

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Posto Kutcher, Turuçu-RS**

**Lester Cousin Otomuro**

**Pelotas, 2015**

**Lester Cousin Otomuro**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Posto Kutcher, Turuçu-RS**

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

**Orientadora: Daniela Nunes Cruz**

**Pelotas, 2015**

O88m Otomuro, Lester Cousin

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Posto Kutcher,  
Turuçu-RS / Lester Cousin Otomuro; Daniela Nunes Cruz,  
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

116 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Cruz, Daniela Nunes, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Dedico esta obra a meus filhos por ser minha maior fonte de inspiração e a minha esposa por ter me apoiado além da distância.

## **Agradecimentos**

Agradeço nossa equipe por sua participação ativa na intervenção, também quero agradecer a minha orientadora por suas indicações e paciência, sem sua ajuda teria sido impossível a conclusão desta obra.

## Resumo

Cousin Otomuro, Lester. Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Posto Kutcher, Turuçu-RS. 2015. 115f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento da população exige adequação dos serviços de saúde, especialmente da atenção básica, o que poderia reduzir as internações e complicações de doenças entre esta população. Pensando na melhoria de qualidade de vida da população de idosos realizou-se um estudo de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Posto Kutcher de Turuçu. O projeto foi desenvolvido no período de 12 semanas, e participaram 340 usuários com 60 anos ou mais. Atingiu-se uma cobertura de 99,7%. Entre os indicadores de qualidade, 82,9% (282) receberam avaliação multidimensional rápidas, 87,1% (300) exames clínicos apropriados em dia, 86,2% de proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, mais de 90% prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, todos tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, 67,4% (227) de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, 34,1% de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Todos os idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, um 100% de proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, um 100% de proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, um 76,8% de proporção com avaliação para fragilização na velhice em dia, um 80% de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, um 93,5% de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, um 93,5% de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, e um 82,1% de proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Como principais resultados, ampliou-se a cobertura, todos os indicadores de qualidade melhoraram, a equipe foi capacitada, os registros melhoraram os resultados foram publicados e o projeto está incorporado à rotina do serviço, envolvendo toda a equipe da UBS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	79
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	80
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	81
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	82
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	83
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	84
Figura 7	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	86
Figura 8	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	87
Figura 9	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	88
Figura 10	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	88
Figura 11	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	90
Figura 12	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	91
Figura 13	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	92
Figura 14	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	93
Figura 15	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	94
Figura 16	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	95

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AB	Atenção básica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS ..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	30
2.3.2 Indicadores .....	63
2.3.3 Logística.....	69
2.3.4 Cronograma .....	772
3 Relatório da Intervenção.....	75
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	75
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	77
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	775
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	77
4 Avaliação da intervenção.....	78
4.1 Resultados .....	78
4.2 Discussão.....	95
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	99
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	100
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	103
Referências .....	1056
Apêndices.....	107
Anexos .....	110

## **Apresentação**

O seguinte volume trata se de uma intervenção realizada por uma Equipe Básica de Saúde para melhorar a qualidade da atenção em saúde aos usuários idosos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Posto Kutcher do município Turuçu. Esta intervenção surge como iniciativa da coordenação do curso à distancia de especialização em saúde da família em parceria com as universidades aberta do SUS e UFPEL.

O volume consta de cinco partes fundamentais. O Capítulo 1 – Análise Situacional, fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho. O Capítulo 2 – Análise Estratégica, trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção, fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 12 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldade, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção, descreve os resultados obtidos ao longo do Projeto e inclui os relatórios de intervenção para o gestor e para a comunidade. Por fim, o Capítulo 5 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem traz ao leitor a impressão do autor sobre a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e também sua opinião sobre o Projeto de Intervenção implantado na unidade de saúde.

## **1. Análise Situacional**

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

A situação da ESF\APS em meu serviço é favorável, a secretaria de saúde e a prefeitura estão muito interessadas em melhorar as condições de saúde da população. Além disso, trabalho em um município pequeno com menos de quatro mil pessoas o que facilita as coisas. O município tem duas UBS e um Pronto Socorro, com uma boa cobertura de saúde.

A estrutura da UBS é boa, há menos de um ano que foi construída, conta com uma sala de recepção, uma enfermaria, uma sala para fonoaudióloga, uma sala para a psiquiatra, uma sala para o pediatra, uma sala para enfermeira, a minha sala, uma sala de vacinação, uma sala de refrigeração, uma sala de curativos, dois banheiros, uma cozinha e uma sala de esterilização.

A UBS está localizada no Centro da cidade, e atende uma população de 2500 pessoas com uma cobertura de mais de 95 %. O pessoal que trabalha na ESF está bem qualificado, contamos com uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, e o médico.

As urgências e emergências médicas do município são atendidas no Pronto Socorro (Posto Central) nós atendemos a demanda os usuários que não apresentam urgências, e alguns com acompanhamento programado todos os dias de manhã, de 8h as 12 h. À tarde, às segundas-feiras, das 13h às 15h são as consultas de puericultura, de 15h às 17h são as visitas domiciliárias a aqueles usuários que pela sua condição de saúde não podem vir a nosso posto, também fazemos atividades de promoção e prevenção de saúde e internamento domiciliar nos usuários que precisarem.

Terça-feira de tarde são as consultas de pré-natal de 13h às 15h depois visitas domiciliárias. Quarta-feira de tarde são os atendimentos em grupos de

usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Quinta às 11:30h realizamos reunião de equipe e quinta de tarde e sexta de tarde são a minhas oito horas para assistir o curso de Especialização em Saúde da Família.

A equipe faz outras atividades como coleta de preventivo ginecológico, exame clínico de mamas, testes rápidos de HIV e VDRL, vacinação aos grupos de risco, palestras aonde se oferece informação aos diferentes grupos populacionais.

A ESF neste município é uma atividade que começou se praticar ha poucos anos na UBS São Jose, que atendia a totalidade da população só que a falta de pessoal qualificado e a grande quantidade de usuários não permitiam ter um bom desenvolvimento da atividade preventiva e de promoção de saúde, tinha um perfil mais bem assistencial.

Agora com a implementação do Programa Mais Médicos a secretaria de saúde conseguiu abrir uma segunda UBS onde eu trabalho e ampliar a estratégia em saúde da família oferecendo um atendimento bem diferente que e a população está adorando, agora tem maior cobertura de saúde, agora tem um médico que visita as suas casas, que mora perto deles, que conhece o modo e estilo de vida dos usuários que assiste, que realiza atividades com eles e que aborda os problemas de saúde não só com uma visão biologista mais também psicossocialmente.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Turuçu é uma cidade pequena do Rio Grande do sul chamada a capital nacional da pimenta vermelha, que se limita a sul e oeste com o município de Pelotas, ao norte com São Lourenço do Sul e a leste com a Lagoa dos Patos. A sede e cortada pela BR 116, e fica a 179 km da capital do estado. Tem população de 3829 habitantes e atividade fundamental e a agricultura (IBGE, 2010).

O nome da UBS onde eu trabalho é Posto Kutcher, em homenagem a família que doou as terras para sua construção. Esta UBS é nova, construída no final do ano 2013. Está localizada no centro da cidade de Turuçu e atende uma população de 2.500 pessoas da zona urbana. Tem sua área de abrangência bem delimitada. Existe vínculo direto com o SUS e o modelo de atenção é ESF.

Conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) integrada por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde e o médico. Uma equipe e saúde bucal integrada por uma dentista e uma técnica em saúde bucal. Além destes, trabalham outra técnica em enfermagem, um

pediatra, dos recepcionistas e uma faxineira. A UBS não está vinculada a nenhuma instituição de ensino superior, não conta com o CEO, mas recebe apoio do NASF exemplo psicólogo, assistente social.

Além disso, contamos com várias especialidades no município, ginecologia, pediatria, psiquiatria e fonoaudióloga, também se realiza fisioterapia e reabilitação. Todas com muito boa disponibilidade para os usuários e referência e contra-referência adequados. Aqui em Turuçu, não contamos com hospitais, o mais perto fica a 30 KM, em Pelotas-RS . Os usuários poli-traumatizados são encaminhados para Pelotas ou para São Lourenço do Sul. O usuário em Turuçu tem acesso a realizar qualquer tipo de exame complementar, só que alguns como ECO Doppler, RMN e TAC demoram, outros exames como USG, ECG, teste de gravidez, Teste rápido de HIV, VDRL, HCV realizam-se na própria UBS e o resultado sai na hora.

A estrutura física da UBS apresenta um ambiente específico para recepção e arquivo de prontuários, a recepção com capacidade de receber umas 30 pessoas e o arquivo com capacidade de arquivar ate 6.000 prontuários. Existe uma sala destinada a almoxarifado, um consultório com sanitário e dois sem sanitário, uma sala de vacina uma sala de curativo, uma sala de nebulização, uma área específica para o compressor odontológico, tem um sanitário para funcionários, tem Copa/cozinha, um depósito para material de limpeza, tem sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, tem sala de pasteurização e estocagem de material, tem abrigo para resíduos sólidos (expurgo), tem depósito para o lixo não contaminado.

Quase todos os ambientes da UBS têm janelas que possibilitam a circulação de ar, têm iluminação natural. Todas as paredes internas, portas e pisos são de material lavável. Os armários são internos e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção. Existe também uma sala específica de coleta de material para análise clínica, uma sala de vacina, esta última situada quase na entrada de forma que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências.

O consultório ginecológico possui sanitário privativo e independente. Também existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação com os usuários através de textos. A UBS tem cobertura de proteção, existe um sistema de reposição de mobiliário de equipamentos de material de consumo eficiente assim como de calibragem das balanças.

A edificação da unidade de saúde também é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, existem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas portadoras de deficiência, as portas dos banheiros permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas. Os banheiros possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas.

Como podem apreciar a estrutura física da UBS é muito boa, só que também tem algumas limitações, por exemplo, não existem cadeiras de rodas a disposição dos usuários. Já se solicitou a secretaria de saúde, eles ficaram de trazer duas cadeiras de rodas novas mais ainda não contamos com elas, o que pode dificultar a mobilização dos usuários com deficiências físico-motoras.

Os lavatórios e a pia não possuem torneiras com fechamento que dispensam o uso das mãos, o que pode contribuir para transmissão de doenças infectocontagiosas.

Outro problema é que a edificação não conta com sala de reuniões e educação em saúde, também não conta com sala para os agentes comunitários de saúde o que dificulta grandemente a dinâmica das reuniões e a comunicação das informações que nós oferecemos para os ACS ou eles trazem para nós. Essas dificuldades assim como a inexistência de um local para estabelecer a farmácia, que tanto precisa a UBS, foram discutidas com a secretaria de saúde, quem nos explica da impossibilidade de construção dessas salas por causa do terreno, que impede qualquer tipo de ampliação da unidade.

A equipe tem tomado várias estratégias para amortecer a falta destes locais, exemplo, as reuniões em grupo realizam-se no local do CRAS assim como qualquer atividade de promoção e prevenção de saúde que inclui grupos de usuários. Em relação a farmácia os usuários têm que deslocar se a farmácia central para buscar os medicamentos.

No que concerne a equipamentos e instrumental, a UBS tem algumas dificuldades, não existem antropômetros e negatoscópios. Pela parte de odontologia não tem instrumental para a instalação de próteses dentárias. Também, não tem materiais suficientes para realizar atividades educativas e preventivas, mas os principais problemas são.

1. Não disponibilidade de medicamentos para uso ambulatorial dentro da UBS, o que dificulta aos usuários a aquisição dos mesmos, pois eles tem que se deslocar até a farmácia do posto central aonde historicamente tem ficado a farmácia da UBS.

A distância que existe entre a UBS e a farmácia, dificulta a comunicação e intercâmbio de informação, obrigando ao médico a se manter em contato telefônico constante para se atualizar dos medicamentos existentes. Além disso a farmácia não conta com medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, o que limita o arsenal terapêutico dos médicos.

2. Acesso a atendimento especializado e retaguarda hospitalar: existe acesso as diferentes especialidades assim como a solicitação e realização de exames complementar só que o tempo entre a indicação e a realização das interconsultas e os exames é muito prolongado o que dificulta o acompanhamento do usuário pelo especialista. Além disso, não contamos com ginecologista obstetra no município, pelo que as gestantes portadoras de gestação de alto risco têm que se deslocar até municípios próximos.

3. Meios de locomoção dos ACS na área de abrangência: não temos carro nem outro meio de transporte disponível na UBS para realizar as atividades domiciliárias. Temos que solicitar com antecipação e necessidade de transporte a administração municipal de saúde para que disponibilize o carro para a realização de nossas atividades. O que dificulta e muita vez e impossibilita o processo.

A secretaria de saúde tem conhecimento dos problemas e estão tentando resolvê-los. A situação da farmácia é a mais difícil, pela falta de estrutura da UBS para suportar a construção de uma farmácia dentro ou perto dela. Estão realizando seleção para contratar um ginecologista obstetra e um motorista que fique fixo na UBS para garantir o deslocamento para as atividades da ESF.

Todas as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe são cumpridas, por exemplo, participamos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, mantemos atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação, realizamos o cuidado da saúde da população tanto na unidade de saúde, como no domicílio, escolas e outras associações. Realizamos ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local.

Realizamos atividades de promoção, proteção, recuperação e prevenção de saúde, além disso, garantimos o atendimento da demanda espontânea e programada, assim como, a vigilância à saúde. Participamos do acolhimento dos usuários e identificamos as necessidades de intervenções de cuidado, além disso, proporcionamos atendimento humanizado e continuado. São realizadas buscas ativa

e notificamos doenças e agravos de notificação compulsória além de estarmos responsabilizando com a coordenação do cuidado da população.

Praticamos cuidado familiar e coletivo a grupos sociais e da própria comunidade. Realizamos reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe. Acompanhamos e avaliamos sistematicamente as ações implementadas visando à readequação do processo de trabalho. Garantimos a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica.

Realizamos trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Realizamos ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe. Participamos das atividades de educação permanente. Promovemos a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. Identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. Realizamos outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais.

No que se refere as atribuições individuais dos profissionais da equipe, a enfermeira realiza atenção a saúde aos indivíduos e famílias tanto na UBS, no domicílio como em outros espaços comunitários. Realiza consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo, protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal. Encaminha quando é necessário aos usuários a outros serviços. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe. Contribui, participa e realiza atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

A técnica de enfermagem participa das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Realiza ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe. Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e contribui, participa e realiza atividades de educação permanente.

O médico realiza atenção à saúde aos indivíduos, consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Encaminha, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantém sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Indica, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário. Contribui, realiza e participa das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe. Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Os Agentes Comunitários de Saúde trabalham com adstrição de famílias em base geográfica definida, a microárea. Cadastram todas as pessoas de sua microárea e mantém os cadastros atualizados. Orientam as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Realizam atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Acompanham, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Desenvolvem ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS. Desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Estão em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde de acordo com o planejamento da equipe.

O Cirurgião-Dentista realiza diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal. Realiza a atenção à saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade. Realiza os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Coordena e participa de ações

coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. Acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Realiza supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Executa limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho. Auxilia e instrumentaliza os profissionais nas intervenções clínicas. Realiza o acolhimento do usuário nos serviços de saúde bucal. Acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, busca aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Aplica medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Em relação às atribuições da ASB têm algumas que não se cumprem por causa da inexistência de alguns serviços aqui na UBS, exemplo, não processa filme radiográfico, porque não conta com aparelho de raios-X. Não prepara modelos em gesso, porque não se fazem próteses dentárias nem se colocam aparelhos ortodônticos. Mas já a secretaria de saúde conhece as limitações e está trabalhando para resolvê-las. Vai comprar um aparelho de raios-X e acabou de inscrever o Município no projeto para a manipulação de próteses dentárias.

