

**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 das Pessoas Idosas na ESF São  
Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS**

**Deysi Ricardo Jorge**

**Pelotas, 2015**

**Deysi Ricardo Jorge**

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas na ESF São Francisco de  
Paula, Frederico Westphalen/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: Luzane Santana Da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

J82m Jorge, Deysi Ricardo

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas na ESF São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS / Deysi Ricardo Jorge; Luzane Santana da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

68 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. Rocha, Luzane Santana da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço ao Governo Cubano por permitir a oportunidade de compartilhar esta bonita experiência.

Ao governo do Brasil por aceitarmos.

As minhas Orientadoras Luzane Santana da Rocha, Carolina José Dos Santos e apoio pedagógico Talita Monteiro por sua valiosa orientação.

A toda a equipe de trabalho pela valiosa colaboração na busca de informação e sua dedicação.

Aos integrantes da comunidade que sem eles não seria possível a realização desta investigação.

A minha família

## Resumo

Ricardo Jorge, Deysi. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas na ESF São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS. 2015.** 66f. 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.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não tem cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas, podendo gerar um processo incapacitante afetando a funcionalidade das pessoas idosas, de suas atividades cotidianas, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

Realizou-se uma intervenção nos meses de junho, julho e agosto de 2015 com finalidade de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas pertencentes à área de abrangência da UBS São Francisco de Paula Frederico Westphalen/RS. Foram atendidos 395 usuários ao longo da intervenção. O objetivo foi: ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso. O cadastro foi realizado de acordo com os instrumentos preconizados pelo curso como a ficha espelho e a planilha do controle de idosos, além disso, utilizamos os prontuários e a caderneta dos idosos. Conseguimos cadastrar e realizar atendimento clínico a 395 idosos alcançando uma cobertura de 86,6% da população idosa, em todos os idosos realizamos avaliações multidimensionais, foi priorizada a prescrição dos medicamentos pela farmácia popular, visitamos todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, realizamos rastreamento de diabetes para todos os idosos hipertensos, todos tiveram a primeira consulta odontológica programática, realizamos a busca ativa dos faltosos à consulta, foram preenchidas e atualizadas as fichas espelho e os registros específicos assim como a distribuição de cadernetas de saúde pra eles, também foram avaliados os indicadores de fragilização para velhice e de redes sociais em dia. A intervenção foi importante para a equipe, pois exigiu que se capacitasse de acordo com as recomendações do ministério, a equipe ficou mais unida, mais capacitada, preparada e motivada no atendimento das pessoas idosas, aumentando a preocupação pelo seguimento continuado e qualidade de vida, assim como os agentes comunitários ficaram mais interessados pelos problemas de saúde e sociais dos idosos. A intervenção foi importante para o serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas só na médica, assim as atribuições da equipe foram revistas viabilizando a atenção a um número maior de idosos. A intervenção foi muito importante para a comunidade e o seu impacto já é percebido pela comunidade, houve melhoria na qualidade dos atendimentos já que os idosos não precisaram ir longe para procurar atendimentos, pois tem uma unidade de saúde perto de sua casa com uma equipe de saúde que preocupa com seus problemas, podendo ter melhor controle de suas doenças, assim como nos idosos com hipertensão, diabetes, acamados ou com problema de locomoção que tem visitas domiciliares priorizadas, evitando assim encaminhamentos hospitalares desnecessários.

Palavras-Chave: atenção Primária à Saúde, saúde da família, saúde dos idosos, qualidade de vida das pessoas idosas.

## Lista de Figuras

Figura 1	USF Francisco de Paula	15
Figura 2	Recepção da USF Francisco de Paula	15
Figura 3	Educação em Saúde na USF Francisco de Paula	42
Figura 4	Educação em saúde para idosos na USF Francisco de Paula	43
Figura 5	Procedimentos de enfermagem em visita domiciliar	43
Figura 6	Atendimento clínico	44
Figura 7	Avaliação física durante visita domiciliar	44
Figura 8	Visita domiciliar	45
Figura 9	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde São Francisco de Paula. Frederico Westphalen/ RS, 2015.	48
Figura 10	Proporção dos idosos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada na Unidade de Saúde São Francisco de Paula. Frederico Westphalen /RS, 2015.	49
Figura 11	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrado na Unidade de Saúde São Francisco de Paula. Frederico Westphalen /RS, 2015.	50
Figura 12	Proporção de idosos com primeira consulta programática na Unidade de Saúde São Francisco de Paula. Frederico Westphalen /RS, 2015.	52

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

APS	Atenção Primária Saúde à
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde.
PSA	Antígeno prostático
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URI	Universidade Regional Integrada
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPel	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2 Análise Estratégica .....	19
2.1. Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 Metodologia.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.1 Detalhamento das ações .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.2 Indicadores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.3. Logística.....	38
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados .....	47
4.2 Discussão.....	55
5 Relatório da intervenção para gestores .....	58
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	60
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	62
Referências .....	63
Anexos .....	64

## **Apresentação**

O presente volume trata-se de uma intervenção realizada com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas, como trabalho de conclusão de curso da especialização em saúde da família, na modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas, realizado por todos os integrantes da equipe de saúde da família da UBS São Francisco de Paula no município de Frederico Westphalen/RS, nos meses de junho, julho e agosto de 2015. O volume está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho: Análise situacional que identifica o problema objeto da intervenção, Análise Estratégica que se projeta a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro item relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item é a avaliação da Intervenção com análise e discussão dos resultados, quinto e sexto item, relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem, além disso, incluem as referências bibliográficas que serviram de suporte teórico ao trabalho e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

A situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que trabalho funciona bem como equipe de saúde e tem provocado mudanças nas organizações das consultas, que respondem aos interesses da população, uma vez que todos desenvolvem seu trabalho da melhor maneira possível e cumpre as tarefas que lhes são devidas. Existem grupos de tabagismo, gestantes, diabetes e hipertensão para o auxílio da população. A ESF precisa de melhor estrutura e melhor coordenação das tarefas, por parte da equipe e população. O serviço é organizado, porém não funciona com a importância que deveria. A população necessita de estímulos para participar dos grupos, ou seja, saber que participando dos grupos irá melhorar sua saúde, melhorará o controle da sua doença, terá dicas e educação sobre a dieta saudável para sua doença e exercícios físicos que podem ajudar a melhorar no controle dos danos.

