

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS IPIRANGA ORIVAL DE  
PAULA, SOLEDADE/RS .**

**Mercedes Amalia Alfonso Roger**

**Pelotas, 2015**

**Mercedes Amalia Alfonso Roger**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS IPIRANGA ORIVAL DE  
PAULA, SOLEDADE/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: Karla Soliana de Oliveira Pantaleão

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R722m Roger, Mercedes Amalia Alfonso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS / Mercedes Amalia Alfonso Roger; Karla Soliana De Oliveira Pantaleão, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Pantaleão, Karla Soliana De  
Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

*Aos meus pais por ser a fonte fundamental em tudo o que sou, em toda minha educação, tanto acadêmica como na vida, por seu incondicional apoio perfeitamente mantendo a através do tempo. Todo este trabalho foi possível graças a eles.*

## **Agradecimentos**

A minha mãe, que é a base da minha formação, me apóia com dedicação e carinho constante. Sem você eu nada seria!

Ao meu esposo Jorge Luis, por ter aceitado que eu viesse trabalhar no Brasil.

Aos profissionais e colegas que participaram do projeto de intervenção, que abriram espaços em suas atividades para que este trabalho fosse realizado.

À orientadora Karla Soriano Pantaleão, que mesmo através de uma convivência virtual, me ajudou com seus conhecimentos e seu profissionalismo, proporcionando refletir sobre os desafios da Estratégia Saúde da Família e contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Obrigada de coração!

## Resumo

ROGER, Mercedes Amália Alfonso. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS**. 2015. 74f. 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.

Os países do terceiro mundo vêm apresentando um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e nas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados produzem a base para o envelhecimento populacional. A população idosa no Brasil é estimada em 17,6 milhões de pessoas. O aumento da longevidade exige que os serviços de saúde estejam preparados para propiciar atenção integral à saúde, adequada às necessidades dos idosos. O presente trabalho trata de uma intervenção realizada na UBS Ipiranga Orival de Paula, em Soledade (RS), cujo objetivo foi melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos da comunidade, já que durante a análise situacional, realizada antes da intervenção, foi detectada que a cobertura e a qualidade da atenção à saúde dos idosos eram desfavoráveis. As ações da intervenção foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. A população total da área adstrita à UBS Ipiranga Orival de Paula é de 3763 pessoas. Destas, 367 pessoas possuem mais de 60 anos. Nossa população alvo para a intervenção foram todos os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) residentes na área de abrangência da UBS Ipiranga Orival de Paula. A cobertura da intervenção atingiu 60,8% dos idosos, ficando abaixo do pretendido, que era cobrir 80% dos usuários idosos. Quanto às metas relacionadas com a qualidade da intervenção, obtivemos resultados acima de 90% para indicadores como os referentes à realização da avaliação multidimensional rápida, a realização de exame clínico apropriado, a solicitação de exames complementares periódicos, ao cadastramento de idosos com problemas de locomoção e ao rastreamento de idosos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros. O pior resultado diz respeito à proporção de idosos com caderneta de saúde do idoso, pois não recebemos as cadernetas em quantidade suficiente para distribuição para todos os idosos. A intervenção foi muito importante para a equipe que passou a trabalhar de forma mais integrada e colaborativa, para o serviço, porque passou a funcionar de forma organizada e para comunidade, que passou a receber atendimento com garantia do acompanhamento e inclusão da família no acompanhamento dos idosos.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso, atenção domiciliar.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	51
Figura 2	Gráfico Proporção de idosos com exame clínico apropriado em diabetes na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	53
Figura 3	Gráfico Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	54
Figura 4	Gráfico Proporção de idoso com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	56
Figura 5	Gráfico Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programadas na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	58
Figura 6	Gráfico Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015	59

## Lista de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa .....	17
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística .....	42
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvida .....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão .....	61
5 .....	65
Relatório da Intervenção para os gestores.....	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Anexos .....	71
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	72
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	73
Anexo C - Ficha espelho .....	74

## **Apresentação**

O presente volume contém o Trabalho de Conclusão do Curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários idosos da unidade de saúde Ipiranga Orival de Paula, situada no município de Soledade, RS.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte apresentamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção, realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta parte encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta parte encontra-se o relatório da intervenção para os gestores e o relatório para a comunidade. Por fim, apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Na Unidade Básica de Saúde Orival de Paula Ipiranga, localizada na zona urbana do município Soledade, Rio Grande do Sul, existe uma equipe de ESF com Saúde Bucal, onde estão cadastradas 1244 famílias. A equipe não possui apoio do NASF e é composta por uma enfermeira, um médico, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem.

Do início do curso até a intervenção, aconteceram uma mudança de UBS e equipe de saúde, dentro do município, e um tema em comum esteve presente nas reflexões de todos os serviços a atenção a saúde dos idosos.

Então durante a análise estratégica surgiu a idéia de trabalhar com qualidade do atendimento à saúde dos idosos por várias questionamento, entre eles, opor quê da baixa cobertura de atendimento dos idosos na UBS se os dados dos agentes de saúde para relatório, condiziam com a realidade, qual o engajamento da equipe e quais informações os idosos recebiam.

A intervenção início juntamente com a troca da Unidade Básica de Saúde, trazendo dificuldade, estratégias e facilidade inerentes a qualquer mudança. O foco continuo sendo atendimento aos idosos.

Em relação ao planejamento de trabalho, e realizado pela equipe para todo o mês, sendo programadas consulta medicas de manhã e tarde, de segunda a sexta, alternando com visitas domiciliares, consultas medicas obstétricas e com nutricionista uma vez na semana. Quinta foi o dia em que foi selecionado pelo equipe para fazer só atendimento a demanda dos idosos faltosos a consulta da semana, tendo eles prioridade no atendimento, podendo realizar minhas consultas

com TELESÁUDE para esclarecer qualquer dúvida no diagnóstico dos usuários idosos

A UBS tem uma boa infraestrutura, local adequado para realizar atividade de grupo, para armazenamento do lixo contaminado e acesso para cadeirantes.

Existe um grupo de hipertensos e diabéticos, gestante, idosos, porém ele ocorre todos os meses, mas não assiste muitas pessoas.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) comparecem diariamente na UBS, acompanham os usuários por meio das visitas domiciliares. A reunião de equipe ocorre apenas uma vez ao mês.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

No município Soledade atualmente tem o sistema de saúde que cumpre os princípios da saúde pública do Brasil, pois seus 30.145 habitantes tem direito a uma saúde com qualidade, equidade e acesso universal a todos os níveis de saúde relacionados com o SUS. O sistema de saúde do município Soledade possui 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 UBS com modelo tradicional, mas ainda não tem disponibilizado o serviço do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), nem o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Mediante inter-relação com o SUS a população de Soledade de maneira geral tem acesso universal a outros níveis do serviço de saúde, por exemplo: a realização de exame laboratorial. Os usuários cadastrados pelo SUS também têm direito a atendimento hospitalar, atenção pelos especialistas quando são encaminhados, estes atendimentos muitas vezes não são feitos de maneira rápida, mas todos os usuários são atendidos pelos especialistas, de Soledade ou Passo Fundo.

A UBS onde trabalho está alocada no bairro Ipiranga, oferecendo atendimento de saúde à população dos bairros Ipiranga e Farroupilha. Ela tem vínculo com o SUS o qual ficou localizada ali porque está no limite o bairro Farroupilha e Ipiranga os dois bairros tem riscos sociais, econômico, biológico, ambientais. O SUS é quem administra os medicamentos e insumos, providencia os reparos dos equipamentos, assim como agenda os usuários da unidade, que precisam ser avaliados pelos especialistas. A unidade tem um modelo de trabalho ESF. A equipe de saúde está composto pela enfermeira, técnica de enfermagem, quatro agente comunitária de

saúde, um dentista geral, uma médica clínica geral, um pediatra que só vai as quarta feiras.

Em relação à estrutura física a UBS tem uma boa estrutura, tem salas individualizadas para vacina, curativo, nebulização, esterilização, copa, sala de reunião, sala administrativa, sala de recepção ampla, tem três consultórios (ginecologista, dentista geral, médica clínico geral), todas as consultas são amplas e com condições ótimas, também temos três banheiros um para funcionários, outro para usuários com limitação motora e/ou cadeirantes e outro para o resto na unidade. Agora não temos limitação de espaço físico, para realização de atividades de grupo para educação em saúde, vacinas e pequenos procedimentos, a UBS tem facilidade para o livre acesso para cadeirantes e portadores de necessidades especiais.

A equipe de saúde está completa, os integrantes são uma enfermeira que realiza acompanhamento direto com qualidade na atenção às crianças durante a puericultura, oferece atendimento às mulheres na atenção ao pré-natal, puerpério, realiza a coleta de citopatológico na unidade, agora as usuárias não teriam que esperar as campanhas para fazer este controle importante e necessário para prevenção do câncer de colo de útero no início. A enfermeira faz também o exame de mama e assim eu posso realizar um melhor acompanhamento na população do bairro Farroupilha e Ipiranga. Outros integrantes da equipe são a técnica de enfermagem que realiza o agendamento no dia a dia tendo como princípio a classificação de risco, ela faz entrega de medicamentos indicados pelos médicos, faz planejamentos das diferentes consultas já seja do pediatra do obstetra ou do dentista, ela também realiza o pedido de medicamentos e insumos e realiza as visitas domiciliares junto com a enfermeira. Outro integrante da equipe é o dentista geral que possui 20 horas de consulta semanal na unidade já que ele também vai à unidade de saúde ESF Fontes, os usuários que necessitam de prótese são atendidos na unidade de saúde Farroupilha onde está alocada a consulta do dentista, o qual facilita que o dentista faça atendimento a maior número de idoso com doença bucal. A unidade tem uma médica clínica geral que realiza atendimento de maneira geral a toda a população do bairro Farroupilha e Ipiranga. Acredito que meu trabalho agora é integral porque não temos limitação de estrutura física já posso realizar um acolhimento ótimo na atenção à puericultura, natal e puerpério, quando o

médico obstetra tinha problema, nestas áreas ainda só faço atendimentos a problemas de saúde agudos. Assim como tirar suas dúvidas.