A nossa área de abrangência é de 2.500 pessoas acompanhada por uma equipe da ESF, sendo suficiente para cobrir a demanda da população adstrita, já que aqui no Brasil espera-se conseguir menos de 4.000 usuários por equipe da ESF.

A distribuição da população por sexo e faixa etária da área de abrangência da UBS corresponde bastante com a estimativa com base na distribuição brasileira. Acredito que não existem fatores que influenciam gerar diferenças nas características demográficas da nossa população com relação às características demográficas do país. Atendendo que nossa UBS conta com uma equipe da ESF, a modelagem de acolhimento que temos é o acolhimento pela equipe de referência do usuário. Este realiza-se na sala de procedimentos de enfermagem que fica bem

perto da recepção devido a não disponibilizarmos local especificamente desenhado para acolhimento. Ali passam todos os usuários com demanda espontânea e programada imediatamente depois que chegam à unidade. A equipe de acolhimento formado pela enfermeira e a técnico de enfermagem faz o levantamento de atendimentos dos usuários e os distribuem não só pelo ordem de chegada, também pelo risco biológico e a vulnerabilidade social. Pode ser que algum outro profissional da equipe de saúde ou trabalhador do posto escute a necessidade do usuário, mas o que geralmente acontece é que termina sendo acolhido pelos profissionais antes mencionados.

Os usuários com urgências e emergências após serem oferecidos os primeiros auxílios, encaminham-se para o Pronto atendimento do Município que fica bem perto da nossa UBS, o restante dos usuários com demanda espontânea são atendidos geralmente no mesmo dia em consulta com o médico. A enfermeira consulta só usuários com demanda programadas ou que precisam de cuidados de enfermagem. Com este sistema e com a delimitação da área de abrangência conseguimos atingir a totalidade dos usuários com demanda espontânea.

Há quatro meses tínhamos dificuldades grandes com a demanda espontânea pelo grande número de usuários fora da área que vinham se consultar, além disso pela quantidade de usuários que vinha procurando receitas médicas. Então a equipe com a participação do conselho de saúde municipal, com o apoio da secretaria de saúde e com ajuda dos agentes comunitários de saúde, conseguiu delimitar a área de abrangência que irá atender cada uma das UBS existentes no município. Também decidiu-se que as urgências e emergências do município iam ser atendidas no Pronto Socorro e o usuário com necessidade de receitas médica por doenças crônicas iria encontrar solução só nas consultas em grupos para usuários crônicos, o que minimizou bastante a nossa demanda espontânea, tanto que as vezes até sobram algumas fichas de atendimento.

O acolhimento aos usuários com demanda espontânea de atendimento odontológico, também é realizado pela enfermeira, técnico de enfermagem, recepcionista e técnico da dentista, mas em relação a próteses, tratamento de canal, assim como atendimento de urgência, não contamos com esse serviço, os usuários são encaminhados fora de nosso município.

Neste momento temos 27 crianças menores de um ano sendo atendido em nossa UBS, o que representa 90% da estimativa da nossa área. Atendemos também

a 30 crianças que tem de um ano até 5 anos, com uma frequência de três em três meses nas consultas. Há quatro semanas a realidade era outra, muitas mães queriam só atendimento especializado para suas crianças e o pediatra de nossa unidade não ofertava serviço de puericultura, então por muito que orientou-se para elas que existia o médico da ESF capacitado para acompanhar a suas crianças, elas não aceitavam este acompanhamento. Então, com o objetivo de aumentar nossa cobertura de atendimento a esta faixa etária e para melhorar a qualidade de vida dessas mães que tinham que se deslocar fora do município para conseguir atendimento especializado, a equipe conversou com a secretaria de saúde e eles conseguiram que nosso pediatra possa acompanhá-los em consulta de puericultura.

Em relação a qualidade da atenção à saúde da criança em nossa UBS olhando os indicadores avaliados no Caderno de Ações Programáticas (CAP) pode-se avaliar de muito bom. A única dificuldade que temos tido e que três das crianças que se assistem em nossa UBS, em algum momento tem se ausentado a consulta de puericultura, mas isso não é um problema por que imediatamente se identifica a mãe da criança, se envia alguma mensagem, ou se visita pessoalmente pelas ACS, e o que geralmente acontece depois é que realizem a mais próxima das consultas de puericultura.

Há disponibilidade de consulta de puericultura todas as semanas e conseguimos encaixar as que tiveram alguma dificuldade e não conseguiram vir na sua consulta programada. Por isso todas nossas crianças menores de um ano conseguem se consultar pelo menos 12 vezes no primeiro ano de vida o que cumpre com as expectativas do Ministério de Saúde.

Acredito que das atividades dentro de nosso processo de trabalho que poderia ajudar a aumentar a cobertura de usuários, é a divulgação do serviço de puericultura que estamos prestando, não só mediante o contato direto, também com os meios de comunicação massiva. Já foi conversado com a secretaria de saúde e foi publicado um boletim informativo para a população apresentando as variadas transformações no âmbito da saúde no município. Por outra parte, acredito que não precisamos melhorar muito, devido a que nossos resultados respeito aos indicadores de qualidade foram muito bons.

A nossa forma de registro convencional não permitiu o preenchimento completo desta parte do Caderno de Ações Programáticas, tivemos que nos ajudar com outras formas de registro, o registro da vacinação e cadernetas de crianças,

mas finalmente conseguimos. Acho que o fato de ter que nos mobilizar para achar as informações, deu para perceber que temos uma forma de registro insuficiente que não cumpre com as expectativas do Ministério de Saúde. Por isso vamos elaborar um registro mais completo que garanta a busca mais rápida das informações necessárias.

O número de gestantes de nossa área de abrangência são 35 usuárias, destas temos cadastradas 93,3 %, sendo esta a cobertura. Acredito que não existe uma diferença estatisticamente significativa com a média nacional. As estatísticas do município mostram um aumento progressivo das gestantes e conseqüentemente das crianças depois de ter se aplicado o Programa Bolsa Família. Na UBS onde trabalho posso dizer que as atividades relacionadas o pré-natal realizam-se com qualidade satisfatória, uma coisa que facilita muito é o número reduzido de gestantes, em relação tipo de atendimento por densidade de população. A verdade é que o registro normalmente usado para assegurar as informações do período pré-natal e puerperal foi insuficiente para preencher todos os dados pedidos no caderno de ações programáticas, tive que buscar nos prontuários, nos registros de vacinação e até carteira de pré-natal de algumas usuárias, mas observo que serviu para perceber a necessidade de desenhar um registro mais completo, que garanta a obtenção de mais informação.

Nosso principal problema com o pré-natal foi que ficamos mais de quatro meses sem ginecologista obstetra no município e várias usuárias com pré-natal de alto risco, tiveram que viajar longe para poder ser acompanhadas por especialistas. Mas agora esse problema está quase resolvido, começou a trabalhar na UBS uma nova ginecologista obstetra.

Outro problema é o número de exames ginecológicos durante o período pré-natal e o puerperal, que está insuficiente, muitas vezes por falta de disposição das usuárias. Nesse aspecto estamos melhorando, está se fazendo um trabalho onde se explica a importância do reconhecimento ginecológico na gestação e o puerpério, mas as usuárias ainda preferem os exames complementares.

As nossas formas de registros foram o livros de registros, os prontuários clínicos e um formulário especial de cito patologia existente na UBS. Com esses registros foi possível o preenchimento de quase todo formulário do caderno de ações programáticas, disponibilizado pelo curso. A única informação que não

conseguimos achar foi o número de usuárias com exames alterados três anos atrás, devido que nossas formas de registro foram desenhadas a menos de três anos.

Em relação à cobertura do câncer de colo do útero está boa, temos registrado no sistema 587 mulheres das 688 mulheres estimadas o que representa um 85% da população estimada para nossa área de abrangência. Quase a totalidade da população com risco de câncer de colo de útero recebe acompanhamento na UBS, que foi construída a menos de um ano. Tudo isso graças à coordenação e gestão da enfermeira e dos ACS.

Os indicadores de qualidades estão bem, 99% das mulheres com idades entre 25 e 64 anos que são 587 mulheres estão com o exame cito patológico em dia. Só sete usuárias não tem realizado o exame, passados os 6 meses da data marcada pelo programa. Todas as mulheres da faixa etária mencionada tem avaliação do risco de desenvolver câncer de útero. Todas são orientadas continuamente sobre prevenção de câncer de útero, sobre a prevenção das DSTs. A qualidade das amostras para exame citopatológico é ótima, quase 100% das amostras foram úteis para diagnóstico.

Embora acredite que se aplica de uma forma bastante correta o programa de prevenção de câncer de colo de útero em nossa UBS, acredito que precisamos continuar realizando palestras sobre o tema, devemos continuar identificando usuárias de risco que além de saber que o serviço existe não vão se atender espontaneamente.

Para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado, o primeiro passo é conscientizar elas da importância que tem ser acompanhada, depois que a usuária entende que pode se complicar ou até morrer por causa de não da seguimento ao tratamento. Depois que elas entendem, geralmente preocupam-se e cooperam disciplinadamente. Também acho que outra estratégia que podemos utilizar em nossa UBS para não perder o seguimento destas mulheres é mantê-las registradas em um registro independente, o que vai ser revisado com uma periodicidade maior.

A estimativa de mulheres da faixa etária entre 50 e 69 anos foi de 258 mulheres delas se acompanham 232 o que representa uma cobertura de um 90%. Acredito que além do esforço realizado pela equipe para trazer todas essas usuárias a participar do programa, também influencia que as pessoas aqui respeitam muito o câncer de mama. Pode ser porque tem tido mais difusão que o câncer do útero pela

televisão. O certo é que a maioria das mulheres aqui, quando tem um familiar com câncer de mama, ou que morreu por essa causa, comparecem para pedir mamografia, por tanto não é muito difícil o acompanhamento deste grupo de mulheres.

Os indicadores de qualidade do controle do câncer de mama avaliados são excelentes, exemplo, 96% das mulheres têm a realização de mamografia em dia, pode-se dizer até que às vezes vem mulheres procurando mamografias antes do tempo necessário, às vezes vem mulheres de menos de 50 anos e sem fatores de risco para o câncer de mama, procurando realizar a mamografia.

Somente nove usuárias não tem a mamografia em dia o que representa 4%. A maioria das mulheres tem realizado pelo menos uma vez a avaliação do risco para câncer de mama e todas têm recebido orientações sobre prevenção do câncer de mama, seja durante as consultas, os atendimentos em grupos, na rádio e até na televisão. Um aspecto que eu acho importante é que deveria se incluir nos indicadores de qualidade a realização do exame clínico das mamas pelo médico ou a enfermeira da ESF, porque além de ter alguns contrários ainda esse exame está preconizado pelo Programa e tem a sua utilidade.

As nossas formas de registros foram os livros de registros, os prontuários clínicos e um formulário especial de câncer de mama existente na UBS, iguais as formas do registro para o câncer de útero. Com os registros existentes foi possível o preenchimento da totalidade do formulário e do caderno de ações programáticas a partir do Caderno de Ações Programáticas.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 559 usuários, nos temos registrado 517 usuários, o que representa 92 % de cobertura. A pouco mais de dois meses o número de hipertensos era bem menor, o aumento deve-se a busca ativa realizada pela equipe da UBS, aonde se aferiu a Pressão Arterial (PA) de todos os adultos que vão se consultar, além de citar os maiores de 40 anos não hipertensos para uma avaliação periódica de uma frequência de, pelo menos, uma vez ao ano. Acreditamos que a estimativa está adequada com nossa realidade, além de reconhecer que podem existir o sub-registro de hipertensos que por desconhecimento do diagnóstico ou despreocupação não tenham buscado a consulta.

Os indicadores de qualidade mostram um bom trabalho, mas pode ser melhorado, exemplo dos seis indicadores de qualidade analisados no CAP, quatro

tem ótimos resultados, são eles, os atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias corresponde apenas 4%, todos os hipertensos receberam orientação sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular, correspondendo a 100%, e somente um hipertenso acompanhado no serviço não realizou os exames complementares.

Os indicadores deficientes correspondem a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, equivalendo apenas a 42% dos hipertensos e avaliação de saúde bucal, perfazendo 21%. Tem que conhecer que essa estratificação geralmente o médico que faz e na UBS a um ano atrás não contava com nenhum médico, também não contava com dentista para fazer a avaliação de saúde bucal, agora conta com os dois profissionais, logo, acredito que em pouco tempo esses indicadores vão melhorar.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 160 diabéticos, nós temos registrado 146, o que representa 91% de cobertura. Com os diabéticos tem acontecido muito parecido com os usuários hipertensos, onde tem sido realizado um trabalho de busca ativa, onde para os usuários maiores de 40 anos hipertensos, oferta-se a realizar exame de glicemia de jejum com uma frequência mínima de uma vez ao ano. O que tem favorecido o constante aumento deste número de usuários, antes muito menor que o existente na atualidade.

Acredito que a cobertura dos usuários diabéticos é boa, mas os indicadores de qualidade da atenção estão piores que dos hipertensos. Aqui se avaliam nove indicadores dos quais em seis temos dificuldades. Exemplos, têm problemas com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (66%), com a avaliação da saúde bucal (27%) e com o exame clínico dos pés (32%). Acho que são problemas potencialmente resolvíveis, o que acontece é que as vezes esquecemos que o exame dos pés é parte do exame físico dos usuários, mais importante ainda nos diabéticos, que com frequência apresentam alterações vasculares e neuropáticas periféricas que levam ao pé diabético e amputação do membro.

Em relação à atenção histopatológica, existem as vagas só que a maioria dos usuários ainda não está conscientizada da importância desse tipo de avaliação preventiva. Os usuários só visitam o dentista quando tem uma urgência odontológica. Nesse ponto temos que trabalhar mais para garantir o acesso voluntário e programado da população.

Um dos aspectos do processo de trabalho que acredito que poderia ser melhorado de forma a contribuir a qualidade da atenção à HAS é que não temos pessoal que supervisione oficialmente o programa de atenção ao hipertenso e diabético. Também ainda não conseguimos comprometer a assistente social, o educador físico e o nutricionista nessa atividade. Mas está se trabalhando nesse sentido. O próximo mês já tem coordenado uma palestra com o nutricionista sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos e hipertensos.

A gente tem diferentes tipos de registro, exemplo registro de HIPERDIA, os prontuários, o livro de registro de atendimentos, com eles conseguimos o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas correspondentes a Hipertensão e Diabetes.

A estimativa do número de idosos residentes na área disponível na lista de denominadores do Caderno de Ações Programáticas é de 341 idosos. Nossa UBS tem registrado 317 idosos, o que representa uma cobertura de 93% da população de nossa área de abrangência. A verdade é que esta faixa etária é diferente das crianças menores de um ano e das mulheres em cuidados pré-natal, que com frequência consultam espontaneamente, o que facilita muito seu controle.

