

**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 Ana Ester Correa Pinto,  
SÃO BORJA/RS**

**Viviane Martins Schmitz**

**Orientadora: Luíla Bittencourt Marques**

**Pelotas, 2015**

**Viviane Martins Schmitz**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Ana Ester Correa Pinto,  
São Borja/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: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S355m Schmitz, Viviane Martins

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Ana Ester Correa Pinto, São Borja/RS / Viviane Martins Schmitz; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 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. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais Pedro Leonel Muniz Schmitz e Rozely Martins Schmitz por estimularem em mim o gosto pelo estudo, a meu esposo Carlos Antonio Ferreyra por compreender meus momentos de ausência em busca de mais conhecimentos e a minha filha Dasha por existir e ser a fonte de inspiração da minha vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus orientadores Fábio Renato Manzolli Leite, Swheelen de Paula Vieira e Luíla Bittencourt Marques, pela paciência e informações brindadas no decorrer dos meses. Assim também aos usuários da ESF e aos gestores municipais. De maneira especial agradeço a Enfermeira Adriane Belchor Cauduro e a agente de saúde Janete Gorski porque para ajudar uma idosa enfrentamos momentos difíceis, mas me ajudaram a seguir acreditando que existem profissionais de carácter, que estão dispostos a oferecer um serviço de qualidade e integral.

## Resumo

SCHMITZ, Viviane Martins. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Ana Ester Correa Pinto, SÃO BORJA/RS**. 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Organização Pan-Americana de Saúde define 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”. Em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. O presente trabalho tem como objetivo ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso, melhorar a qualidade da atenção e a promoção a saúde do idoso na ESF 12 Ana Ester Correa Pinto em São Borja/RS. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, entre março a maio de 2015, neste período a população da área era de 3.395 pessoas, 1.013 famílias, sendo 433 a população de idosos. Reorganizamos a equipe, capacitamos os profissionais, cadastramos os idosos, os acamados e com dificuldade de locomoção. Obtivemos apoio dos gestores e a adesão da comunidade. Atingimos uma cobertura 23,1% idosos ficando abaixo do esperado, mas realizado de forma integral. Foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida a todos os participantes, rastreamos os idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes, solicitamos exames complementares periódicos aos idosos hipertensos e/ou diabéticos, avaliamos a necessidade de atendimento odontológico, avaliação de rede social e presença de indicadores de fragilização na velhice. Realizamos visita domiciliar a 100% dos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção. Fortalecemos o vínculo com a comunidade e com os demais serviços: NASF, CRAS, farmácia básica e gestores. Durante a intervenção nenhum usuário faltou à consulta, aumentou à demanda dos idosos na ESF e a participação nos grupos de ioga, atividade física, HIPERDIA e com a nutricionista, estabelecendo assim uma rotina de hábitos saudáveis na vida dos idosos. Observamos à promoção da saúde, a prevenção de doenças crônicas, a provisão equânime de apoio comunitário e de cuidados paliativos e de longo prazo, por meio da reorientação no atendimento ao idoso, considerando suas opiniões e preferências, fortalecendo o vínculo usuário-equipe de saúde e a continuidade da assistência.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	70
Figura 2	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	72
Figura 3	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	74
Figura 4	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	74
Figura 5	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	76
Figura 6	Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.	77
Figura 7	Unidade de Saúde Ana Ester Correa, São Borja/RS.	90
Figura 8	Mosaico com registro de fotos durante visitas domiciliares, São Borja/RS.	90
Figura 9	Mosaico com registro de fotos durante reunião com gestores e equipe da Unidade de Saúde Ana Ester Correa, São Borja/RS.	91

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APGAR (Familiar)	Adaptation Partnership Growth Affection and Resolve
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Câncer
CAPS1	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
ECOMAPA	Panorama estratégico de situação
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
Exmo	Excelentíssimo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIM	Primeira Infância Melhor
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação de Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica .....	265
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e metas .....	27
2.2.1 Objetivo geral .....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	27
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	57
2.3.3 Logística .....	63
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	68
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Discussão .....	79
5 Relatório da intervenção para gestores .....	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências .....	87
Apêndices.....	88
Anexos.....	92

## **Apresentação**

O volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso da UBS Ana Ester Correa Pinto, São Borja/RS. O trabalho está organizado em sete unidades sequenciais e interligado. A primeira unidade é a análise situacional, parte fundamental para formular as diretrizes do TCC. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. A quarta seção compreende a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde e a discussão. A quinta parte é o relatório da intervenção para os gestores, a sexta parte o relatório da intervenção para a comunidade, respectivamente. A sétima parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implantação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Estou trabalhando em São Borja, município localizado na região oeste do estado do Rio Grande do Sul, encontra-se rodeada pelas cidades de Garruchos, Santo Antônio das Missões, Maçambará, Itaqui, Itacurubi, Unistalda e a cidade Argentina de Santo Tomé, da qual é separada pelo rio Uruguai. Cidade fundada em 1682 pelos padres jesuíta sendo a primeira cidade dos Sete Povos das Missões. Também conhecida como "Terra dos Presidentes", por ser cidade natal de dois ex-presidentes do Brasil: Getúlio Vargas e João Goulart. O município é um dos maiores produtores de arroz da região sul.

O município tem 14 unidades de saúde da família e três unidades básicas no interior da cidade. Estou alocada na unidade Ana Ester Correa Pinto, no bairro José Pereira Alvarez, situado a dois quilômetros do centro da cidade, zona urbana. Temos área de abrangência delimitada, com uma população de 3.395 pessoas e 1.013 famílias. O horário de funcionamento é das 7: 30 às 11: 30 e das 13 às 17 horas. As reuniões da equipe são realizadas semanalmente, nas quintas-feiras das 13 às 15 horas.

A unidade possui placas de identificação na parte externa e interna da unidade, rampa de acesso a pessoas de difícil locomoção e cadeira de rodas para auxiliar na locomoção dos usuários.

A estrutura da unidade é boa: um consultório médico, um consultório para a enfermeira com cama ginecológica e banheiro, ambulatório, consultório do dentista, sala de vacina, sala de nebulização e esterilização é usada na mesma, uma peça é usada para depósito de material de saúde, uma peça que é o expurgo, armazena-se o material de limpeza e ocupa-se o tanque, mais dois banheiros para a equipe de saúde, cozinha, sala de espera e a recepção são em um só ambiente, farmácia e

três banheiros para os usuários. Existe um projeto de reforma e ampliação para construção de um salão multiuso. Temos internet e telefone para auxiliar na comunicação com outros profissionais da rede.

Há bastante demanda de usuários, estamos agendando oito usuários por turno, mas diariamente são acolhidos pela enfermeira os usuários que querem consultar no dia, sem agendar, ela define a necessidade ou não da atenção no dia, somando em total, aproximadamente dezesseis usuários por turno. O acolhimento é realizado nos dois turnos, quando a enfermeira não encontra-se na unidade o acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem.

Aos usuários agendados a atenção médica é realizada de forma integral, aos demais usuários a atenção é mais direcionada ao problema atual. A demanda está elevada, algo natural quando a população quer conhecer o médico.

Começamos com grupos de atividade física duas vezes por semana e ioga uma vez por semana com educadoras física, está tendo muita adesão, uma vez ao mês palestra com a nutricionista, todas essas atividades realizadas na associação de moradores do bairro.

Consultas individuais com a nutricionista uma vez ao mês na sala da enfermeira, previamente agendadas segundo prioridade, grupo com as gestantes cada quinze dias, comigo no consultório médico, ginecologista uma vez por semana, este ocupa a sala da enfermeira, assim como a pediatra que atende duas vezes por semana.

Parte da comunidade é bastante vulnerável, na cidade existe uma rede de saúde muito organizada, o Núcleo de Atenção a Saúde da Família e o Centro de Referência de Assistência Social trabalham conjuntamente com as Unidades de Saúde da Família.

As visitas domiciliares programadas são realizadas no turno da tarde, sendo realizadas pela técnica, pela enfermeira e por mim em dias diferentes. A equipe está integrada por: agente operacional, higienizadora, técnica de enfermagem, enfermeira, o dentista e o auxiliar de dentista somente no turno da manhã, eles não estão habituados a realizar visitas domiciliares e não participam das reuniões, e são sete os agentes de saúde, trabalho diretamente com eles porque são os que realmente conhecem os problemas de saúde das famílias, são fundamentais para que eu possa conhecer a população.

Na área de abrangência temos duas escolas: Escola Estadual Padre Francisco Garcia, com ensino fundamental, médio, os programas de Educação de Jovens e Adultos e o Programa Mais Educação, e Escola Municipal Duque de Caxias com ensino fundamental. Tive a oportunidade de realizar palestras sobre planificação familiar e métodos anticoncepcionais na escola Estadual e temos projetos de realizar grupos com as professoras sobre qualidade de vida.

Muitos usuários estão fazendo uso de medicações antipsicóticas, antidepressivas e ansiolíticas, em muitos casos combinados, e em usuários jovens, sem melhora do quadro clínico dos usuários. Os usuários têm a cultura de consumir: omeprazol, diclofenaco, paracetamol, nimesulida desnecessariamente. Temos medicações básicas na unidade, os antibióticos e medicamentos controlados são dispensados na farmácia municipal da cidade.

Também há muitos tabagistas, adolescentes obesos, pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão que não controlam a alimentação, nem realizam atividade física.

Os exames demoram um pouco, em torno de 20 dias a 1 mês, mas nos casos urgentes consegue-se com urgência, nos casos em que encaminho usuários para os cirurgiões, geralmente envio com os exames necessários para o diagnóstico e pré- cirúrgico, a consulta e a cirurgia se for o caso, não demoram. Temos demora com os encaminhamentos para as especialidades que há um só especialista credenciado pelo sistema único de saúde, que são as áreas de: Neurologia, cirurgia vascular, oftalmologia, otorrinolaringologia, nefrologia, endocrinologia, aproximadamente dois a três meses, mas em caso necessário também consegue-se com urgência.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A Unidade de Saúde da Família (UBS) Ana Ester Correa Pinto onde trabalho está situada na Avenida Venâncio Aires 319, bairro Várzea, zona urbana do município. São Borja é uma cidade localizada a 595 quilômetros da capital do estado, rio Grande do Sul, com uma população de 61.671 habitantes (BRASIL, 2010), sendo 6.533 habitantes da zona rural e 55.138 da zona urbana. Temos três Unidades Básicas de Saúde (UBS) no interior do município, sendo uma delas, unidade móvel que trabalha de segunda a sexta-feira, cada dia em uma localidade

do interior do município e quatorze ESF na zona urbana. Possuímos também um programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) configurando uma cobertura em estratégia da saúde da família de 85,41%. Também contamos com um Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE) para encaminhamento de atividades especializadas. As treze USF possuem Equipe de Saúde Bucal (ESB), estabelecendo desta forma uma cobertura odontológica de 87,3%. Dispomos de dois NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e de um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

Temos um hospital filantrópico na cidade, o Hospital Ivan Goulart, que está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), também o apoio do CAPS1 (Centro de Atenção Psicossocial) que oferta atenção ambulatorial, do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga) com internação vinte e quatro horas, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) com o qual trabalhamos juntos em vários projetos dentre eles: grupos de gestante, Terceira idade em ação (idosos), atividades educativas para crianças, adolescentes e mães dos mesmos, grupo de mulheres, oficina de artesanato e outras terapias ocupacionais e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), onde são ofertados serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos na perspectiva de potencializar e fortalecer sua função de proteção.

Quanto ao atendimento especializado, não temos dificuldade com relação à referência para atenção da maioria das especialidades, embora tenhamos uma central de agendamento para as consultas realizadas fora do município para algumas áreas médicas como reumatologia, neurologia pediátrica, oncologia, cirurgias oftalmológicas e procedimentos cirúrgicos cardiovasculares. As vagas são suficientes para a demanda do município e o tempo esperado varia de acordo com a urgência do quadro clínico.

O acesso a exames complementares de rotina demoram em torno de quarenta e cinco dias, e ao ser solicitado um exame com urgência, esse é realizado brevemente, não havendo demora no diagnóstico e tratamento. Contamos no município com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que auxilia no atendimento a urgências e emergências médicas clínicas ou traumáticas. Na ESF são realizadas pequenas cirurgias e atendimentos de urgências/emergência. Atualmente não realizamos os testes rápidos para gravidez, HIV e sífilis, mas todos

são disponibilizados no laboratório municipal central, de forma rápida, não tardando o diagnóstico e o tratamento correspondente.

A ESF foi inaugurada dia 18 de agosto de 2003, tendo como horário de atenção das 7: 30 às 11: 30 e das 13: 00 às 17: 00. Encontra-se vinculada ao SUS e está inserida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica, não possui vínculo com instituições de ensino, onde trabalham: um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais, um agente operacional. Contamos também com uma associação de bairro que é utilizada para diversas atividades extramuros de promoção e prevenção da saúde.

O processo de trabalho da equipe tem sido discutido em reuniões semanais, nas quintas-feiras, das 13: 00 às 15: 30, onde são apresentados os casos que necessitam atendimento diferenciado, buscando de forma conjunta a melhor alternativa para resolução dos problemas da comunidade. Para melhor desempenho do trabalho em equipe, acordamos como cada um pode contribuir para auxiliar nas atividades cotidianas. A equipe médica e de enfermagem fica responsável em levar um tema por semana para discussão, incluindo os diferentes protocolos do Ministério da Saúde (MS), mantendo a equipe capacitada, motivada e comprometida.