Temos concluído o 100% de cadastramento em minha UBS, temos cadastradas 1244 famílias com um total de 3763 habitantes, sendo que 1836 são mulheres, e 1731 homens. Acredito que a estrutura da equipe está de acordo com a população, não temos excesso demanda, realizamos atendimentos no dia a dia à demanda espontânea sem dificuldade, também oferecemos atendimento aos pacientes com problemas de saúde aguda agora com estrutura física ótima da unidade eu poderia fazer o atendimento integral na puericultura, pré-natal e puerpério, estudo e avaliação da fragilidade os idosos. Esta unidade ESF tem 23 menores do ano 148 menores de cinco anos, 11 gestantes, 225 pessoas de 5 a 14 anos, 2191 pessoas de 15 a 59 anos, 367 pessoas de 60 anos e mais. Seguem dados atualizado o 17/12/2014 a unidade tem 482 pessoas de 20 anos e mais diagnosticados com HAS, 94 pessoas de 20 anos e mais com Diabetes Mellitus, 832 mulheres em idade fértil, e 1026 mulheres de 25 a 64 anos. No início meu trabalho só tinha cadastrado 52 idosos para 39% de idosos atendido na unidade

O atendimento de saúde da criança com faixa etária de 0 a 72 meses não é feita de maneira integral, pois ainda não realizamos a captação do recém-nascido como está nos protocolos do Ministério de Saúde, este atendimento de saúde à criança é realizada pelo pediatra que fica no SUS que é quem realiza este atendimento a todas as crianças deste município tendo um planejamento realizado pela chefe de enfermagem do SUS. O médico especialista em pediatria avalia o antecedente obstétrico da mãe, faz indicação dos testes do pezinho, teste da orelha, faz orientação sobre a importância das vacinas, orientação alimentar, assim como orientar as mães o planejamento das consultas. Então em nossa unidade o pediatra que vai todas as quintas-feiras e eu realizamos atendimentos de puericultura e para situações e problemas agudos de saúde que estas crianças podem ter. Todas as ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática. O pediatra do SUS faz a captação do recém-nascido segundo protocolo. Nossa equipe realiza visitas domiciliares, monitoramento da curva de ganho de peso, planejamento o dia vacina, orientação sobre a higiene, alimentação e cuidados em geral que deve ter com a criança para evitar doença quer sejam virais ou bacterianas. Na unidade oferece as consultas a este grupo etário por ter os recursos humanos, as condições estruturais necessárias. Já não temos limitação no atendimento na puericultura pois

já temos a criação do grupo de mães, algo muito necessário porque permite a troca de experiências entre elas facilitando assim o conhecimento das novas mães sobre a importância da adesão às consultas, com o pediatra, a importância das vacinas e aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade da criança, o pediatra sempre informa nossa equipe qualquer alteração da criança. Possuímos 148 crianças menores de cinco anos sendo que todas são acompanhadas na unidade.

A UBS tem agora estrutura, recursos humanos e insumos para registros das atividades com grupos de mulheres grávidas e puérperas que precisaram de um serviço com qualidade, pois temos espaço na consulta para uma mesa ginecológica, privacidade para oferecer um bom acolhimento. Temos na unidade agora uma enfermeira que pode realizar o controle com qualidade e equidade a todas as gestantes. Por isso que as grávidas de nossa unidade tem uma atenção multidisciplinar feita pelo odontólogo, a técnica de enfermagem que faz alguns procedimentos como exame de glicose capilar, medida da pressão arterial, medida da temperatura corporal, faz também planejamento das consultas com o obstetra, visitas aos domicílios. Todas as gestantes de baixo risco têm consultas programadas com o obstetra, e medica clínica geral, um total de seis consultas durante a gravidez ou mais se há algum risco durante a gravidez. Também as gestantes são avaliadas pelos especialistas em nutrição e psicologia, se for necessário. Na unidade temos 11 gestantes baixo risco e todas são acompanhadas na unidade de saúde.

A prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle de Câncer de Mama em minha UBS tem ações estruturadas de forma programática, ou seja, nossa unidade como agora tem estrutura física ideal, e recursos humanos para a realização de Coleta de exame citopatológico, adota um protocolo ou manual para unidades com modelo ESF, então as coletas se realizam agora nas quartas e sextas-feiras pela enfermeira. Ela e a técnica de enfermagem junto com a agente comunitária de saúde, fazem o planejamento daquelas mulheres que devem realizar seu exame. Uma vez que os resultados são obtidos pelo SUS eles os enviam a nossa unidade onde são avaliados por mim. Posteriormente numa consulta com a usuária e se ela tiver alguma afecção que indique processo maligno eu encaminho à consulta com o ginecologista que vai a unidade sempre nas quintas-feiras para que ela decida o procedimento que deve ser feito com a usuária. Este programa é muito importante pela alta incidência e prevalência do câncer de colo de útero na população do Brasil.

É muito importante que as mulheres consigam realizar este exame nas unidades de saúde, pois as mulheres não têm que esperar as campanhas para fazer o exame.

Quanto ao câncer de mama, as ações de prevenção não estão muito estruturadas. Temos o protocolo, mas ainda avaliamos somente as mulheres que vão à consulta com alguma queixa relacionada com a mama. Depois da análise situacional, onde avaliamos a situação do programa de prevenção do câncer de mama, passamos a realizar orientação sobre a importância do autoexame mensal das mamas pelas mulheres, assim como nos atendimentos. De maneira geral a atenção à saúde preventiva de câncer de colo de útero precisa avançar, qualificar seus registros, sistematizar o monitoramento das ações, assim como fomentar a participação direta ou indireta pelos diferentes membros da equipe de saúde.

A atenção aos hipertensos e diabéticos está estruturada de forma programática, ou seja, os serviços são realizados segundo o protocolo produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil, nossa equipe faz um bom acompanhamento dos usuários com HAS e DM, todos os usuários têm seu cartão Hiperdia onde a enfermeira e a técnica de enfermagem registram os procedimentos que são oferecidos. Estes usuários têm suas consultas de forma programada todos os meses com avaliação do risco cardiovascular. Nossos usuários são avaliados de maneira geral como risco baixo ou moderado. Já temos grupos estruturados, mas oferecemos orientações individuais nas consultas. Os indicadores de cobertura e qualidade para pessoas com hipertensão e diabetes são bons, não há limitações.

A atenção aos idosos está estruturada de forma programática, tendo como base os protocolos produzidos pelo Ministério de Saúde, oferecemos consultas agendadas, atendimentos a problemas agudos de saúde, visitas domiciliares, avaliação de risco cardiovascular, avaliação da fragilidade. Contudo, o indicador de cobertura é baixo 39% porque ainda não temos 100% da população cadastrada. Temos como limitação a insuficiência de cadernetas de saúde dos idosos, necessárias para registro de todos os procedimentos, inclusive medicação e dose, evitando assim uma iatrogenia. Os gestores conhecem estas limitações e esperam dar solução no próximo ano. Não temos limitações com o espaço estrutural para a realização de atividades de grupo para o idoso.

Finalizando o relatório de análise situacional da UBS, agora temos uma unidade cujo modelo é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com uma estrutura muito boa. A equipe realiza o atendimento com qualidade e equidade a



todos os usuários, fazemos atendimento à demanda espontânea, a problemas de saúde agudos, realizamos visitas domiciliares, temos já cadastradas 1244 famílias, o que traduz a aceitação que tem os moradores do bairro pelo nosso trabalho. Os maiores desafios que temos agora é ampliar a cobertura dos idosos em nossa unidade, iniciar o atendimento pré-natal e puerpério de maneira mais integral, assim como realizar atividades de grupos.

Ter a caderneta de saúde do idoso é um desafio, pois nela poderíamos escrever tudo sobre eles facilitando assim o oferecimento de uma melhor atenção a problemas de saúde agudos. Depois de preencher o questionário e caderno de ações programáticas eu tive ferramentas para realizar um melhor atendimento aos idosos, hipertensos e diabéticos.

Depois de ler o texto “Qual é a Situação da ESF/APS em seu serviço?”, eu acredito que já não tenho limitações de estrutura física e falta de recursos humanos, a mudança no serviço aumentou minha capacidade de atendimento, pois agora realizo atendimento de saúde às gestantes, crianças e às residentes do bairro Farroupilha e Ipiranga que quiseram agora cadastrar-se na UBS.

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

De forma comparativa, quanto ao relatório e em relação ao texto inicial (sobre a situação da UBS/APS em meu serviço), acredito que atualmente tenho uma visão mais ampliada em relação a todas as atividades que são realizadas em nosso serviço de saúde. Realizar a análise situacional nos propiciou a compreensão de Nossas necessidades, dos recursos que precisamos e dos recursos que dispomos. É possível agora saber onde precisamos avançar.

O texto inicial foi bem mais simples, com informações básicas sobre as atividades do dia a dia, descrevemos mais a parte estrutural; enquanto que no relatório de análise situacional pudemos avaliar de forma mais detalhada a situação dos diferentes programas de atenção e como estes eram desenvolvidos em nosso serviço.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Os países do terceiro mundo vêm apresentando um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e nas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados produzem a base para o envelhecimento populacional. A população idosa no Brasil é estimada em 17,6 milhões de pessoas. O aumento da longevidade exige que os serviços de saúde estejam preparados para propiciar atenção integral à saúde, adequada às necessidades dos idosos. (Brasil, 2006).

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 a um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa (BRASIL, 2006).

A unidade tem um modelo de trabalho ESF. A equipe de saúde está composta pela enfermeira, técnica de enfermagem, quatro agente comunitária de saúde, um dentista geral, uma médica clínica geral, um pediatra que só vai as quarta feiras.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ipiranga Orival de Paula a atenção à saúde do idoso possuía indicadores desfavoráveis, tanto de cobertura, quanto de qualidade das ações desenvolvidas.