Além disso, temos algumas estratégias dirigidas para conseguir que os idosos assistam as consultas programadas e reuniões em grupo. Exemplo, eles só podem pegar receitas dos remédios continuado nestas atividades. Como podem ver, a população de Turuçu mostra sinais de envelhecimento tanto como o resto do Brasil, porém acho importante o desenvolvimento de ações em saúde para preservação da funcionalidade, da autonomia e da inclusão social deste grupo social cada vez maior.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da pessoa idosa estão deficientes. Por exemplo, não existe caderneta de idoso, uma ferramenta que é fundamental na organização do atendimento deste tipo de usuário. Também não se realiza avaliação multidimensional rápida aos idosos o que ajudaria identificar o risco biológico. Também não se realiza investigação de indicadores de fragilização de velhice que ajuda a identificar o idoso frágil e possibilita a realização de ações de prevenção e complicações com eles.

Os indicadores de acompanhamento em dia estão um pouco baixos, apenas 51% dos idosos, assim como a avaliação de saúde bucal, que está em torno de 37%. O que acontece é que muitos ainda não entendem a importância do

acompanhamento médico e da prevenção em saúde, geralmente assistem a consulta quando estão doentes ou quando necessitam receitas dos remédios continuados. Acredito que temos que aumentar a qualidade das atividades ofertadas para os idosos, assim como cobrar para eles a assistência e pontualidade.

Apesar de termos uma cobertura muito boa no atendimento dos idosos, acho que poderíamos melhorar algumas coisas relacionadas com a qualidade do atendimento que se oferece. Exemplo, além da equipe fazer esforços por ofertar informações a respeito da alimentação saudável, é importante que a equipe conte com nutricionista, mas não existe, o único nutricionista existente no município, é da educação. As vezes por causa de nossa insistência, tem nos ajudado a dar palestras, mas precisamos mais. Esta necessidade já foi informada a secretaria, estamos em espera de resposta. Também não existem profissionais que se dedicam a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, o que de alguma forma contribui ao relaxamento das atividades.

Nossas formas de registros foram os prontuários clínico dos usuários, o formulário especial para usuários idosos existente na UBS, a ficha de atendimento odontológico, os registros dos usuários hipertensos e diabéticos e a ficha espelho de vacinação. Com eles conseguimos preencher quase a totalidade desta parte do caderno de ações programáticas. O resto foi preenchido com auxílio do trabalho de busca realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Quanto à atenção à saúde bucal acredito que nossa capacidade instalada para prática clínica e ações coletivas é muito boa, os quatro indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica 2006, quais sejam: Cobertura de primeira consulta odontológica programática; Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais são satisfatórios. No entanto, há tendência a um maior número de consultas não programáticas, mas isso parece ser uma generalidade aqui no Brasil. Isso se deve que ainda em razão dos usuários não conseguirem ver a saúde bucal com caráter preventivo, só se preocupam quando tem uma falecia.

Nossas formas de registro foram o Registro de saúde bucal, os prontuários dos usuários e o livro de registro de atendimentos, com eles conseguimos preencher as informações do Caderno de Ações Programáticas

O número de procedimentos clínicos odontológicos no último mês foi de 120 o que se corresponde com a capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Respeito as consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) posso dizer que são insuficientes, ainda mais nos pré-escolares, acho que e porque os meninos precisam dos adultos para vir a consulta, e as vezes os adultos são irresponsáveis de mais.

O desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) em nossa UBS e bom, mas pode melhorar, precisa melhorar. Depois de mostrar esta parte do caderno de ações programáticas para dentista, ela falou que vai se programar mais atividades coletivas, sobre tudo com os grupos pré-escolares nas escolas e com os idosos nas atividades de grupo de idosos, para conseguir estratificar o risco dos usuarios e assim trazer eles organizadamente as consultas programáticas. Enquanto as gestantes a gente protocolizou enviar a totalidade delas a consulta programada com dentista, estabelecendo um número de prioridades que garantam um atendimento o menos demorado possível.

A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados foi de 0.27. Como podem ver e um resultado péssimo, comparando com o que preconiza o MS. Só que esse e o comportamento aqui em Turuçu e nas maiorias dos lugares do Brasil, onde a atenção odontológica sempre foi um direito de poucos, sempre foi curativa e não preventiva. Acho que vão se precisar vários anos de trabalho em educação para saúde. Por nossa parte a gente vai acolher os usuários, e vai programar ordenadamente as primeiras consultas e as consultas de seguimento para garantir que o usuário sinta se bem atendido e para poder identificar mais fácil os usuários faltosos.

De maneira geral acredito que os problemas de atenção à saúde bucal podem ser melhorados em nossa UBS de varias formas. Primeiro a gente tem que conseguir inserir mais o pessoal odontológico as atividades da UBS, exemplo reuniões palestras. Segundo temos que achar mais espaços e aumentar as atividades de educação de saúde bucal. Temos que trabalhar mais nas comunidades e descentralizar um pouco as atividades do posto de Saúde, atendendo a que muitos ate temem da assistência odontológica.

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

Depois de ler novamente o texto que escrevi como tarefa na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual é a situação da ESF/APS em seu serviço, se eu for fazer uma comparação é evidente que naquele momento, por muito que eu me esforçasse em procurar e achar as informações, por mais que eu me esforcei por fazer um texto completo, eu não tinha a metade das informações que depois consegui durante toda esta unidade de análise situacional. Isso mostra que a investigação metódica, o trabalho em grupo e uma boa organização conseguem mais informações que quando se faz empiricamente.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Organização Pan-americana da Saúde define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006). Portanto a longevidade é, sem dúvida, um triunfo.

Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987). Acredito que qualquer tentativa de melhorar a atenção multiprofissional deste grupo populacional vai favorecer o estado de saúde desta população que em um futuro não muito longe será a maioria idosa.

Tendo como referência o Caderno de Ações Programáticas (CAP) que estimou 341 pessoas idosas na nossa área de abrangência. O certo é que neste momento estão sendo acompanhados 317 idosos em nossa UBS, atingindo uma cobertura de 93%, com base na estimativa do CAP. A equipe pretende com este trabalho alcançar uma cobertura de 98% e atingir os indicadores de qualidade em 100%, atendendo aos princípios de universalidade do SUS.

Desta forma, escolhemos esta ação programática por que além de sua importância para garantir uma atenção de qualidade a este grupo populacional tão especial, acredito que a implementação do produto deste projeto de intervenção vai gerar muitas coisas positivas. Escolhi também porque existe um envolvimento da equipe com esta ação programática.

A principal dificuldade ou limitação que pode existir são os sub-registros devido ao pouco tempo que se delimitou a área de abrangência de nossa UBS e ainda estamos em processo de cadastramento dos usuários, mas nada que a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde não possa resolver. Acredito também na viabilidade da intervenção já que não precisa de muitos recursos materiais e sim de recursos humanos, com os quais contamos. A equipe está disposta a melhorar a qualidade de vida desta população, efetivando a atenção básica no município e atingindo, de forma positiva, as famílias onde estes idosos estão inseridos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorara a atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Posto Kutcher, Turuçu/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos idosos na Unidade de Saúde.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 6 meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 6.2: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Meta 6.3: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 48 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Posto Kutcher, no Município de município Turuçu Rio Grande do Sul. De uma estimativa de 341 usuarios idosos de nossa área de abrangência participarão da intervenção 340 usuários de saúde de 60 anos o mais.

#### **2.3.1 Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção aos usuários idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira chefe vai monitorar mensalmente a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde, usando o registro dos idosos que vem a consulta, essa atividade ela vai realizar em sua sala de atendimento.

### **Organização e gestão do serviço**

- Acolher os idosos.
- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do SIAB.

#### *Detalhamento das ações:*

A equipe de acolhimento integrado pela enfermeira chefe e a técnico em enfermagem vão orientar diariamente os idosos durante o processo de acolhimento, na sala de acolhimento.

Os idosos de nossa área de abrangência, que não estão cadastrados, quando procurarem por consulta na UBS vão ser cadastrados automaticamente pelas recepcionistas, na recepção. Os idosos vão ser cadastrados em suas moradias pelas ACS com uma periodicidade semanal.

A enfermeira chefe com auxílio das ACS vai atualizar as informações do SIAB, em sua sala mensalmente.

### **Engajamento público**

- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde:
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde:

#### *Detalhamento das ações:*

O médico e a enfermeira da ESF vão se reunir com cada um dos grupos de idosos no local de reuniões, mensalmente, para palestrar sobre a importância do acompanhamento periódico dos idosos.

Durante as palestras que se realizarão, mensalmente, e o processo de acolhimento diário, o médico, a enfermeira chefe e a técnica de enfermagem vão informar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos:
- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço:
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

#### *Detalhamento das ações:*

O médico vai dar uma capacitação sobre acolhimento, em um encontro, para a enfermeira e a técnica em enfermagem na sala da enfermeira antes de começar a intervenção. Será feita a checagem da participação dos profissionais através da listagem.

A enfermeira vai dar uma capacitação de busca de idosos, em um encontro, para as ACS na sala da enfermeira antes de começar a intervenção. Será feita a checagem da participação dos profissionais através da listagem.

O médico vai dar uma capacitação sobre a Política de Humanização, em um encontro, para a enfermeira e o técnico em enfermagem, ACS, dentista, auxiliar de dentista, recepcionistas, na sala da enfermeira antes de começar a intervenção. Será feita a checagem da participação dos profissionais através da listagem.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção dos idosos na Unidade de Saúde.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

#### *Detalhamento da Ação:*

O médico vai monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde, durante as consultas em grupo de idosos.

### **Organização e gestão do serviço**

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen)

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

#### *Detalhamento das ações:*

A técnica de enfermagem vai garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen)

A enfermeira vai realizar a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos durante as consultas em grupo dos idosos, com periodicidade semanal, no local aonde vão se realizar as consultas, respectivamente, a cada grupo de idosos.

### **Engajamento público**

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

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

***Detalhamento das ações:***

A enfermeira vai orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, mediante palestras, durante a consulta em grupo dos idosos, com periodicidade semanal, em cada um dos respectivos grupos.

A enfermeira vai compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, mediante palestras, durante a consulta em grupo dos idosos, com periodicidade semanal, em cada um dos respectivos grupos.

**Qualificação da prática clínica**

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

***Detalhamento das ações:***

O médico vai dar uma aula de capacitação aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida na consulta e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas na consulta. Todos esses temas serão trabalhados durante as reuniões da equipe que se realizam semanalmente.

Meta 2.3: 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 6 meses para diabéticos.

## **Monitoramento e avaliação**

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

### *Detalhamento da Ação:*

O médico vai monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, em seis em seis meses, mediante a revisão do registro dos idosos criado na unidade.

## **Organização e gestão do serviço**

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

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

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

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

### *Detalhamento das ações:*

O médico vai realizar o exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos em cada uma das consultas programadas, com uma frequência de 6 em 6 meses

As ACS vão buscar, durante as visitas domiciliares, idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Elas vão sair uma vez por mês para fazer este trabalho.

A enfermeira vai organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, todos os meses.

O médico vai garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Isso vai ser na mesma consulta programada ou de demanda imediata.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A enfermeira, durante as consultas em grupo de idosos e mediante as palestras semanais, vai orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento das ações:*

O médico vai dar uma aula de capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado na consulta, durante as reuniões da equipe que se realizam semanalmente.

O médico vai dar uma aula de capacitação da equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, durante as reuniões da equipe que se realizam semanalmente.

Meta 4: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

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

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

*Detalhamento da Ação:*

O médico vai monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, em cada consulta programada para os faltosos e nas consultas em grupo de idoso.

O médico vai monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, em cada consulta programada.

**Organização e gestão do serviço**

- Garantir a solicitação dos exames complementares
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

*Detalhamento das ações:*

O médico vai garantir a solicitação dos exames complementares em cada uma das consultas programadas dos idosos, indicando ele mesmo os exames quando o usuário leve mais de seis meses sem realizar se exames ou no caso que o usuário precisar pela sua condição clinica.

O médico vai garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Em uma reunião com o gestor de saúde municipal, vai se mostrar o projeto e pedir para ele priorizar a realização dos exames dos idosos com uma frequência de seis em seis meses.

A enfermeira vai estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. A enfermeira vai perguntar ao usuário durante o

processo de acolhimento quando foi a última vez que fizeram exames em ele, além disso terá um registro da data de realização dos exames dos usuários idosos que permitira o controle dos usuários com exames atrasados.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento das ações:*

O médico, a enfermeira e as ACS vão orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares nas consultas programadas, nas consultas em grupo de idosos, nas palestras, de maneira continuada.

O médico, a enfermeira e as ACS vão orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, nas consultas programadas, nas consultas em grupo de idosos, nas palestras, de maneira continuada.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai realizar uma capacitação para a equipe seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Esta capacitação ocorrerá durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 5 : Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

## **Monitoramento e avaliação**

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

### ***Detalhamento da ação:***

A enfermeira vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia todos os meses, mediante ligações telefônicas e emails para farmacêutica.

## **Organização e gestão do serviço**

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

### ***Detalhamento das ações:***

A farmacêutica vai realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos com uma frequência de três em três meses, na farmácia popular. Sempre baseado nas necessidades de medicamentos que a enfermeira chefe vai passar para ela. Isso vai se lograr previa coordenação com o gestor municipal de saúde.

A farmacêutica vai manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde com uma frequência de três em três meses, na farmácia popular. O registro vai ser preenchido pelos dados fornecidos pela enfermeira chefe da UBS

## **Engajamento público**

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

### ***Detalhamento da ação:***

As ACS vão orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, mediante palestras realizadas, semanalmente, com cada grupo de idoso, respectivamente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento das ações:*

O médico vai dar uma atualização aos profissionais da UBS no tratamento da hipertensão e/ou diabetes durante as reuniões da equipe, semanalmente.

A enfermeira vai capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 6: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

### **Monitoramento e avaliação**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados mediante a revisão do registro de idosos acamados existente na unidade com uma frequência mensal. Estima-se que tenhamos 8% dos idosos da área.

### **Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento da ação:*

As ACS vão garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, mediante visitas domiciliares, com uma frequência mensal.

### **Engajamento público**

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

*Detalhamento da ação:*

As ACS vão informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, mediante palestras realizadas na comunidade e as consultas em grupo de idosos realizadas, semanalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 7: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, mensalmente. Ela vai ter uma listagem de idosos acamados ou com problema da locomoção que vai revisar mensalmente para programar as visitas domiciliares.

**Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, mensalmente.

**Engajamento público**

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

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

*Detalhamento das ações:*

As ACS vão orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, durante as visitas domiciliares.

As ACS vão orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, durante as visitas domiciliares.

**Qualificação da prática clínica**

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

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

*Detalhamento das ações:*

A enfermeira vai orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, durante as reuniões da equipe que se realizam, semanalmente.

A enfermeira vai orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar durante as reuniões da equipe, semanalmente

Meta 8: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico vai monitorar o número de idosos submetido ao rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente), mediante a revisão do registro do idoso.

**Organização e gestão do serviço**

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

*Detalhamento das ações:*

A equipe de acolhimento formado pela enfermeira e a técnico em enfermagem vai melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS, durante o processo de acolhimento que se realiza diariamente na UBS. Vai melhorar pro fundando no interrogatório do idoso e dando prioridade no atendimento na frente dos não idosos.

A enfermeira vai garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, diariamente. Ela vai cuidar o material e pedir revisão em caso de que estrague algum.

### **Engajamento público**

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

-.Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

#### *Detalhamento das ações:*

As ACS vão orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, mediante palestras na comunidade com uma frequência mensal.