O cronograma do atendimento dos profissionais (médico, enfermeiro e odontólogo) é estabelecido durante as reuniões de equipe de maneira a facilitar o trabalho de todos, sendo fixado em um mural na sala de espera, em lugar visível. Os agendamentos para consultas são realizados diariamente, em ambos os turnos, pessoalmente, pelos ACS ou via telefônica. São atendidos os programas: pré-natal, puericultura, saúde do idoso e planejamento familiar. As visitas domiciliares são programadas conjuntamente com os ACS e realizadas pela médica, pela enfermeira e pela técnica de enfermagem.

A estrutura física da nossa ESF contempla uma recepção/sala de espera, um consultório climatizado com banheiro, outros dois consultórios climatizados, o da médica clínica e o do dentista, um ambulatório, uma sala de vacina equipada e climatizada, uma sala de almoxarifado, dois banheiros com lavatórios para uso da equipe de saúde, três banheiros para uso dos usuários com acessibilidade para portadores de deficiências com lavatório e uma cozinha. Não temos uma sala

própria para esterilização de material, o mesmo é feito em uma sala que também é usada para nebulização. O material é lavado no almoxarifado, empacotado e depois levado para esterilização. A farmácia é pequena, não é climatizada e são dispensados os medicamentos dos programas: HIPERDIA (hipertensão e diabetes), planejamento familiar e medicamentos da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME). Os medicamentos são suficientes e os usuários também podem retirar as medicações do programa HIPERDIA nas farmácias da cidade de maneira gratuita.

Observamos que a unidade contempla a maioria dos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), mas necessita algumas adequações. Visualizando estas necessidades e tendo em vista buscar meios para que a reforma na ESF se torne possível, a unidade foi inscrita na Estratégia Requalifica UBS. Temos telefone fixo e internet com wi-fi, o que facilita a comunicação rápida com outros setores, e o acesso direto ao sistema integrado do Ministério da Saúde, colaborando na resolução de alguns problemas de forma imediata. Temos materiais e equipamentos necessários à realização das atividades dos ACS, para os procedimentos realizados pelos profissionais e para o funcionamento da ESF.

A equipe tem como compromisso ser resolutiva e incentivar a participação dos cidadãos nas atividades desenvolvidas na ESF. Ainda estamos trabalhando em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada membro da equipe, para que o trabalho seja dinâmico e fluido evitando o monopólio de informações. As visitas domiciliares e as notificações compulsórias são realizadas por todos os profissionais. Sabemos que é necessária a existência de um Conselho Local de Saúde para maior poder de decisão da comunidade e estamos conversando com membros da comunidade, mas sabemos que toda mudança demora um tempo prudente para que seja institucionalizada. No enfrentamento das dificuldades, observa-se que a maior delas é a visão que se tem da saúde pública, tanto da população quanto da maioria dos profissionais de saúde, acostumados com um sistema de saúde exclusivamente curativo, não dão a devida importância para a educação e a prevenção à saúde, estes tópicos são abordados pelo Programa de Saúde da Família com ênfase e ao serem colocados em prática, resultam em melhoria dos indicadores de saúde.

Nossa UBS atende uma população de 3.395 pessoas, na nossa área de abrangência há possibilidade de crescimento populacional, devido à grande

quantidade de terrenos baldios, estão sendo construídas diversas casas, locais comerciais e uma Unidade de Pronto Atendimento a quatro quadras. A distribuição da população por sexo e faixa etária estimada na UBS está de acordo com as expectativas nacionais. De acordo com os dados demográficos verificamos que a população da área é predominantemente jovem, pois, existe um grande número de pessoas abaixo dos 59 (cinquenta e nove) anos, com predominância do sexo feminino.

Na UBS o acolhimento à demanda espontânea, era realizado pela enfermeira e pela técnica de enfermagem, depois de algumas reuniões e estudo do protocolo do Ministério da Saúde (2011), passou-se a entender que todos os membros da equipe são responsáveis pelo acolhimento, e atualmente estão trabalhando de maneira integrada. São realizados atendimentos voltados a várias áreas de atenção, descritos a seguir.

Em relação à saúde da criança, oferecemos o atendimento de puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade pela médica pediatra, durante um dia da semana, no turno da manhã, e pela médica clínica de 0 a 6 anos diariamente nos dois turnos de atendimento. Participam o enfermeiro, médico, odontólogo e técnico de enfermagem. As consultas de puericultura consistem em avaliação do crescimento e desenvolvimento e identificação de situações de risco à saúde, assim como: problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e teste do pezinho. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e odontológico e são arquivados junto com o prontuário da família.

De acordo com o Calendário mínimo de consultas para assistência à criança proposto pelo Ministério da Saúde, devem ser realizadas 07 consultas no primeiro ano de vida, na ESF as 41 crianças acompanhadas estão em dia com esse protocolo, apresentando uma cobertura de 100%, e percebemos que existe um excesso de consultas de puericultura. Isto ocorre porque, em geral, a maioria das mães quer o controle mensal até o ano de vida da criança. A cobertura para o teste do pezinho nos sete primeiros dias de vida é de 100%, cobertura excelente, já que o teste é uma triagem importante para doenças neonatais. A primeira consulta de puericultura encontra-se também com a cobertura de 100%, assim como a triagem auditiva, pois é realizado no município facilitando sua execução.

Quanto ao aleitamento materno, existe ótima aceitação, havendo amamentação exclusiva a quase todos os recém-nascidos. Explicamos durante o pré-natal as vantagens do aleitamento materno exclusivo, para que saibam que as crianças crescem e se desenvolvem melhor quando amamentados no peito, evitando doenças como diarreia, otites, infecções respiratórias, alergias, desnutrição, doenças digestivas, obesidade, doenças do trato urinário, cáries, melhor resposta às imunizações e melhor equilíbrio emocional. Também salientamos que as mulheres que amamentam possuem menor risco de câncer de mama, ovário e há uma diminuição do volume do útero mais rápida, do peso ganho durante a gravidez. Também explicamos que há menos risco de hemorragia pós-parto e de anemia, além da vantagem econômica. Nos casos das mães que trabalham, estas são orientadas sobre como armazenar e aquecer o leite materno. As ações de prevenção de acidentes alcançam 63% das famílias acompanhadas pela puericultura. Os cuidados são orientados durante o pré-natal e consultas de puericultura.

Os pontos positivos no atendimento à saúde da criança na UBS são a aceitação das mães do controle médico na ESF, a cobertura de 100% das vacinas, apesar de não serem realizadas vacinas na ESF, mas sim na central de vacinas do município, e grande adesão ao aleitamento materno. Mas em contrapartida são evidenciadas falhas como agendamento excessivo de consulta a pedido das mães, déficit no preenchimento das cadernetas das crianças, a não realização de atividades com grupos de mães durante a puericultura e resistência ao comparecimento às consultas odontológicas.

O pré-natal no geral está de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, abrangendo 100% das gestantes (51), algumas realizam controle em consultórios particulares, ainda assim buscamos acompanhar que todas estejam realizando os controles adequadamente no mínimo de seis consultas. Priorizamos o diagnóstico precoce, antes de 120 dias do início da gestação, o cadastramento das gestantes no 1º trimestre, a classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta e em cada consulta, o acompanhamento do pré-natal de baixo e alto risco com encaminhamento ao obstetra.

A maioria das gestantes não planeja a gestação e não faz uso de ácido fólico antes da concepção. Desde a primeira consulta é solicitado o cartão de vacinação, e as gestantes são encaminhadas à Central de vacinas do município.

Estamos conversando com os gestores para que seja realizada uma capacitação em vacinas para as enfermeiras e técnicas da unidade, para assim podermos realizar o esquema vacinal na própria unidade, pois já temos sala de vacinas climatizada e equipada.

A equipe realiza busca ativa e identificação precoce das gestantes, oferecendo às mesmas os cuidados e orientações necessárias, em forma individual ou no grupo de gestantes realizado a cada quinze dias, principalmente sobre preparação da mama, aleitamento materno, alimentação saudável, atividade física, ioga, cuidados com o recém-nascido, anticoncepção no pós-parto. A suplementação com sulfato ferroso é seguida conforme protocolo, e facilitada, pois disponibilizamos a mesma na UBS. A cobertura de avaliação de saúde bucal nas gestantes é baixa (23%), isso preocupa porque elas estão frequentando constantemente a UBS e poucas estão consultando com o dentista, estamos diariamente perdendo oportunidades de educação em saúde e prevenção de agravos.

A unidade de saúde oferece atendimento às gestantes semanalmente, em um turno pelo ginecologista, e diariamente pela médica clínica, durante os dois turnos, as consultas são agendadas diariamente. No final da consulta, o próximo retorno já é agendado. O atendimento do pré-natal é realizado pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e o auxiliar de saúde bucal e são registrados em prontuário clínico e odontológico, sendo arquivados em uma pasta de gestantes. O protocolo de atendimento utilizado na unidade de saúde é o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

As gestantes são cadastradas no programa SISPRENATAL pelo médico e pela enfermeira e o envio das informações à Secretaria de Saúde é realizado pela última mensalmente. Quanto ao pré-natal iniciado no primeiro trimestre, o índice de cobertura se apresenta em 100%. É realizada visita domiciliar puerperal e de puericultura nos primeiros sete dias pós-parto, vislumbrando humanização do atendimento puerperal e ao recém-nascido, o que proporciona melhora da qualidade no atendimento e respectivamente melhora na qualidade de vida da mulher e da criança. Aproveitamos essa visita para certificar-nos da realização do teste do pezinho nos primeiros 07 dias de vida, agendar consulta na unidade. Também trabalhamos conjuntamente com as ações do PIM (Primeira infância melhor), articulada com a Estratégia Rede Cegonha, que têm, entre seus objetivos, o papel de orientar as gestantes e suas famílias a respeito dos cuidados necessários para

promover a saúde integral da gestante e seu bebê, fortalecendo a atuação da atenção básica e favorecendo o seu vínculo com a rede de serviços. No que se refere à gestão e coordenação do programa de pré-natal, participam deste processo o médico, o enfermeiro e ACS, realizando reuniões para monitorar e avaliar o programa.

A atenção básica de saúde possui um papel fundamental no acompanhamento e na manutenção da saúde da mulher, por estar presente em todas as fases de vida da mesma. Devido à alta incidência de câncer de colo de útero e de mama ao longo dos anos, é fundamental a busca de estratégias de promoção e prevenção, em grupos e também durante as consultas individuais, disseminando o conhecimento da necessidade da realização dos exames e da sua periodicidade, assim como sinais que podem evoluir para câncer.

Na unidade 92% das mulheres são acompanhadas para prevenção do câncer (CA) de colo de útero (862 no total de 934). A abordagem de usuários para detectar a necessidade de realizar o exame citopatológico é feita pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. A unidade utiliza um protocolo do Ministério da Saúde, disponível na unidade. Os resultados dos exames citopatológicos são registrados em um livro específico, em formulário especial e estamos deixando a desejar, porque nem sempre os resultados são registrados nos prontuários clínicos. Os registros específicos não costumavam ser revisados periodicamente, devido à mudança constante de enfermeira na unidade. A coleta para exame citopatológico é realizada pela enfermeira de maneira programada durante os dois turnos, um dia por semana e segundo necessidade durante a consulta do médico ginecologista.

Os fatores de risco para câncer de colo uterino são investigados em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico, mas nem sempre temos esses registros nos prontuários. A avaliação para fatores de risco para câncer de colo de útero, registrados nos prontuários apresentam uma cobertura de apenas 12%. A orientação sobre doenças de transmissão sexual e sobre prevenção do câncer de colo uterino consta em somente 35% dos prontuários, pensamos que esse valor não reflete a realidade, e revela a falta de registros. Os exames na unidade de saúde apresentam 52% de amostras satisfatórias. A baixa qualidade da técnica de realização do exame citopatológico reflete-se também no índice de 29% de cobertura para células representativas da junção escamocolunar. A porcentagem de usuários com o exame de citopatológico para câncer de colo uterino em dia alcança

apenas 57%, demonstrando a importância de um trabalho continuado, pois em 2013 a unidade de saúde trocou oito vezes de enfermeira. O índice de exames citopatológicos em atraso com mais de seis meses é de 43%. Apesar desses dados, nos últimos três anos apenas 06 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, e todas seguem seus controles na ESF. Não é realizado o planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de colo uterino na unidade.

Ao analisar as ações de controle do câncer de colo do útero foram identificados pontos negativos como a baixa qualidade da técnica de realização do exame citopatológico, ausência de profissionais dedicados à gestão e avaliação do programa de controle do câncer de colo uterino e falta de registros. Os aspectos positivos evidenciados são a continuidade do trabalho da enfermeira e o reconhecimento da equipe da necessidade de mudanças.

O câncer de mama é outro que também tem levado ao óbito muitas mulheres no Brasil e no mundo. O exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia são realizados todos os dias da semana nos dois turnos e durante a consulta para coleta de citopatológico. 91% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão cadastradas na Unidade (321 no total de 351). Apenas 50% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão com a mamografia em dia, 50% estão com mamografia em atraso há mais de 03 meses. Tais índices indicam que uma porcentagem significativa de mulheres pode estar em risco.