A população total da área adstrita à UBS Ipiranga Orival de Paula é de 3763 pessoas. Destas, segundo as estimativas da planilha de coleta de dados com base nos dados da estimativa da VIGITEL na Planilha de Coleta de Dados, segundo a população da área teríamos 376 idosos na área de abrangência da equipe, porém segundo os dados que temos na UBS trabalharemos com o que mais se aproxima da estimativa da PCD segundo VIGITAL 2010 ou seja buscaremos cadastrar e acompanhar 367 pessoas com 60 anos ou mais.

Nossa população alvo para a intervenção foram todos os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) residentes na área de abrangência da UBS Ipiranga Orival de Paula.

Nosso principal objetivo é melhorar a atenção à saúde dos idosos de nossa área de abrangência, rastrear os idosos com doenças crônicas para que sejam acompanhados, melhorar a qualidade dos registros das ações, fornecer e preencher adequadamente a caderneta de saúde do idoso, fazer as avaliações necessárias para conhecer a fragilidade e os riscos aos quais esses idosos estão expostos e realizar ações de promoção à saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade\RS.

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

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

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde Orival de Paula (Ipiranga) para 80%.

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

**Meta 2.1:** Realizar avaliação multidimensional rápida em 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 aos idosos

**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 visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Ipiranga Orival de Paula, no município de Soledade, Rio Grande do Sul.

Participarão da intervenção todas as pessoas residentes na área de abrangência da UBS que estejam na faixa etária a partir de 60 anos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso.

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde

O monitoramento será realizado a partir do registro específico para esta população, onde será utilizada a ficha espelho que foi fornecida pelo curso. As ações serão avaliadas pelo uso da planilha de coleta de dados que também foi fornecida pelo curso para acompanhamento da intervenção por meio de indicadores mensais.

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

Para realizar o cadastramento dos idosos (usuários acima de 60 anos) que ainda não estão cadastrados na UBS, todos que buscarem o serviço serão cadastrados no momento da consulta ou do acolhimento, ou durante as visitas

domiciliares, planejadas semanalmente. Os cadastramentos serão realizados pela equipe de enfermagem, e pelas agentes comunitárias, durante as visitas domiciliares.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Realizaremos duas palestras para esclarecer aos idosos e seus familiares sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. As palestras serão realizadas na sala de espera da unidade já que não contamos com espaço público à disposição.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Serão realizadas capacitações com a equipe nas duas primeiras semanas de trabalho pela médica da equipe para capacitar a equipe no acolhimento aos Idosos. Realizando demonstrações e capacitações sobre como realizar os cadastros.

**Objetivo2:** Melhorar a qualidade da atenção à saúde do Idoso na unidade de saúde.

**Meta 2.1:** Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos cadastrados na UBS.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização da avaliação multidimensional rápida será mensal, e será feito utilizando os registros dos prontuários e da ficha espelho, além da planilha de coleta de dados. A equipe de enfermagem será responsável pelo monitoramento.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A avaliação multidimensional rápida será realizada pela enfermagem e técnica de enfermagem no momento do acolhimento, antes da consulta medica serão verificados o peso, altura e pressão arterial.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Serão realizadas palestras na sala de espera para orientar a comunidade sobre a importância das avaliações. Nestas palestras toda a equipe participará.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será realizado treinamento com a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida durante a primeira semana de intervenção que será realizada pela médica da equipe. Em caso de necessidade de encaminhamento adequado, nos casos que necessitarem avaliação mais complexa a equipe também será treinada para identificar os casos e realizar o devido encaminhamento.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pelo médico junto com a enfermeira. Os dados clínicos ficam no prontuário clínico e na ficha espelho.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos serão designadas pelo médico ou enfermeira, para a equipe que vai realizar os controles, podendo ser a técnica de enfermeira ou a enfermeira.

A busca ativa dos idosos faltosos será realizada pelas agentes comunitárias de saúde.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

As orientações aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes das doenças crônicas serão feitas pelo

médico ou enfermeira durante as consultas médicas e de enfermagem. As informações serão oferecidas durante as atividades de educação em saúde.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e registro adequado dos dados coletados na avaliação será realizada nas duas primeiras semanas do trabalho, com prioridade para a técnica de enfermagem e enfermeira. Serão realizadas pela médica.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde o Médico realizará a devida avaliação, verificando no prontuário dos usuários e nas fichas espelhos.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão solicitados pelo médico nas consultas os exames complementares, depois da avaliação médica com exame físico e controles. Para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo conversaremos com o gestor do município para garantir os mesmos sendo priorizados os usuários segundo a importância e urgência da doença.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

As orientações aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares serão feitas pelo médico, enfermeiro e agentes comunitários, a fim de esclarecer dúvidas e conscientizar tanto os usuários



como os familiares sobre a importância do controle da hipertensão e diabetes e a periodicidade recomendada para a realização dos exames complementares.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares será feita nas duas primeiras semanas do trabalho, os exames serão solicitados pelo médico ou enfermeira, dependendo da necessidade do usuário.

**Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

Realizar o monitoramento através dos registros feitos nas fichas espelho, prontuário clínico e/ou caderneta de saúde do idoso.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter o registro das prescrições de medicamentos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular\HIPERDIA. Explicar aos pacientes e os familiares sobre os benefícios das medicações da farmácia popular e a quantidade das medicações.

### QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular, e sobre os medicamentos disponíveis.

Será realizado nas duas primeiras semanas do trabalho, distribuiremos à equipe as listas com as medicações que estarão disponíveis.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção. Realizaremos um controle destes pacientes para manter nossos registros em dia, será feito pelo médico da equipe, com ajuda dos agentes comunitários.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

O registro será feito no prontuário clínico e na ficha espelho. O médico com ajuda dos ACS serão os responsáveis.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade básica.

Serão realizadas durante as atividades de educação em saúde.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Será realizada semanalmente, verificando as visitas realizadas na semana.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Organizar as agendas para realizar as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A agenda será organizada semanalmente durante as reuniões de equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar a comunidade sobre os casos em que se necessita das visitas domiciliares.

Serão realizadas nas primeiras semanas da intervenção, mas também no dia a dia durante as consultas de acompanhamento. Serão responsáveis a enfermeira, técnica de enfermagem e médica.

**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica (HAS)

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente.

Realizaremos o controle e acompanhamento através do prontuário clínico, assim como na ficha espelho. E assim poderemos monitorar o número de idosos com hipertensão.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Realizaremos todos os dias os controles de pressão arterial, com prioridade para os idosos.

Garantir com a gestão municipal material adequado para a aferição da medida de pressão arterial (esfigmomanômetro).

Solicitaremos também a gestão a manutenção dos aparelhos.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Realizaremos orientações durante as consultas e durante as atividades de educação em saúde.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para verificação adequada da pressão arterial de forma criteriosa.

A capacitação será realizada nas primeiras semanas da intervenção, e sempre que necessário, haverá uma atualização.

**Meta 2.8:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial maior que 135\80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes Mellitus.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135\80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente.

Será realizado utilizando os registros do prontuário clínico e as fichas correspondentes (ficha espelho, planilha de coleta de dados, registros do HIPERDIA). Esta ação será de responsabilidade da enfermagem.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

O acolhimento será realizado pela equipe de enfermagem, devidamente capacitada para desenvolver esta ação.

Vamos solicitar a garantia do material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade.

Estabeleceremos uma rotina de manutenção dos aparelhos, o que será previamente acordado com a gestão de saúde do município.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de DM.

Será realizado pela enfermeira durante as consultas semanais e pela médica nas consultas médicas. Serão realizadas atividades de educação em saúde com o objetivo de orientar a comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares. Esses encontros educativos vão acontecer ao menos mensalmente.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da UBS para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior 135\80 mm Hg ou com diagnóstico de hipertensão arterial.

A capacitação será realizada pela enfermeira, durante as reuniões semanais de equipe. A capacitação deverá ser teórica e prática.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

O monitoramento e avaliação serão feitas pelo médico durante a consulta médica. E através dos registros, serão monitorado pela enfermeira os idosos que já fizeram a avaliação e os que ainda estão pendentes.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Os cadastros serão realizados ao longo da intervenção, pela equipe de saúde da UBS. Serão público alvo todos os usuários com idade igual a 60 anos ou mais.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Serão informados durante as consultas, na sala de espera e durante as atividades educativas realizadas na UBS ou em algum espaço público.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

As capacitações da equipe serão realizadas nas primeiras semanas do projeto, e serão feitas pelo odontólogo.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

O monitoramento se realizará pelo prontuário clínico e através dos registros da equipe de saúde bucal. O responsável será o odontólogo da equipe.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Organizar o acolhimento aos idosos na unidade de saúde.

O acolhimento será feito todos os dias, com os usuários que chegam à UBS com consulta agendada ou demanda espontânea.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

As informações à comunidade serão feitas todos os dias, no momento das consultas com qualquer membro da equipe, na sala de espera e nas atividades de educação em saúde.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

As capacitações se realizarão nas duas primeiras semanas da intervenção. Será direcionada a toda a equipe.

**Objetivo 3:** Adesão: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de atenção à saúde do idosos.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Será realizado o controle e acompanhamento dos idosos que não comparecerem às consultas. Solicitaremos a busca ativa, que será realizada pelos ACS através de visita domiciliar.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

A busca ativa dos idosos faltosos será realizada todas as semanas, incluindo estes usuários na programação semanal das visitas domiciliares que já são realizadas pelos ACS.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Essa informação será feita aos usuários e aos familiares nas consultas diárias na UBS ou nas visitas domiciliares.

#### QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

A definição será feita segundo as complicações e avaliação do médico da equipe, usuários com mais fatores de risco ou com muitas doenças deverá ter o acompanhamento quinzenal.