As ACS vão orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, mediante palestras na comunidade com uma frequência mensal.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 9: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico vai monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente), durante as consultas programadas e nas consultas em grupo de idosos.

**Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento das ações:*

A Equipe de acolhimento vai melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM, na sala de acolhimento diariamente. Eles vão orientar o usuário de sempre vir em jejum para fazer hemoglicoteste antes de passar a consulta e vão olhar no prontuário a última realização de exames e anotar no mesmo se o usuário tem algum atraso.

A enfermeira vai garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, diariamente, antes dos usuários entrarem na consulta programada. Ela vai revisar a material semanalmente e vai pedir o material em caso que faltar.

A enfermeira vai criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste, Ela vai ter um registro dos idosos diabéticos e vai indicar para eles que sempre que vieram a consulta

programada devem vir em jejum para realizar o hemoglicoteste, ou aqueles idosos que não são diabéticos, mas tem risco alto por histórico familiar ou estão apresentando algum sintoma durante o acolhimento aí a enfermeira vai sugerir ao médico a indicação do exame.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento das ações:*

As ACS vão orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica em palestras ou visitas domiciliares, com uma frequência mensal.

As ACS vão orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM em palestras ou visitas domiciliares, com uma frequência mensal.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, durante as reuniões da equipe realizadas na UBS, semanalmente.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

### **Monitoramento e avaliação**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A dentista vai monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, na sala de odontologia com frequência mensal. A enfermeira vai repassar para a dentista os usuários idosos que ela, o doutor acham que necessitam atendimento odontológico ou simplesmente aqueles usuários que solicitam esse tipo de atendimento, então a dentista vai agendar consulta embora as necessidades clínicas dos mesmo.

### **Organização e gestão do serviço**

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

#### *Detalhamento das ações:*

A Equipe de acolhimento vai organizar acolhimento os idosos na unidade de saúde, na sala de acolhimento durante o processo de acolhimento diário. Vai ser na mesma sala de acolhimento do usuário não idoso, mas vai se dedicar mais tempo para interrogar ao idoso, além de dar prioridade no atendimento médico.

As ACS vão cadastrar os idosos na unidade de saúde, na sala da enfermeira, semanalmente.

O médico, a dentista e a enfermeira vão oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde durante as consultas, diariamente.

A auxiliar da dentista com a enfermeira vão organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos mensalmente.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

As ACS vão Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos durante as consultas em grupo, palestras na comunidade e nas visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A dentista vai capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos durante as reuniões da equipe realizadas semanalmente na UBS.

Meta 11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Monitoramento e avaliação**

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

#### *Detalhamento da Ação:*

A dentista vai monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período, mensalmente. Ela vai ter um registro dos idosos cadastrados vai organizar seu atendimento mensalmente, também vai dar seguimento aos mesmos.

## **Organização e gestão do serviço**

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

### *Detalhamento da ação:*

A Equipe de acolhimento vai organizar acolhimento aos idosos na unidade de saúde na sala de acolhimento. O acolhimento vai ser na mesma sala de acolhimento do usuário não idoso, mas vai se dedicar mais tempo para o idoso e vai se priorizar suas consultas, diariamente.

A dentista vai monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência, mensalmente. Ela vai ter o controle dos idosos que consultam na UBS por problemas odontológicos e vai revisar o registro deles para programar suas primeiras consultas e as consultas de seguimento.

A auxiliar da dentista vai organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

A dentista vai oferecer atendimento prioritário aos idosos em todas suas consultas.

## **Engajamento público**

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

*Detalhamento das ações:*

As ACS vão Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, durante palestras na comunidade e as visitas domiciliares, mensalmente.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

A equipe vai ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico uma vez por ano, em um contato com a comunidade programado pela mesma equipe no salão do CRAS.

**Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento das ações:*

A dentista vai capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, durante as reuniões da equipe, semanalmente, na UBS.

A dentista vai capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, durante as reuniões da equipe, semanalmente, na UBS.

A dentista vai capacitar os ACS para captação de idosos, durante as reuniões da equipe, semanalmente, na UBS.

A secretaria de saúde vai capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos, numa reunião na secretaria, anualmente.

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

Meta 12: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, mensalmente. Ela vai ter acesso ao registro das consultas dos usuários idosos e vai indicar para as ACS em avisar aos idosos faltosos a consulta programada.

### **Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento das ações:*

A enfermeira vai organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, mensalmente.

A enfermeira vai organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares mensalmente.

### **Engajamento público**

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

- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

*Detalhamento das ações:*

As ACS vão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas durante as visitas domiciliares, mensalmente

A equipe vai ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos), mediante reunião organizada pela equipe.

As ACS vão esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as visitas domiciliares.

**Qualificação da prática clínica**

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

- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

*Detalhamento das ações:*

A enfermeira vai treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, durante as reuniões da equipe que se realizaram semanalmente na UBS

O médico vai definir com a equipe a periodicidade das consultas, anualmente.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, mensalmente. Ela vai controlar a qualidade das informações trazidas pelas ACS e vai evitar que aconteçam erros ao registrar a informação.

**Organização e gestão do serviço**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

*Detalhamento das ações:*

A enfermeira e as ACS vão manter as informações do SIAB atualizadas, mensalmente.

A enfermeira vai implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. A enfermeira vai pactuar com a equipe o registro das informações, mensalmente.

A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros.

A enfermeira vai organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

As ACS vão orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, durante as reuniões da equipe semanalmente.

Meta 14: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nas consultas programadas e nas consultas em grupo de idosos, mensalmente.

### **Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, uma vez por ano.

### **Engajamento público**

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

*Detalhamento da ação:*

As ACS vão orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, durante as visitas domiciliares, mensalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico capacitará a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

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

Meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o médico vai classificar a morbimortalidade de cada um dos usuários idosos, a enfermeira vai ter registrado essa informação e vai controlar as visitas domiciliares dos usuários com maior risco.

### **Organização e gestão do serviço**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A Equipe de acolhimento vai priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, durante o processo de acolhimento. O usuário do maior risco vai passar primeiro a consultar e terá maior frequência de consultas.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, durante as consultas em grupo de idosos que se realizam mensalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, durante as reuniões da equipe semanalmente.

Meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

### **Monitoramento e avaliação**

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

#### *Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, mensalmente. Ela vai ter um registro o que vai possibilitar o trabalho com os idosos mais frágeis, estes usuários vão ter maior número de visitas domiciliares.

### **Organização e gestão do serviço**

- Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

#### *Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice durante o processo de acolhimento. Vai passar consultar com mais agilidade aquele idoso frágil.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

As ACS vão orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, durante as visitas domiciliares, mensalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento das ações:*

A enfermeira vai monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, mensalmente. Ela vai monitorar controlando o trabalho comunitário das ACS.

A enfermeira vai monitorar todos os idosos com rede social deficiente, mensalmente. Ela vai ter um registro dos idosos com rede social deficiente e vai orientar as atividades que iram se realizar com eles.

### **Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento da ação:*

A enfermeira vai facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente, mensalmente.

### **Engajamento público**

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

*Detalhamento das ações:*

As ACS vão orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, durante as visitas domiciliares, mensalmente.

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

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

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

Meta 18: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento das ações:*

O médico vai monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, nas consultas em grupo de idosos mensalmente.

O médico vai monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição, nas consultas programadas trimestralmente.

### **Organização e gestão do serviço**

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

#### *Detalhamento da ação:*

O médico vai definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, durante as consultas em grupo de idosos, mensalmente.

### **Engajamento público**

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

#### *Detalhamento da ação:*

As ACS e a enfermeira vão orientar os idosos e cidadãos da comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, mediante palestras que se realizaram na comunidade, trimestralmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

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

*Detalhamento das ações:*

O médico vai capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", durante as reuniões da equipe, semanalmente.

O médico vai capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, durante as reuniões da equipe, semanalmente.

Meta 19: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

*Detalhamento das ações:*

O médico vai monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, nas consultas em grupo de idosos, mensalmente.

O médico vai monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular, nas consultas em grupo de idosos, mensalmente.

**Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento das ações:*

O médico vai definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

O médico vai demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

### **Engajamento público**

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

*Detalhamento da ação:*

As ACS vão orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular durante visitas domiciliares, mensalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

O médico vai capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, durante as reuniões da equipe que se realizaram semanalmente, na UBS.

Meta 20: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar as atividades educativas individuais.

*Detalhamento da ação:*

A dentista vai monitorar as atividades educativas individuais, mensalmente.

### **Organização e gestão do serviço**

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

*Detalhamento da ação:*

A dentista vai organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, mensalmente.

### **Engajamento público**

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

*Detalhamento da ação:*

A auxiliar da dentista vai orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, durante visitas domiciliares, mensalmente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento da ação:*

A dentista vai capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, durante as reuniões da equipe que se realizarão semanalmente.

### **2.3.2 Indicadores**

Para monitorar o alcance das metas, utilizaremos os seguintes indicadores.

Meta-1 ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 98%.

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

-Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

Indicador-2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

-Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Meta-2.2 realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos:

Indicador-3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

-Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

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

Meta-2.3 realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados:

Indicador-4 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.

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

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

Indicador-5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

- Numerador- Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.
- Denominador-Número de idosos cadastrados no programa pertencente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta-2.5 cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

Indicador-6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

Meta-2.6 realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados:

Indicador-7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

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

Indicador-8 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

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

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

Meta-2.8- rastrear 100% dos idosos cadastrados com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM):

Indicadores-9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

-Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador-10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador-11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

-Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

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

Meta-3.1- buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas:

Indicador-12 Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

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

-Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

Indicador-13 Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

- Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas Pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta-4.2 distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados:

Indicador-14 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. -Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Meta-5.1- rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas para risco de morbimortalidade:

Indicador-15 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

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

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

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

Indicador-16 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

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

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

Meta 5.3- avaliar a rede social de 100% dos idosos:

Indicador-17 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

-Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Meta-6.1- garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas:

Indicador-18 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

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

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

Meta-6.2- garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos:

Indicador-19 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

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

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

Meta-6.3- garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática:

Indicador-20 Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso vamos adotar o Manual Técnico de Saúde do Idoso do Ministério de Saúde, 2006 <sup>(4)</sup>. Utilizaremos a ficha do idoso e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, e dados relativos à classificação de risco do idoso. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a Intervenção 98% dos idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 333 fichas espelho necessárias para a meta estimada de 98% e para imprimir a mesma quantidade de fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta

programada nos últimos Três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A equipe de acolhimento vai priorizar aqueles idosos com consulta programada eles vão passar primeiro com o médico. Para acolher a demanda de intercorrências agudas estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos faltosos e provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana. Os idosos que vierem a consulta programada sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

A enfermeira vai reservar cinco fichas diárias de segunda à quinta feira para as consultas programadas dos idosos e cinco fichas semanais para os idosos faltosos a consulta programada. Essas consultas serão feitas na UBS no horário da manhã, segunda, terça, e quinta feira e quarta feira vão ser de tarde. Ali o médico vai interrogar, examinar, indicar exames de laboratoriais de 6 em 6 meses, vai determinar a fragilidade e classificar os idosos atendendo o risco de morbidade. As consultas em grupo vão ser realizadas no local do CRAS a primeira e a segunda quarta feira do mês. A terceira e a quarta feira do mês, as consultas em grupo de idosos vão ser realizadas nas colônias. Tanto as consultas em grupo da área rural como as da área urbana serão no horário da manhã. Primeiro vai ser o chequeio da pressão arterial de todos os idosos, depois serão realizados os hemoglicotestes dos idosos diabéticos, a continuação tanto a enfermeira, as ACS e ate o médico faram atividade de educação em saúde e finalmente consulta individual médico para os diabéticos e hipertensos. A enfermeira ira providenciar dois aparelhos para fazer hemoglicoteste e 20 fitas para cada grupo de idosos, tudo será providenciado com a secretaria de saúde.

A dentista vai liberar dez consultas em cada semana para os usuários idosos, alem disso vai deixar uma vaga em cada dia de atendimento dela para consultar o idoso com uma demanda imediata.

A equipe terá o contato com a população na tarde da quinta quarta feira do mês que tenha cinco quartas feiras. Ali a equipe tudo vai preparar palestras sobre envelhecimento saudável e vai ser explicado o protocolo de saúde do idoso que ira implementar nossa UBS. A atividade vai acontecer no local do CRAS pelo que a

enfermeira vai providenciar o local, o notebook e data show com a secretaria de saúde, recursos necessários para o correto desenvolvimento da atividade. As ACS vão brindar a mesma informação, mas durante as visitas domiciliares que se realizaram mensalmente para os idosos de nossa área de abrangência.

O médico vai dar uma aula por semana de trinta minutos durante a reunião da equipe na sala da enfermeira, vai abordar o tema do protocolo de saúde do idoso, envelhecimento saudável e acolhimento do idoso. A enfermeira vai mostrar para as ACS como interrogar aos idosos para preencher as cadernetas dos idosos, como passar informação a população em geral. O médico vai falar sobre a classificação de fragilidade e risco de mobilidade do idoso, vai explicar a sua importância na prevenção de complicações.

Para a realização das aulas vai ser necessário computador, uma impressora e 300 folhas para imprimir o material, que vai ser providenciado pelo médico e fornecido a todos os membros da equipe para estudo independente.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Acolher os idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.	x			x			x			x		
Atualizar as informações do SIAB.	x			x			x			x		
Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.	x			x			x			x		
Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.	x			x			x			x		
Oferecer atendimento prioritário aos idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos	x			x			x			x		

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.	x			x			x			x		
Manter as informações do SIAB atualizadas.	x			x			x			x		
Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pactuar com a equipe o registro das informações.	x											
Definir responsável pelo monitoramento dos registros.	x											
Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.	x			x			x			x		
Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa	x											
Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente	x			x			x			x		

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis	x											
Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.	x											
Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.	x											
Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.	x											
Atendimento em Grupo de idosos	x			x			x			x		
Visita domiciliar a idosos acamados	x			x			x			x		

### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, após reorganização do calendário do curso devido ao período de férias dos especializandos, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

Na primeira semana foi realizada uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde do idoso. A atividade foi comandada pelo médico que mostrou os objetivos, metas, ações e indicadores que iam ser alcançados durante a intervenção. Toda a equipe participou e achou muito interessante já que vários destes indicadores nunca tinham sido avaliados na unidade. Todos concordaram que o protocolo ajudaria na organização do trabalho visando à melhoria da qualidade da assistência médica.

Ainda na primeira semana foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, todos ficaram sabendo quais eram as suas atribuições no cuidado à saúde do idoso. Também foi dada continuidade ao cadastramento de todos idosos da área adstrita no programa. Esta atividade tinha sido iniciada pelos ACS antes mesmo da intervenção, geralmente no domicílio do idoso.

Na segunda semana as ações desenvolvidas foram o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de atenção a saúde do idoso solicitando apoio para a captação dos idosos para as demais estratégias que foram realizadas isso foi cumprido integralmente através da reunião do conselho de saúde municipal. Durante a reunião todos concordaram com a necessidade de estabelecimento deste protocolo em nossa unidade.

Durante as 12 semanas, foram realizadas atendimentos clínicos aos idosos na UBS no horário da manhã e no horário da tarde permutando estes atendimentos com o atendimento de outras faixas etárias. Nas primeiras duas semanas, algo que atrapalhou um pouco foi o grande número de usuários atendidos e a falta de organização das consultas, mas à medida que foram passando as semanas essa organização foi sendo melhorada.