A cobertura para avaliação dos fatores de risco para câncer de mama é de 31%, um índice que deve ser ampliado. Todas as mulheres em acompanhamento pela unidade de saúde recebem orientações e esclarecimentos sobre o câncer em si, seus fatores de risco e a importância da realização da mamografia, mas nem sempre são registrados nos prontuários. Nos últimos 03 anos foram identificadas 10 mulheres com mamografia alterada e nenhuma delas teve perda do seguimento.

Na unidade são realizadas ações para controle do peso, com participação da nutricionista do NASF uma vez ao mês, além de grupos de atividade física duas vezes por semana e ioga uma vez por semana. Os fatores de risco para câncer de mama são avaliados em todas as usuárias que realizam as ações de rastreamento, são dados necessários para o preenchimento dos formulários de solicitação do exame, mas nem sempre ficam registrados nos prontuários da usuária. Não existe arquivo ou planilha para registro de resultados de mamografia, o que dificulta o

acompanhamento de usuários com exames atrasados ou alterados. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama na ESF.

Observando a cobertura para prevenção do câncer de mama é importante esclarecer que a baixa adesão das usuárias se deve a constante troca de enfermeira, e em partes pela falta de registros dos exames realizados. Teremos que trabalhar para reverter esses pontos negativos, e aumentar a cobertura do programa. O aspecto positivo é que a enfermeira já está há seis meses na unidade, estabelecendo vínculo com a população, agora falta organizar os prontuários e os registros dos exames realizados, e estimular a realização de ações preventivas relacionadas ao câncer de mama.

Outro grupo de usuários que necessitam atenção especial são os portadores de hipertensão e diabetes. Na unidade temos 475 hipertensos cadastrados (63%) e o atendimento ocorre no turno da manhã e da tarde. Os usuários são atendidos pelo médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e nutricionista.

Não temos usuários acompanhados pela equipe de saúde que apresentem consultas em atraso há mais de 07 dias. O cadastramento no programa é feito pelos ACS. O registro do atendimento aos hipertensos ocorre no prontuário clínico, na ficha de cadastramento do HIPERDIA e na ficha de atendimento odontológico. Não existe um arquivo específico para registro dos atendimentos aos hipertensos e os prontuários são arquivados junto com o envelope da família. O médico, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde se dedicam ao planejamento das atividades com avaliação periódica. Os exames complementares periódicos encontram-se em dia para 61% dos hipertensos, índice a ser melhorado.

Consta nos prontuários de somente 21% usuários a realização da classificação de risco cardiovascular. É necessária a utilização regular dessa avaliação para uma abordagem mais ampla aos usuários e melhor acompanhamento pela equipe de saúde. As ações desenvolvidas na unidade de saúde englobam imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais e bucais, atividades de prevenção à obesidade e ao sedentarismo.

A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos na associação comunitária do bairro. A reunião do grupo HIPERDIA ocorre uma vez ao mês, onde convidamos para participar com palestras

nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e médicos. Sempre são verificados os sinais vitais, entregue medicamentos e todos os membros da equipe participam. As orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a todos, porém o índice de cobertura é de 67%, pois somente consideramos os registros dos prontuários. A avaliação de saúde bucal apresenta uma cobertura de apenas 21%, atribuímos à baixa cobertura ao fato de termos dentista apenas 20 horas na semana e também porque a população idosa não está acostumada com a realização de controle odontológico periódico, outro ponto a ser trabalhado.

Os aspectos positivos evidenciados na atenção aos usuários hipertensos são acessibilidade ao agendamento de consultas, realização de ações educativas de forma sistemática e organizada e realização de exames complementares. As dificuldades apresentadas são a ausência de agendamento de consultas subsequentes, baixa adesão à avaliação de saúde bucal e o baixo número de usuários com estratificação do risco cardiovascular.

Ainda avaliando as atividades com o grupo HIPERDIA, na área de abrangência da nossa UBS temos 109 pessoas portadoras de diabetes mellitus cadastrados na unidade (50%), número que deve ser maior devido a casos não diagnosticados. O atendimento ocorre em dois turnos diferentes na semana, possibilitando maior flexibilidade aos usuários. Ainda não ocorre a programação da consulta subsequente.

A orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável ocorre para 55% dos usuários diabéticos, tanto durante as consultas como em ações educativas e atividades em grupo. Todos os membros da equipe participam das atividades educativas alternadamente. O registro do atendimento aos usuários diabéticos ocorre no prontuário clínico, na ficha de cadastramento do HIPERDIA e na ficha de atendimento odontológico. Existe uma classificação de risco cardiovascular que é utilizada durante o período de acompanhamento dos usuários diabéticos e estavam registrados nos prontuários de 55% dos mesmos.

O índice de usuários diabéticos com os exames periódicos em dia é de 100%, tenho que mencionar que o número de usuários diabéticos encontrados ficou abaixo da média nacional, possivelmente porque houve uma subestimação do número total, conversei com os agentes de saúde sobre a questão e estamos

trabalhando para verificar os cadastros dos usuários. Os usuários diabéticos que tiveram seus pés, pulsos e sensibilidade examinados nos últimos 03 meses representam 28% do total. A avaliação da saúde bucal em dia corresponde a apenas 9% dos usuários diabéticos.

As dificuldades evidenciadas no atendimento ao usuário diabético são ausência de agendamento de consultas subsequentes, a ausência de protocolo de atendimento que oriente as ações relativas ao HIPERDIA, existência de casos não diagnosticados na população e baixa adesão à avaliação de saúde bucal. Os aspectos positivos evidenciados são a acessibilidade nos agendamentos de consultas, realização de ações educativas de forma sistemática e organizada e facilidade na realização de exames complementares.

A população brasileira tende a envelhecer e na unidade temos uma população de 433 idosos cadastrados (94%), o atendimento a esses usuários ocorre todos os dias durante a semana, nos dois turnos e o agendamento é facilitado para que todos tenham acesso à consulta. Os profissionais que participam do atendimento aos idosos são médica, enfermeira, nutricionista, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal. Não temos protocolo para o atendimento de idosos na unidade de saúde.

São desenvolvidas ações de promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal, campanhas de vacinação, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico e odontológico e são arquivados junto com o envelope da família. As atividades em grupos de idosos realizadas na unidade estão intimamente relacionadas a melhorar a qualidade de vida, prolongar o bem estar, evitar acidentes domiciliares e a depressão. O levantamento dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio é realizado pelos agentes comunitários de saúde, sendo realizadas as visitas e as consultas domiciliares pela médica, técnica de enfermagem e a enfermeira.

A maioria dos idosos não tem caderneta de saúde. A Avaliação Multidimensional Rápida estava registrada em apenas 35% dos prontuários, deixando em evidência a falta registro. O acompanhamento de 52% dos idosos está em dia, esta baixa cobertura pode dever-se a que muitos idosos possuem plano de saúde e realizam seus controles periódicos em médicos particulares. Dos idosos residentes na área de abrangência, 61% possuem hipertensão arterial sistêmica e

16% possuem diabetes mellitus, doenças crônicas que são associadas a faixa etária avaliada. A avaliação do risco de morbimortalidade ocorre em 69% dos idosos e a investigação de indicadores de fragilização na velhice em 58%. Estes são dois pontos que precisamos melhorar.

Os idosos que recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação de atividade física regular correspondem a 52%. A avaliação de saúde bucal ocorre em apenas 42% dos idosos. Temos uma cobertura baixa para saúde bucal e o mesmo é explicado por dois fatores distintos: a falta de integração das atividades do odontólogo às ações da equipe de saúde e a atenção odontológica de apenas 20 horas semanais.

As ações que permitem a expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem incorporar outros campos do saber, pois a integração com diversos níveis de atenção é essencial para a superação de muitos obstáculos. Nesse sentido, a reorganização da rede em saúde, tendo como base os princípios da saúde da família, é o caminho para se alcançar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da análise do processo de trabalho desenvolvido pela equipe percebemos que os maiores desafios encontrados estão relacionados à falta de um salão multiuso para realização de atividades educativas, falta de registro adequado dos resultados dos exames e de orientações nos prontuários, pouco entendimento da equipe sobre as funções inerentes a cada profissional, das funções comuns a todos e ausência de um Conselho Local de Saúde. A equipe de saúde utiliza dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) como instrumento de gestão e planejamento das ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), demonstra preocupação em disponibilizar a oferta de serviços com ampla acessibilidade e resolutividade, valoriza o acolhimento nas ações com a comunidade.

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

Para a análise das dificuldades e potencialidades da equipe foi fundamental a leitura por toda a equipe do material disponibilizado, confrontando-nos com a realidade, desenvolvendo estratégias necessárias para melhorar funcionamento da equipe e atenção à comunidade. Tivemos também o apoio dos cadernos das ações

programáticas que permitiram, de uma forma dinâmica, a obtenção de indicadores, sobre os quais estamos trabalhando para melhorar. O questionário de engajamento público estimula a implantação do Conselho Local de Saúde que é um instrumento de controle social, começamos divulgar a proposta a comunidade, surgindo o interesse de algumas pessoas. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS foi colocada no mural da ESF para que seja amplamente divulgada. Quanto ao questionário de atenção à demanda espontânea o processo de valorização do acolhimento à comunidade se fortaleceu, e os agentes de saúde começaram a realizar acolhimento também.

Através do questionário sobre a atenção à saúde da criança, verificamos que a rede municipal de atenção à criança está bem definida e organizada. A atenção ao pré-natal e puerpério na ESF demonstrou-se satisfatória, chamando-nos a atenção apenas à baixa adesão das gestantes ao atendimento odontológico, ressaltamos o atendimento do PIM, rede cegonha e o NASF que nos apoiam constantemente. O controle do câncer do colo do útero e de mama evidenciou a falha nos registros, planejamento e monitoramento das ações voltadas para essa área.

Com os questionários da atenção ao usuário hipertenso, diabético e ao idoso visualizamos a dificuldade de adesão dessa parcela da população à avaliação e cuidado da saúde bucal. Foi percebida também a falha quanto ao agendamento do retorno dos pacientes, assim medidas de correção serão providenciadas.

Após essas semanas de leituras, busca e análise de dados, concluímos que devemos valorizar e potencializar nossas habilidades, contamos com boa estrutura, um projeto de reforma e ampliação em andamento, instrumental e materiais de trabalho suficientes, ainda assim antes da análise situacional pensávamos que tínhamos 100% da população da área cadastrada, ao começar a análise situacional constatamos que os cadastros estão desatualizado, até mesmo das crianças menores de 2 anos, população de fácil controle, tivemos que ir atrás dos prontuários para saber o total da área, o que demonstra que devemos recadastrar a população para poder enfatizar o cuidado nos diferentes programas. Dos idosos consta uma cobertura de 94% mas essa cobertura faz menção aos cadastrados e que consultam por diferentes motivos na ESF, mas não têm uma atenção integral. Percebemos que repetidamente estamos atendendo as mesmas pessoas, por diferentes motivos de consulta, deixando de realizar prevenção e de atender uma grande parcela de idosos.

A análise situacional foi produtiva para toda equipe, proporcionando que todos conheçam os diferentes serviços, inclusive os fornecidos fora do município via SUS, o que é de grande utilidade para a população. Também deu-se a conhecer as falências a serem corrigidas, assim como os trabalhos desenvolvidos que devem ser continuados.

O município está trabalhando para a melhoria da atenção, investindo em capacitação e educação continuada para a equipe de saúde, as questões que precisam melhorar dependem da nossa organização, dedicação e motivação para transmitir à comunidade o sentimento de corresponsabilidade sobre sua saúde.

Temos como compromisso diariamente superar todos os desafios para alcançar os princípios e diretrizes do SUS, enunciados e assegurados em todo o arcabouço legal do SUS – princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O mundo está envelhecendo e isso é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. A Organização Pan-Americana de Saúde define 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” (OPAS-2003). Em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual trabalho, Ana Ester Correa Pinto, atende a uma população de 3.395 pessoas, possui uma estrutura adequada e encontra-se formada por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais e um agente operacional. A farmácia é pequena, não é climatizada e são dispensados os medicamentos dos programas: HIPERDIA, planejamento familiar e medicamentos da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME). Os medicamentos são suficientes e os usuários também podem retirar as medicações do programa HIPERDIA nas farmácias da cidade de maneira gratuita. Contamos também com uma associação de bairro que é utilizada para atividades extramuros, onde mensalmente é realizada entrega de medicação aos hipertensos e aos diabéticos, e aproveitando a

oportunidade são convidados profissionais para conversar sobre diferentes temas de promoção e prevenção da saúde.

Temos uma população de 433 idosos cadastrados (94% - segundo o caderno de ação programática), mas esses 94%, são de idosos cadastrados na UBS, sendo que não todos consultam na UBS e dos que consultam, não consta nos prontuários uma atenção integral. O atendimento a esses usuários é realizado todos os dias de segunda a sexta-feira, nos dois turnos e o agendamento é facilitado para que todos tenham acesso à consulta, porém não temos protocolo de atendimento de idosos na unidade de saúde. Desenvolvemos ações de promoção de saúde, campanhas de vacinação, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. O levantamento dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio é realizado pelos agentes comunitários de saúde. A maioria dos idosos não tem caderneta de saúde e a avaliação multidimensional rápida atinge apenas 35% dos usuários. O acompanhamento de 52% dos idosos está em dia, e, esta baixa cobertura pode dever-se a que muitos idosos possuem plano de saúde e realizam seus controles periódicos em médicos particulares. Dos idosos residentes na área de abrangência, 61% possuem hipertensão arterial sistêmica e 16% diabetes mellitus. A avaliação do risco de morbimortalidade constava em 69% dos prontuários e a investigação de indicadores de fragilização na velhice em 58%, pontos estes que precisamos melhorar. Os idosos que recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação de atividade física regular correspondem a 52%. Já a avaliação de saúde bucal ocorre em apenas 42% dos idosos, sendo explicada pela falta de integração do odontólogo às ações da equipe e a atenção odontológica de apenas 20 horas semanais.