**Objetivo 4.** Registro: 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.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

O monitoramento será feito pela enfermeira analisando os registros no prontuário clínico, na ficha espelho, e nas cadernetas de saúde dos idosos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Será discutido nas reuniões de equipe, que serão feitas semanalmente. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for à UBS para se consultar e também em outros níveis de atenção.

Informar sobre os dados contidos na caderneta e a importância de sempre se consultar com ela em qualquer momento. Será feito por toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.



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

O treinamento será feito nas reuniões de equipe, e será conduzido pela enfermeira e pela médica.

Capacitar a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Será feita nas primeiras duas semanas do trabalho, o médico explicara a importância do preenchimento com todos os registros.

**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.

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

Será feito através dos prontuários e fichas do paciente. Em reunião de equipe discutiremos com a equipe os casos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Os idosos com maior risco terão prioridade no atendimento. A agenda será organizada pela enfermagem e pessoal da recepção.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Serão feitas nas consultas médicas e nas oportunidades de contato dos usuários com o serviço.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Serão feitas nas duas primeiras semanas do trabalho, e serão atualizadas durante as reuniões de equipe. As capacitações serão realizadas pela médica.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Serão investigados pela enfermeira e médica durante as consultas e acompanhamento de saúde.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Priorizar o atendimento aos idosos considerados frágeis.

O idoso considerado frágil terá a prioridade mesmo que a consulta não esteja agendada.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão orientados durante a consulta ou acompanhamento, visitas domiciliares e atividades educativas, por toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

As capacitações serão realizadas nas primeiras semanas para o reconhecimento dos fatores de risco e de fragilização, serão realizadas pela médica.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

O monitoramento se realiza por parte de toda a equipe, no acolhimento, no atendimento ou nas visitas domiciliares.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

Será realizada visita domiciliar por qualquer membro da equipe que reconheça rede social deficiente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão informados durante as consultas e acompanhamento.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Será realizada nas duas primeiras semanas de trabalho, e durante as reuniões de equipe discutiremos os casos, atualizando as informações, se necessário.

**Objetivo 6:** Promover a saúde do idoso.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, quando estes forem acamados, também deve se estender à família.

Esta ação será feita pela equipe, verificaremos a possibilidade de apoio de alguma nutricionista. Nos encontros de educação em saúde e na sala de espera. Também serão oferecidas nas visitas domiciliares.

Monitorar o número de idosos com obesidade\ desnutrição.

Também será feito em parceria com a nutricionista, se houve parceria.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Serão orientados nas consultas médicas e de enfermagem.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação saudável.

Elaborar e imprimir folhetos informativos para entregar aos pacientes com dicas sobre alimentação saudável. Solicitaremos apoio à gestão do município.

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

Será realizado pela nutricionista (que iremos convidar) no dia de reunião da equipe.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

O monitoramento se realizará pela técnica de enfermagem ou enfermeira, utilizando as fichas espelho e prontuários dos usuários.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

O papel será definido nas primeiras reuniões semanais, os treinamentos da equipe; as avaliações serão feitas pela médica e pela enfermeira.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

As orientações serão oferecidas durante as consultas e acompanhamento na UBS e durante as atividades educativas.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

As capacitações são realizadas nas primeiras semanas de trabalho, com orientações sobre os cuidados e prevenção de doenças.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar as atividades educativas individuais e de grupo.

Serão monitoradas pela equipe de saúde bucal.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO.

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

As orientações sobre higiene bucal serão feitas nas consultas médicas e acompanhamento e na sala de espera.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

As orientações e avaliações serão feitas na unidade pela equipe de saúde bucal.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Será realizado nas primeiras semanas da intervenção, mas deve ser sempre resgatado nas reuniões de equipe, ou de acordo com a necessidade.

## 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1:** ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.2:** realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 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 unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular;

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

**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 unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

**Indicador 4.1:** Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal

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

### 2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção em saúde do idoso, utilizamos o Caderno da Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, N° 19, 2006, como protocolo.

Para o registro específico e monitoramentos serão utilizados os prontuários clínicos, caderneta de saúde do idoso, formulário HIPERDIA, ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. Será solicitada ao gestor municipal a impressão das fichas.

A capacitação da equipe: será feita na unidade, em reuniões de equipe que se realizam uma vez por semana, com participação de toda a equipe.

O monitoramento e avaliação do número de idosos cadastrados no programa, bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo será verificado pela enfermeira com ajuda da técnica em enfermagem, por







### **3 Relatório da Intervenção**

O projeto de intervenção na UBS Ipiranga Orival de Paula, foi iniciado o 12 de abril, após, a mudança de unidade orientada pelo Ministério da Saúde, já que a unidade Farroupilha tem características de ambulatório, sem condições estruturais para realizar um atendimento com qualidade, limitando a ampliação da cobertura dos idosos por falta de espaço físico para realizar atividade de grupo e até para que os idosos possam esperar seus atendimentos sentados.

A unidade Ipiranga, com características de ESF, tem ótimas condições estruturais para o atendimento e atividade de grupo, então após a análise estratégica, e com a ajuda da minha tutora concluímos que a cobertura do atendimento dos idosos estava baixa, assim como a qualidade da atenção aos idosos, por isto selecionamos como foco de intervenção Melhorar a Cobertura e a Atenção à Saúde dos Idosos na UBS Ipiranga Orival de Paula.

A intervenção desde seu início no mês de abril até o mês de julho, data da conclusão da primeira etapa, busca uma integração da equipe de trabalho com os líderes da comunidade, mediante ações programáticas, com a finalidade que os profissionais tenham uma educação permanente que lhes permita oferecer orientações permanentes à comunidade, e assim poder envolver a comunidade na intervenção evitando-se assim conflitos entre os usuários na unidade e de seus serviços.

Inicialmente ,dentre as primeiras ações desenvolvidas por mim ,profissional medica e relatora do projeto foi comunicar oficialmente ao gestor do SUS, sobre a realização do Projeto de Intervenção na UBS, juntamente com minha equipe, esclarecendo a importância de realização para melhoria no atendimento e na qualidade de saúde dos usuários idoso acompanhados ,sendo necessário apoio dos gestores para disponibilização do exame laboratoriais a população ,aumentar o fornecimento de medicações da farmácia popular/HIPERDIA,de materiais

impressos, como também melhorar o transporte para deslocamento da equipe e dos usuários. O gestor do SUS informou estar de acordo como o foco de intervenção e ofereceu à equipe o que ainda não havia na unidade, insumos para a realização da análise multidimensional completa para todo idoso, para realizar a classificação de risco, e tudo necessário para a confecção do mapa de risco dos idosos da área. O gestor do SUS também fez a solicitação das Cadernetas de Saúde do Idoso a Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

Uma semana antes de iniciar a intervenção, foi realizada uma reunião com a equipe para começar com as orientações respeito das ações que seriam desenvolvidas e uma pequena capacitação sobre o preenchimento das fichas espelho, da planilha de coleta de dados e a divisão de atribuição entre os membros da equipe. Na primeira semana iniciamos as ações de divulgação por meio de cartazes informativos, a equipe comunicou aos líderes da comunidade, como a presidente do bairro, para ajudarem na divulgação para ampliar o indicador de cobertura de atendimento dos idosos na unidade.

As ACS fizeram um ótimo trabalho de divulgação comunicando a população sobre a existência o Programa dos Idosos na Unidade e a importância desde para a melhoria da saúde.

Nestas primeiras semanas foram realizadas as respectivas capacitações com os membros de equipe a respeito o protocolo atuais preconizado pelo MS sobre atendimento dos idosos. As capacitações foram realizadas por mim e pela enfermeira, e enfatizamos muitos nas orientações para as ACS para que pudessem ajudar mas nas busca ativa durante as visitas domiciliares, no cumprimento da agenda programática dando prioridade aos usuários classificados como alto risco.

Durante a intervenção foi realizado constantemente o monitoramento dos usuários idoso cadastrados no programa e realizamos o cadastramento de novos usuários idosos, bem como o monitoramento dos atendimentos clínicos, com a devida avaliação integral, e das visitas domiciliares realizadas pelas ACS na maioria das vezes essas visitas eram realizadas também com minha presença, da enfermeira e técnica de enfermagem.

Ao final do mês foi realizada a avaliação dos prontuários e registros dos usuários assistidos nas fichas espelho, e coleta de dados dos idosos



A terceira semana de cada mês foram desenvolvidas palestras educativas em grupos, oferecidas por médica, nutricionista, sempre com a presença dos membros da equipe

Mas as cadernetas como ainda não recebemos na unidade na finalização do cadastro e na conclusão da intervenção ao final do terceiro mês, não conseguimos contemplar todos os idosos com a caderneta.

### **3.1 Ações previstas e desenvolvida**

Nas primeiras semanas de intervenção foram planejadas várias ações com o objetivo de ampliar a cobertura do atendimento aos idosos, melhorar a qualidade do atendimento à saúde do idoso, melhorar os registros das informações, mapear os idosos com risco de morbimortalidade, realizar atividades de promoção e prevenção em saúde.

Para conseguir implementar estas ações elaboramos um cronograma prévio no início para podermos monitorar as ações da intervenção ao longo de todo o período

As agentes comunitárias de saúde (ACS) receberam treinamento sobre busca ativa dos idosos faltosos à consulta e à vacinação.

Também recebeu treinamento sobre avaliação multidimensional rápida a técnica de enfermagem, já que a enfermeira tem especialização em saúde da família.

De grande importância para o correto funcionamento da intervenção foi a avaliação dos prontuários e registro dos usuários assistidos. Mas posso dizer que a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso nos ajudou nos cálculos e análises de indicadores para o andamento da intervenção.

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

As ações programadas foram realizadas em sua totalidade com algumas alterações, as visitas domiciliares foram feitas segundo a solicitação e indicação das ACS. Tivemos um pouco de dificuldade na realização de algumas visitas

programadas já que o carro do SUS estivera prestando serviço em outra unidade de saúde do município, além das mudanças climatológicas que limitaram o acesso a alguns domicílios de idosos.