Todas as quartas-feiras foram realizadas atividades em grupos de idosos, as primeiras ocorreram no local do CRAS e as outras nas colônias. Durante a atividade foram oferecidas diferentes palestras que trataram sobre diabetes, hipertensão, psicofármacos, dislipidemia, hipotireoidismo e envelhecimento saudável, depois era realizada a medição de HGT, pressão arterial e por último, eram consultados cada usuário pelo médico.

Outra ação foi à busca ativa dos idosos faltosos às consultas, que foi realizada pelas ACS e foi cumprida integralmente, tanto que todos os usuários que faltaram a consulta programada participaram da próxima programação de consulta. As buscas foram realizadas semanalmente pelas ACS e foram muito efetivas.

Realizamos visitas domiciliares mensais para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Durante as visitas a enfermeira tomava os sinais vitais e o médico avaliava o usuário. Durante as visitas domiciliares e as atividades em grupo de idosos eram entregues e preenchidas a maiorias das carteirinhas dos idosos.

As ações como classificação de morbimortalidade, fragilidade na velhice, avaliação odontológica e consultas odontológicas tem sido uma das ações mais fracas previstas no projeto. Contudo, a partir do segundo mês essas ações melhoraram um pouco. No começo do projeto foi proposta uma meta alta de alcançar uma cobertura de 98%, entretanto temos um grande número de usuários idosos em nossa área que visitavam a unidade, mas recebiam menos de 15% das ações previstas no projeto. Então estamos trabalhando com um grande número de usuários, o que torna mais demorada e trabalhosa as consultas. Por isso não conseguimos atingir todas as ações previstas em um mesmo atendimento.

De maneira geral, podemos afirmar que cumprimos com todas as ações previstas no cronograma da intervenção e que os indicadores foram melhorando progressivamente.

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

A maioria das ações foi cumprida de forma integral nas primeiras duas semanas, o restante foi sendo complementada durante as outras dez semanas da intervenção.

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

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, usamos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Em relação ao fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores até este momento não temos tido nenhum problema.

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

Daremos continuidade à proposta desenvolvida neste projeto de intervenção, que é melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS, com a realização das atividades propostas. Ações como, contato com lideranças comunitárias, atividades em grupo e visitas domiciliares aos idosos permanecerão sendo realizadas semanalmente. E ações como atendimento médico continuarão sendo realizados todos os dias de forma integral e sem nenhum tipo de complicação. Acredito que podemos melhorar um pouco mais a acessibilidade aos atendimentos odontológicos, disponibilizando um dia de atendimento odontológico só para usuários idosos, após pactuação com a dentista e o secretário de saúde municipal.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da ação programática saúde da pessoa idosa. Na área adstrita à UBS existem 341 pessoas nesta faixa etária, entretanto a intervenção focalizou inicialmente os usuários dessa faixa etária que participavam da consulta de demanda espontânea e da consulta programada, depois focalizou aqueles que participavam dos grupos de idosos e, finalmente, aos idosos que não tinham aderido a nenhuma atividade antes mencionadas. No final da intervenção, foram cadastrados 340 pessoas, o que atingiu uma cobertura de 99,7% conforme Figura 1.

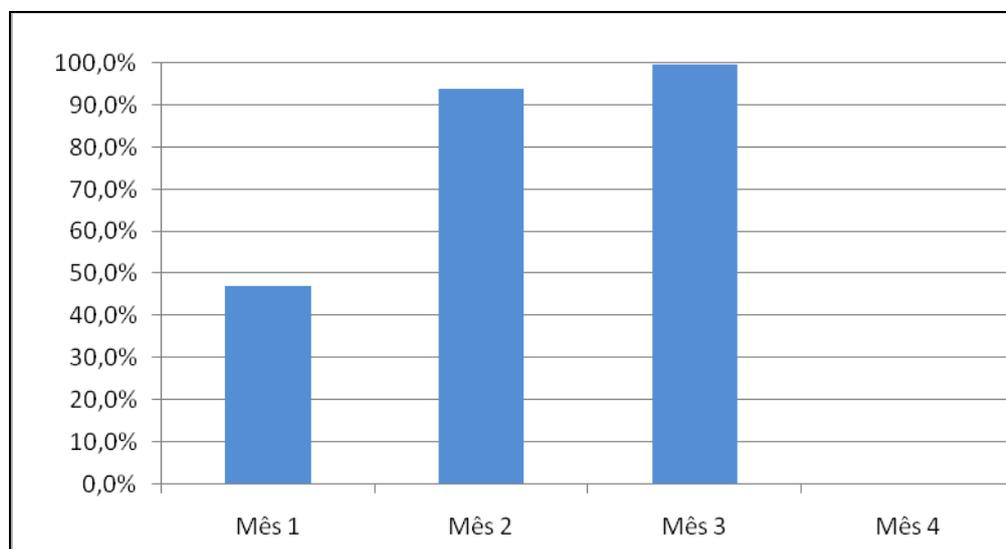
1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%:

No primeiro mês foram consultados 160 usuários idosos o que representou 46,9% da população alvo. No segundo mês foram consultados 160 usuários a mais, o que representou 93,8%. O último mês consultaram-se 120 usuários, deles 20 só eram consultas iniciais o restante estavam sendo consultados pela segunda vez, sendo que a equipe aproveitou para completar as ações que não foram realizadas na primeira consulta por causa do tempo reduzido. A meta de cobertura que almejamos atingir era de 98%, sendo que foi sobrepassada em 1,7p.p..

Em nossa unidade a cobertura dos usuários idosos sempre foi boa, sempre teve um alto fluxo de idosos sendo consultado nos diferentes serviços da unidade. Nossa área de abrangência é pequena, por isso propusemos uma meta de cobertura alta, porque sabíamos que podíamos atingi-la facilmente.

Acredito que o bom resultado obtido na cobertura, também foi em parte pelo cadastramento minucioso das pessoas idosas de nossa área de abrangência e pela busca ativa dos idosos que não estavam realizando acompanhamento em nenhum serviço de saúde. Além das atividades de educação em saúde realizadas e dirigidas a informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. Acredito também que devemos continuar na capacitação da equipe no acolhimento da pessoa idosa, devido a complexidade deste processo que inclui a faixa etária mais consultada de nossa unidade.



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

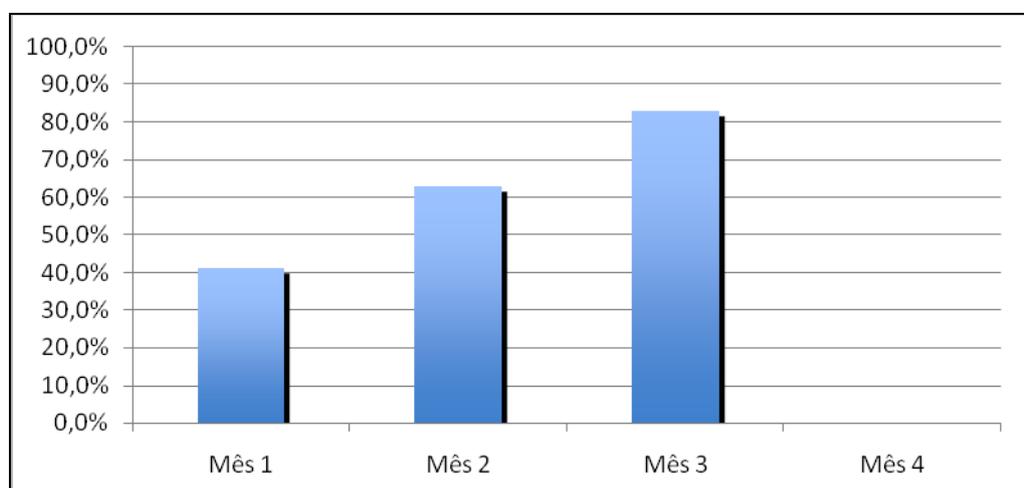
## 2. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos em acompanhamento:

Nossa UBS, apesar de sempre ter tido uma boa cobertura de usuários idosos, a maioria dos indicadores de qualidade medidos pelo MS estavam muito baixos ou não se aplicavam. Foi traçada a meta "realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do MS" No primeiro mês foram realizadas 160 consultas, nelas se realizaram 66 avaliações multidimensionais rápidas, o que representou 41,3% dos usuários consultados. No segundo mês melhoramos o número de avaliações, aumentando para 201 avaliações, o que ajudou a atingir 62,8%. No último mês foram realizadas avaliações em 282 usuários, o que permitiu no final atingir 82,9% de avaliações feitas (Figura 2), resultado muito bom considerando que este indicador no início da investigação estava zerado.

No primeiro mês foi realizado um número menor de avaliações, o que atrapalhou um pouco foi a inexperiência da equipe com o preenchimento das fichas espelho, na organização das consulta individuais e em grupo dos idosos. Mas

depois que a equipe conseguiu organizar essas ações na rotina de trabalho tudo foi se desenvolvendo melhor. Acredito também que a capacitação da equipe para o desenvolvimento desta avaliação multidimensional ajudou muito.



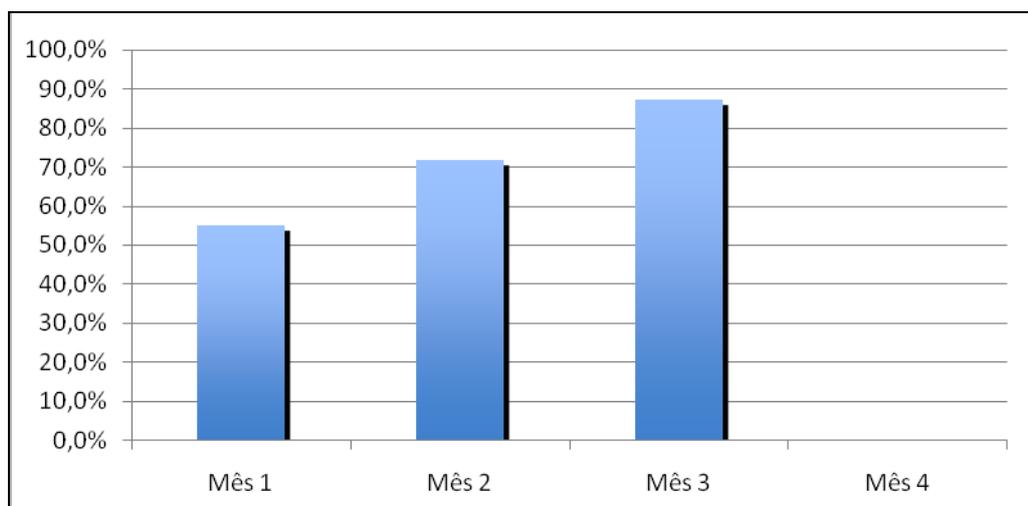
**Figura 2.** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

Em relação a meta “ 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 6 meses para diabéticos”, no primeiro mês foram realizados exame clínico apropriado a 88 usuários idosos, o que representou 55% dos usuários consultados. No segundo mês essa quantidade aumentou para 230 exames realizados, atingido 71,9%. No ultimo mês atingimos a meta de 296 exames clínicos, totalizando 87,1% dos idosos da unidade com exames clínicos apropriados em dia, conforme Figura 3. Esse é um bom resultado considerando que no inicio da investigação a maioria dos usuários tinham sido examinado clinicamente, mais nenhum com a frequência nem com as exigências que exige o protocolo desta investigação.

No primeiro mês o número de exames clínicos foi menor por problemas de organização e inexperiência, nos meses seguintes melhoramos muito esse indicador, sobretudo pelas reconsultas do ultimo mês que possibilitou a realização de exames clínicos nos usuários que na primeira consulta não foi realizado pelo fator tempo.

A ação mais importante na obtenção deste resultado foi a capacitação do médico na realização de um exame clínico mais minucioso e na melhor organização da consulta pra conseguir com o mesmo espaço de tempo realizar um exame clínico mais profundo e direcionado ao diagnóstico das doenças e complicações mais frequentes desenvolvidas nesta faixa etária. Acredito também que podemos melhorar a atenção médica estendendo o exame clínico apropriado a outras faixas etárias.



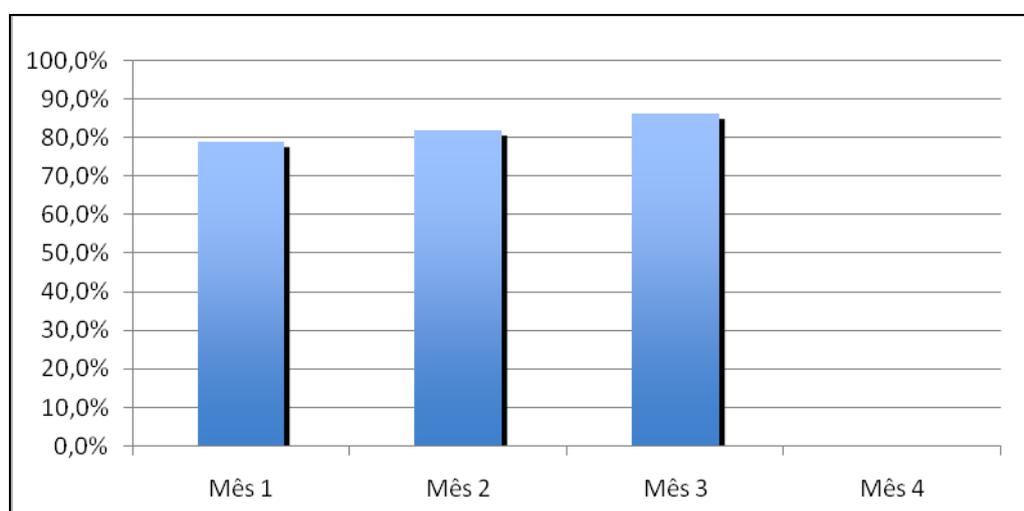
**Figura 3.** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

Visando atingir a meta "realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos", no primeiro mês foram consultados 85 usuários com hipertensão, diabetes ou ambas doenças, deles 27 tinham exames complementares indicados ou realizados há menos de seis meses, sendo que foram indicados a realização desses exames a 40 usuários, o que representou 78,8% de usuários com solicitação de exames complementares em dia. No segundo mês dos 74 usuários consultados, 18 tinham solicitado exames há menos de seis meses, desta forma, foram solicitados exames a mais 45 usuários, o que atingiu 81,8% de exames solicitados em dia. No último mês consultaram-se 60 usuários, diabéticos ou hipertensos, deles só 15 estavam na consulta pela primeira vez e com exames desatualizados. Nesse sentido, foi indicado os exames a eles e a mais 5 usuários que foram consultados pela segunda vez. Finalmente totalizamos o

terceiro mês com 86,2% dos idosos com exames complementares indicados e em dia, conforme Figura 4.

Acredito que foi um bom resultado se analisarmos que no início da investigação somente 25,8% dos usuários com estas doenças crônicas tinham os exames complementares em dia. O que dificultou a indicação de exames para atingir a meta de 100% da população alvo, foi o tempo reduzido das consultas devido a pressão assistencial. As facilidades encontradas foram as reconsultas dos usuários no ultimo mês e ações como a elaboração do livro de idosos onde foram registrados todos aqueles que não tinham exames em dia.