Apesar de apresentar uma cobertura de 94%, devido a que em nenhum dos prontuários consta a atenção integral como a que será ofertada, a equipe decidiu desconsiderar a cobertura de 94%, e está integrada e decidida a recadastrar os idosos, realizar uma atenção integral e acompanhamento continuado desta população, realizando 11 consultas por semana, totalizando 44 consultas por mês e em 12 semanas serão 132 consultas realizadas, somando um 30,5% no final das 12 semanas. Se não houver intercorrências em menos de 1 ano toda a população poderá ter participado do programa.

Serão estudados os cadernos de ações programáticas e o caderno do idoso do Ministério da Saúde e trabalharemos para melhorar os indicadores. Teremos que

redobrar os esforços para conseguir avaliar a rede social dos idosos, APGAR familiar e ECOMAPA (porque momentaneamente estamos sem dois agentes de saúde) e para melhorar os indicadores de saúde bucal. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2006).

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Ana Ester Correa Pinto, São Borja/RS.

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

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

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30,5%.

Devido a que em nenhum dos prontuários consta a atenção integral como a que será ofertada, a equipe decidiu desconsiderar a cobertura de 94%, e está integrada e decidida a recadastrar os idosos, realizar uma atenção integral e acompanhamento continuado desta população.

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

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

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

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

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

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

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

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O foco de intervenção escolhido pela equipe de saúde teve como norteador, as informações e dados produzidos na Análise Situacional. Assim, escolheu-se o foco de Saúde do Idoso. O presente trabalho está previsto para ser implantado no período de 12 semanas, na Unidade Básica de Saúde Ana Ester Correa Pinto, Bairro Várzea, em São Borja/RS.

Cabe ainda destacar que, foram fornecidas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, planilhas de objetivos e metas e de coleta de dados que nos auxiliarão no processo de intervenção ao longo das 12 semanas.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Segue o detalhamento das ações para a execução da futura intervenção.

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

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30,5%.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

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

Será realizado através da ficha espelho na qual ficará registradas as consultas. A enfermeira ficará responsável por monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na UBS periodicamente mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Acolher os idosos.

Duas agentes de saúde ficarão encarregadas de realizar o acolhimento nos dois turnos estabelecidos para realizar consultas programadas para os idosos, nos demais dias o acolhimento será realizado pela técnica ou pela enfermeira.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da UBS.

Cada agente de saúde cadastrará os idosos da sua área de abrangência, através de busca ativa e a enfermeira ficará encarregada de supervisionar a atualização dos cadastros.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

A agente de saúde ficará responsável de atualizar as informações através do E-SUS, semanalmente, manualmente em um formulário do Ministério da Saúde, diretamente no site do Ministério de Saúde, utilizando o formulário para cadastro.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

A ação se dará durante os grupos de hipertensos e diabéticos (mensalmente), de ioga (Semanalmente), de atividade física (duas vezes por semana) que são realizadas na associação do bairro, onde uma agente de saúde ficará encarregada de acompanhar os grupos.

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

A agente de saúde Sandra ficará responsável em colocar cartazes na associação do bairro e na UBS convidando os idosos a participarem do programa e também de convidar a participar da reunião da equipe líderes da comunidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos

Será utilizada uma hora da reunião da equipe, que acontece semanalmente para realização de capacitação -aula- pela enfermeira sobre o acolhimento à pessoa idosa com base no caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF de 2006.

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

Será utilizada meia hora da reunião da equipe, que acontece semanalmente para capacitação-estudo de material sobre a busca ativa a pacientes idosos, pela técnica de enfermagem e será utilizado o Caderno do Ministério de Saúde “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento” - Serie Pactos pela Saúde 2006.

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

Será realizado pela médica, utilizando meia hora da reunião da equipe que acontece semanalmente (modalidade aula) com base no Caderno do Ministério de Saúde “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento” - Serie Pactos pela Saúde 2006, também contaremos com a presença da psicóloga do NASF para auxiliar-nos.

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

A enfermeira ficará responsável por monitorar semanalmente a realização da avaliação multidimensional através de uma planilha elaborada em Excel, que é a planilha de coleta de dados do idoso- fornecido pela UFPel.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

A médica será a responsável de conseguir a Tabela de Snellen, através de contato com o oftalmologista que presta serviço ao município, caderneta do idoso, e o material impresso das fichas espelho, através de contato com os gestores municipais. Contamos com os demais materiais na ESF.

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

Os agentes de saúde farão a entrevista sobre as atividades diárias no domicílio, prevenção de quedas e suporte social, ao realizar a visita domiciliar e a enfermeira realizará o teste visual, auditivo e orientações sobre alimentação saudável e atividade física regular. A médica realizará avaliação sobre a incontinência urinária, atividade sexual, humor/depressão, cognição, memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades foram divididas durante reunião da equipe para melhorar a atenção ao idoso e não cansar-lhe em uma entrevista monótona realizada em um só dia.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Será realizada pela enfermeira, durante os grupos de usuários hipertensos e usuários diabéticos (mensalmente), de ioga (semanalmente), de atividade física (duas vezes por semana) que são realizadas na associação do bairro, mas todos farão as orientações aproveitando as oportunidades, utilizando material fornecido pelo NASF sobre alimentação saudável, atividade física regular, Hipertensão e obesidade.

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

Cada agente de saúde será responsável em explicar verbalmente aos pacientes de sua área sobre as condutas esperadas em cada consulta, durante as visitas domiciliares mensalmente.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela ESF.

Será realizada uma aula pela enfermeira, em uma reunião da equipe, que ocorre semanalmente, durante 30 minutos, conforme o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006, o qual ficará a disposição na ESF para consulta.

Ação: Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

A médica ocupará 30 minutos da reunião da equipe, em uma reunião, que ocorre semanalmente, para conversar sobre a avaliação multidimensional rápida conforme o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006, o qual ficará a disposição na ESF para consulta.

Ação: Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

Serão realizados pela médica e pela enfermeira durante 30 minutos em uma reunião da equipe, em base no caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na UBS.

A médica e a enfermeira serão responsáveis de monitorar a realização dos exames clínicos dos idosos através dos prontuários e da ficha espelho semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

A técnica de enfermagem realizará a verificação da pressão arterial e antropometria, a médica o cálculo do escore de Framingham, exame físico, solicitação de exames, tratamento e encaminhará aos especialistas em caso de ser necessário, e a enfermeira realizará o aconselhamento sobre atividade física e alimentação saudável, os agentes de saúde, e os demais integrantes da equipe conforme oportunidade realizarão orientações, atribuições que foram decididas em reunião de equipe.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Cada agente de saúde ficará encarregado de realizar busca ativa, através de visita domiciliar ou contato telefônico diariamente, agendando oportunamente a consulta. E as áreas que não tem agentes de saúde serão divididas pelos demais agentes.

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

Serão acolhidos pela técnica de enfermagem e pelo agente de saúde ajudante do dia, serão atendidos com prioridade ocupando uma das cinco consultas reservadas para as consultas no dia, diariamente.

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

Ficará a cargo da médica e da enfermeira através do contato via telefônico com os serviços responsáveis.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar os pacientes 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.

Serão realizadas palestras com duração de 30 minutos pela enfermeira durante os grupos de hipertensos e diabéticos que são realizados na associação do bairro mensalmente, utilizando caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Durante 30 minutos na reunião da equipe será realizada capacitação sobre realização de exame clínico em idosos pela médica, a partir do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

Durante a reunião da equipe a enfermeira ficará responsável de explicar em 30 minutos, sobre a importância de registrar corretamente os procedimentos nas fichas espelho e nos prontuários.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

A enfermeira e a médica farão o controle quinzenalmente a partir da ficha espelho.

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

A enfermeira e a médica farão o controle mensalmente através dos prontuários e das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ficará sobre responsabilidade da médica durante as consultas.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

A coordenadora das UBS participará das reuniões da equipe cada dois meses, para conversar sobre as facilidades e dificuldades encontradas após colocarmos o projeto em funcionamento, estando diariamente a disposição para solucionar qualquer inconveniente.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

A médica explicará aos pacientes diariamente na consulta médica a importância da realização dos exames, e orientar que em caso de não conseguirem realizar os exames, devem retornar a UBS para que a enfermeira possa solucionar o agendamento do exame.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Nos grupos de hipertensos e diabéticos realizados mensalmente na associação do bairro, a enfermeira conversará 15 minutos com a comunidade explicando a importância da realização periódica de exames complementares, a partir do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Durante a consulta médica será explicado à periodicidade que devem ser realizados os exames.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na ESF para solicitação de exames complementares.

Ocorrerá em 15 minutos durante a reunião da equipe e serão explicados pela médica a partir do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.

Através da renovação das receitas, podemos saber onde estão sendo retiradas as medicações, será realizado esse controle pela enfermeira.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Será realizada mensalmente na ESF pela enfermeira e pela técnica, a verificação de quantidade e validade da medicação manualmente durante uma tarde.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e/ou usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Será realizado mensalmente pela enfermeira através de planilha fornecida pela farmacêutica da farmácia popular.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Serão orientados pela enfermeira durante 15 minutos nos grupos de hipertensos e diabéticos que ocorrem mensalmente na associação de moradores do bairro, utilizando o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

A médica realizará a atualização sobre tratamento de usuários hipertensos e usuários diabéticos, em 30 minutos durante a reunião da equipe em modalidade de aula, e ficará na ESF cópia do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Serão orientados pela farmacêutica do município-aula- durante 30 minutos na reunião da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Será enfatizado que a lista está exposta no mural da ESF para todo usuário, assim como horários de funcionamento da farmácia popular, também será distribuída uma lista a cada agente de saúde, onde conste o tempo de validade para cada receita, segundo a medicação.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As agentes de saúde irão através da planilha elaborada em Excel, da ficha espelho e dos prontuários monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, esta ação será também realizada com ajuda dos demais agentes de saúde e ocorrerá mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A médica será responsável de garantir o registro semanalmente dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, através da planilha elaborada em Excel, da ficha espelho e do prontuário.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na ESF.

Ficará responsável a enfermeira de informar a comunidade com palestras e banner sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da ESF durante os grupos de hipertensos e diabéticos que ocorre mensalmente, de atividades físicas 1 vez por semana e no grupo com a nutricionista 1 vez por mês, realizados na associação do bairro, em qualquer dos grupos ocupará aproximadamente 15 minutos e utilizará o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Através de conscientização realizada durante 15 minutos em uma reunião da equipe pela enfermeira, utilizando o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

A enfermeira ficará encarregada monitorar a realização das visitas através da ficha espelho e do prontuário.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

A enfermeira ficará encarregada de elaborar a agenda programada para visitas domiciliares da médica e dos ACS.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Os agentes de saúde são encarregados dessa orientação. E será feito um reforço pela enfermeira durante os encontros dos grupos de hipertensos e diabéticos que ocorre mensalmente, de atividades físicas uma vez por semana e no grupo com a nutricionista 1 vez por mês, realizados na associação de bairro.

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

Os agentes de saúde são encarregados dessa tarefa, assim como os demais integrantes da equipe e será feito um reforço pela enfermeira-palestra durante aproximadamente 10 minutos nos grupos de usuários hipertensos e usuários diabéticos no grupo de HIPERDIA que ocorre mensalmente, de atividades físicas 1 vez por semana e no grupo com a nutricionista uma vez por mês.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Dedicaremos especial atenção aos idosos acamados e com problemas de locomoção, a médica fará a capacitação-aula- durante 30 minutos em uma reunião da equipe, utilizando o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

Os ACS estão bem capacitados, ainda assim trabalharemos na humanização do nosso serviço através do Caderno do Ministério de Saúde “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento” - Serie Pactos pela Saúde 2006, durante 30 minutos durante uma reunião da equipe, estarão encarregadas a médica e uma psicóloga do NASF.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente), através de uma planilha elaborada em Excel.

A enfermeira ficará responsável por monitorar mensalmente através de uma planilha elaborada em Excel.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Através da humanização do nosso serviço, todos serão responsáveis pelo acolhimento diariamente, mas a técnica terá maior importância, já que é a encarregada de aferir a pressão, sendo o contato direto dos pacientes a consulta médica, que será facilitada, sempre que possível no mesmo turno que o idoso procura a ESF.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfingomanômetro, manguitos, estetoscópios) na unidade de saúde.