Na elaboração inicial do cronograma havia o planejamento de consultas odontológicas todas as quintas feiras de tarde, mas o dentista entrou de férias, por isso temos ainda alguns idosos sem consulta odontológica realizada.

Também no início havíamos planejado oferecer uma Caderneta de Saúde do Idoso a todos os idosos cadastrados, mas após a unificação dos bairros pudemos concluir que o pedido das cadernetas feito ao SUS foi insuficiente para a quantidade de idosos da área de abrangência da unidade.

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

Para a coleta de dados foi utilizada planilha proposta pelo curso, porém surgiram algumas dúvidas no momento do preenchimento. Surgiram questionamentos sobre como considerar o idoso faltoso a consulta porque o dentista, não devido suas férias.

Outro questionamento foi sobre quando considerar um idoso sem hipertensão arterial e se poderia ou não realizar uma pesquisa para diabetes mellitus.

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

A ação programática trouxe impacto positivo para este grupo, pois com as orientações contribuiu para um maior vínculo com a equipe. As explicações sobre a nutrição do idoso e a saúde bucal foram de grande importância. Outro ponto foi a orientação sobre a prática de atividade prevenção de algumas doenças da velhice.

As ações têm muita possibilidade de serem perpetuadas na UBS, pois houve muita receptividade por parte da comunidade.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A população total da área adstrita à UBS Ipiranga Orival de Paula é de 3763 pessoas. Destas, segundo as estimativas da planilha de coleta de dados com base nos dados da estimativa da VIGITEL na Planilha de Coleta de Dados, segundo a população da área teríamos 376 idosos na área de abrangência da equipe, porém segundo os dados que temos na UBS trabalhamos com o que mais se aproxima da estimativa da PCD segundo VIGITAL 2010 ou seja buscamos cadastrar e acompanhar 367 pessoas com 60 anos ou mais.

Nossa população alvo para a intervenção foram todos os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) residentes na área de abrangência da UBS Ipiranga Orival de Paula.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura à saúde do Idoso

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde Orival de Paula (Ipiranga) para 80%.

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

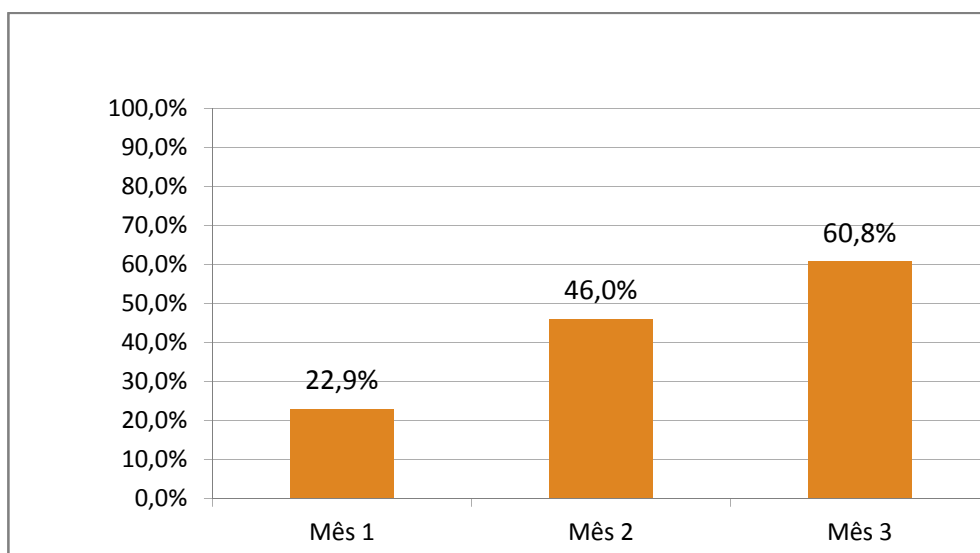
No primeiro mês da Intervenção, devido a sua implantação e realização das capacitações e demais ações, apenas 84 usuários idosos (22,9%) foram acompanhados pela equipe; dando continuidade a relação de atendimentos, no segundo mês totalizou-se 169 usuários (46,0%) que foram assistidos na unidade; e no terceiro e último mês da intervenção, a quantidade geral de idosos acompanhados correspondeu a 223 usuários (60,8%).

A meta ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde Orival de Paula (Ipiranga), ainda não foi atingida, como mostra a figura 1. Contudo, o indicador foi evoluindo ao longo da intervenção, de maneira positiva, com ajuda das lideranças do bairro que divulgaram as ações e a intervenção, dos agentes comunitárias de saúde que com suas visitas domiciliares ofereceram

orientações e fizeram o agendamento para o acompanhamento na UBS, além de divulgarem todas as ações contempladas na intervenção. O trabalho da técnica de enfermagem também contribuiu para o aumento dos idosos cadastrados e acompanhados na UBS, pois fomentou o cadastramento dos idosos da área de abrangência.

É importante ressaltar que a intervenção estava prevista para ser realizada no período de 16 semanas, ou seja, quatro meses, mas devido a uma mudança no cronograma do Curso pela Coordenação Pedagógica, esse período foi reduzido para três meses, motivo pelo qual contribuiu para o não o não cumprimento da meta de 80% estabelecida no Projeto de Intervenção.

No entanto, não há dúvidas do quanto às ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência e da cobertura desses usuários, com organização do serviço, cadastro de novos usuários e ao término do terceiro mês foi possível acompanhar um total de 223 usuários idosos (60,8%), mas com a continuidade das ações, pretendemos melhorar esse indicador gradativamente para alcançar e até mesmo superar a meta estabelecida inicialmente.



**Figura 1** Gráfico Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

**Meta 2:** Realizar avaliação multidimensional rápida em 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.

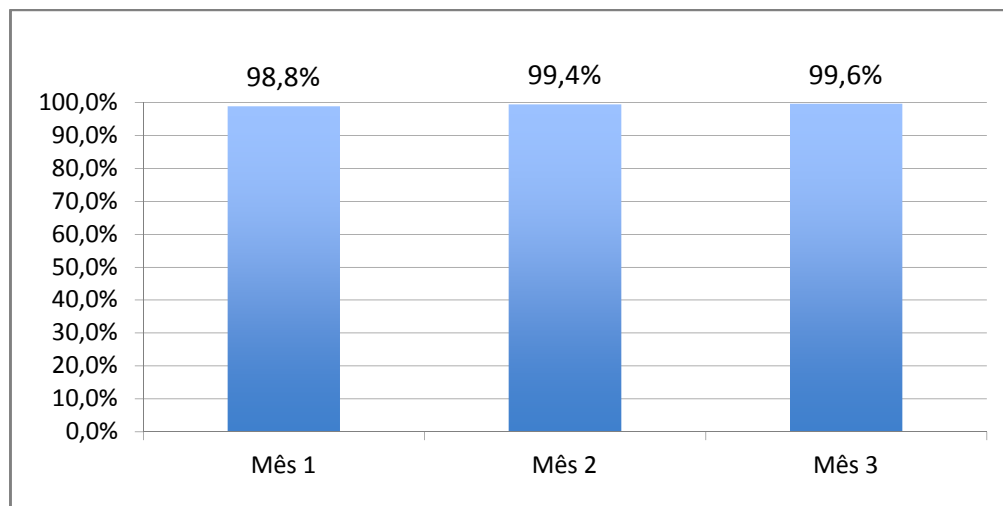
Este indicador foi alcançado em 100% nos três meses da intervenção. A avaliação multidimensional rápida foi realizada para todos os idosos que compareceram às consultas de acompanhamento com o objetivo de fazer o mapeamento de risco de morbimortalidade dos idosos. Esta ação ficou sistematizada desde o início da intervenção, com toda a equipe envolvida no processo. Para ter este indicador no 100% foi feita na primeira semana da intervenção o curso onde eu e a enfermeira ensinamos como realizar avaliação, as ACS, técnica de enfermagem

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas aos idosos

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

Não atingimos 100% da meta como observado na figura 2, mas chegamos bem próximo. No terceiro mês apenas um idoso não estava com o exame clínico.

Nos três meses de intervenção foi indicado exame clínico a todos os idosos, isso facilitou a captação e o rastreamento de diabetes mellitus tipo dois, hiperlipidemias, hipertensão, assim como outras doenças cardíacas. Isto foi possível com ajuda das agentes comunitárias de saúde, que em suas visitas domiciliares buscavam os idosos com atraso na realização de exame clínico de acordo com o monitoramento da enfermeira através da planilha de coleta de dados e da ficha espelho. De acordo com a Figura 2 este indicador ficou no primeiro mês em 98,8% (83 idosos), no segundo mês, 99,4% (168 idosos) e no terceiro mês 99,6%, o que correspondeu a 222 idosos. Não foi atingido a realização de exame clínico ao 100% por que ainda temos idosos que por situações familiares ainda não tenha concluído o exame físico, completo o qual quedo pendente para avaliar na continuidade das consultas de atendimento dos idosos, durante as visitas domiciliares, outros idosos que não tinha doença crônica não permiti-o realizar exame físico completo.



**Figura 2** Gráfico Proporção de idosos com exame clínico apropriado em diabetes na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

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

**Indicador 2.3:** Proporção de idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Durante os três meses da intervenção todos os usuários idosos assistidos puderam realizar os exames complementares necessários de forma gratuita conforme o protocolo utilizado, esses exames eram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município, pois foi de muita ajuda a garantia desses exames complementares preconizados para poder ter uma resposta rápida e avaliação clínica integral. Dessa forma, foi possível alcançar metas, alguns dos usuários acompanhados já estavam com exames complementares atualizados antes da intervenção e só necessário fazer a verificação durante os atendimentos clínicos. Para alcançar esta meta

Neste indicador alcançamos 100 % durante a intervenção em todos os meses. Tivemos como fator que contribuiu muito para alcançarmos este indicador o comprometimento da equipe e o monitoramento dos idosos hipertensos e com diabetes.