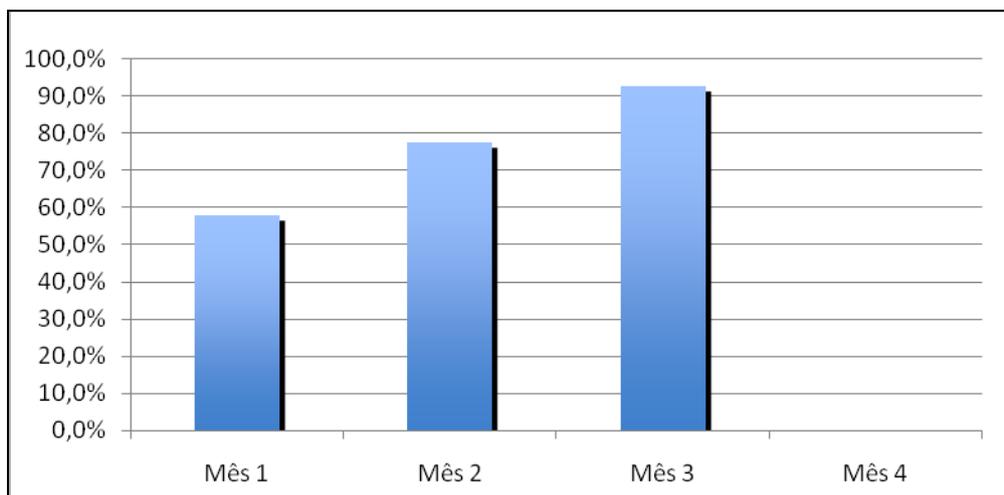


**Figura 4.** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

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

No que tange a meta “priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos”, no primeiro mês foram consultados 160 idosos, deles 26 tinham receitas da farmácia popular, nos prescrevemos receitas em 67 idosos somando 93 usuários o que representa um 58,1% dos usuários com prescrição da farmácia popular priorizada. No segundo mês de 160 usuários consultados 122 tinham prescrição da farmácia popular, nos receitamos 33 usuários somando 155 e representando 77,5%. No ultimo mês reconsultaram 100 usuários, foi realizada prescrição em 60 deles que não tinham, mais 7 prescrições feitas aos 20 idosos que consultavam por primeira vez conseguindo atingir um 92,6% de usuários com prescrição na farmácia popular.

O que dificultou a prescrição na totalidade dos idosos que não tinham uma prescrição priorizada da Farmácia Popular foi o grande volume de usuários consultados nos primeiros dois meses da intervenção. O que facilitou foram as reconsultas feitas no último mês onde se aproveitou para prescrever medicamentos aos usuários os quais em sua primeira consulta não conseguiram prescrição.

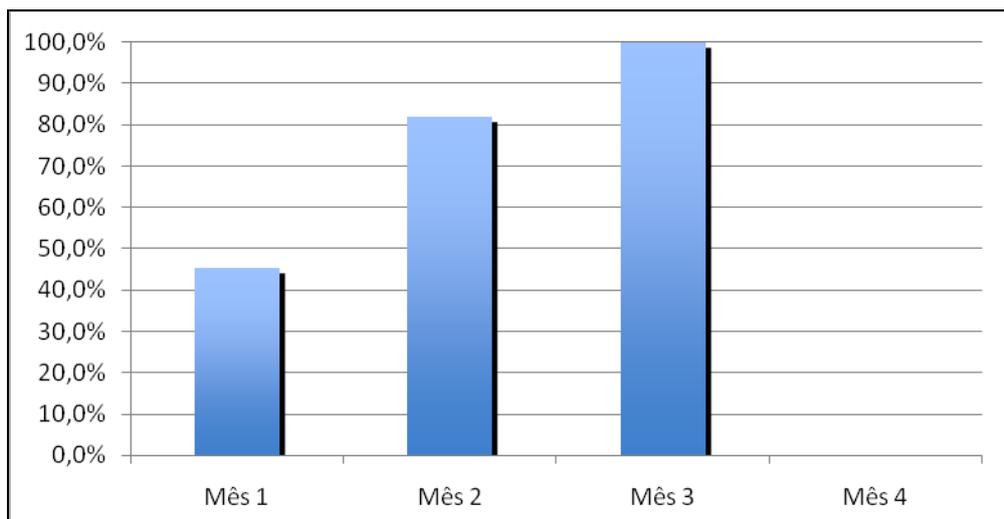


**Figura 5.** Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

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

Em relação à meta “cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção”, sendo que identificamos na nossa área de abrangência a existência de 11 idosos com este perfil. No primeiro mês cadastramos 5 idosos com problemas de locomoção o que representou 45,5% dos idosos com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da UBS. No segundo mês cadastramos 4 a mais, ou seja, 9 idosos, o que atingiu 81,8%. No terceiro mês cadastramos mais três idosos restantes conseguindo atingir a meta de 100% (figura 6) dos idosos com problemas de locomoção cadastrados na UBS.

No começo da investigação existiam somente 8 idosos acamados com problemas de locomoção residentes na área, no último mês surgiram mais três totalizando 11. Acredito que o número reduzido de usuários com problemas de locomoção e a busca ativa realizada pelas ACS foram as duas coisas que mais contribuíram para atingir 100% do cadastro destes usuários.



**Figura 6.** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

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

Além de traçar meta para realizar cadastro dos idosos acamados, também propomos “realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção”. No primeiro mês visitamos os 5 idosos com problemas de locomoção cadastrados na UBS, totalizando 100% no segundo mês visitamos mais 4 usuários com problemas de locomoção, atingindo aos 9 cadastros, também com porcentagem de 100%. No terceiro mês foram visitados mais 3 idosos, atingindo os 11 cadastrados. Nesse sentido, conseguimos visitar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção durante toda a intervenção.

Conforme descrito, são poucos usuários com estas dificuldades o que facilitou muito as visitas. Acredito também que a organização das visitas domiciliares com programação de visitas mensais para estes usuários possibilitou o cadastro e visita domiciliar de todos. O que atrapalhou as visitas em duas ocasiões foi a falta de carro, problema que depois resolvemos, definitivamente, com a disponibilização de motorista e carro duas vezes por semana somente para as visitas domiciliares.

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

Traçamos a meta “rastrear 100% dos idosos para Hipertensão arterial Sistêmica”, no primeiro mês consultamos 160 usuários, e em todos foi verificada a

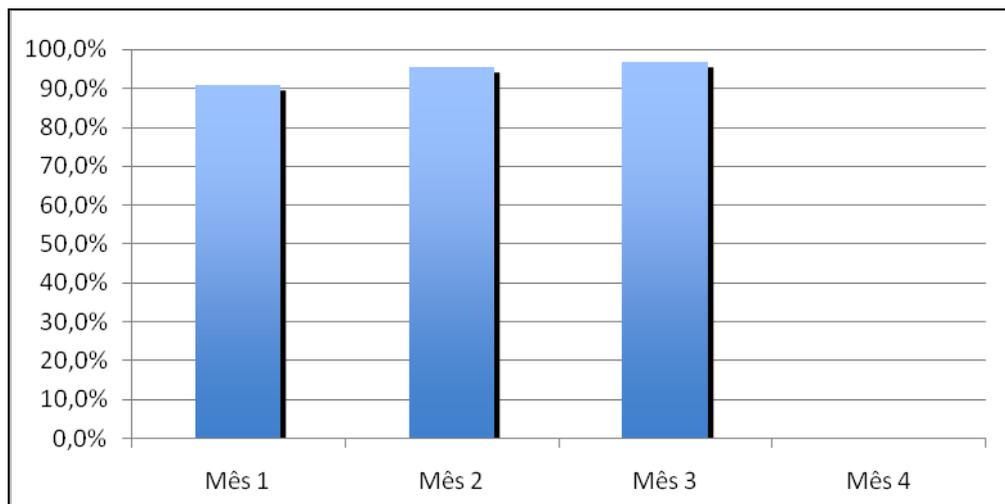
pressão arterial durante a consulta, totalizando 100%. No segundo mês consultamos, mas 160 usuários, todos com a pressão arterial verificada. No terceiro mês consultamos 120 usuários, deles 20 por primeira vez e 100 por segunda vez, todos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Desde o começo da investigação todos os usuários idosos tinham verificada sua pressão na última consulta. Este indicador está favorecido porque há vários anos no município existe o protocolo de verificar a pressão arterial em todos os usuários idosos antes de realizar qualquer tipo de consulta, seja espontânea ou programada.

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

No que tange a meta “rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus”, no primeiro mês consultaram-se 66 hipertensos, 19 deles tinham sido rastreados para diabetes há menos de seis meses e outros 41 idosos hipertensos foram rastreados nessa primeira consulta onde ficaram 60 hipertensos rastreados para diabetes, representando 90,9%. No segundo mês consultaram-se mais 71 idosos hipertensos, deles 10 tinham sido rastreados para diabetes antes da intervenção o resto foi rastreado durante a consulta atingindo um 96,4 % dos hipertensos rastreados. No último mês foram consultados 15 idosos a mais e todos foram rastreados, sendo que ao final da intervenção atingimos 96,7% de hipertensos rastreados para diabetes, conforme figura 8.

O resultado foi muito bom considerando que no início da investigação só tinham sido rastreados 29 hipertensos. Acredito que ajudou muito a sistematização e organização das consultas médicas onde revisamos cada prontuário e, na maioria das vezes, quando o idoso hipertenso não tinha sido rastreado para diabetes era indicado o rastreamento na hora.

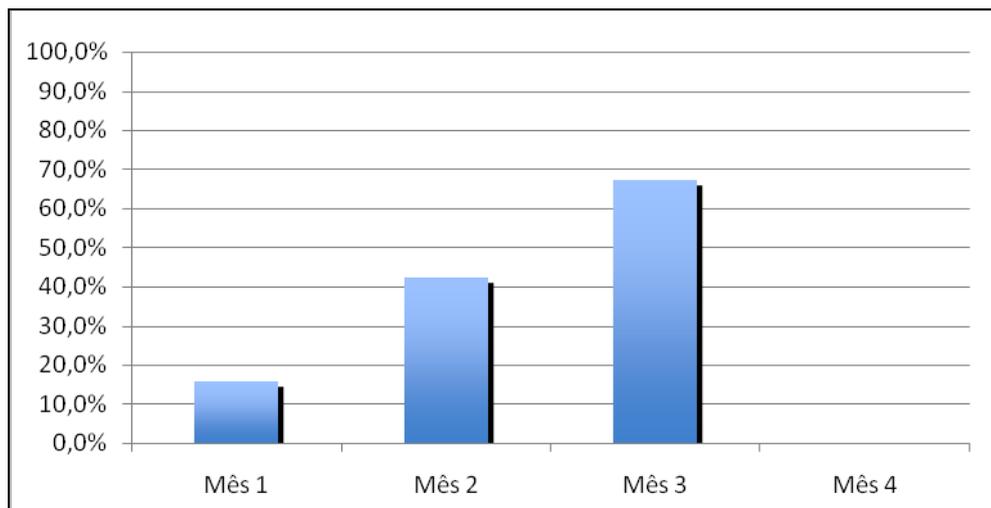


**Figura 7.** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

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

Visando atingir a meta “realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos”, no primeiro mês de 160 idosos cadastrados realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 25 idosos, o que representou 15,6% dos usuários consultados. No segundo mês 111 usuários foram avaliados, representando 42,5%. No terceiro avaliamos mais 93 idosos atingindo 67,4% dos idosos consultados durante a intervenção, conforme figura 9.

Dois fatores que provocaram os baixos resultados do indicador foram que no início da investigação o indicador estava zerado, ou seja nenhum idoso tinha sido avaliado por necessidade de atendimento odontológico, e a pressão assistencial de nossa unidade não permitiu o exame bucal de todos os usuários na primeira consulta. O último mês aproveitamos as reconsultas para fazer as avaliações que não foram feitas na primeira consulta, o que melhorou bastante o indicador. Acreditamos na importância de introduzir o exame bucal dentro da rotina do exame clínico que é realizado aos idosos em consulta.

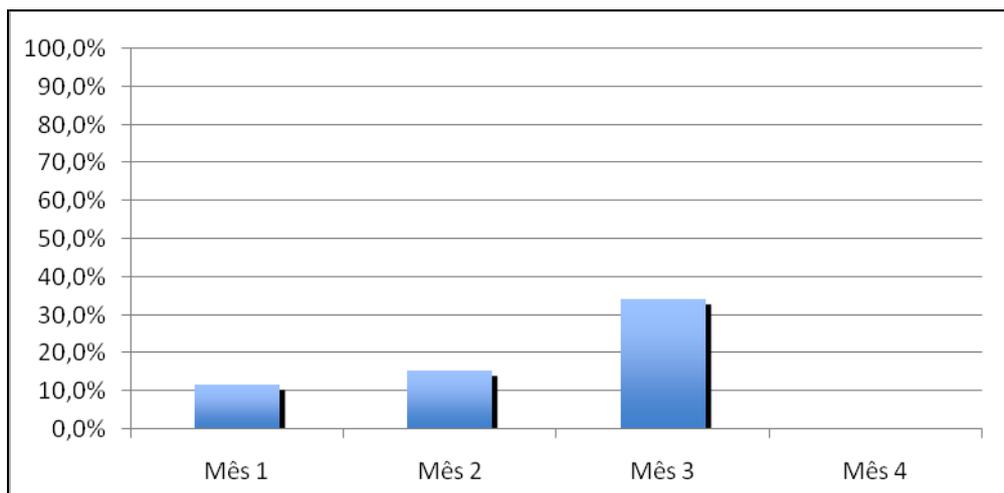


**Figura 8.** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

Complementando o cuidado a saúde bucal dos idosos, traçamos a meta “realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos”, no primeiro mês de 160 idosos cadastrados somente 19 receberam a primeira consulta odontológica programática, representando 11,9%. No segundo mês mais 30 receberam a primeira consulta odontológica programática, representando 15,3%. No último mês 67 idosos receberam a sua primeira consulta odontológica programática atingindo 34,1% de todos os idosos cadastrados, conforme figura 10.

A falta de cultura ao cuidado a saúde bucal dos usuários idosos, assim como, o número reduzido de vagas para consulta odontológicas afetaram o indicador, principalmente, no primeiro mês. Posteriormente, combinamos com a dentista priorizar o atendimento odontológico dos idosos em nossa Unidade, o que ajudou muito a melhorar este indicador no último mês da investigação. Acredito que também podemos melhorar, aumentando as atividades de promoção de saúde bucal.



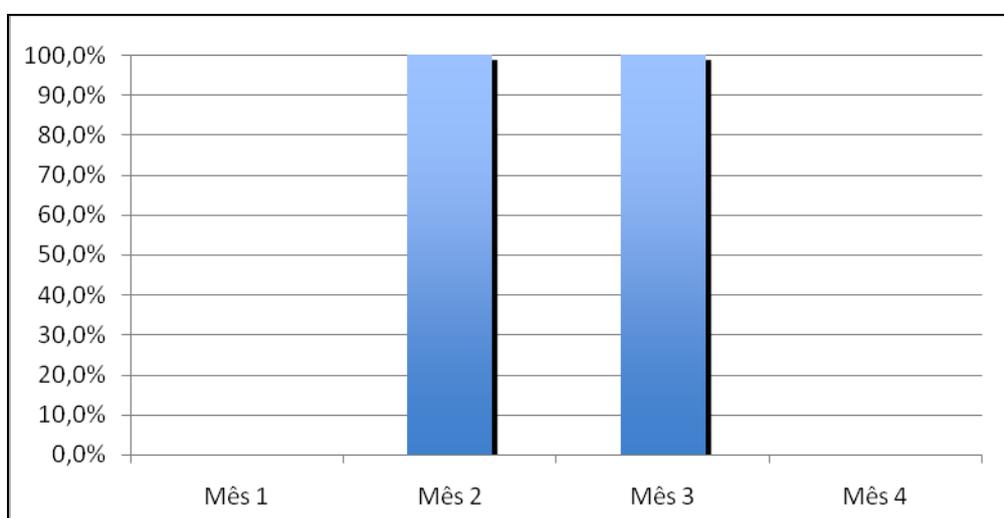
**Figura 9.** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

### 3. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso

#### Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas:

Pensando na estratégia de cuidar também dos idosos faltosos, estimamos “buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas”, no primeiro mês não existiu idoso faltoso a consulta programada, logo não realizamos busca ativa, pois no primeiro mês só consultamos os idosos que se encontravam na unidade, seja por consulta agendada ou espontânea. No segundo mês faltaram 12 idosos e os 12 receberam busca ativa pelas ACS de suas áreas, totalizando 100%. No terceiro mês faltaram a consulta programada mais 12 idosos que receberam busca ativa, totalizando, desta forma, 100% da meta alcançada, conforme figura 11.