Também é muito importante mencionar que após nossa chegada à unidade de saúde a qualidade da atenção aos usuários melhorou, o número de consultas diárias aumentou e o número de encaminhamentos aos serviços hospitalares especializados diminuiu, já que muitos procedimentos médicos e de enfermagem são feitos no ambulatório, seja pelo médico ou supervisionado por ele, só se encaminhando aqueles que não podem ser resolvidos em nossa unidade.

Em relações ao saneamento básico ambiental não temos sérios problemas dentro da comunidade o lixo é depositado em embase destinado para este fim e são enviados em tempo ao seu destino final e dessa forma não afeta a comunidade, não obstante, as ações para prevenção da saúde são fundamentais no local onde trabalho, tanto com grupos, como em palestras ou campanhas. O atendimento

deveria estar mais voltado à prevenção, mas acredito que a partir do momento que houver melhorias na organização e estruturação, tanto na parte de coordenação junto à prefeitura, quanto a equipe de saúde da ESF, coordenação, enfermagem, médicos e dentistas, iremos ter melhorias nas condições de saúde básica. A situação das moradias não é muito preocupante, a UBS fica perto da população e não tem problema para atendimento de consulta, e eles podem ir caminhando. A situação da estratégia da saúde da família/Atenção primária à saúde em meu serviço olhando todas as mudanças feitas ao longo de nosso trabalho considero que foi muito importante e muito bom poder refletir as problemáticas existentes em cada UBS, diante das respostas aos diferentes questionários, para dessa forma conseguir melhorar os atendimentos aos usuários, que é nosso principal objetivo, eliminar todo tipo de dificuldades em seu atendimentos e que eles se sintam bem atendidos e satisfeitos com nossa atenção e que possamos resolver seu problema de saúde da melhor forma possível.

Acreditamos que os atendimentos com a implantação do SUS tem sido de muita melhoria, pois a prevenção que é nosso objetivo de trabalho possibilita realizar mais visitas domiciliares e os seguimentos das pessoas com doenças crônicas, assim como idosos acamados e com problemas de locomoção que não têm possibilidade de comparecer à consulta.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Eu trabalho no município Frederico Westphalen que é o maior município da microrregião do médio alto Uruguai, principal centro comercial desta região. Na cidade, o comércio representa o maior percentual de seu PIB, é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, sua população de acordo com a estimativa feita para 2013 é de 30,251 habitantes, possui uma área de 264,53km quadrado. É o centro regional da microrregião homônima. A economia industrial se dá através de indústria nas áreas metalúrgicas, produto em fibras de vidro, lapidações de pedras semipreciosas da região, é repleto de fixidez de pedras ametistas, uma pedra de coloração roxa mundialmente conhecida, fábrica de colchões e de reação, também tem forte potencial agroindustrial, com agroindústrias familiares de pequeno porte dedicadas a produzir feijão, milho, soja, assim como prática da avicultura e suinocultura, existe também programa para desenvolver a

piscicultura, a produção de hortaliças e recentemente a plantação de mamona. O município conta com um total de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outra que está em construção, cinco Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município não tem disponibilidade de Centro de especialidades (CEO) nem núcleo de apoio à saúde da família (NASF), ademais contamos com um Hospital Público Divina Providência que conta com 70 leitos. A disponibilidade de exames complementares se faz diante do agendamento na unidade de saúde central para os diferentes laboratórios dependendo da urgência. A Unidade Básica de Saúde São Francisco de Paula está situada no Bairro São Francisco de Paula no município Frederico Westphalen e possuímos uma população de 3.500 habitantes em nossa área de abrangência. Segue a Distribuição da população por faixa etária:

Quadro1. Distribuição da população por faixa etária

Total de população	3500
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	625
Mulheres entre 25 e 64 anos	759
Mulheres entre 50 e 69 anos	198
Gestantes na área - 1,5% da população total	23
Menores de 1 ano	55
Menores de 5 anos	254
Pessoas de 5 a 14anos	347
Pessoas de 59 anos	935
Pessoas com 60 anos ou mais	456
Pessoas entre 20 e 59 anos	594
Pessoas com 20 anos ou mais	859
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	314
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	58

Trabalhamos na UBS com duas equipes de trabalho ESF: 1 e 5 cada uma formada por uma médica geral do Programa Mais Médico, quatro agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista e uma auxiliar de higiene bucal. Ademais na UBS contamos com um ginecologista e um pediatra, uma encarregada de serviço geral, uma enfermeira encarregada do

ambulatório e da sala de vacina com a técnica de enfermagem, uma recepcionista e a gerente da Unidade.

Dentre as atribuições das equipes temos o cumprimento dos horários de atendimentos à população que é de 8 horas diárias, sendo de 7:30 até 11:30 e de 13:00 até 17:00. Não existe excesso de demanda porque temos o trabalho planejado e o atendimento é feito nos dois turnos de trabalho de segunda a sexta-feira, temos garantido a coordenação na unidade de saúde central em caso de precisar de encaminhamento de qualquer paciente, assim como os usuários que precisarem realizar exames complementares, de emergência ou não. Os casos de usuários que precisam ser avaliados por um especialista como ortopedista, cirurgia, cardiologista, oncologista, pneumologista entre outros, são encaminhados por que não contamos com esses tipos de atendimento. Nosso trabalho foi organizando da seguinte maneira: formamos grupos de acordo com as diferentes patologias e faixa etárias, grupo de crianças menores de um ano, grupo de gestante, grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, grupo de idosos, grupo de tabagismo e alcoólicos, visitas domiciliares para aquelas pessoas que não podem comparecer à consulta para atendimento e pesquisa de doenças crônicas na comunidade.