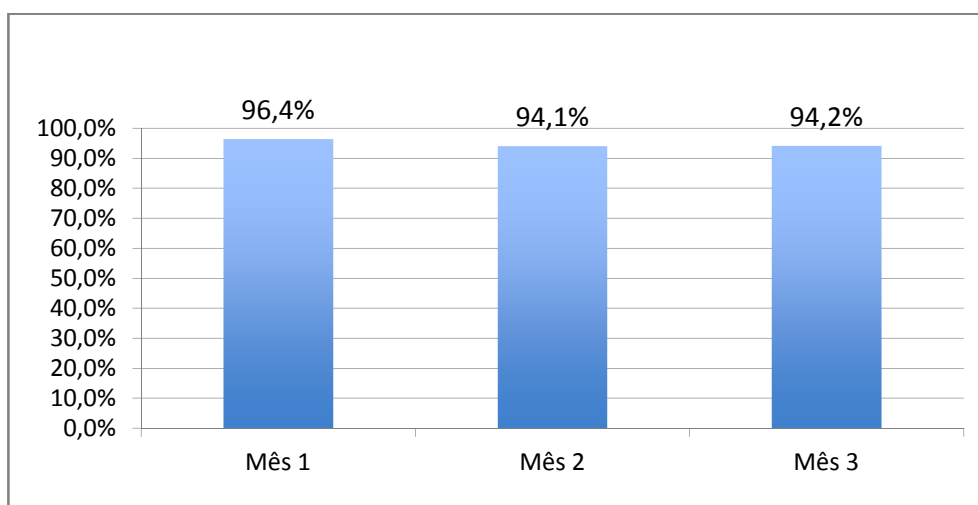
**Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos

**Indicador 2.4:** Proporção de idosos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada.

Este indicador apresentou uma discreta variação (Figura 3). Alguns idosos não tinham ainda o diagnóstico de hipertensão arterial e também de diabetes. A avaliação multidimensional rápida avaliou cada idoso cadastrado, identificando alguns casos e descartando outros. No terceiro mês alguns idosos diagnosticados com hipertensão inicialmente foram tratados com medidas não medicamentosas, como alimentação adequada.

No primeiro mês o indicador atingiu 96,4% (81 idosos, do total de 84 cadastrados), no segundo mês atingimos o percentual de 94,1% (159 idosos, de 169 cadastrados), e no último mês alcançamos neste indicador 94,2% (210 idosos do total de 223 cadastrados).

Em relação esta metas , vale ressaltar que ainda não foi possível alcançar o indicador de 100% nos três meses da intervenção, todos os medicamentos prescritos e a maioria que esses usuários já estavam em uso pertencem à Farmácia Popular HIPERDIA, algo que foi de grande benefício para essa população e para a equipe, já que durante toda a intervenção mantivemos um adequado registro das necessidades de medicamentos, inclusive para alguns usuários que compravam medicamentos sem necessidade foram orientados para trocar pela mesma medicação do programa HIPERDIA existente na Farmácia Popular. E outros continuaram com seu medicação indicada pelo cardiologista em outras farmácias



**Figura 3** Gráfico Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

**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

Este indicador foi alcançado em 100% em todos os meses da intervenção. O trabalho das agentes comunitárias foi muito importante, e nos ajudou no alcance do total da meta. Todos os idosos acamados foram identificados, visitados e cadastrados.

Não tivemos dificuldade para alcançar essa meta, já que através das orientações passadas pela equipe à comunidade sobre a importância da realização das consultas periódicas, bem como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, todos os usuários foram acolhidos no UBS, receberam um atendimento de qualidade, e foi priorizado o atendimento dos usuários acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.6:** Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

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

Chegamos ao final da intervenção com este indicador em 100% em todos os meses da intervenção. O trabalho das agentes comunitárias contribuiu para a organização das visitas, além do trabalho da equipe que organizou a agenda de consultas e de visitas domiciliares de forma a contemplar todos os idosos, tanto nas consultas na UBS quanto nos domicílios.

Dentre os principais motivos que contribuíram para o alcance dessas metas destaca-se o esforço da enfermeira no monitoramento dos registros e sua devida atualização, juntamente com a colaboração dos demais integrantes da equipe, além das capacitações realizadas nas primeiras semanas sobre o preenchimento adequado das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e demais prontuários e registros de acompanhando da população idosa acamada.

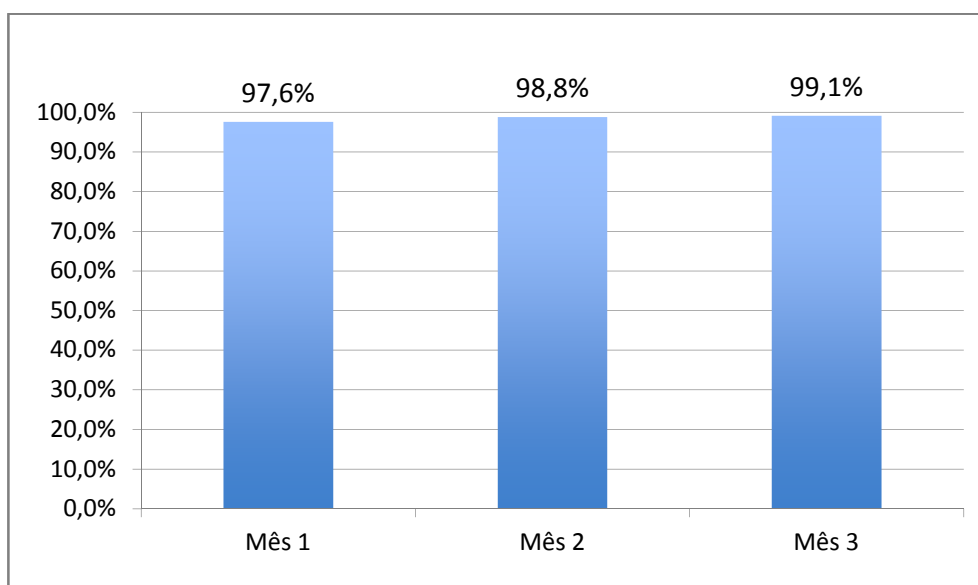
**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).



**Indicador 2.7:** Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Chegamos bem próximo de 100% da meta. De acordo com a Figura 4, no primeiro mês alcançamos 97,6% (82 idosos rastreados para HAS), no segundo mês alcançamos 98,8% (167 idosos com rastreamento para HAS), e no terceiro mês alcançamos 99,1% da meta (221 idosos rastreados para HAS).

Essa avaliação era realizada por mim, médica da unidade, e pela enfermeira, técnica de enfermagem durante os atendimentos clínicos



**Figura 4** Gráfico Proporção de idoso com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

**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

Alcançamos 100% da meta durante todos os meses da intervenção. Isto foi fruto da dedicação da enfermeira e técnica de enfermagem na pesquisa ativa a todo idoso com diagnóstico de hipertensão arterial.

Não tivemos dificuldade para alcançar essas metas, já que através das orientações passadas pela equipe à comunidade sobre a importância da realização do rastreamento para Diabetes Mellitus e Hipertensão nas consultas periódicas, ou bem como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, todos os usuários foram acolhidos no UBS, receberam um atendimento de qualidade, e foi priorizado o

atendimento dos usuários idosos diagnosticados com maior risco de doenças cardiovasculares e demais complicações.

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

**Indicador 2.9:** Proporção de idosos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico

Esta meta foi alcançada em 100 % durante a intervenção. A equipe de saúde bucal contribuiu muito para o alcance da meta. Foi organizado o atendimento odontológico de forma a contemplar os idosos para a o atendimento em saúde bucal. Esta meta foi atingida já que muitos nossos idosos tem próteses dental, e os que necessitam de próteses dental foram encaminhado na unidade de Farroupilha onde está a consulta odontológica.

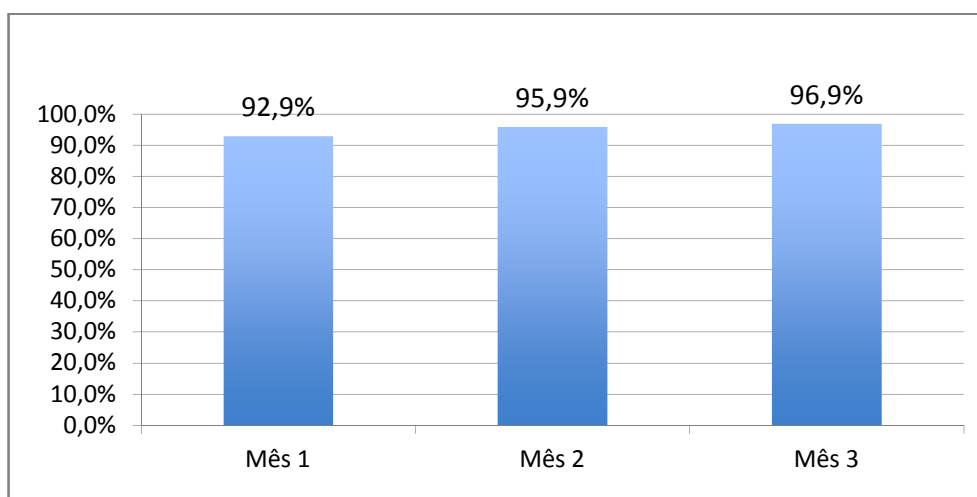
**Meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos

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

Esta meta não foi atingida nos três meses da intervenção, ficando o indicador no primeiro mês em 92,9%, 72 idosos tiveram sua primeira consulta odontológica na UBS, no segundo mês o indicador ficou em 95,9%, 162 idosos tiveram sua consulta odontológica, e no terceiro mês alcançamos 96,9%, 216 idosos com primeira consulta odontológica programática realizada. Alguns idosos faltaram à consulta odontológica, por isso não alcançamos 100%. (Figura11).

Essa avaliação era realizada por mim, médica da unidade, e pela enfermeira durante os atendimentos clínicos, mas foi de muita importância também a disponibilidade do odontólogo na unidade para organizar sua agenda de atendimento para assistir aqueles usuários com maiores necessidade de assistência à saúde bucal.

Mais os idosos com necessidade de prótese foram encaminhados a consulta o dentista na unidade de Farroupilha



**Figura 5 Gráfico** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programadas na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso

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

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

Esta meta foi atingida em 100% durante todos os meses da intervenção. O que contribuiu bastante para o alcance desta meta foi o trabalho das ACS, que realizaram visitas domiciliares, após o monitoramento realizado pela enfermeira dos idosos que faltaram à consulta constatado que a proporção de usuários idosos faltosos as consultas segundo o protocolo foi relativamente baixa durante toda a intervenção, já que em cada mês apenas 01 usuário idoso estavam com faltosos conforme a rotina de atendimento preconizada pelo Ministério de Saúde, por esse motivo foi possível cumprir com a meta de 100%, pois foi realizada busca ativa para integrá-los a ao Programa. Não tivemos dificuldade para alcançar essas metas, já que através da das orientações passadas pela equipe à comunidade sobre a importância da realização das consultas periódicas, bem como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, todos os usuários foram acolhidos no UBS, receberam um atendimento de qualidade, e foi priorizado o atendimento dos usuários diagnosticados com maior risco de doenças cardiovasculares e demais complicações.

**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 espelho em dia

Todas as fichas espelho foram atualizadas, alcançamos 100% da meta durante todos os meses da intervenção.

Todos os idosos cadastrados na UBS tiveram seus dados atualizados, com registro das vacinas, peso, altura, medicações e orientações. Toda a equipe foi capacitada para o preenchimento correto da ficha espelho, o que contribuiu para a atualização e alcance da meta.

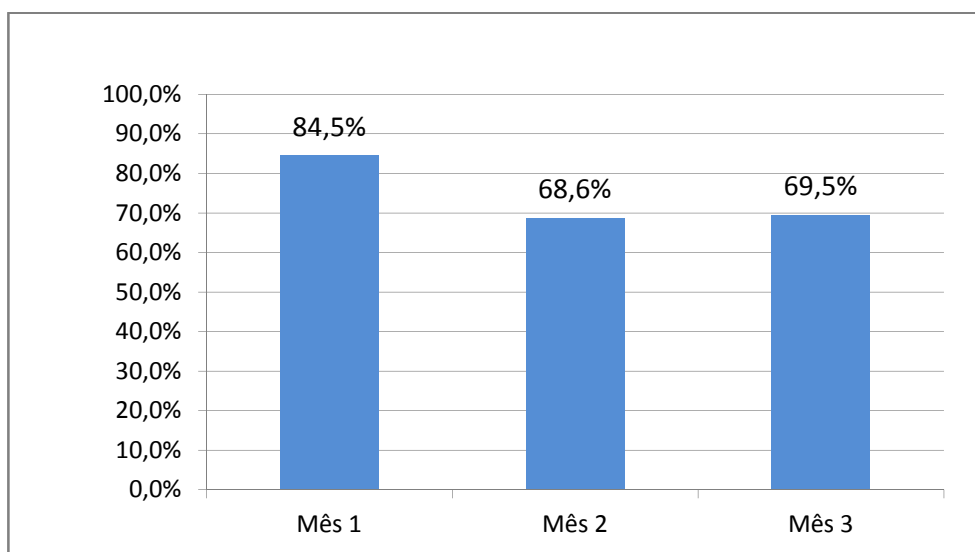
**Meta 4.2:** Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Indicador 4.2:** Proporção de idosos com caderneta de saúde do idoso

Neste indicador não tivemos muito êxito. Um dos motivos foi percebido logo durante o planejamento da intervenção. Não tivemos caderneta de saúde do idoso para todos os idosos cadastrados, apesar de muitas solicitações ao gestor do SUS.

Segundo a Figura 6, ao longo da intervenção, fomos cadastrando mais idosos, mas as cadernetas de saúde do idoso não foram providenciadas, com isso, o indicador foi idosos receberam a caderneta (71 idosos), no segundo mês, atingimos 68,6%, 116 idosos receberam a caderneta, e no terceiro mês 69,5% dos idosos cadastrados receberam a caderneta (155 idosos).

Continuamos solicitando as cadernetas para que cada idoso possua sua caderneta, onde registramos dados importantes sobre a saúde do idoso.



**Figura 6** Gráfico Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa na UBS Ipiranga Orival de Paula, Soledade/RS.2015

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

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

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

Alcançamos 100% da meta deste indicador em todos os meses da intervenção. A atuação da enfermeira foi muito importante porque se responsabilizou em monitorar a avaliação de risco, além de ser a responsável por esta ação, juntamente com a técnica de enfermagem.

**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

Alcançamos 100% da meta neste indicador nos três meses da intervenção. A capacitação da equipe no início da intervenção contribuiu muito para o alcance da meta.

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

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

Neste indicador também alcançamos 100% da meta em todos os meses da intervenção. A sistematização das consultas aos idosos nos possibilitou alcançar a meta.

**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

Alcançamos também 100% da meta neste indicador em todos os meses da intervenção, pois foi possível contar com a ajuda da nutricionista que realizou consultas individuais, orientações individuais e coletivas. Além disso, a equipe foi capacitada para oferecer as orientações sobre alimentação saudável aos idosos.

**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 de atividade física regular.

Esta meta não foi alcançada em 100% em todos os meses da intervenção. Alguns idosos não receberam essa orientação como mostra a figura 15. No primeiro mês alcançamos 98,8% (83 idosos orientados), no segundo mês aumentamos o número de idosos cadastrados, mas também ampliamos o número de idosos com orientação sobre prática de atividade física regular, orientamos 167 idosos (98,8%), e no terceiro mês alcançamos 99,1%, pois 221 idosos foram orientados, dos 223 cadastrados.

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

**Indicador 6.3:** Proporção de idosos com orientação individual sobre cuidado de saúde bucal em dia.

Alcançamos 100% da meta em todos os meses da intervenção. A equipe de saúde bucal esteve muito atuante nas orientações tanto de forma individual quanto durante a realização das atividades educativas coletivas.

## 4.2 Discussão

Na Unidade Básica de Saúde Orival de Paula Ipiranga, localizada na zona urbana do município Soledade, Rio Grande do Sul, existe uma equipe de ESF com Saúde Bucal, onde estão cadastradas 1244 famílias. A equipe não possui apoio do NASF e é composta por 01 enfermeira, 01 médico, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 05 agentes comunitários de saúde e 01 técnica de enfermagem.

O atendimento dos idosos é feito pela médica da unidade que realiza a consulta, a enfermeira realiza a vacinação, curativos e medidas antropométricas, além de registrar as ações nas fichas espelho. Durante o atendimento aos idosos, o dentista ou técnica de dentista também realiza avaliação da saúde bucal, temos também uma nutricionista que todas as segundas-feiras realizam uma consulta aos idosos além de fazer orientações. Os agentes comunitários de saúde acompanham os idosos através de visita domiciliar, avaliando a caderneta de saúde dos idosos, ou

do HIPERDIA, também auxiliam no preenchimento dos registros na ficha espelho. A equipe adota o Protocolo de Saúde do Idoso do Ministério de Saúde de Brasil 2010, e o Manual de Conduta Médicas do Ministério de Saúde, fazendo os registros do atendimento no prontuário individual dos idosos, sendo que a saúde bucal utiliza prontuários separados. Desde o início da intervenção, a sala para avaliação antropométrica estava ativa e com o equipamento completo.

Segundo o relatório SSA2, instrumento de informação do agente comunitário de saúde, a área da equipe em estudo possui 367 pessoas com idade acima de 60 anos e, destes, 224 (60%) foram avaliados nos três meses da intervenção. Não atingimos os 80 % de idosos como havíamos planejado porque a intervenção estava planejada para quatro meses, mais como foi feita em três meses não foi possível incluir neste espaço de tempo todos os idosos. Mesmo encerrada a intervenção, a equipe continua cadastrando e incluindo os idosos no programa. Durante a intervenção evidenciamos que alguns idosos estavam sendo atendidas em outros locais, como as consultas do SUS. Grande parte do problema estava nos registros dos ACS. Como foi unificada parte do bairro farroupilha com Ipiranga o término do cadastro da população-alvo terminou no mês de fevereiro, quase com o início da intervenção.

Durante a intervenção a assistência ao idoso deve estar centrado no acompanhamento, a baixa cobertura de atendimento ao idoso na UBS é um problema com reflexo importante na qualidade de vida.

### **Resumo do que alcançou com a intervenção**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a adesão dos usuários ao serviço, melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames, classificação de risco, entrega das cadernetas de saúde aos idosos, para evitar comorbidades pela prescrição de medicação errada.

### **Importância da Intervenção para a equipe**

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao atendimento do idoso, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes no idoso, avaliação de risco de morbimortalidade, mediante uma avaliação

multidimensional rápida. A ação programática trouxe impactos positivos para a equipe, pois abriu espaço para discussões, novos conhecimentos e a busca coletiva por uma melhora na atenção. Foi feito um trabalho integrado que começou pela médica e se estendeu aos agentes de saúde, à enfermagem e à saúde bucal. A agenda e o acolhimento ficaram a cargo a técnica de enfermagem porque a unidade não tem recepcionista. Os agentes de saúde ficaram responsáveis pela busca ativa dos idosos faltosos ou que não freqüentam nenhum serviço.

### **Importância da intervenção para o serviço**

A intervenção promoveu uma integração do trabalho, aproximou o trabalho de todos os profissionais. Sobretudo, valorizou o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que puderam identificar os idosos que precisam de atendimento e acompanhamento imediato, ajudando na programação das visitas domiciliares e dos atendimentos prioritários.

De maneira geral a intervenção melhorou o serviço que a unidade oferece aos idosos, organizou a demanda e a oferta dos serviços, e propiciou a incorporação de várias ações importantes para a atenção à saúde do idoso, em nossa UBS. A intervenção não gerou nenhum tipo de insatisfação na comunidade porque a unidade tem muitos idosos que estão utilizando o nosso serviço como referência. Existe agora um maior vínculo dos idosos com a nossa equipe de saúde e com o serviço.

### **Importância da Intervenção para a comunidade**

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido ou pouco manifestado pela comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a organização da agenda, a prioridade no atendimento, e com a oferta dos serviços. Houve um incremento da quantidade de informações e de ações de educação em saúde feito aos idosos, a partir dessas ações percebeu-se um maior interesse da população sobre assuntos de saúde e a equipe organizou-se de forma a contemplar as demandas, a pesar de não termos criado grupo específico de idosos, as informações aconteciam nos diferentes espaços e oportunidades do serviço.

### **O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento**



A intervenção poderia ter sido facilitada se todos da equipe tivessem participado desde a análise situacional, inclusive com a identificação das fragilidades do serviço, tamanho real da população alvo, para alocar recursos suficientes para toda a população, como exemplo a caderneta dos idosos. Além disso, foi o momento de conhecer e aceitar um novo membro na equipe, sua forma de trabalhar, portanto algumas dificuldades podem ter sido fruto das mudanças. Agora, com a experiência obtida pela equipe será possível planejar melhor as próximas intervenções.

Um ponto que poderia ter sido diferente foi à falta da criação de um grupo de idosos na comunidade. Na UBS existe apenas o grupo de hipertensos e diabéticos que mensalmente tem como hábito um encontro para troca de experiências. Formar um grupo de idosos, trazendo outros profissionais para somar nas orientações fornecidas, poderia além de efetivar melhorias na saúde dos idosos, proporcionar uma melhor integração entre os membros da equipe e a comunidade.

### **Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço que melhorias pretende fazer na intervenção**

A integração da equipe e o fortalecimento do nosso trabalho em equipe permitem que as ações implementadas com a intervenção tornem-se rotina em nossa UBS.

Continuaremos avançando com as ações, pois como o tempo de intervenção foi encurtado para 12 semanas, teremos condições de ampliar a cobertura e melhorar alguns indicadores de qualidade da atenção à saúde dos idosos.

Percebemos que toda mudança traz alguma resistência, mas quando a mudança é incorporada ao serviço e passa a ser prática comum dos profissionais, o serviço fica mais organizado e a própria população passa a compreender a mudança como um processo de qualificação da assistência.

### **Quais os próximos passos**

Para os próximos passos, analisando os dados da unidade, já que temos uma equipe de saúde com médica, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde e dentista, poderemos realizar como próxima intervenção a ampliação da cobertura de atenção às crianças. E assim melhorar os registros e a qualificação da assistência através da capacitação de toda a equipe da

unidade. Ainda, manteremos as ações da saúde dos idosos, buscando melhorar os aspectos que não conseguimos alcançar e fortalecendo ainda mais o vínculo da comunidade com a equipe e o serviço.

Procuraremos formar um grupo de idosos, que tenha encontros periódicos com o objetivo de ser uma oportunidade para troca de experiências e de conhecimento.

## **5 Relatório da Intervenção para os gestores**

Prezado gestor

Na Unidade de Saúde Ipiranga Orival de Paula entre os meses de abril e julho foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi qualificar a atenção à saúde dos idosos de nossa área de abrangência. A intervenção é parte do curso de especialização em saúde da família promovido pela Universidade Federal de Pelotas

(UFPEL) e pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) voltado aos profissionais participantes do Programa Mais Médicos do Brasil.

Durante o curso cada estudante necessita escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade. No início do curso realizamos uma análise situacional, onde fizemos o levantamento das condições estruturais, de processos de trabalho e da assistência à saúde oferecida aos diversos grupos populacionais. Diante de nossa análise percebemos que a assistência à saúde das pessoas idosas em nossa área era desfavorável, tanto em relação à cobertura quanto à qualidade da assistência oferecida. Optamos, portanto, em realizar a intervenção com foco na saúde do idoso.

O início de nossa intervenção na UBS Ipiranga Orival de Paula foi em seis de abril de 2015, sendo finalizado nos últimos dias de julho.

Em nossa área de abrangência há 367 idosos distribuídos em quatro microáreas, cada uma delas com uma agente comunitária de saúde. Os idosos são atendidos de segunda a sexta pela enfermeira, técnica de enfermagem, pelas agentes comunitárias de saúde, pelo odontólogo, pela auxiliar de odontologia e pela médica.

Nossa intervenção propiciou a ampliação da cobertura de atendimento aos idosos, passando de 39% para 60%. Não alcançamos 80%, como era planejado, pois o período da intervenção foi modificado de quatro para três meses devido a férias de alguns membros da equipe, então continuamos trabalhando para cadastrar nossa população total de idosos.

A intervenção trouxe muitas mudanças para a população idosa e para a equipe de saúde, pois qualificamos nossos registros, sistematizamos as consultas odontológicas, ampliamos a realização dos exames complementares e dos exames clínicos, sistematizamos as visitas domiciliares, realizamos muitas ações de promoção à saúde, fizemos pesquisa para diabetes e hipertensão em idosos, aplicamos a avaliação multidimensional rápida aos idosos assistidos em nossa unidade e realizamos atividades de educação em saúde.

Tivemos uma limitação na entrega das cadernetas de saúde dos idosos, pois estas não chegaram até a finalização da intervenção. Este trabalho foi possível porque tivemos apoio da gestão local, que providenciou equipamentos e insumos necessários para a realização da intervenção. Agradecemos este apoio e reiteramos a importância de contarmos com a gestão de saúde do nosso município.

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

### **Senhores da comunidade Ipiranga**

Como vocês puderam acompanhar, realizamos uma intervenção na UBS Ipiranga Orival de Paula. Este projeto de intervenção teve como objetivo ampliar a cobertura e da assistência à saúde das pessoas com idade acima de 60 anos, assim

como melhorar a qualidade de atendimento desde grupo de pessoas, pois percebemos que a assistência aos idosos precisava melhorar em vários aspectos.

A intervenção teve início no dia seis de abril de 2015, e foi finalizado no último dia de julho.

Esta intervenção trouxe para a comunidade uma melhor organização do atendimento dos idosos, com agenda garantida para o atendimento e visitas domiciliares realizadas aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

A intervenção trouxe mais organização para o trabalho da equipe, por isso trabalhamos agora com as ações sistematizadas em nossa UBS. Porque antes da intervenção os idosos só vinha à consulta para renovar receita, o ter tratamento para uma doença aguda, agora tem consulta com qualidade e integral pelo equipe de saúde da unidade.

Nossa intervenção propiciou a ampliação da cobertura de atendimento aos idosos, passando de 39% para 80%; trouxe muitas mudanças para a população idosa e para a equipe de saúde, pois qualificamos nossos registros, sistematizamos as consultas odontológicas, ampliamos a realização dos exames complementares e dos exames clínicos, organizamos as agendas de todos os profissionais, atualizamos as vacinas dos idosos, fizemos pesquisa para diabetes e hipertensão em idosos, realizamos atividades de educação em saúde, oferecendo informações sobre alimentação adequada, prática de atividade física regular, saúde bucal, entre outras.

O maior benefício para a população idosa da área de abrangência na unidade Ipiranga Orival de Paula, e que agora os idosos tem garantida consulta de segunda a sexta e tem maior acessibilidade a realização de exame laboratoriais, assim como tem já implementado um dia do mês para a realização da atividade de grupo de idosos. A intervenção contribuiu também para que a população idosa tenha melhorias nos demais serviços de atenção primária realizados na unidade, como saúde da mulher, saúde da crianças, saúde do homem

Este trabalho foi possível porque tivemos o engajamento da comunidade, nos apoiando sempre que possível. Agradecemos este apoio e reforçamos que tudo que foi desenvolvido através da intervenção continuará acontecendo em nossa UBS.

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

Aprendizagem para muitos autores é uma mudança de comportamento. Desde o início da especialização tinha a expectativa de também modificar o comportamento e o estilo de vida da população atendida em nossa UBS. Com a especialização eu pude ajudar mais a população da minha área de abrangência, pois a intervenção nos fez conhecer melhor o nosso serviço e o sistema de saúde do município me ajudou a conhecer as nossas limitações e necessidades, assim também como nossos recursos.

O curso de especialização em saúde da família me ajudou muito no conhecimento do sistema de saúde que funciona no Brasil, pude descobrir padrões de adoecimento na nossa comunidade para poder agir com ações de prevenção e de promoção à saúde.

Como o foco de nossa intervenção foi à saúde da pessoa idosa, o curso também me deu oportunidade de estudar mais sobre o assunto, fiz diversas pesquisas que me ajudaram a desenvolver as tarefas do curso, especialmente no meu caso porque nos últimos anos eu não havia trabalhado com pessoas idosas.

Minha aprendizagem no início foi muito lenta, tive muitas limitações e dificuldades porque no início da intervenção trabalhava em outra unidade de saúde com estrutura precária para o desenvolvimento da intervenção, precisei refazer o relatório inicial da intervenção.

Ainda tenho a aprender sobre a saúde dos idosos, durante o curso, com a ajuda da minha orientadora tive oportunidade de me atualizar e renovar meus conhecimentos.

A intervenção sem dúvida promoveu uma aproximação entre a equipe e a comunidade, agora o desafio é prosseguir mantendo as conquistas da intervenção e implementar outras ações programáticas, buscando cada vez mais o comprometimento dos profissionais com a qualidade do atendimento.

## Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 192p. Brasília, DF, 2006.

IBGE, Inst. Brasileiro de Geog. e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?Lang=&codmun=432080&search=rio-grande-do-sul%7csoledade%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vol. 2. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Brasília-DF, 2013.

## **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 Srª  
Proª 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