O resultado deste indicador foi ótimo, acredito que pela efetividade das visitas domiciliares organizadas semanais orientadas a busca ativa de idosos faltosos.



**Figura 10.** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

#### 4. Resultados relativos ao objetivo de ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso

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

Em relação a meta “manter registro específico de 100% das pessoas idosas”, podemos afirmar que esta ação foi realizada integralmente durante os 3 meses da intervenção. No primeiro mês foram registrados 160 idosos, no segundo mês mais 160 idosos tiveram seus registros realizados e no último mês mais 20 idosos, totalizando 100% ao longo de toda a intervenção.

O resultado do indicador foi ótimo acredito que desde o começo da investigação a equipe de acolhimento e o médico organizaram-se para realizar o preenchimento da ficha espelho. As capacitações também ajudaram na qualificação da equipe no preenchimento dessa ferramenta.

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

Em relação a meta “distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados”, também foi atingida integralmente, sendo que no primeiro mês foram registrados 160 idosos, no segundo mês mais 160 idosos tiveram seus registros realizados e no último mês mais 20 idosos, totalizando 100% ao longo de toda a intervenção.

O resultado deste indicador foi ótimo já que 100% dos idosos ficaram com a caderneta de saúde em seu poder. A estratégia de entregar as cadernetas durante as visitas domiciliares e nas consultas em grupo de idosos contribuiu para que pudéssemos ter êxito nesta ação.

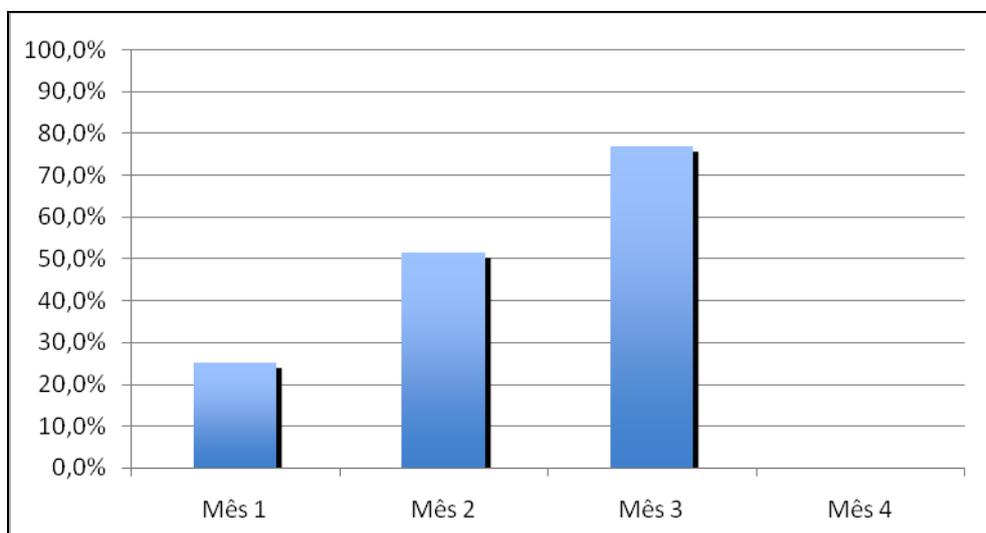
#### 5. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a avaliação de risco do Programa de Saúde do Idoso

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

No que se refere a meta “Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade”, no primeiro mês avaliamos o risco de morbimortalidade em 20

idosos, pois 20 já tinham sido avaliados, desta forma, atingimos 40 idosos, o que representou 25% de 160 idosos consultados. No segundo mês avaliamos o risco de morbimortalidade em 125 idosos, o que representou 51,6%. No último mês avaliamos mais 96 idosos, atingindo 76,8%, conforme figura 12.

Os resultados foram bons porque no começo da intervenção só o 25% dos usuários tinham avaliação de morbimortalidade o que foi aumentando até dobrar o resultado ao final da intervenção. No primeiro mês poucos idosos foram avaliados por causa da inexperiência com esse indicador, mas depois com a prática foi aumentando progressivamente.



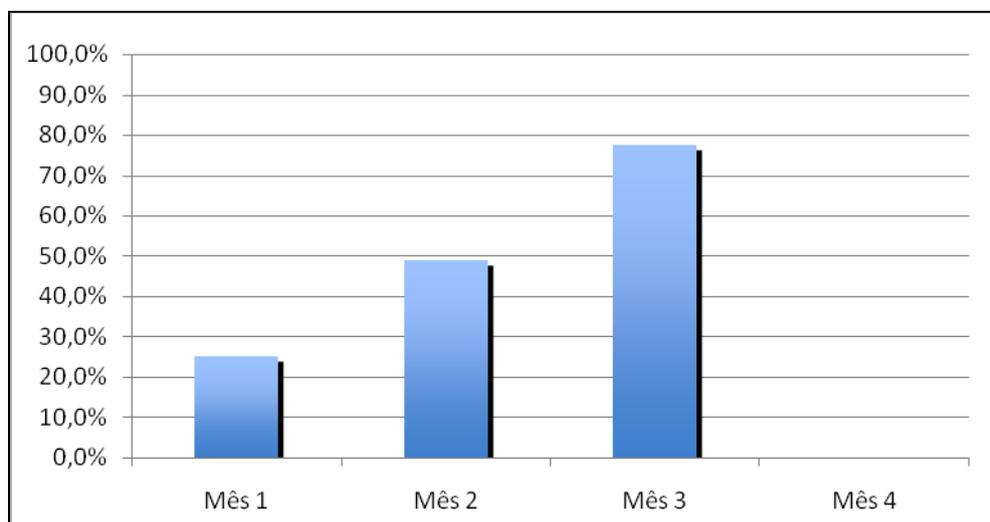
**Figura 11.** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

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

Foi proposto “investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, no primeiro mês realizamos a investigação em 40 idosos de 160 cadastrados, o que representou 25%. No segundo mês esta ação foi realizada por mais 117 idosos, o que foi possível alcançar 49,1%. No último mês realizamos mais 147 avaliação sobre a fragilização na velhice, atingindo 77,6%, conforme figura 13.

Os resultados foram bons porque no começo da investigação nenhum dos usuários tinham avaliação para fragilização na velhice em dia.

No primeiro mês poucos idosos foram avaliados por causa da inexperiência com esse indicador, mas depois com a prática foi aumentando progressivamente o número de idosos avaliados sobre a fragilização na velhice.

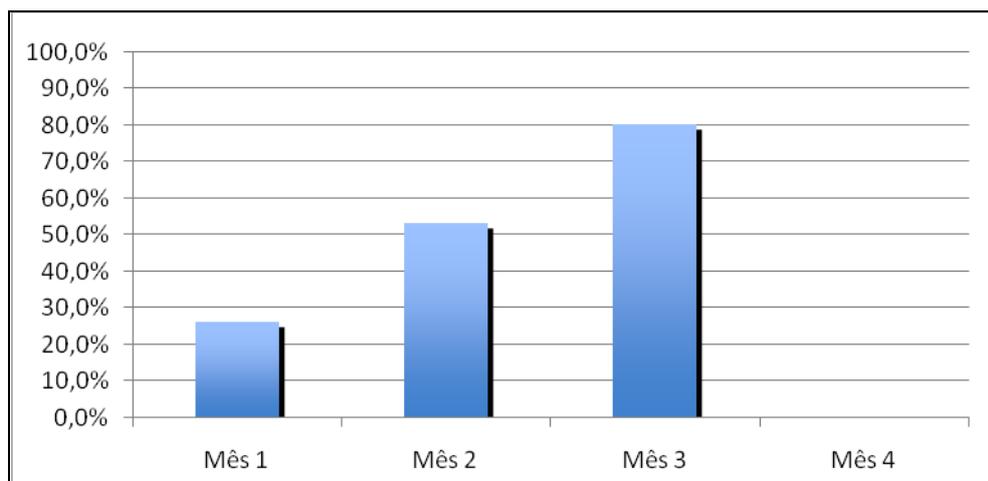


**Figura 12.** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

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

Para a meta “Avaliar a rede social de 100% dos idosos”, no primeiro mês realizamos avaliação de rede social de 42 idosos, o que representou 26,3% dos 160 idosos consultados. No segundo mês foram avaliados 170, o que representou 53,1%. No último mês 272 avaliações da rede social dos idosos cadastrados, perfazendo 80%, conforme figura 14.

Os resultados foram bons porque no começo da investigação nenhum dos usuários tinham avaliação de rede social em dia. No primeiro mês poucos idosos foram avaliados por causa da inexperiência com esse indicador, mas com a prática foi aumentando progressivamente a quantidade e qualidade desta ação.



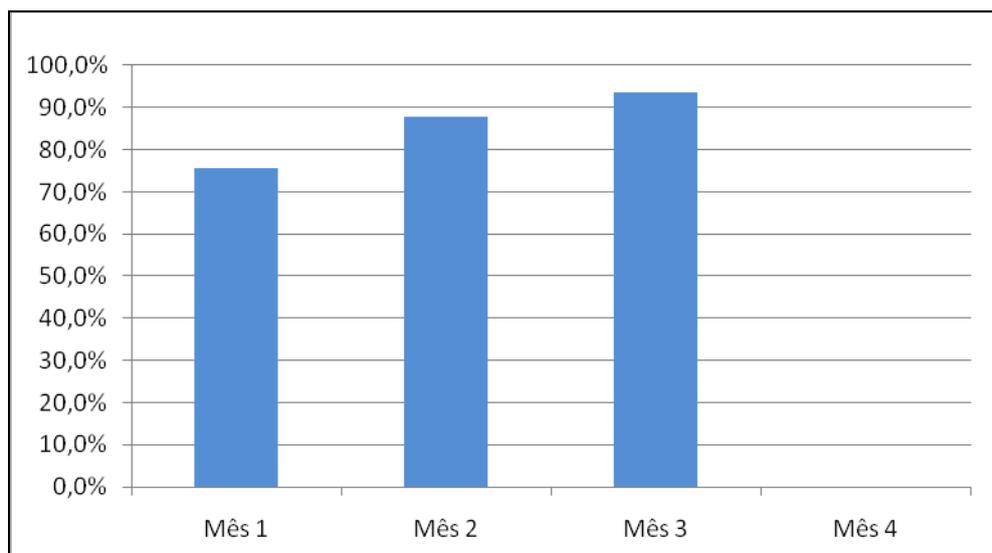
**Figura 13.** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

## 6. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a promoção de saúde do Programa de Saúde do Idoso

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

A meta “garantir orientação nutricional para hábitos saudáveis a 100% das pessoas idosas” foi realizada da seguinte forma, no primeiro mês consultaram-se 160 idosos, deles 121 receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, o que representou 75,6%. No segundo mês 281 idosos receberam orientação nutricional, perfazendo 87,8%, conforme figura 15. No último mês 318 idosos foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, atingindo 93,5%. O resultado deste indicador foi muito bom.

Dificultou a falta de organização das primeiras consultas assim como o grande volume de idosos consultados nos primeiros dos meses. Facilitou as reconsultas do último mês onde foi examinado aqueles indicadores que não foi possível examinar na primeira consulta incluindo a orientação nutricional para hábitos saudáveis.

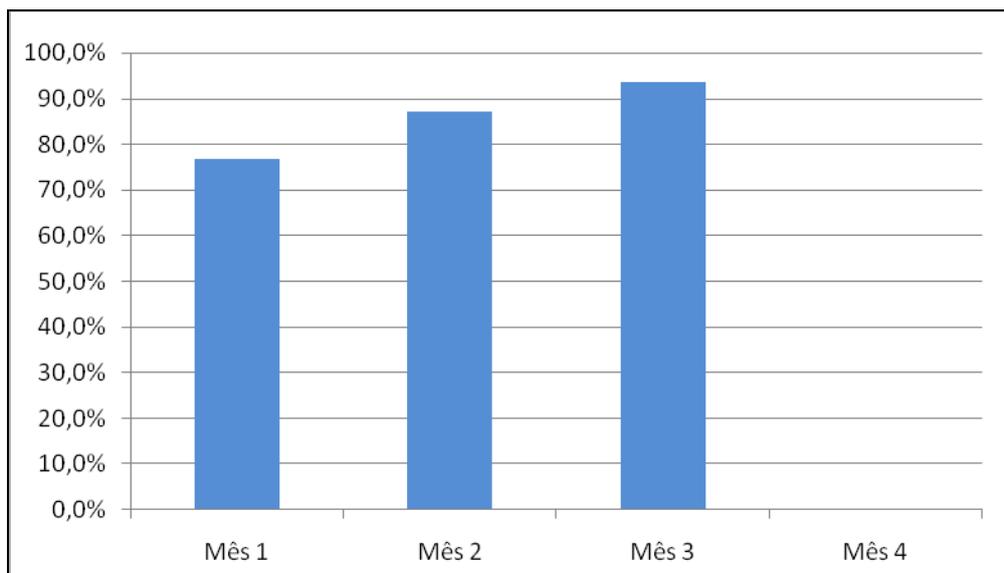


**Figura 14.** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

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

No que tange a meta “garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos”, no primeiro mês 123 idosos receberam orientação para realização de atividade física, o que representou 76,9%. No segundo mês esta orientação foi realizada para 279 idosos, totalizando 87,2%. No último mês 318 idosos receberam orientações sobre a realização da prática regular de atividade física, atingindo 93,5%, conforme figura 16.

Dificultou a falta de organização das primeiras consultas assim como o grande volume de idosos consultados nos primeiros dos meses. Facilitou as reconsultas do último mês onde foi examinado aqueles indicadores que não foi possível examinar na primeira consulta incluindo a orientação para a prática regular de atividade física.