Estamos com material adequado e será responsabilidade da técnica avisar caso falte algum material.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Aproveitaremos os grupos de HAS/DM que ocorre mensalmente, de atividades físicas 1 vez por semana e no grupo com a nutricionista 1 vez por mês, realizados na associação do bairro, para que a agente de saúde Camila e a enfermeira divulguem através de banner e palestra de 15 minutos a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

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

Aproveitaremos os grupos de HAS/DM que ocorre mensalmente, de atividades físicas uma vez por semana e no grupo com a nutricionista uma vez por mês, realizados na associação do bairro, para que a agente de saúde Camila e a

enfermeira realizem palestra com o auxílio de banner sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe da ESF para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Durante a reunião da equipe em 15 minutos, em uma reunião, será conversado sobre protocolo de verificação da pressão arterial, usaremos o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006. Será responsabilidade da técnica de enfermagem.

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).

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Através de uma planilha elaborada em Excel e com os prontuários, a enfermeira ficará encarregada de monitorar.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Todos os integrantes da equipe serão responsáveis pelo acolhimento, facilitando o atendimento ao idoso e encaminhando para que seja atendido pela técnica de enfermagem e a consulta médica diariamente, facilitando a atenção e utilizando as consultas reservadas as urgências.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na ESF.

Temos quantidade de material suficiente e a técnica ficará encarregada de repor o material.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

A técnica ficará encarregada de marcar o prontuário na frente com caneta verde.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: 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.

Através dos grupos de HAS/DM que ocorrem mensalmente, de atividades físicas uma vez por semana, no grupo com a nutricionista uma vez por mês, realizados na associação do bairro, bem como nas consultas. Nos grupos, um agente de saúde e a enfermeira serão encarregadas de realizar palestra durante 30 minutos, sobre o tema com o auxílio de banner.

Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Através dos grupos realizados na associação do bairro, ficará encarregada a enfermeira e os agentes de saúde, também através de folhetos que estão na sala de recepção. Uma vez ao mês no grupo de HIPERDIA serão convidados profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, psicóloga para conversar sobre os fatores de risco para desenvolver DM.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: 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 15 minutos, em 1 reunião da equipe, será realizada a capacitação pela técnica de enfermagem, utilizando o hemoglicoteste, agulhas e luvas.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Será realizado durante consulta programada com a médica, a qual se necessário for encaminhará para que o auxiliar de saúde bucal agende a consulta com o dentista.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Será realizado pela técnica de enfermagem diariamente que encaminhará ao auxiliar de saúde bucal caso o motivo seja odontológico, para facilitar a consulta com o dentista.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Será realizado pelos agentes de saúde, cada um realizará o cadastro da sua área programática e serão supervisionados pela enfermeira quinzenalmente.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos da ESF.

Ficará responsável o auxiliar de saúde bucal e se necessário serão ocupadas às vagas utilizadas para urgências odontológicas.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Será organizado pelo auxiliar do dentista com ajuda da agente operacional, agendando uma consulta programática por dia para idoso, e em caso de necessidade se utilizará uma das duas vagas que são destinadas a urgências odontológicas.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Será realizado pelo auxiliar do dentista durante os grupos de HAS/DM que ocorre mensalmente na associação do bairro através de panfletos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Através de uma palestra-aula do dentista durante 15 minutos na reunião de equipe.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Através de uma planilha Excel e dos prontuários, ficará encarregado o auxiliar de saúde bucal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Será realizado pela técnica de enfermagem diariamente que encaminhará ao auxiliar de saúde bucal caso o motivo seja odontológico, para facilitar a consulta com o dentista.

Ação: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Ficará responsável o auxiliar de saúde bucal juntamente com a agente de saúde Hilda, através dos mapas de consultas diárias, quinzenalmente.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Será organizado pelo auxiliar de saúde bucal com ajuda da agente operacional, agendando uma consulta programática por dia para idoso, e em caso de necessidade se utilizará uma das duas vagas que são destinadas a urgências odontológicas.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Ficará responsável o auxiliar de saúde bucal, e se necessário serão ocupadas às vagas utilizadas para urgências odontológicas.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na ESF.

Ficarão de responsáveis o auxiliar do dentista e a enfermeira de informar a comunidade durante os grupos de HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através de panfletos.

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

Ficaram de responsáveis o auxiliar do dentista e a enfermeira, de informar a comunidade durante os grupos de HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através de panfletos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

A enfermeira ficará de responsável de ouvir a comunidade durante os grupos HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através de dinâmica de chuvas de ideias.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Durante uma reunião da equipe a médica utilizará 30 minutos para realizar capacitação sobre acolhimento do idoso de acordo ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

Ação: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Serão capacitados durante 15 minutos nas reuniões da equipe pelo dentista e pelo auxiliar de saúde bucal fazendo uso do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Durante 15 minutos nas reuniões da equipe pelo dentista e pelo auxiliar de saúde bucal fazendo uso do caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

Temos somente um dentista na ESF, que trabalha 20 horas. É realizada capacitações para ele a nível municipal a cada 3 meses.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Através de uma planilha Excel, a enfermeira ficará encarregada de monitorar quinzenalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

A enfermeira ficará encarregada de avisar o agente de saúde da área programática cujo idoso faltou, afim de que realize a visita domiciliar.

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

Ficará encarregada a técnica de enfermagem de acolher o idoso e facilitar o novo agendamento do idoso, se possível que passe para a consulta no mesmo dia.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

A enfermeira ficará responsável de informar a comunidade durante os grupos HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através de palestra em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

A enfermeira ficará responsável de ouvir a comunidade durante os grupos HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através da dinâmica de chuvas de ideias.

Ação: Esclarecer aos idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A enfermeira ficará responsável de ouvir a comunidade durante os grupos HAS/DM e com a nutricionista que ocorrem mensalmente na associação do bairro, através da dinâmica de chuvas de ideias.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

A enfermeira ficará encarregada de realizar a capacitação durante 15 minutos em 1 reunião da equipe, usando o caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasília-DF, 2006).

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

A atenção programada será agendada para as terças-feiras e as quintas-feiras a tarde ou segundo necessidade.

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

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

Será responsabilidade da médica registrar no prontuário e na ficha espelho, assim como dos agentes de saúde terem as listas de idosos e acamados atualizadas.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na ESF.

Será responsabilidade da enfermeira e da médica e será realizado semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Cada agente de saúde será responsável por atualizar os idosos da sua área.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Será responsabilidade da médica completar a ficha espelho em cada consulta.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Em reunião da equipe durante 15 minutos a enfermeira conversará sobre a necessidade de conscientizar-nos desta necessidade.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

A médica e a enfermeira serão as responsáveis por monitorar os registros semanalmente.

Ação: 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.

A médica e a enfermeira ficarão responsáveis de organizar o sistema de registro de situações de alerta para isso criaram um arquivo para os prontuários dos idosos que serão incorporados ao programa, e folhas de anotações serão colocadas para chamar a atenção no caso de ter alguma situação de alerta. O arquivo será revisado semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

É um dever de todos os integrantes da ESF e aproveitarão todas as oportunidades para orientar a comunidade, também será realizado um reforço pela técnica de enfermagem quando for preenchida a caderneta do idoso, após consulta médica e todos os que chegarem à ESF serão orientados pela agente operacional.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Será realizado pela enfermeira, durante 15 minutos em 1 reunião da equipe na ESF em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasília-DF 2006).

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A enfermeira e a técnica serão encarregadas de monitorar os registros da Caderneta da pessoa idosa, cada vez que o idoso concorra a ESF.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Já foi solicitada ao município e pelo município ao ministério da saúde.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Realizar esse aconselhamento durante os grupos de ioga, atividade física e em todas as oportunidades.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

A técnica de enfermagem realizará a capacitação, durante 15 minutos em 1 reunião da equipe, distribuindo uma caderneta de saúde do idoso para cada integrante.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Cada agente de saúde ficará responsável de monitorar a sua área, e através da planilha Excel a enfermeira também monitorará os idosos de maior risco de morbimortalidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Cada agente de saúde ficará encarregado pelos idosos da sua área, garantindo agendamento e atendimento prioritário aos idosos com maior risco de morbimortalidade, porque diariamente são destinadas 5 consultas para urgências e emergências, nas quais poderão ser atendidos pacientes com maior risco de morbimortalidade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Cada agente de saúde ficará encarregado pelos idosos da sua área, que juntamente com a enfermeira orientarão sobre a importância do acompanhamento mais frequente, aos idosos que apresentam alto risco.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Em uma reunião da equipe durante 15 minutos ficará encarregada a médica de capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Através de planilha em Excel, será encarregada enfermeira.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice.

A agente operacional e os agentes de saúde estarão encarregados de priorizar a atenção a idosos fragilizados na velhice.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

A enfermeira estará encarregada de realizar a orientação-palestra durante os grupos durante os grupos de hipertensos/ diabéticos e com a nutricionista (mensalmente), de ioga (semanalmente), de atividade física (duas vezes por semana) que são realizadas na associação do bairro, e todos os integrantes da equipe diariamente conforme oportunidade, em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

A capacitação será realizada pela médica em modalidade de aula durante 15 minutos em uma reunião da equipe, em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF.

Através de planilha Excel, os agentes de saúde e a médica estarão encarregados da avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Através de planilha Excel, os agentes de saúde e a médica monitorarão todos os idosos com rede social deficiente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Ficarão responsáveis os agentes de saúde, a agente operacional e a enfermeira em facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na ESF.

A enfermeira ficará encarregada de orientar a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na ESF, durante 10 minutos nos grupos de ioga 1 vez por semana, atividade física 2 vezes por semana e com a nutricionista mensalmente, realizados na associação do bairro.

Ação: 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.

Ficarão encarregadas as agentes de saúde Sandra e a Nidia em estimular à promoção da socialização da pessoa idosa com a criação de um grupo de artesanato e bingos, atividades a serem realizadas na associação de moradores do bairro.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Realizará a capacitação a enfermeira durante 15 minutos em 1 reunião da equipe em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Cada agente de saúde será responsável de realizar orientação nutricional para hábitos alimentar saudável para os idosos da sua área conjuntamente com a técnica de saúde 1 vez por semana durante as visitas domiciliares.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

A agente de saúde Camila e a enfermeira ficarão responsáveis de monitorar o número de idosos com obesidade/ desnutrição, através das fichas espelho observando o índice de massa corporal quinzenalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Uma agente de saúde ficará encarregada de realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, utilizando panfletos após cada consulta médica, que serão realizadas preferencialmente nas terças e quintas a tarde.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

A agente de saúde Hilda e a enfermeira durante 10 minutos nos grupos de ioga 1 vez por semana, de atividade física 2 vezes por semana e com a nutricionista 1 vez por mês, realizados na associação do bairro.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: 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".

A responsável em capacitar a equipe é a médica, durante 15 minutos em 1 reunião da equipe em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

A capacitação será realizada durante 15 minutos em 1 reunião da equipe pela médica em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento E saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Cada agente de saúde ficará encarregado de monitorar a sua área, sobre supervisão da enfermeira.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Cada agente de saúde ficará encarregado de monitorar a sua área sobre supervisão da enfermeira.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Ficarão encarregadas de orientar sobre a prática de atividade física regular a médica e a agente de saúde Janete, durante 10 minutos nos grupos de ioga semanalmente, e de atividade física 2 vezes por semana ambos na associação do bairro.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Na ESF temos atividade física 2 vezes por semana, ioga 1 vez por semana, e em diversos pontos cidade tem academia ao ar livre.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Será responsável a médica e a agente de saúde Janete, durante 10 minutos nos grupos de ioga semanalmente, e de atividade física 2 vezes por semana ambos na associação do bairro, e a médica durante as consultas e também durante palestras nas escolas orientando os alunos e os pais dos alunos a realizarem atividade física.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Capacitação será realizada na ESF pela médica, durante 15 minutos em 1 reunião da equipe de acordo ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF 2006.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

O auxiliar do dentista será responsável por monitorar os idosos através das fichas espelho com a ajuda da agente de saúde Nidia.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Definido em reunião que os idosos após consultar com o dentista e com a médica receberão orientações em nível individual, pelo auxiliar de saúde bucal com a ajuda da agente de saúde.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

O auxiliar de saúde bucal ficará encarregado de realizar as orientações sobre higiene bucal.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

O dentista realizará a capacitação, durante 15 minutos em uma reunião da equipe, em base ao caderno de atenção básica número 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

## 2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da ESF para 30,5%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da ESF.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da ESF.

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da ESF.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de acompanhamento/espelho com registro atualizado

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporções 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 ESF.

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

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

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

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

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

Indicador 5.3 Proporções 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 ESF.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa da saúde do idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica - n.º 19; Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do MINISTÉRIO DA SAÚDE, (BRASIL, 2006). Utilizaremos a caderneta de saúde do idoso a qual teremos que solicitar aos gestores, e em caso que não consigam com o Ministério da Saúde, será avaliado o custo em uma gráfica local. Será utilizada a ficha espelho do programa da saúde do idoso. Estimamos cadastrar no programa 132 idosos em três meses, conseguindo em menos de um ano incorporar ao programa 100% dos idosos da área. Faremos contato com o gestor municipal para a impressão das fichas espelhos necessária e das fichas onde constam os exames laboratoriais. Para o monitoramento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa foi criado o arquivo dos idosos, à medida que os pacientes passarem pelas consultas farão parte desse arquivo, facilitando assim a identificação dos idosos que fazem parte do programa e a transcrição das informações disponíveis nos prontuários 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.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica - n.º 19; Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do MINISTÉRIO

DA SAÚDE, (BRASIL, 2006), para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, e serão reservadas duas horas ao começo do expediente, duas vezes por semana, durante as três primeiras semanas de iniciado o projeto, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe, e acrescentamos um segundo dia de reunião, somente nessas três semanas para realizar a capacitação, logo seguirão as capacitações nos dias de reunião durante mais cinco semanas. A médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, o dentista e o auxiliar de saúde bucal realizarão a capacitação aos outros membros da equipe.

O acolhimento das intercorrências agudas dos idosos será realizado pela técnica de enfermagem, que dará prioridade para que sejam atendidos no mesmo turno que concorrerem a ESF, nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semanas.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas escolas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do controle periódico de saúde. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de idosos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorizar o atendimento a este grupo populacional. Para monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho e identificará as consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas que estão em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa aos idosos que faltarem à consulta. Ao fazer a busca já agendará um horário que seja da conveniência do idoso. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Serão realizadas atividades educativas coletivas na associação de moradores do bairro, durante os grupos de HIPERDIA, ioga, atividade física e o grupo com a nutricionista, também participará a psicóloga, a assistente social, educadoras físicas, farmacêutica, médica, dentista e a enfermeira.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Enfatizamos nosso trabalho em acolher aos idosos de uma maneira diferenciada sendo realizado o acolhimento por qualquer integrante da equipe, facilitando a consulta médica assim como a odontológica e aproveitando a oportunidade para ofertar informações referentes ao programa e a cuidados de saúde. A adesão dos idosos foi tão intensa que todos os idosos agendados compareceram as consultas não sendo necessária a busca ativa dos ACS.

Para o processo de divulgação do programa tivemos apoio da diretoria da associação do bairro e das escolas pertencentes à área programática, também aproveitamos os grupos de HIPERDIA, yoga e atividade física que reúne um grupo bem participativo e colaborador.

Conseguimos desenvolver as atividades de capacitação da equipe superando nossas expectativas porque tivemos o apoio de uma farmacêutica e de uma psicóloga do município onde foi possível trocar informações, atualizar-nos e fortalecer as redes de trabalho já existentes.

Os ACS realizaram o recadastramento dos idosos, dando especial atenção aos idosos acamados ou com problemas de locomoção para a posterior realização de visita domiciliar. A técnica de enfermagem realizou o rastreio dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM). Para melhor controle foi distribuída uma planilha para registro que substitui a caderneta dos idosos. Durante as consultas foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Realizamos exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Tivemos êxito na solicitação de exames complementares periódicos aos hipertensos e/ou diabéticos, que foram realizados em tempo prudente. Os medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular tem boa aceitação sendo muitos entregues na ESF e outros na farmácia central do município. Foi possível rastrear as pessoas idosas para risco de morbimortalidade e investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice, e contando com a ajuda dos ACS avaliamos a rede social dos idosos, o que nos levou a conhecer a cada idoso de maneira mais ampla, saber sobre seu entorno e seu dia-a-dia, fortalecendo assim o vínculo com a equipe e garantindo um melhor tratamento e acompanhamento dos idosos.

Para a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre prática regular de atividade física pudemos contar com o apoio da nutricionista e da educadora física. O auxiliar do dentista colaborou muito nas orientações sobre higiene bucal. E no agendamento da primeira consulta odontológica, sempre que o dentista permitiu, sendo esses agendamentos cumpridos parcialmente. E juntos realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Com a enfermeira tivemos que aprender a monitorar e avaliar as ações através dos prontuários- os quais foram guardados em um arquivo próprio para os idosos- das fichas espelhos individuais e da planilha eletrônica de coleta de dados.

Sobre a organização da gestão dos serviços: na maioria das vezes as planilhas e prontuários eram preenchidos durante as consultas o que fez com que as consultas ficassem mais demoradas, mas os prontuários atualizados. Também solicitamos que cada paciente levasse a consulta os últimos exames realizados, para evitar assim de repetir exames desnecessariamente. A agente operacional foi instruída a agendar consultas para os usuários que compareciam à ESF apenas para renovar as receitas, para poder assim realizar um controle periódico da sua saúde.

Conseguimos mudar a visão de trabalho cansativo e esgotador ao ver os pacientes sentindo-se valorizados e especiais, interiorizando que os únicos responsáveis pela saúde são eles mesmos, nós apenas auxiliamos.

As ações de engajamento público se deram por meio dos grupos de usuários hipertensos e usuários diabéticos, ioga e atividade física os quais têm muita participação da comunidade. Para impulsionar a ação, houve a mobilização da equipe através de visitas domiciliares e combinamos com os ACS a colocação dos cartazes na sala de espera da ESF, na Associação dos Moradores e nas escolas.

Foi instalada uma televisão de tela plana na sala de espera da ESF, fornecida pelos gestores onde a enfermeira providenciou vídeos educativos que foram transmitidos aos usuários durante o tempo de espera pelo atendimento. Contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, para as palestras da psicóloga, nutricionista e da farmacêutica no grupo de HIPERDIA. Também contamos com a educadora física para ioga e a atividade física.

Para a qualificação da prática clínica, iniciamos a capacitação da equipe onde foi discutida a importância do projeto, como ele beneficiária a população alvo e também a qualidade do atendimento da ESF. Nas reuniões todos tiveram a possibilidade de opinar sobre sugestões para que fosse aperfeiçoada a atenção. Durante as capacitações fomos confrontados com o material sobre saúde do idoso, onde pudemos fazer um paralelo entre o que é realizado diariamente e o que deveríamos fazer. Fortalecendo a ideia de que juntos devíamos favorecer as mudanças.

Também tivemos o apoio dos profissionais do NASF para ajudar na aceitação de que o acolhimento é responsabilidade de toda a equipe e que devemos educar a comunidade para que respeitem os agendamentos para que possamos trabalhar de maneira organizada sobre as populações de risco. Os gestores também participaram de 1 reunião da equipe onde colocaram-se a disposição no que precisássemos. Foi de grande importância a presença da nutricionista realizando consultas na ESF, e participando dos grupos de HIPERDIA e ioga, assim como o apoio da assistente social nos grupos. Conseguimos estabelecer redes para proporcionar qualidade de informações a equipe e a população.

Durante todo o programa foi realizado a conscientização sobre saúde bucal, alguns ACS não gostaram do projeto devido a que aumenta a demanda na ESF, portanto foram menos colaboradores e tivemos o inconveniente de que recebermos denúncias de que uma agente de saúde se apropria da aposentadoria de 3 idosos, sendo 1 idosos da nossa área programática e 2 moradores do interior do município, esta agente de saúde entrou em atestado.

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

O que não foi realizado totalmente foi às consultas com o dentista, pois o mesmo, que trabalha 20hs semanais, entrou de férias e ao retornar as atividades não demonstrou interesse em participar do programa.

A caderneta de saúde do idoso não foi fornecida pelo Ministério da Saúde, ficando como alternativa a impressão de uma ficha de acompanhamento fornecida pela gestão municipal, onde consta o controle do peso, pressão arterial e glicemia.

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

Outra dificuldade ao começar o programa foi à coleta e sistematização dos dados, pois seguidamente são perdidos os prontuários dos pacientes, mas ao guardar os prontuários dos idosos em um arquivo criado somente para os idosos que foram sendo incorporados ao programa, não perderam-se mais os prontuários. Ficando apenas o inconveniente de que muitas vezes tive que levar o trabalho para casa para assim preencher as planilhas. As planilhas fornecidas pela UFPEL são práticas, não tive inconvenientes com o preenchimento nem com os indicadores.

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

Ao começar o programa e focar a atenção na saúde do idoso pude observar que os prontuários encontravam-se incompletos, em muitos não constava nem as medicações de uso contínuo. Atualmente, ao conversarmos nas reuniões de equipe, todos somos testemunhas das mudanças positivas ocorridas na ESF, assim como a empatia ocasionada com o programa, facilitando a continuidade e êxito dos tratamentos. Nossa ESF tem uma boa estrutura física e a equipe de saúde está conformada e capacitada para a atenção aos idosos. As ações previstas no projeto são de fácil realização, quando realizadas de maneira sistemática e já encontram-se incorporadas à rotina da ESF.

Também seguiremos solicitando outro dentista com carga horária de 20 horas, para que possa ser atendida a demanda de saúde bucal. Está tudo encaminhando-se para que esse tenha sido somente o primeiro programa incorporado à rotina, que devido ao bom funcionamento e receptividade dos idosos, estimula a seguir realizando mudanças e gerando transformações mais abrangentes em outros grupos de risco.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção aconteceu durante 12 semanas, de 20/02/2015 a 15/05/2015, com a população de idosos usuários da UBS Ana Ester Correa Pinto – ESF 12, situada no bairro José Pereira Alvarez, zona urbana da cidade de São Borja/RS, que abrange uma população de 3.395 pessoas e 1.013 famílias, sendo 433 a população de idosos.

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

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30,5 %.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na ESF.

A total de consultas que conseguimos realizar no primeiro mês foi de 44 (10,2%), no segundo mês 81 (18,7%) e no terceiro mês 100 (23,1%) dos 433 idosos cadastrados na área. Ficando abaixo do esperado, mas realizado de forma integral.

Salienta-se que três idosos são moradores novos na área.

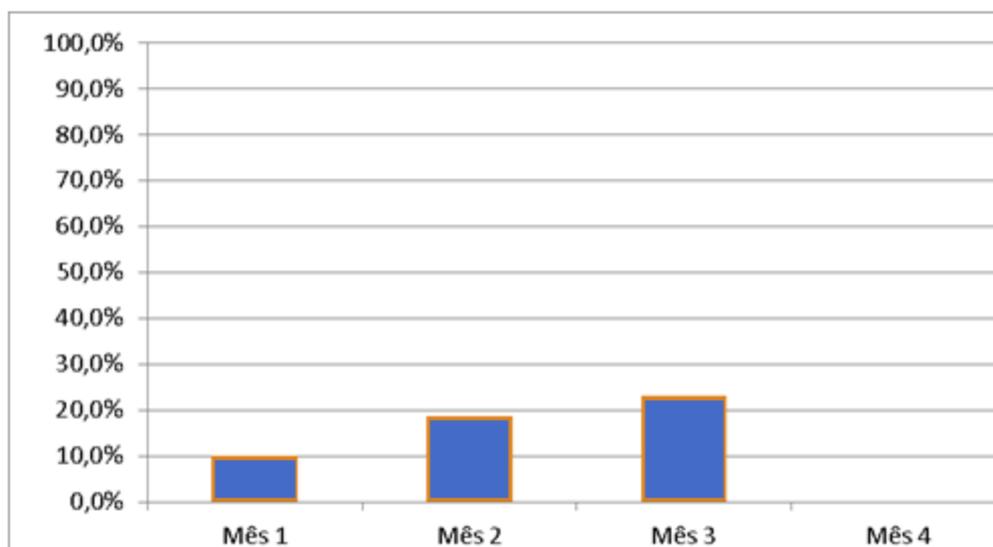


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

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

Conseguimos atender a 44 (100%) dos usuários no primeiro mês, 81(100%) dos usuários no segundo mês e 100(100%) dos usuários no terceiro mês. Apesar de que a avaliação é demorada, procuramos realizar de maneira dinâmica e agradável para que os idosos não cansassem, os quais colaboraram e sentiram-se valorizados com a atenção ofertada.

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

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

Os usuários ficaram surpresos com o exame físico detalhado e apesar de o tempo de consulta ser mais demorado, eles saíram satisfeitos das consultas. Conseguimos atender a 44 (100%) dos usuários no primeiro mês; 81(100%) dos usuários no segundo mês; 100(100%) dos usuários no terceiro mês.

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

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

Foram atendidos no primeiro mês 25 (100%), no segundo mês 62 (100%) e no terceiro mês 54 (100%) aos quais foram solicitados exames complementares. Observamos que usuários que frequentam assiduamente a ESF realizam exames muitas vezes desnecessariamente. Ao solicitar os exames complementares correspondentes, dependendo da necessidade do usuário agendamos através de ligação telefônica os exames.

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

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

Trabalhamos em uma ESF onde, apesar de existir população de baixa renda, também contamos com usuários que têm um bom nível sócio econômico e muitos consultam por convênio, particular e na ESF, situação pela qual nem todos fazem uso de medicação da Farmácia Popular, dos usuários participantes da intervenção 37 (84,1%), 68 (84%), 87 (87%) fazem uso de medicamentos da farmácia popular.

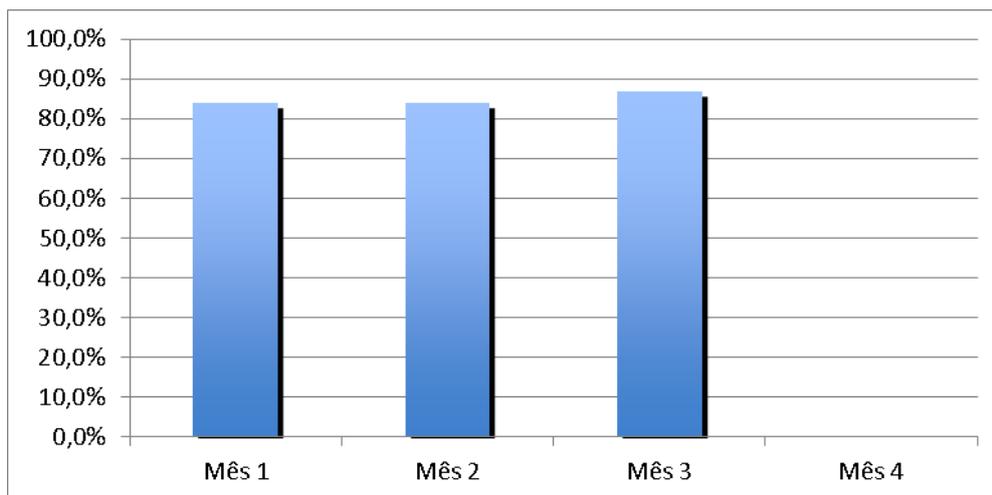


Figura 2 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

Conseguimos cadastrar no programa no primeiro mês 2(100%), no segundo mês 12(100%) e no terceiro mês 17(100%), o baixo índice no primeiro mês foi devido a grande demanda na ESF.