Em relação à estrutura não tem depósito para lixo, este é depositado no exterior a céu aberto e em sacolinhas. Tem pátio com planta medicinal e ornamentares, a estrutura é moderna, tem uma construção sólida, as portas e janelas são de metais e vidro. Na entrada da unidade tem chão correção para facilitar a entrada de usuários com deficiências físico-motoras ou com problema de locomoção, mas não tem passa mão correção. Tem uma sala de recepção, sala de espera ampla com TV para informação sobre temas de saúde, uma farmácia em um local adaptado, uma sala da gerente, uma cozinha, duas salas de enfermagem, sala de vacina, sala de esterilização com duas autoclaves, uma sala de ambulatório com 3 macas para observação e uma pequena área de procedimentos, três consultórios e um consultório odontológico.



Figura 1: USF Francisco de Paula

Na UBS não temos dificuldades com o acolhimento da demanda espontânea, no caso que um usuário precise de atendimento de urgência e/ou emergência temos as estratégias estabelecidas para o atendimento oportuno. São avaliados primeiramente pela enfermeira na sala de triagem para logo priorizar as consultas com o médico tendo em conta a ordem de prioridades das doenças.



Figura 2: Recepção da USF Francisco de Paula

Em relação à saúde da criança, atualmente de acordo com a CAP temos 42 crianças menores de 1 ano com estimativa de cobertura de 2% pela ESF. Mas, temos um pediatra que trabalha na UBS que oferece atendimento para a maioria das crianças, mas, não conhecemos a quantidade real, além disso, a equipe também oferece atendimentos com o médico geral seja na própria UBS ou nas visitas domiciliares. No serviço são realizadas diferentes ações como o planejamento das consultas até os 72 meses além da vigilância do cumprimento do esquema de vacinação e garantia de atendimento pelo dentista.

Quanto à atenção às gestantes, o CAP estima 35 gestantes, mas, não conhecemos quantas são acompanhadas, porque contamos com um ginecologista que realiza estes atendimentos periodicamente, além disso, também contribuimos nos atendimentos das gestantes e puérperas. A estimativa do CAP é de 42 puérperas, mas, não sabemos quantas são acompanhadas. Tendo em conta os Protocolos de Atendimentos na Atenção Pré-natal temos planejado não menos de 6 consultas durante o período de gestação, assim como visitas domiciliares para as gestantes ausentes a consulta, ademais do seguimento e controle de todos os exames do programa, das vacinas e ações de saúde como alimentação saudável e promoção do aleitamento materno.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, estima-se 964 mulheres entre 25 e 64 anos, mas, 164 são acompanhadas com cobertura de 17%, e em cada consulta é realizado o exame das mamas e realização/agendamento do preventivo, ademais são feitas ações de promoção da saúde nas consultas, na unidade não temos problemas com isso e no mês de outubro comemoramos o Outubro Rosa onde se convocam todas as mulheres atendidas no programa para fazer exame citológico do colo de útero e exame das mamas, também são solicitadas Mamografias de rastreamento para pesquisa de câncer de mama e Densitometria óssea para pesquisar osteoporose nas mulheres maiores de 45 anos. A estimativa de mulheres entre 50 e 69 é 361, são acompanhadas 62 (17%).

A estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes é 782 e 224, respectivamente. Embora não temos os cadastros atualizados, realizamos diferentes atividades com eles: controles nas consultas de seguimentos, grupos de educação



em saúde, palestras acerca das mudanças do estilo de vida enquanto a prática de exercícios físicos e alimentação saudável entre outras coisas.

Em relação à saúde dos idosos estima-se 477 pessoas idosas na área de abrangência, mas, não temos o quantitativo atualizado de quantos são acompanhados. Os idosos não têm um bom seguimento, pois não existe registro para um melhor controle dos mesmos, não tem planejamento de consulta, não tem grupos de idoso funcionando, não fazem exercícios físicos, não tem seguimento da saúde bucal, não fazem atividades recreativas, não têm feito avaliação da escala funcional de pessoa idosa como é estimado no programa no rastreamento periódico para doenças crônicas. Dessa forma podemos afirmar que os idosos não têm um bom seguimento e assistência à saúde na nossa UBS.

Quanto à saúde bucal os indicadores de qualidade precisam melhorar, pois, apenas 14% (7) fizeram atendimento programado, essa situação também ocorre com as demais faixas etárias, por exemplo, não sabemos quantas gestantes fizeram a consulta programada de saúde bucal.

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

Após avaliar todos os aspectos vejo como foi importante a realização de cada etapa das tarefas propostas, pois assim pude conhecer melhor a equipe de saúde, a estrutura da unidade e principalmente a população. Na primeira tarefa tinha uma visão geral de toda a equipe e população, fato que com o decorrer do preenchimento do caderno de ações programáticas e dos questionários pude conhecer melhor as maiores necessidades da comunidade adstrita.

Em relação aos dois textos acho que é muito importante reconhecer a diferença, pela mudança favorável do trabalho geral da UBS desde nosso início até agora, pois desse modo conseguimos conhecer melhor as estratégias de trabalho, estabelecer propostas, metas, planejar as ações a cumprir e traçar objetivos que envolvam toda a equipe para juntos podermos melhorar a qualidade da atenção aos usuários que no dia a dia lidamos e oferecer o melhor de nós para resolver seus problemas de saúde e sentirem satisfeito com o atendimento. No início os grupos de idosos, Hipertensos, Diabéticos, gestantes e tabagismo não funcionavam corretamente, agora, após avaliarmos a situação das ações programáticas, e nos

reunirmos com a equipe, começamos a realizar semanalmente os grupos de diabéticos e hipertensos e o grupo de gestante, idoso e demais. Isso demonstra que em pouco tempo e com organização podemos realizar mais ações para a melhoria da saúde da população. É imprescindível que a equipe de saúde e população trabalhe unida para construir um futuro melhor na área da saúde e um ótimo bem-estar à população.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não tem cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas, podendo gerar um processo incapacitante afetando a funcionalidade das pessoas idosas, de suas atividades cotidianas, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

A escolha do tema saúde do idoso como foco de intervenção se deu porque na UBS que atuo os idosos não têm um bom seguimento, devido a não existência de um registro anteriormente feito por nenhum outro médico nem agente de saúde para um melhor controle dos mesmos. Não tem planejamento de consulta, não tem grupos de idosos, os mesmos não realizam exercícios físicos, não tem seguimento da saúde bucal, não fazem atividades recreativas e não têm feito avaliação da escala funcional como é estimado no programa no rastreamento periódico para doenças crônicas. Dessa forma podemos estimar que os idosos não têm um bom seguimento e assistência, e muitos não são cadastrados.

Assim, espera-se que a intervenção a ser realizada neste foco possa oferecer uma melhor atenção a essas pessoas idosas. A ação programática é muito importante, pois é possível trabalhar com os fatores relacionados ao estado de saúde da população idosa, assim como fortalecer as ferramentas de trabalho nessa

faixa etária e dessa forma garantir uma atenção humanizada. O principal objetivo é aumentar a cobertura da população alvo, ampliando o cadastramento dessa população, programando todas as ações de saúde dos mesmos, para melhorar a qualidade da atenção e modificar o estilo de vida, com melhorias da qualidade de vida da pessoa idosa.

A UBS São Francisco de Paula e se encontra no município Frederico Westphalen. A equipe possui 3500 habitantes cadastrados e uma população idosa estimada em 477 idosos, no momento atual, não temos dados da cobertura dos idosos acompanhados em nossa Unidade.

A UBS é composta por duas equipes de trabalho ESF 1 e 5, cada uma formada por uma médica geral do programa Mais Médicos, quatro agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista e uma auxiliar de higiene bucal. Na UBS contamos com um ginecologista e um pediatra, uma encarregada de serviço geral, uma enfermeira encarregada do ambulatório e da sala de vacina com sua técnica de enfermagem, uma recepcionista e a gerente da Unidade.

Em relação à estrutura não tem depósito para lixo, este é depositado no exterior a céu aberto em sacolinhas. Tem pátio com plantas medicinais e ornamentais, a estrutura é moderna, tem uma construção sólida, as portas e janelas são de metais e vidro. Na entrada da unidade tem chão corredeira para facilitar a entrada do usuário com deficiências físico-motoras ou com problema de locomoção, mas não tem passa mão corredeira. Tem uma sala de recepção, sala de espera ampla com TV para informação dos usuários sobre temas de saúde, uma farmácia em um local adaptado, uma sala da gerente, uma cozinha, duas salas de enfermagem, sala de vacina, sala de esterilização com duas autoclaves, uma sala de ambulatório com 3 macas para observação de paciente que o amerisse e uma pequena área de procedimentos, três salas de consulta e uma consulta de dentista.

A qualidade da atenção à população tem melhorado muito, mas ainda necessita continuar melhorando, mantemos o trabalho com os diferentes grupos de saúde, as visitas domiciliares, as ações de promoções da saúde por meio de grupos educativos, vacinas e atividades com a população.

Assim, a importância desta intervenção consiste em melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, melhorar as ações ofertadas pela nossa equipe de saúde, tais como as visitas domiciliares aos idosos acamados, realização de busca ativa dos

faltosos às consultas, atendimento agendado e por demanda espontânea aos idosos, aconselhando e estimulando pra que realizem consulta odontológica, realizar pesquisa de enfermidades crônicas como a Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica entre outras, modificando o estilo de vida e incentivando a prática de exercícios.

As principais dificuldades são: a falta de registro específico, dificuldade com o transporte para visitas domiciliares, ausência de tempo para a capacitação da equipe e ausência de instrumentos para a avaliação multidimensional. Aspectos ou elementos a favor: temos locais disponível, agentes de saúdes que nos apoiam enfermeira e recepcionista.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS São Francisco de Paula, Frederico Westphalen/RS.

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

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

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS São Francisco de Paula, no município de Frederico Westphalen/RS.

Participarão da intervenção todos os idosos (maiores de 60 anos) residentes na área de abrangência. Será utilizado como base para ações o protocolo do Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimentos e Saúde da Pessoa Idosa de 2013.

O cadastro será realizado de acordo com os instrumentos preconizados pelo curso como a ficha espelho e a planilha do controle de idosos, além disso, utilizaremos os prontuários dos usuários e a caderneta dos idosos.

### 2.3.1 Detalhamento das Ações

#### 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 95%.

#### **Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

#### **Detalhamento das ações:**

O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa será realizado em reuniões semanais com a equipe. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e, atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe.

#### **Ações no eixo organização e gestão do serviço:**

- ✓ Acolher a os idosos.
- ✓ Cadastrar todos os idosos da área de cobertura de unidade de saúde.
- ✓ Atualizar as informações do SIAB
- ✓ Garantir o registro dos idosos cadastrados no Programa.
- ✓ Garantir material adequado para avaliação multidimensional dos idosos.

**Detalhamento das ações**

O cadastramento dos usuários idosos será realizado diariamente através de busca ativa realizada pelas agentes comunitárias de saúde ou por livre demanda. Qualquer idoso que for à unidade poderá ser cadastrado, uma vez cadastrado poderá participar ativamente do programa de saúde específico para sua morbidade. Todo o usuário que for cadastrado deverá ser monitorado adequadamente através de aferição de pressão arterial por esfigmomanômetro (hipertenso) ou monitorado através de hemoglicoteste (HGT) (diabético), essas aferições e acompanhamento ocorrerá nas reuniões mensais que são acompanhadas multidisciplinarmente por médicos, enfermeiros e equipe de nutrição com pesagem para avaliar seu estado nutricional.

**Ações no eixo engajamento público:**

- ✓ Esclarecer a comunidades sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamentos periódicos e sobre as facilidades de realizá-los nas unidades de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Idosos da unidade de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância da avaliação multidimensional dos pacientes idosos a partir dos 60 anos anualmente.

**Detalhamento das ações:**

A comunidade será orientada sobre a importância do acompanhamento dos idosos e da avaliação multidimensional na unidade de saúde, através dos agentes comunitários de saúde, médico e enfermeira nas visitas domiciliares, também na participação dos diferentes grupos de saúde e nas diferentes atividades que realizamos com a comunidade, assim como através de panfleto, cartaz, anúncios e avisos colocados na frente da unidade.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar equipe no acolhimento aos idosos



- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- ✓ Capacitação da equipe da unidade de saúde para a política nacional de humanização.

**Detalhamento das ações:**

As capacitações serão efetuadas pela médica nas reuniões de equipe semanalmente aos ACS para o cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a todos os integrantes da equipe da unidade de saúde para o acolhimento adequado dos idosos.

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

Metas 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.

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

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

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

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

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

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

Metas 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).

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

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

#### **Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a realização de avaliações multidimensional rápida pelo menos anual em todos idosos.
- ✓ Monitorar a realizações de exame clínico apropriados dos idosos acompanhados na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar a realizações de visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- ✓ Monitorar o número de idosos hipertenso e diabético com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
- ✓ Monitorar número de idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg.
- ✓ Monitorar número de idosos hipertenso e diabéticos com exames laboratoriais realizado de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia.
- ✓ Monitorar número de idosos cadastrado na unidade em acompanhamento odontológico no período

#### **Detalhamentos das ações:**

O monitoramento será realizado pela médica. Em cada consulta se verificará os exames complementares se estão em dia assim como a receita. Na triagem feita pela enfermagem antes de entrar na consulta e nas atividades em grupo será verificada todas as receitas médicas, bem como pelos ACS durante o cadastramento e através da ficha de espelho.

#### **Ações no eixo organização e serviço:**

- ✓ Garantir os recursos necessários para a aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropométrica, tabela de Snellen).
- ✓ Garantir busca de idoso que não realizaram exame clínico apropriado.
- ✓ Organizar agenda para escolher hipertenso e diabético proveniente das buscas de idoso domiciliar.

**Detalhamento das ações:**

A enfermeira será a responsável por solicitar os diferentes recursos necessários ao gestor para a aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos. As ACS serão encarregadas pela busca ativa dos idosos que não realizarem exame clínico apropriado, a secretaria e enfermeira organizarão uma agenda para escolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas dos idosos no domicílio e preenchimento na ficha espelho.

**Ações no eixo engajamento público:**

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

**Detalhamento das ações:**

Diante dos grupos realizados pela médica e enfermeira a comunidade conhecerá a importância da avaliação multidimensional e dos tratamentos oportunos para estas limitações, assim como as ACS, nas visitas domiciliares pela médica e enfermeira e também nas atividades em grupo.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Treinar a equipe para a realização da avaliação multidimensional rápida.

**Detalhamentos das ações:**

A equipe será capacitada para a realização da avaliação multidimensional nas reuniões semanais de equipe, caso não seja possível esse dia se designará outro dia para que todos possam assistir. A médica será a responsável de treinar a equipe.

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

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

**Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo de atendimentos aos idosos, adotado pela unidade de saúde.

**Detalhamentos das ações**

Aos usuários faltosos será feita busca ativa por parte dos ACS, para isso nos apoiaremos na ficha de espelho e o monitoramento será realizado mensalmente pela médica e enfermeira, assim como pelos ACS durante a visita domiciliar.

**Ações no eixo organização e serviço:**

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

**Detalhamentos das ações:**

A enfermeira será a encarregada de planejar a organização das visitas domiciliares dos usuários e agendar consulta para aqueles que necessitarem.

**Ações no eixo engajamento público:**

- ✓ Informar a comunidades sobre a importância de realizações das consultas
- ✓ Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamentos das ações:**

Os usuários serão informados da periodicidade para realizar as consultas e da importância das mesmas por toda a equipe, seja nas atividades grupais, como durante as visitas domiciliares e na própria consulta de acordo com o estabelecido no programa.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Treinar a ACS para orientação de idosos quanto a realizações das consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas

**Detalhamentos das ações:**

A médica irá treinar as ACS para que orientem os idosos quando será a consulta e definirá com a equipe a periodicidade das consultas, neste caso será semestral dependendo da característica de cada usuário.

#### 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.

#### **Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados nas unidades de saúde.
- ✓ Monitorar os registros da caderneta de saúde das pessoas idosas.

#### **Detalhamentos das ações:**

A médica junto com a secretaria fará a verificação dos diferentes registros dos idosos acompanhados na unidade assim como a qualidades dos mesmos, a caderneta de saúde será monitorada pela enfermeira e pelas ACS nas visitas domiciliar.

#### **Ações no eixo organização e serviço:**

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

#### **Detalhamentos das ações:**

Na reunião da equipe se definirá os responsáveis por cada tarefa, onde cada integrante da equipe terá uma responsabilidade incluindo a secretaria e gerente da unidade. A gerente e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros e de solicitar ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

**Ações no eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- ✓ Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

**Detalhamento das ações:**

Por intermédio da recepcionista, a enfermeira, ACS, a médica colocará na entrada e nas salas da unidade cartazes orientando aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta de saúde sempre que forem consultar em qualquer nível de saúde.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Treinar a equipe em o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento de idosos.
- ✓ Capacitar a equipe para o preenchimento de caderneta de saúde das pessoas idosas

**Detalhamento das ações:**

A médica nas reuniões de equipe treinará a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos atendimentos de idosos assim como a caderneta de saúde.

**Objetivo 5, Avaliação de risco.**

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 rede de 100% dos idosos

**Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- ✓ Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

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

**Detalhamentos das ações:**

As ACS se encarregarão de fazer monitoramentos na comunidade para identificar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade, de fragilização na velhice, avaliação da rede sociais, assim como a enfermeira.

**Ações no eixo organização e serviço:**

- ✓ Priorizar atendimentos a idosos de maior risco de morbimortalidade.
- ✓ Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.
- ✓ Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

**Detalhamentos das ações:**

Os idosos que forem à unidade o atendimento será priorizado de acordo ao risco que apresentarem e serão agendadas as consultas daqueles com rede social deficiente.

**Ações no eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.
- ✓ Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento, mais frequente.
- ✓ Orientar os idosos e a comunidades sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde.
- ✓ Estimular na comunidade a promoção da socialização de pessoas idosas (trabalhos em igreja, escola, grupos de apoios) e estabelecimentos de redes sociais de apoio.

**Detalhamentos das ações:**

Os idosos serão orientados sobre seu nível de risco e a prioridade de seu atendimento assim como a importância de seu acompanhamento mais frequente nas diferentes atividades grupais, nas visitas domiciliar e em atividades na comunidade em geral por parte de todos os integrantes da equipe.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores para morbimortalidade de pessoas idosas.
- ✓ Capacitar os profissionais para identificação e registros dos indicadores de fragilização na velhice.
- ✓ Capacitar equipe para avaliar a rede social dos idosos.

**Detalhamento das ações:**

As capacitações serão realizadas pela médica aos demais profissionais para identificar, avaliar e registrar as pessoas idosas com fragilidade na rede social, risco de fragilização na velhice e outras morbidades.

**Objetivo 6. Promoções de saúde**

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

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% idosos.

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

**Ações no eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- ✓ Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- ✓ Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- ✓ Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
- ✓ Monitorar as atividades educativas individuais.

**Detalhamentos das ações:**

Nas reuniões de equipe realizará o monitoramento das diferentes atividades de promoção da saúde por parte da médica e enfermeira da equipe, assim como nas visitas domiciliares.

**Ações no eixo organização e serviço:**



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

**Detalhamentos das ações:**

Cada membro da equipe terá um papel diferente na divulgação entre os usuários da comunidade e as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física e higiene bucal.

**Ações no eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- ✓ Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- ✓ Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

**Detalhamentos das ações:**

Os usuários idosos e comunidades serão orientados sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividades físicas regularmente e importância da higiene bucal e de próteses dentárias nas diferentes atividades, como grupos de educação em saúde, palestras, visitas domiciliares e demais atividades efetuadas por toda a equipe.

**Ações no eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" e "Guia alimentar para a população brasileira".
- ✓ Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

- ✓ Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- ✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

#### **Detalhamentos das ações:**

As capacitações para fomentar hábitos alimentares saudáveis e orientação nutricional, assim como a prática de exercício e higiene bucal serão oferecidas às ACS, enfermeira nas reuniões de equipe, pela médica, juntamente com a nutricionista.

### **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 95%.**

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

Numerador: números de idosos cadastrados no programa.

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

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na UBS**

**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 cadastrado no programa.

**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 nas consultas aos pacientes 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 cadastrado no programa.

**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 cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Denominador: número de idosos cadastrado

**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

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

**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 problemas de locomoção com visita domiciliar

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

**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 rastreados para hipertensão na última consulta

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

**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.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

**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 de idosos cadastrado no programa

**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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **Objetivo. 3: Melhorar a adesão do paciente idoso ao programa.**

**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 que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

### **Objetivo. 4: Melhorar o registro das informações do paciente idoso na UBS.**

**Meta: 4.1** Manter registro específico de 100% da pessoa idosas.

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

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

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

**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 cadastrado no programa.

### **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 com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

**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 com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

**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 em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

### **Objetivo. 6: Promover hábitos saudáveis para os pacientes idosos no município.**

**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 que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

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

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

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

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

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: número de idosos cadastrado no programa

### **2.3.3. Logística**

Para realizar a intervenção no programa de saúde dos idosos vamos a adotar o Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha dos idosos que são utilizadas nos grupos de saúde, assim como os prontuários que se encontram na UBS e os instrumentos fornecidos pelo curso: ficha espelho e planilha de coleta de dados. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, iremos elaborar um registro adequado com todos os parâmetros como: dados pessoais (nome, idade, sexo, raça,), antecedentes patológicos individuais e familiares, escolaridade, hábitos tóxicos, prática de exercício físico, sedentarismo escolaridade etc., os quais serão baseados no registro que será monitorizado.

A estimativa que se pretende alcançar é acompanhar 95% dos idosos. Com ajuda de toda a equipe, principalmente dos agentes comunitários de saúde realizaremos a avaliação multidimensional das pessoas idosas. Para aumentar a cobertura nos propusemos fazer visitas domiciliares a todos os idosos da área de abrangência para desta forma cadastrar aqueles idosos que não comparecem às consultas. Para melhorar a qualidade dos atendimentos, serão realizados por meio de consultas programadas a todos os idosos para um melhor controle, assim também por meio de visitas domiciliares. Aumentar a promoção de saúde realizando

palestras, grupos, atividades recreativas, exercício físicos a idosos e monitoramentos semanais das ações realizadas.

Também solicitaremos exames complementares para avaliação dos estados de saúde. Em quanto à saúde bucal eles serão encaminhados para a dentista para atendimento, com prévia coordenação, para escolher um dia priorizado. Uma vez obtidos todos, serão baseados em um registro eletrônico, onde serão processados.





### **3 Relatório da intervenção**

A intervenção foi realizada em 12 semanas, durante os meses de junho, julho e agosto de 2015, seguindo o cronograma previamente elaborado e utilizando os instrumentos fornecidos pelo curso como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, além de isso utilizamos os prontuários dos usuários e as fichas dos grupos de educação em saúde dos idosos. A intervenção teve uma redução de doze semanas em função das férias da especializanda em Cuba.

Para dar início à intervenção primeiramente após confeccionar o cronograma de trabalho, traçamos os objetivos, metas, ações e indicadores, aproveitando a reunião de equipe de saúde para dar conhecimento a estratégia de trabalho, assim poder envolver todos os integrantes da equipe na intervenção, uma vez que, exposto nossa intervenção chegamos a um acordo de manter a comunicação ao longo do desenvolvimento da intervenção em todas as reuniões de equipe e também nesse mesmo espaço aproveitar para fazer as capacitações necessárias. Na reunião apresentamos o projeto de intervenção, seus objetivos e as ações conforme o cronograma do projeto.

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

Na primeira semana de intervenção foram desenvolvidas várias ações previstas, conseguimos capacitar a equipe no acolhimento aos idosos e sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos idosos e para avaliar a rede social dos mesmos. Além disso, capacitamos parte dos ACS na busca ativa dos idosos que não estavam realizando acompanhamento em nenhum serviço, cadastrar os idosos da área de abrangência no programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, atendimento clínico aos idosos onde foi solicitado os exames complementares e realização da avaliação dos já solicitados, capacitamos os

profissionais para identificação e registro de fatores para morbidade das pessoas idosas e para identificar o registro de indicadores de fragilização na velhice. Foram realizadas visitas na área de abrangência e conseguimos manter os quatro grupos, cada um em uma quarta-feira do mês: Bairro São José, Bairro La Pedrera, Bairro São Francisco 1, Bairro São Francisco 2 os quais são grupos de educação em saúde para idosos e que tem como objetivo o controle e seguimento dos mesmos assim como a promoção das ações de saúde e prevenção de doenças e suas complicações



Figura 3: Educação em Saúde na USF Francisco de Paula

Aproveitamos a participação dos grupos de idosos e nas reuniões na comunidade para esclarecer aos idosos e toda a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e esclarecer a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo nas unidades de saúde, além disso, orientamos sobre a importância da higiene bucal, do atendimento em consulta odontológica, a importância de hábitos alimentares saudáveis e a necessidade da prática regular de atividade física. Também realizamos visitas domiciliares aos idosos acamados e/ou com problemas de locomoção assim como aos idosos faltosos às consultas.



Figura 4: Educação em saúde para idosos na USF Francisco de Paula

Nas outras semanas cumprimos as diferentes ações previstas de acordo com o planejado no cronograma de trabalho. Foram realizadas com muito sucesso ações como: atividades educativas dentro da UBS e nas comunidades com a participação de outros profissionais como a nutricionista assim como nossa equipe de saúde e uma ótima representação de nossos idosos onde o objetivo principal foi a divulgação da importância de como um idoso pode ter uma vida saudável e como pode alcançar melhor qualidade de vida e ao mesmo tempo evitar as complicações de doenças crônicas, também a orientação de não faltar às consultas clínicas e prevenção de acidentes entre outras orientações.



Figura 5: Procedimentos de enfermagem em visita domiciliar

Também realizei o exame físico dos usuários, avaliação multidimensional rápida, exames de rotina como hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol e frações, triglicerídeos, ácido úrico, creatinina, ureia, exame de urina, radiografia de tórax e eletrocardiograma, avaliação oftalmológica e odontológica entre outros exames.



Figura 6: Atendimento clínico



Figura 7: Avaliação física durante visita domiciliar

As ACS empenharam-se bastante durante todo processo de coleta de dados avisando a comunidade para a busca ativa, estando presentes nas datas marcadas junto com a comunidade, para nossas reuniões e na atualização da Ficha Espelho dos pacientes e no cadastramento dos idosos. Os registros da intervenção foram ótimos e atualizados para o 100% dos usuários cadastrados. O monitoramento dos registros foi feito semanalmente para levar o controle dos usuários com exames ou outras avaliações pendentes e assim planejar novas ações até conseguir a atualização dos registros de todos. Nossa comunidade ficou muito envolvida motivada com o projeto com participação ativa nas ações planejadas.



Figura 8: Visita domiciliar

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

Felizmente todas as ações previstas no projeto forem desenvolvidas.

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

Durante a coleta de dados tivemos algumas dificuldades porque algumas comunidades que não tinham agente comunitário de saúde e isso tornou mais difícil o cadastramento dessa área, além disso, se somaram outras dificuldades como

transporte e as condições climatológicas com a presença de alguns dias de chuvas intensas.

Nossa população está concentrada em bairros carentes com situações socioeconômicas desfavoráveis e de baixo nível cultural, ainda há uma desorganização e ausência de líderes comunitários que os representem. Podemos identificar algumas pessoas que atuam como líderes como os pastores das igrejas dos bairros. Foram feitas algumas atividades fora da estrutura da UBS como educação em saúde nas igrejas de cada bairro. Todas as ações planejadas no projeto foram realizadas.

A realização dos exames solicitados correspondeu-se com as expectativas da equipe de trabalho, mas isso graças ao trabalho em equipe e à gestão da Secretaria de Saúde, pois sabemos que a demanda em relação aos exames e consultas especializadas do Município é muito grande. As reuniões como previsto aconteceram todas as quintas-feiras onde conversamos e apontamos nossas falhas para dar continuidade ao trabalho e cada vez mais melhorar e qualificar os atendimentos. O fechamento das planilhas de coleta de dados foi satisfatório, conseguimos fechar as planilhas em 100% das ações cumpridas, apesar de alguns inconvenientes que se apresentaram durante a intervenção.