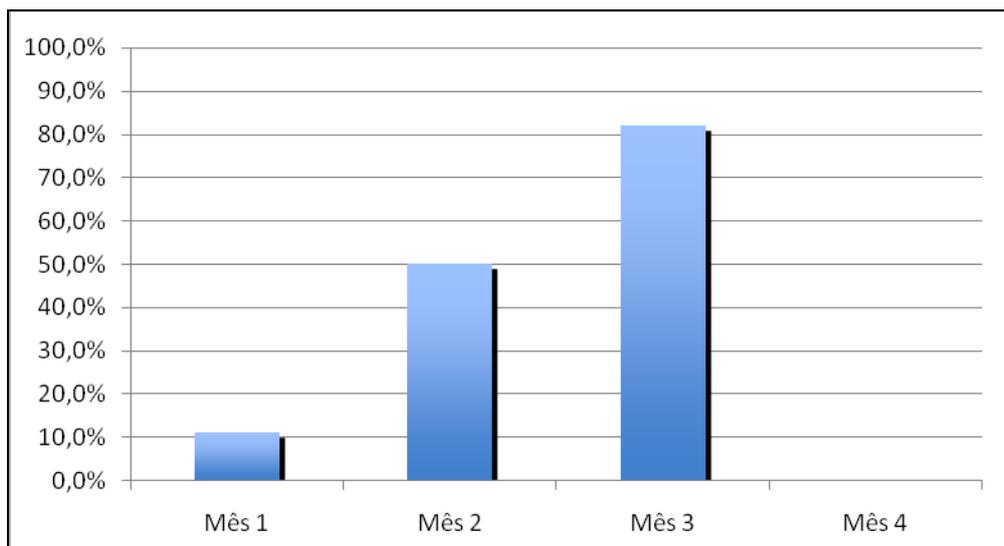


**Figura 15.** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Finalizando o conjunto de metas relacionadas ao processo de orientação sobre ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, foi traçada a meta “garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês somente 18 idosos receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal, o que representou 11,3%. No segundo mês 160 idosos receberam esta orientação, perfazendo 50%. No último mês 279 idosos foram orientados, totalizando 82,1%, conforme figura 17.

Dificultou a falta de organização das primeiras consultas assim como o grande volume de idosos consultados nos primeiros dos meses. Facilitou as reconsultas do último mês onde foi examinado aqueles indicadores que não foi possível examinar na primeira consulta incluindo as orientações sobre higiene bucal.



**Figura 16.** Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

## 4.2 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para ampliação dos exames clínicos dos idosos e a classificação de risco desta faixa etária.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à atenção aos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção, das agentes comunitárias, da dentista e até da secretária de saúde. O médico ganhou em organização teve que mudar a dinâmica das consultas dos usuários idosos para conseguir avaliar todos os indicadores propostos pela investigação, além disso ele teve que se aprimorar mais e dedicar mais tempo no exame clínico dos idosos, pesquisar sobre indicadores que não sabia como avaliar e melhorar as técnicas de educação em saúde, como entrevistas, palestras, etc. O médico aprendeu também de metodologia da investigação, perfeição se nos métodos de pesquisa na internet e até aprendeu a língua portuguesa. A enfermeira ganhou em conhecimento sobre atenção do usuário idoso, ela participou das palestras dadas pelo médico e teve que se capacitar também para o processo de acolhimento já que ela e o técnico em enfermagem são as duas profissionais responsáveis por esta atividade. Para as ACS esta investigação foi uma escola, elas

recém começavam trabalhar quando iniciou-se a investigação, elas aprenderam delimitar a área de abrangência, cadastrar usuários no sistema, além disso receberam capacitação de como fazer visitas domiciliares, fornecer educação em saúde e também em trazer informação para a equipe das áreas de saúde. A dentista encontrou na intervenção uma estratégia de como aumentar o número de consultas e avaliações odontológicas aos usuários idosos, também conseguiu aumentar as atividades de promoção e prevenção de saúde bucal nesta faixa etária. A gestão da secretaria de saúde também favoreceu se, ganharam em experiência com a aplicação deste projeto, eles ficaram sabendo da perspectiva do atendimento aos usuários idosos e até falaram da sua vontade em gerar o projeto a outra UBS existente no município.

Antes da intervenção as atividades de atenção a usuários idosos eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido crucial para apoiar a priorização de atendimento dos mesmos. A intervenção também teve impacto em outras atividades do serviço como as reuniões da equipe que antes simplesmente não se realizavam, agora se realizam uma vez por semana. A delimitação da área de abrangência estava incompleta, com a investigação conseguisse delimitar. A organização das consultas, antes eram só demanda espontânea, agora realizam se consultas de todo tipo incluindo consultas agendadas. No começo as atividades em grupo reunia uma pequena quantidade de hipertensos e diabético que iam à UBS só buscar receitas, depois se criaram verdadeiros grupos que além de doentes crônicos incluem as pessoas maiores com 60 anos o mais, isto facilitou o diagnóstico de novos doentes e as atividades de educação em saúde. O processo de acolhimento dos idosos melhorou muito, antes durante o processo de acolhimento a enfermeira só media os sinais vitais, agora realizada se um verdadeiro interrogatório, onde a enfermeira determina que tipo de atendimento o usuário precisa. O atendimento odontológico também ficou mais bem organizado, antes os usuários idosos não tinham nenhuma prioridade para acessar neste serviço, a maioria só acessava quando tinham uma urgência odontológica, agora são separadas cinco vagas nos dias de atendimento odontológico para usuários idosos, o que ajudou muito nas avaliações odontológicas e na solução dos problemas deste tipo. A investigação acabou tendo impacto sobre

outras atividades como a campanha de vacinação, que realizo se facilmente devido a organização existente nesta faixa etária.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os idosos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, porem gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Para resolver esta situação se criaram cartaz onde explica porque os idosos tem prioridade. A comunidade e principalmente os idosos ganharam em conhecimento sobre a saúde, eles receberam palestras durante as atividades em grupo, receberam informação das ACS durante as visitas domiciliares e na mesma UBS e dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde. O mais importante foi a grande cobertura que se atingiu com a intervenção, quase o 100% dos idosos estão envolvidos no processo, agora tem melhor aceso a atenção odontológica e consultas medicas de maior qualidade.

A intervenção podia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para a priorização da atenção dos idosos e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto percebo que a equipe esta integrada, porem como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas, por exemplo a gente não conseguiu atingir o 100% em alguns indicadores porque consultamos um grande número de usuários idosos cada semana mais o atendimento aos outros usuários. Se eu fosse repetir a intervenção eu consultava menos usuários e atingia o 100% dos indicadores já que a cobertura desde o inicio da intervenção era boa.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial os de alto risco. Vamos colocar um membro da equipe em todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde para garantir o repasso de informações a comunidade e a retroalimentação de informação.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de x indicadores. Vamos adequar a ficha dos idosos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Tomando este projeto como exemplo queremos atingir outras ações programáticas, em especial a atenção à saúde da criança, já que no momento não contamos com pediatra no município.

### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Como parte do curso de especialização em saúde da família onde eu participo, em nossa UBS no mês de julho do ano passado foi iniciado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a saúde dos 341 idosos de nossa área. O projeto teve três etapas, uma primeira etapa de análise situacional onde foi descrita a estrutura física da UBS, a estrutura da equipe de saúde, e as atribuições dos profissionais. Uma segunda etapa de análise estratégica, onde foi definido o foco da intervenção, os objetivos, as metas e as ações; onde foi determinada a logística e o cronograma da intervenção. Uma terceira etapa de intervenção, onde foi divulgado o projeto de intervenção, foi capacitada a equipe de saúde, foram trabalhados os indicadores, e foram coletados os dados. Uma quarta etapa de avaliação da intervenção, onde foram apresentados, avaliados e discutidos os resultados.

Os resultados foram favoráveis, conseguimos ampliar a cobertura para 99,7%. Foram realizadas reuniões semanais onde se capacitou a equipe sobre atenção ao usuário idoso. Foram realizadas palestras de educação em saúde para população. Foi delimitada por primeira vez nossa área de abrangência. Melhoraram-se indicadores como avaliação multidimensional rápida em dia em 82,9%, proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia em 87,1%; proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames complementares em 86,2%; proporção de idosos com prescrição da farmácia popular priorizada em 92,6%; proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes em 96,7%; proporção de idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 67,4%; proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática em 34,1%, proporção de idosos com avaliação de morbimortalidade em 76,8; proporção de idosos com avaliação de fragilidade na velhice em 77,6%; proporção de idosos com avaliação de rede social em dia em 80%; proporção de idosos que receberam informação nutricional para hábitos saudáveis em 93,5%, proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular em 93,5 e proporção de idosos com orientação individual de cuidado de saúde bucal em 82,1%. Outros indicadores foram atingidos integralmente como a proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção cadastrados, a proporção de idosos acamados o com

problemas de locomoção com visita domiciliar realizada, a proporção de idosos com medição da pressão arterial na última consulta, a proporção de idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa, a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia e a proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Além disso, a intervenção permitiu criar um espaço de comunicação com a comunidade e com a gestão, conseguimos inserir um membro de nossa equipe em todas as reuniões do conselho municipal de saúde. Também melhorou a organização no trabalho, melhorou a qualidade dos registros e o mais importante, o desenho da intervenção permite sua continuidade e a extensão a outras ações programáticas dentro de nossa unidade e na outra unidade de saúde do município com ESF.

Queremos-nos agradecer ajuda fornecida pela secretaria de saúde municipal nos liberando o CRAS para fazer nossos grupos de idosos. Queremos agradecer pela liberação de recursos materiais como computadores, cadeias de rodas e carros para fazer visitas domiciliares, também pela contratação de mais oito horas na semana para dentista conseguir aumentar a qualidade de atendimentos e por nos conceder um espaço para participar nos conselhos de saúde.

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

Devido ao curso de especialização em saúde da família onde eu participo, em nossa UBS no mês de julho do ano passado foi iniciado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a saúde do idoso. Os resultados foram favoráveis, conseguimos ampliar a cobertura para 99,7%. Foram realizadas reuniões semanais onde se capacitou a equipe sobre atenção ao usuário idoso. Foram realizadas palestras de educação em saúde para população. Foi delimitada por primeira vez nossa área de abrangência. Melhoraram-se indicadores como avaliação multidimensional rápida em dia em 82,9%, proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia em 87,1%; proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames complementares em 86,2%; proporção de idosos com prescrição da farmácia popular priorizada em 92,6%; proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes em 96,7%; proporção de idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 67,4%; proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática em 34,1%, proporção de

idosos com avaliação de morbimortalidade em 76,8; proporção de idosos com avaliação de fragilidade na velhice em 77,6%; proporção de idosos com avaliação de rede social em dia em 80%; proporção de idosos que receberam informação nutricional para hábitos saudáveis em 93,5%, proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular em 93,5 e proporção de idosos com orientação individual de cuidado de saúde bucal em 82,1%. Outros indicadores foram atingidos integralmente como a proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção cadastrados, a proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção com visita domiciliar realizada, a proporção de idosos com medição da pressão arterial na última consulta, a proporção de idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa, a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia e a proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Também foi possível melhorar a atenção à saúde da comunidade em geral. Por exemplo, o trabalho da equipe ficou mais organizado com a criação da equipe de acolhimento, com a programação de consultas. Antes da intervenção os usuários eram acolhidos por qualquer profissional da UBS o que às vezes provocava desinformação e encaminhamentos errados; antes só se atendiam demandas espontâneas o que dificultava o correto acompanhamento dos usuários. Depois da intervenção o atendimento ficou muito mais qualificado, devido às aulas e reuniões que foram desenvolvidas. A intervenção também possibilitou ampliar o número de atendimentos e reduzir o tempo de espera para as consultas do médico, da enfermeira e da dentista. Antes a enfermeira não consultava, e a dentista atendia só cinco fichas ao dia três vezes por semana, agora a enfermeira consulta e orienta grupos de adolescentes, gestantes, fumantes, etilistas usuários soro positivos de HIV e a dentista atende 30 usuários por semana priorizando idosos e gestantes.

Foram criados novos espaços para interagir com a comunidade, como as consultas em grupo, que se realizam todas as quartas-feiras de manhã, e inclui não só idosos, inclui também jovens com doenças crônicas não transmissíveis. Aumentou a quantidade de atividades de educação em saúde, as quintas-feiras foram desenvolvidas palestras para comunidades sobre envelhecimento saudável. Ficou planejado ter sempre um membro da equipe nas reuniões do conselho de saúde municipal.

Foram criados novos registros como o livro de usuários idosos, se aplicou o protocolo de saúde do idoso recomendado pelo Ministério da Saúde. Se criaram

novas formas de atendimento como o atendimento programado que antes não existia e que podem ser usados para melhorar a qualidade da atenção em saúde de outras faixas etárias a outros grupos populacionais.

Como podem ver a intervenção trouxe grandes benefícios para os idosos e para a comunidade, o que vai se constatar melhor quando se trabalhe com outras ações programáticas.

E muito importante manter a continuidade da participação da comunidade nas atividades de educação em saúde ofertadas pela UBS, também a assistência e pontualidade as consultas programadas. Isto vai permitir levar a prática todo o escrito no projeto e garantir a melhora na atenção em saúde da comunidade que é o nosso principal objetivo.

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

Desde minha chegada aqui no Brasil eu tenho recebido um grande fluxo de informações, recebi aulas de português em São Paulo, aulas sobre o funcionamento do SUS, aulas sobre alguns dos programas priorizados do Ministério de Saúde e até passei um curso do AIDPI neonatal, mas nada se compara com o Curso de Especialização em Saúde da Família. Este curso para mim tem sido uma escola. Foram superadas todas minhas expectativas.

Na semana de ambientação eu achava um pouco parado, mas depois todo foi ligeiro e interessante. Foi uma grande novidade para mim, foi meu primeiro curso a distancia. Com ele não só melhorei meu português, conheci novos companheiros e professores fiz novas amizades. Aprendi muito sobre o sistema de saúde brasileiro, aprendi de metodologia da investigação. Eu tinha feito algumas investigações científicas observacionais e descritivas, mas nunca tinha feito uma investigação interventiva.

Com os estudos da estrutura da UBS consegui enxergar melhor as dificuldades estruturais e recursos que precisávamos. Com a carta de direitos dos usuários aprendi quais são os direitos e deveres que tem os usuários de saúde. Da

interação nos Fórum de Saúde Coletiva aprendi da realidade e das condições de trabalho dos meus companheiros. Aprendi muito das duvidas e informações postadas no fórum de clinica. Com os estudos da prática clinica treinei as habilidades de resumem de informação e de pesquisa na internet. Achei os casos clínicos interativos muito interessantes e com relação com a nossa realidade o que permitiu muitas vezes extrapolar os conhecimentos obtidos á consulta. A organização do curso e ótima, permite o aluno acompanhar o processo de aprendizado e incorporar progressivamente os conhecimentos.

Na verdade estou muito orgulhoso de ter feito parte deste curso e agradeço em primeiro lugar a minha orientadora por sua paciência e grande competência e a todos os professores que de alguma forma contribuíram com meu aprendizado, obrigado.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 36. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 110p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 26p.

FELIX, J. S. O planeta dos idosos, entrevista de Alexandre Kalache, coordenador do programa de envelhecimento e longevidade da OMS, São Paulo, Revista Fator, edição do Banco Fator, 2007.

FRANCISCO, Wagner De Cerqueira E. "Envelhecimento populacional ": *Brasil Escola*. Disponível em <http://www.brasilecola.com/geografia/envelhecimento-populacional.htm>>. Acesso em 14 de maio de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Populacional 2010* (29 de novembro de 2010). Visitado em 11 de dezembro de 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*, vol.21, no.3, p.200-210, 1987.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*, vol.21, no.3, p.211-224, 1987.

## **Apêndices**

**Apêndice A - Grupo de idosos área rural Colônia Santana.**



**Apêndice B: Grupo de idosos número 1 da área urbana**



**Apêndice C: Grupo de idosos número 2 área urbana**

**Apêndice D: Grupo idosos número 3 área urbana**

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL





## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante