meses de intervenção este trabalho educativo aconteceu em 3 reuniões no distrito da Barra Preta, e uma na localidade do Patrimônio dos Baianos, (pertencente também à área de abrangência), com o objetivo de orientá-los quanto a saúde bucal e higiene de prótese dentária, alimentação saudável e prática de exercício físico na terceira idade, contamos com uma média de 20 a 30 idosos em cada reunião, e temos como objetivo continuar com o grupo para que a participação da comunidade cresça cada vez mais; priorizamos o atendimento na unidade de saúde à esta população, possibilitando que eles sejam atendidos sem necessitarem de muita espera; realizamos visita domiciliar aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção para 30 idosos com a enfermeira e médico quando a mesma achava necessário e a 21 com a equipe de saúde bucal (ESB) sendo o dentista e auxiliar odontológico, que hoje aderiu como rotina de atendimento as visitas domiciliares para realização de orientações de higiene bucal, saúde bucal e higiene com prótese dentaria; preenchemos e entregamos caderneta da pessoa idosa aos 253 idosos cadastrados no programa; investigamos diabetes a todos os idosos com hipertensão arterial sendo um total de 128 idosos, e destes diagnosticamos 3 idosos que estavam com diabetes e não sabiam, após solicitarmos exames de glicemia em jejum e realizar glicemia capilar de acompanhamento na UBS o médico prescreveu medicação à estes; 4 idosos realizou primeira consulta odontológica e todos concluíram

tratamento, foram avaliados para a necessidade de prótese dentária e alterações de mucosa bucal, sendo este último também avaliados nas visitas domiciliares aos idosos acamados e com dificuldade de locomoção pela ESB, embora a expectativa para esta meta fosse maior conseguimos alcançar uma quantidade pequena pois a comunidade não dá muita importância à saúde bucal, algo que teremos que trabalhar mais; toda a equipe se empenhou no progresso do trabalho, para melhorar o atendimento a população idosa e a intenção é que os trabalhos continuem na UBS e na ESF e ESB mesmo após o término da intervenção.

Mesmo com todo o progresso, nos deparamos com muitas dificuldades, das quais não cabe às equipes resolver. Contamos com uma estrutura precária na UBS que consegue atender as exigências para acolher a população idosa com conforto e qualidade; a UBS estava com falta de alguns medicamentos durante o período de intervenção, principalmente alguns de hipertensão e diabetes, portanto, tivemos que fazer receitas para os pacientes poderem se cadastrar no Programa da Farmácia Popular, algo que gerou muitas reclamações por parte dos usuários, pois relataram ter dificuldade para ir à cidade uma vez ao mês buscar a medicação; outro problema foi o programa de órtese e prótese que não está funcionando há mais de 2 anos, e quando encontrávamos pacientes nas visitas domiciliares com o dentista que necessitava de prótese ou a troca destas, não tínhamos para onde encaminhá-los, uma vez que a maioria é carente e não tem condições.

Os problemas mencionados cabem à administração resolver; e caso sejam solucionados; conseguiremos prestar um atendimento de melhor qualidade, não somente aos idosos, mas a toda população da área de abrangência.

#### 4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade

O relatório a seguir foi desenvolvido para mostrar à comunidade o que melhorou com o projeto de intervenção.

A enfermeira Grazielle Mostachio responsável pela Equipe de Saúde da Família (ESF) do Distrito da Barra Preta iniciou uma pós graduação em março de 2013, e decidiu realizar a intervenção para a população idosa, pois observou-se um aumento desta população na área de abrangência em que atua, e não havia um atendimento com qualidade para eles.

Com a intervenção, os idosos foram beneficiados de várias formas; eles começaram a receber atendimento prioritário da enfermagem, médico e dentista, exceto se alguém que estiver aguardando estes atendimentos se sentir mal, neste caso será atendido antes do idoso; formamos um grupo só de idosos na comunidade para reuniões e palestras dos profissionais da equipe; nos 4 meses de intervenção trabalhamos com diversos temas, entre eles alimentação saudável, importância da prática de exercício físico na terceira idade, saúde bucal ; os agentes de saúde realizaram visitas para preencher um cadastro individual para cada idosos e atualizar seus cadastros de trabalho, e com isso pude conhecer melhor a rotina de



cada idoso e suas dificuldades, saber quais tem acesso aos medicamentos de hipertensão e diabetes na UBS e quais fizeram cadastro na farmácia popular por falta de algum medicamento na UBS, os que estavam com exames de rotina em atraso o médico solicitou; as consultas médicas se tornaram ainda mais importante dando maior atenção à esta população; a equipe de saúde bucal começou a realizar atendimento prioritário aos idosos e estão visitando no domicílio aqueles com dificuldade de locomoção ou acamados, para fazer orientações sobre higiene e cuidados com prótese dentária.

Todas as melhorias mencionadas acima irão continuar como rotina na unidade de saúde e pelas equipes, com a intenção de melhorar ainda mais o atendimento.

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

A busca para o aperfeiçoamento na intervenção e conhecimento teórico aconteceu desde o primeiro dia de aula, até o término da intervenção. A princípio obtive conhecimentos através de textos e estudos disponibilizados nas unidades de ensino sobre os mais variados temas, entre eles, os princípios do SUS e sua integralidade; conheci plantas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde quanto a infraestrutura da UBS; equipamentos que devem disponibilizar e equipe mínima e máxima de profissionais para compor a ESF, e através disto percebi o quanto minha unidade é precária em infraestrutura e equipamentos; me aprofundi através do Caderno da Atenção Básica sobre o Nasf e sua importância às ESF e à própria UBS; outro ponto específico que também me ajudou foi os casos interativos, pois através deles aprendi a solucionar problemas com os quais já havia me deparado antes, porém, não tinha conhecimento amplo para tentar resolvê-los. Após o início da intervenção e com o tema e público alvo a ser atingido escolhido, tive que aprimorar meus conhecimentos, e para isso obter um protocolo de atendimento à população idosa foi primordial, portanto, utilizei o livro Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde: Envelhecimento e Saúde da população Idosa.

Ao escolher o público alvo para o desenvolvimento da intervenção criei uma expectativa de que seria um processo fácil de desenvolvimento e evolução, porém, quando me deparei com a proposta do curso para a intervenção e após indicar as metas a serem desenvolvidas e alcançadas percebi o quanto seria trabalhoso e difícil elaborar e cumprir o que havia sido proposto; certo momento pensei em desistir, pois achei que não conseguiria realizar a intervenção de maneira eficaz. Contudo, com o auxílio da universidade e da orientadora consegui esclarecer minhas dúvidas, evoluir com os trabalhos e cumprir as exigências, atingindo as metas propostas no início, ultrapassando algumas e infelizmente não alcançando outras.

Com a implantação do projeto de intervenção pude ter uma visão ampla sobre a realidade da população idosa em minha área de abrangência, e descobrir quanto

frágil é este público; conhecendo-os individualmente e assim buscando solucionar os problemas e auxiliá-los em suas dificuldades.

Ao final da intervenção o meu crescimento profissional foi grande e proveitoso, e com a introdução da intervenção à rotina de atendimento certamente esses conhecimentos irão ampliar, me qualificando e capacitando cada vez mais para atender a população idosa com qualidade.

### **Referências Bibliográficas**

- Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, MS, Brasília – DF, 2007.
- Estatuto do Idoso.

### **Anexos**

**Anexo A** – Ficha Espelho.

**Anexo B** – Imagens coletadas durante a intervenção.



--	--	--	--	--	--	--	--

Realizar as atividades diária: ( )

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo B – Imagens coletadas durante a intervenção:**



Figura 26: Lembrancinha feita pela enfermeira (especializanda) e entregue na palestra do Dia do Idoso.



Figura 27: Palestra realizada pela enfermeira (especializanda), no Dia do Idoso.



Figura 28: Idosos presentes na palestra do Dia do Idoso.



Figura 29: Idosos presentes na palestra do Dia do Idoso.



Figura 30: Palestra realizada pelo médico da equipe sobre importância da atividade física.



Figura 31: Orientação e alongamento realizada por uma educadora física.





Figura 32: Visita domiciliar realizada pela Equipe de Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde.



Figura 33: Visita domiciliar realizada pela auxiliar de enfermagem.



Figura 34: Visita domiciliar realizada pela enfermeira (especializanda).

Figura 35: fachada da unidade de saúde.



Figura 36: recepção ESF.



Figura 37: corredor da ESF comum às equipes.



Figura 38: reuniões de equipe.



Figura 39: encontros do grupo de apoio Idosos.



Figura 40: atendimento médico de rotina.