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

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

Conseguimos realizar visitas aos acamados e com problemas de locomoção, no primeiro mês 2 (100%), no segundo mês 12 (100%) e no terceiro mês 17 (100%), ao realizar a divulgação do projeto não contávamos que teríamos a grande demanda que tivemos na ESF, assim sendo no primeiro mês voltamos nossos esforços a organizar-nos e a que nenhum idoso saísse descontente da ESF, o que justifica que no primeiro mês tenha sido realizada apenas duas consultas, nos meses seguintes conseguimos dedicar-nos como o esperado a esta população tão vulnerável.

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

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

Foi rastreado para hipertensão o total de 44 (100%) dos usuários no primeiro mês, 81(100%) dos usuários no segundo mês e 100 (100%) dos usuários no terceiro mês. Prática que já estava incorporada a rotina da ESF, portanto realizada sem dificuldade.

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

**Indicador 2.8** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Foi realizada medição do HGT nos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg, somando um de 17 (100%) primeiro mês, 32 (100%)no segundo mês e 39 (100%) usuários no terceiro mês. Prática que não era realizada anteriormente de rotina e facilmente foi incorporada melhorando a atenção aos nossos usuários e ajudando na prevenção.

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

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

Foram avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico um total de 43 (97,7%) no primeiro mês, 80 (98,8%) no segundo mês e 97 (97%) o terceiro mês. Esses atendimentos foram realizados em quase totalidade pelo auxiliar de saúde bucal. O que gerou grande demanda de consulta e encaminhamentos para o centro especializado odontológico, onde são realizadas as próteses dentárias.

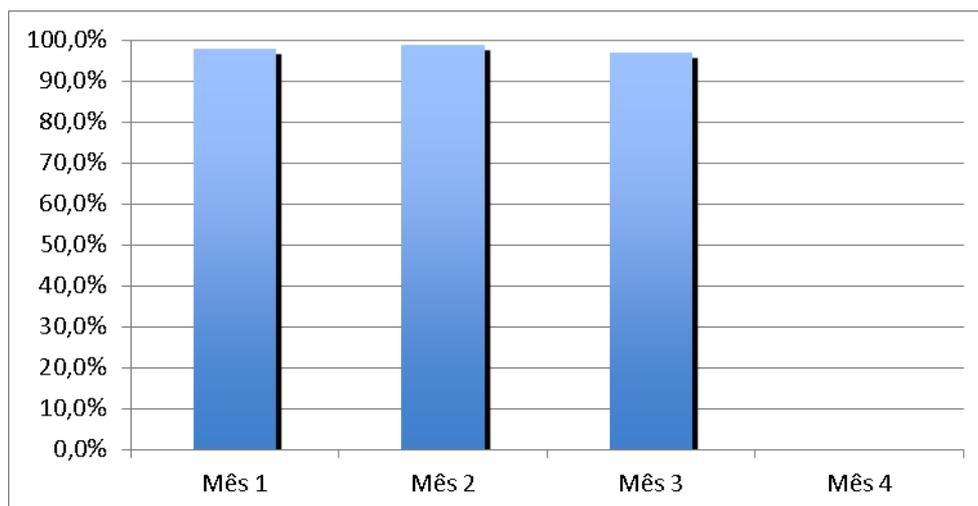


Figura 3 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

O total de idosos que realizaram consulta odontológica no primeiro mês foi 9 (20,5%) de 44 usuários, no segundo mês 34(42%) de 81 usuários e no terceiro mês 58 (58%) de 100 usuários. Índices que ficaram bem abaixo da média devido a que na unidade temos odontologista somente 20 horas semanal e o mesmo não demonstrou interesse em colaborar.

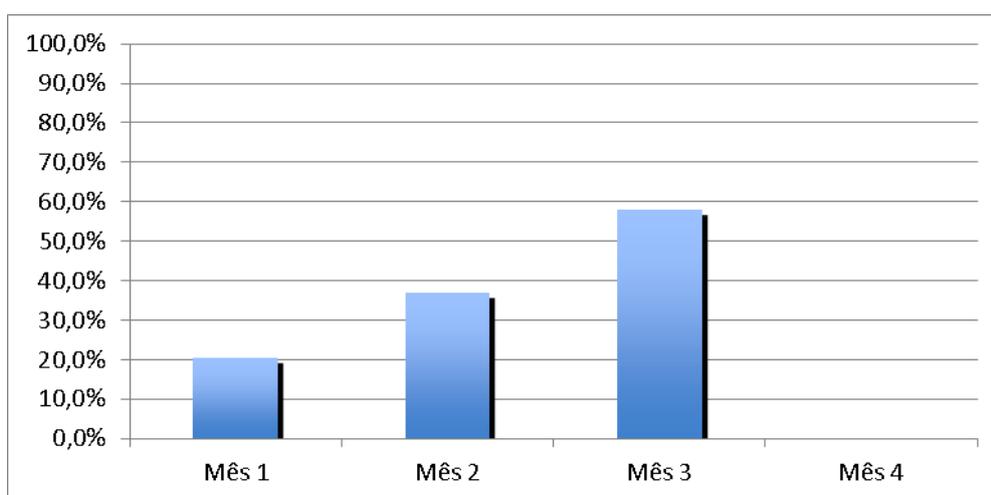


Figura 4 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

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

Todos nossos usuários agendados compareceram a consulta o que demonstra o entusiasmo deles com o programa.

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

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

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

Mantivemos o registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia de 44 (100%) dos usuários no primeiro mês; 81(100%) dos usuários no segundo mês; 100(100%) dos usuários no terceiro mês. Trabalho que foi dificultado no início devido a que não encontravam os prontuários, o que foi solucionado a partir da criação do arquivo para os idosos.

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

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

Dos usuários atendidos quase todos aceitaram a ficha que disponibilizamos para o controle de saúde dos idosos, sendo um total de 39 (88%) de 44, 81 (100%) e 100 (100%), os quatro usuários que não aceitaram no primeiro mês alegaram que não precisam desse tipo de controle, apesar de terem sido orientados enquanto ao benefício do registro do controle por escrito, aderindo posteriormente.

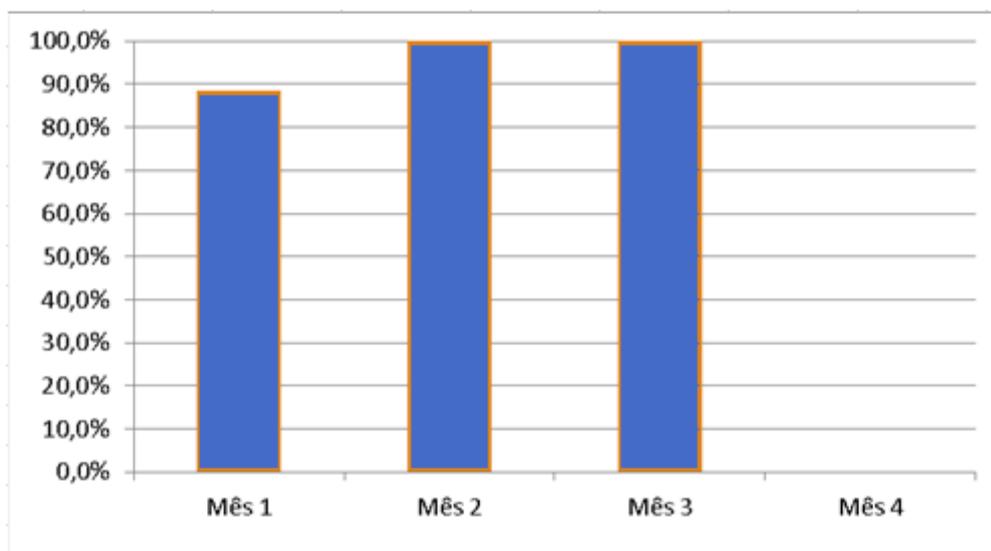


Figura 5 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

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

Conseguimos rastrear 22 (50%) de 44 usuários no primeiro mês, 50 (61,7%) de 81 usuários no segundo mês e 73 (73%) de 100 usuários no terceiro mês. Vale mencionar que os exames foram realizados com bastante rapidez e orientados a maioria ao mesmo laboratório o que favoreceu os agendamentos via telefônica.

Uma das causas do não cumprimento da meta pode ser o agendamento do exame para um período mais longo.

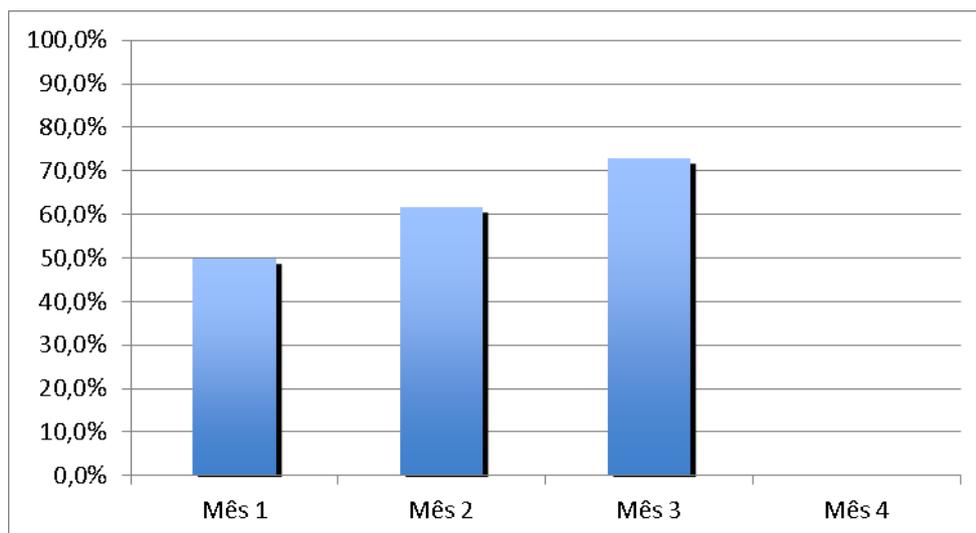


Figura 6 Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

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

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

Conseguimos realizar 100% da avaliação de fragilização na velhice nos 3 meses de intervenção, para isso foi essencial a ajuda dos agentes de saúde e dos familiares dos usuário, assim como também contatamos o NASF para realização de visita domiciliar da fisioterapeuta, fortalecendo a nossa rede de trabalho. Realizamos um total de consultas de 44 (100%) no primeiro mês, 81 (100%) no segundo mês e 100 (100%) no terceiro mês.

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

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

Realizamos um total de consultas de 44(100%) no primeiro mês, 81(100%) no segundo mês e 100(100%) no terceiro mês. Foi de grande valor para realizar uma atenção diferenciada e integral o que ficou registrado também nos prontuários dos usuários. Foi possível trabalhar juntamente com o NASF para realização de visita domiciliar da psicóloga a idosos.

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

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

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

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional foi de 44 (100%) no primeiro mês, 81 (100%) no segundo mês e 100 (100%) no terceiro mês, ao desenvolver essa ação buscamos conscientizar os idosos que eles são agentes multiplicadores de informação, podendo atuar e impactar decisivamente em mudanças dos hábitos nutricionais dos seus filhos e netos.

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

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

Dos usuários atendidos recebeu orientação sobre prática regular de atividade física um total de 44 (100%) no primeiro mês, 81 (100%) no segundo mês e 100 (100%) no terceiro mês. Foi importante a ajuda e colaboração na conscientização sobre a importância da prática regular de atividade física a educadora física do NASF com a qual realizamos grupo de atividade física e de ioga.

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

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

Número de idosos com consulta odontológica: 9 no primeiro mês, 34 no segundo mês e 58 no terceiro mês.

## 4.2 Discussão

A proposta de intervenção na nossa unidade de saúde propiciou a melhoria do atendimento à saúde do idoso, conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Para a concretização desta proposta nós tivemos como objetivo ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área programática, o que não foi alcançado no valor desejado, mas a atenção oferecida foi integral e de qualidade aos idosos. Conseguimos a adesão dos idosos ao programa, um melhor registro das informações, mapeamento dos idosos de risco e promoção à saúde.

Para se chegar nestes objetivos, foram efetivadas as ações de cadastramento, realização de exames clínicos e complementares adequados, avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, adequação dos registros, os devidos encaminhamentos a especialistas, realizadas as referências e contra referências, favorecendo assim o cuidado continuado dos usuários.

A intervenção foi benéfica para a equipe porque descobrimos nossa capacidade de oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis, compartilhamos de capacitações que foram de grande utilidade para atualizações sobre os protocolos do ministério de saúde, para padronizar técnicas de rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da população alvo. Todos os integrantes da equipe demonstraram muito interesse e ficaram responsáveis pelas capacitações: a técnica, a enfermeira, a médica, a farmacêutica e a psicóloga do município. Dedicamos especial atenção na forma de realizar o acolhimento, o qual atualmente é realizado por qualquer integrante da equipe, estimulando a que todos tenham que saber o funcionamento da rede de saúde, o horário de atenção, endereços e para isso utilizamos cartazes que servem de ajuda para a equipe e para a população. Os idosos saem satisfeitos com a atenção e com a resolutividade da equipe.

Foi estabelecido um trabalho conjunto com a equipe do NASF, fortalecendo o vínculo dos usuários com nossa equipe.

A intervenção começa a mudar a visão da comunidade que percebia a ESF como um pronto atendimento, centrada na atenção do médico. A população

manifesta-se favorável à implantação do programa, e a mudança da rotina, onde toda a equipe colabora para solucionar as demandas dos usuários, realizando um trabalho dinâmico e resolutivo. O que gerou um aumento da demanda na ESF, e tivemos que reorganizar-nos para a realização das visitas domiciliares a idosos acamados e com dificuldade de locomover-se. Acreditamos que se deve ao reconhecimento do valor das ações executadas o fato de que nenhum idoso faltou às consultas agendadas, o que nos deixou intensamente felizes.

Surgiram algumas dificuldades no atendimento odontológico, em parte porque o odontólogo trabalha apenas 20 horas por semana, e por outro lado pela falta de entrosamento do mesmo com a equipe. Apesar disso as orientações de saúde bucal puderam ser desenvolvidas com a ajuda do auxiliar de saúde bucal. Seguiremos conversando com os gestores na tentativa de um dentista mais 20 horas. Também nos dificultou a troca da técnica de enfermagem, situação que foi superada facilmente pela eficiência e dedicação da técnica substituta, que atualmente segue trabalhando na ESF.

Entre as ações que foram ampliadas a todos os usuários da ESF, estão às medidas antropométricas e o cálculo do IMC. Mudamos a rotina e enfatizamos especial cuidado as crianças e aos adolescentes buscando realizar diagnóstico precoce de sobrepeso e obesidade. Devido aos cartazes colocados na ESF divulgando as orientações nutricionais, mais pessoas estão concorrendo ao grupo com a nutricionista. A mesma situação está acontecendo em relação às práticas de atividade física. Também estão procurando orientações sobre higiene bucal que estão sendo repassadas a todos aqueles que procuram por atendimento.

As ações que conseguimos desenvolver com êxito até o momento, seguirão como rotina da ESF, bem aceitas pela equipe e pela comunidade. Entre elas destacamos a capacitação da equipe, à atualização constante dos prontuários, atualização dos cadastros, acolhimento, avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.

A partir de agora estamos dedicados a manter o funcionamento e a monitoração sistemática do programa. Fortalecendo o vínculo entre a equipe e com a comunidade para que proximamente comecemos um trabalho sobre outro programa.

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

Devido à proposta do Ministério da Saúde em capacitar os médicos inseridos ao Programa Mais Médicos, em especialização em saúde da família, com a orientação da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL foi colocado em prática o programa da saúde do idoso, tendo como objetivo ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso, melhorar a qualidade da atenção e a promoção à saúde do idoso na unidade.

Através desse relatório informaremos aos senhores, gestores municipais, os resultados alcançados ao implantar o programa da saúde do idoso na UBS Ana Ester Correa Pinto em São Borja/RS, ocorrida durante 12 semanas, de 20/02/2015 a 15/05/2015. Neste período a população da área era de 3.395 pessoas, 1.013 famílias, sendo 433 a população de idosos. Neste período reorganizamos a equipe, conversamos sobre a atribuição de cada integrante da equipe, capacitamos aos profissionais, cadastramos os idosos, os acamados e com dificuldade de locomoção. Foi de suma importância o apoio dos gestores desde a primeira reunião realizada na ESF, onde juntos decidimos não medir esforços para que o programa pudesse ser realizado sem intercorrências.

Conseguimos a adesão da comunidade, no entanto a quantia de consultas que conseguimos realizar no primeiro mês foi de 44 (10,2%), no segundo mês 81 (18,7%) e no terceiro mês 100 (23,1%) dos 433 idosos da área de abrangência. Ficando abaixo do esperado, mas realizado de forma integral, foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida a todos os participantes, bem como o exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade, rastreamos 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e para Diabetes, foi solicitado exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou

idosos diabéticos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação de rede social e presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. Realizamos visita domiciliar a 100% dos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção.

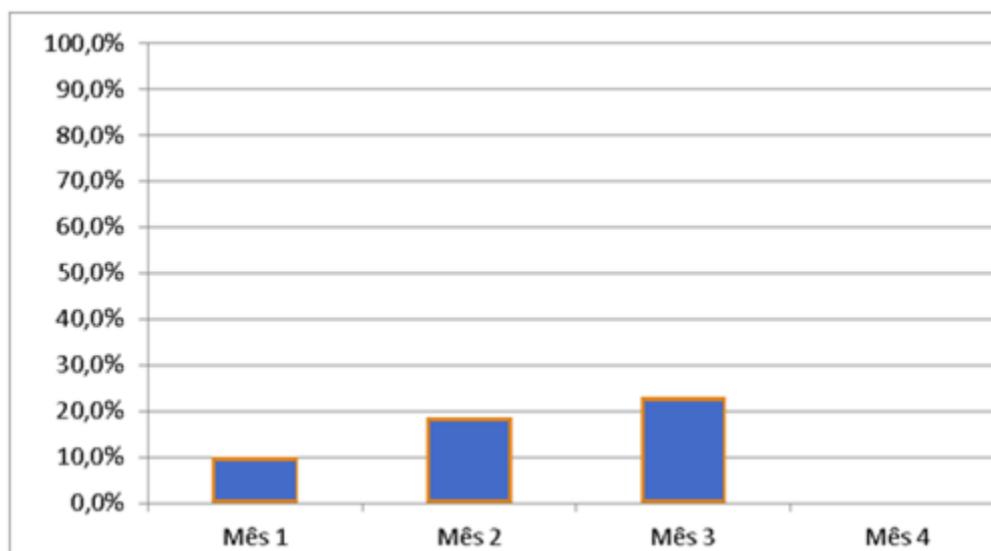


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. USF12 - Ana Ester Correa, São Borja/RS.

Melhoramos o registro das informações, foi distribuída a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que apesar de não conseguirmos a fornecida pelo ministério de saúde, confeccionamos uma caderneta própria, fornecida pelo município de São Borja. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, que atualmente temos em quantidade suficiente, na ESF e na Farmácia Básica.

Trabalhamos conjuntamente com a equipe do NASF em promoção da saúde: com a nutricionista que trouxe orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a educadora física que orientou para prática regular de atividade física e ioga.

Poderíamos melhorar a atenção se tivéssemos dentista 40 horas semanais e os mesmos estivessem dispostos a trabalhar na saúde do idoso, e em futuras ações que colaboram com a saúde da população.

Entretanto, cabe aos gestores municipais, estaduais e federais, em colaboração mútua, aumentarem as ações de prevenção e promoção em Saúde do Idoso.

A ajuda da comunidade mostra-se ampla e favorável, reivindicando seus direitos de melhorias junto aos gestores, mas, além das solicitações da comunidade e da equipe, tem-se as dificuldades financeiras que os pequenos municípios enfrentam para obter êxito em suas ações estratégicas.

Mesmo não conseguindo as cadernetas do Ministério da Saúde, foram distribuídas fichas para controle, auxiliando no planejamento das ações e com recurso liberado pelos gestores locais.

Durante a intervenção foi programada a busca ativa de idosos que faltassem as consultas, situação que não foi colocada em prática, devido a que nenhum idoso faltou à consulta, motivo o qual nos estimula a seguir com a intervenção e ampliar para toda a população.

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

Realizamos na UBS Ana Ester Correa Pinto em São Borja/RS uma intervenção voltada à população idosa, como objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos e conseqüentemente ampliar a cobertura da atenção, melhorar a qualidade das ações prestadas e a promover à saúde do idoso na unidade. A intervenção durou 12 semanas, desde 20/02/2015 a 15/05/2015. Neste período a população da área era de 3.395 pessoas, 1.013 famílias, sendo 433 a população de idosos, sabendo que a expectativa de vida vem aumentando e que a população de idosos é vulnerável. Essa é uma proposta do Ministério da Saúde que visa especializar em Saúde da Família os médicos, inseridos no Programa Mais Médico para o Brasil tendo a orientação da Universidade Federal de Pelotas.

Através desse relatório, queremos informar a comunidade os resultados alcançados ao implantar o programa da saúde do idoso, dentre os quais conseguimos reorganizar a equipe, onde todos os integrantes realizam o acolhimento, trabalhamos na capacitação dos profissionais, cadastramos os idosos, os acamados e com dificuldade de locomoção. Conseguimos realizar 100 consultas no decorrer das 12 semanas, consultas estas realizadas de forma integral. Para a divulgação do programa contamos com a associação do bairro, com as escolas, os grupos de educação em saúde, ioga, atividade física e a comunidade em geral.

Trabalhamos com a nutricionista que trouxe orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a educadora física que orientou para prática regular de atividade física e ioga. Também a assistente social conversou sobre direitos dos idosos.

O tempo que o usuário permaneceu na unidade no dia da consulta aumentou, mas foi realizado exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, rastreamos de 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e

para Diabetes, foram solicitados exames complementares periódicos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação de rede social e presença de indicadores de fragilização na velhice. Melhoramos o registro das informações, foi distribuída uma ficha de controle de saúde, elaborada pela equipe e fornecida pelo município de São Borja. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, que atualmente temos em quantidade suficiente, na ESF e na Farmácia Básica.

Programamos busca ativa de idosos que faltassem as consultas, mas nenhum idoso faltou à consulta, conseguimos trabalhar conjuntamente com a comunidade gerando assim benefícios para a população de idosos e ampliando o serviço diariamente a toda a população.

Apesar de termos finalizado a intervenção, as ações não finalizaram, uma vez que foram inseridas à rotina da unidade. Diante disso, necessitamos que a população continue apoiando a equipe, para que possamos melhorar cada dia mais as ações desenvolvidas na UBS Ana Ester Correa Pinto em São Borja/RS.

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

Trabalhamos sabendo que - Qualidade de vida é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994). Com este trabalho realizado na UBS- Ana Ester Correa Pinto, São Borja-RS buscamos reorientar o atendimento aos idosos, considerar suas opiniões e preferências, fortalecendo o vínculo usuário-equipe de saúde, tendo em conta os cuidados na fase aguda das doenças, fornecendo continuidade de assistência, que inclui promoção da saúde, a prevenção de doenças crônicas, a provisão equânime de apoio comunitário, cuidados paliativos e de longo prazo.

Atualmente vivenciamos na unidade uma nova rotina de trabalho, que foi construída entre todos os integrantes da equipe, a qual a comunidade soube valorizar. É gratificante sentir a participação da equipe e da comunidade, que soubemos superar obstáculos, em prol de um objetivo maior que é ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso e melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, que segue diariamente com o intuito de que em um futuro próximo possamos trabalhar com outros grupos populacionais.

Com o curso foi possível conhecer melhor a comunidade, sendo o mais importante o mapeamento das famílias de risco, estabelecer redes com a comunidade no bairro, com a rede de saúde a nível municipal e com os gestores, podendo assim ofertar maior atenção a toda a população, não somente no programa de saúde do idoso que foi foco da intervenção, mas em todas as atenções diárias.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) ISBN 85-334-1273-8. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>. Acesso em: fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra>>. Acesso em: fevereiro de 2015.

FLECK, Marcelo et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Revista de Saúde Pública, v. 33, n. 2, São Paulo, Abril 1999. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>>. Acesso em: maio de 2015.

## **Apêndices**

**Apêndice A**

**Ficha de controle de saúde do idoso- ESF**

**Nome:**

**Nº Cartão SUS:**

**Data de Nascimento:**

**Endereço:**

**Cidade:**

**Telefone:**

**Mora comigo:**

**Telefone:**

**Sou alérgico:**

**DATA**

**PA**

**HGT**

**PESO**

**Apêndice B**  
**Registros Fotográficos**



**Figura 7. Unidade de Saúde Ana Ester Correa, São Borja/RS.**

**Apêndice C**



**Figura 8. Mosaico com registro de fotos durante visitas domiciliares, São Borja/RS.**



**Figura 9. Mosaico com registro de fotos durante reunião com gestores e equipe da Unidade de Saúde Ana Ester Correa, São Borja/RS.**

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Normal Visualização da Quebra de Página Modos de Exibição Personalizados Tela Inteira

Régua Barra de Fórmulas Linhas de Grade Títulos

Zoom 100% Zoom na Seleção Nova Janela Organizar Tudo Congelar Painéis Reexibir

Exibir Lado a Lado Rolagem Sincronizada Redefinir Posição da Janela Salvar Espaço de Trabalho Alternar Janelas

Macros

A4 fx

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1												
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso com pressão sistólica maior que 135/80mmHg com diagnóstico de hipertensão sistêmica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											
	16											
	17											
	18											
	19											
	20											
	21											
	22											
	23											

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores