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

A intervenção continua, pois, faz parte da nossa rotina de atendimento diário e é bem aceita tanto pelos profissionais da unidade, quanto pela comunidade, pois tivemos melhoria no acolhimento dos idosos assim como oferecemos uma atenção completa e adequada para um melhor seguimento e controle dos mesmos. Também houve mudança na vida diária dos idosos e uma transformação na rotina e saúde deles o que permitiu fazer uma avaliação positiva dos meses de trabalho onde foi estimulante para todos nós e para a população em geral. Quanto aos profissionais ganhamos uma equipe mais unida e satisfeita com a intervenção e esse trabalho será melhor adequado e continuaremos as reuniões, o planejamento e a avaliação.

## **4. Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na ESF1 São Francisco de Paula. Na área adstrita à UBS de acordo com o CAP a estimativa é de 477 idosos, pois desconhecíamos a quantidade exata de pessoas idosas residentes na área, já que, não existia um registro para determinar quantos idosos tinham feito a primeira consulta. Com nossa intervenção conseguimos atingir um total de 395 atendimentos clínicos com cobertura de 86,6% da população idosa.

#### **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 para 95%.

Não foi possível alcançar a meta, mas já no primeiro mês da intervenção atingimos 133 (29,2%) da cobertura, no segundo mês 244 (53,2%) e no terceiro mês atingimos 395 (86,6%) da população idosa.

Observa-se como o atendimento foi tendo melhorias ao longo da intervenção. As ações que mais auxiliaram para ampliar a cobertura da atenção à saúde das pessoas idosa foi o cadastramento e busca ativa de todos os idosos que não estavam fazendo acompanhamento em nenhum serviço, por parte dos agentes comunitários, assim como as visitas domiciliares que realizamos ao longo da intervenção. Considero que o motivo pelo qual não atingimos a estimativa proposta nos objetivos de 95% foi por causa das minhas férias, pois tivemos que interromper

a intervenção e reduzir o tempo de 16 semanas para 12 semanas, mas os resultados obtidos com nossa estratégia de trabalho foram muito satisfatórios,

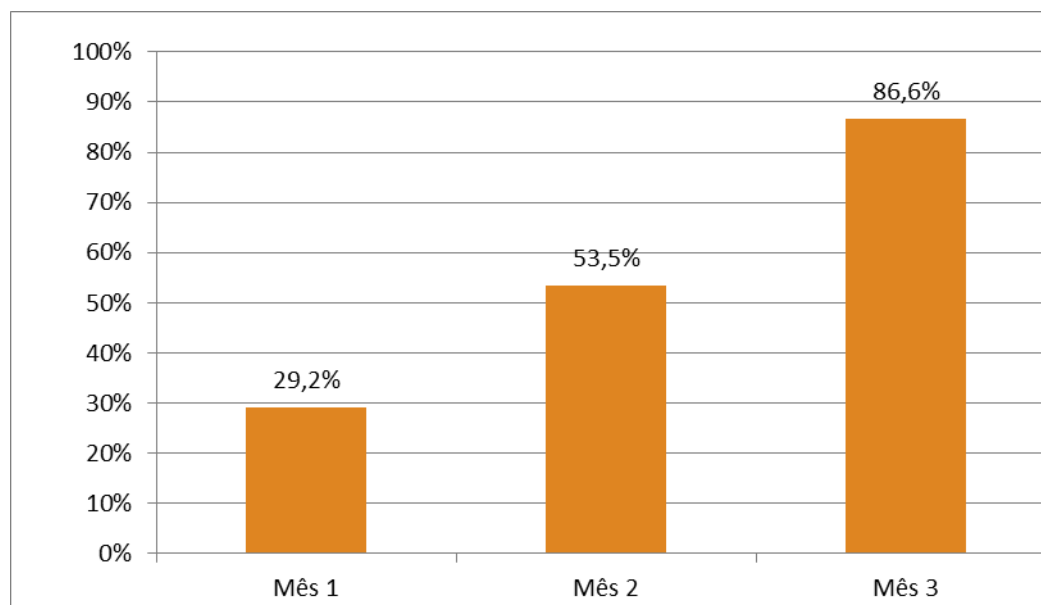


Figura 9: Cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde São Francisco de Paula, FW/RS, 2015.

## **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.

Durante os três meses da intervenção foi possível realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. Atribuo o alcance da meta à ajuda dos integrantes da equipe que foram capacitados na realização da mesma.

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

Conseguimos realizar o exame clínico apropriado em dia a 100% dos idosos em todos os meses da intervenção, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. Isso foi possível devido a equipe que esteve envolvida na



intervenção desde seu início e contribuiu na busca dos idosos faltosos, sobretudo o trabalho das ACS foi muito valioso.

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

A proporção de idosos com solicitação de exames complementares periódicos foi de 100% durante os 3 meses de trabalho, sendo 69 no primeiro mês, 163 no segundo e 246 no terceiro mês.

Para cumprir com essa meta nos propusemos fazer a requisição dos exames complementares a todos os idosos que atendíamos nas consultas diariamente com ajuda da enfermeira para poder agilizar as consultas, também foi coordenado com a gestora municipal para garantir maior prioridade na realização.

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

Em relação à priorização da prescrição dos medicamentos pela farmácia popular no primeiro mês foi de 124 (93,2%) idosos que iniciaram a prescrição dos medicamentos pela farmácia, no segundo mês conseguimos 237 (97,1%), e no terceiro mês alcançamos 395 (100%) idosos com prescrição pela farmácia popular. Devemos sinalizar que essa meta foi possível devido às atividades educativas que realizamos constantemente com os usuários nos grupos de saúde, assim como nas visitas por parte dos ACS.

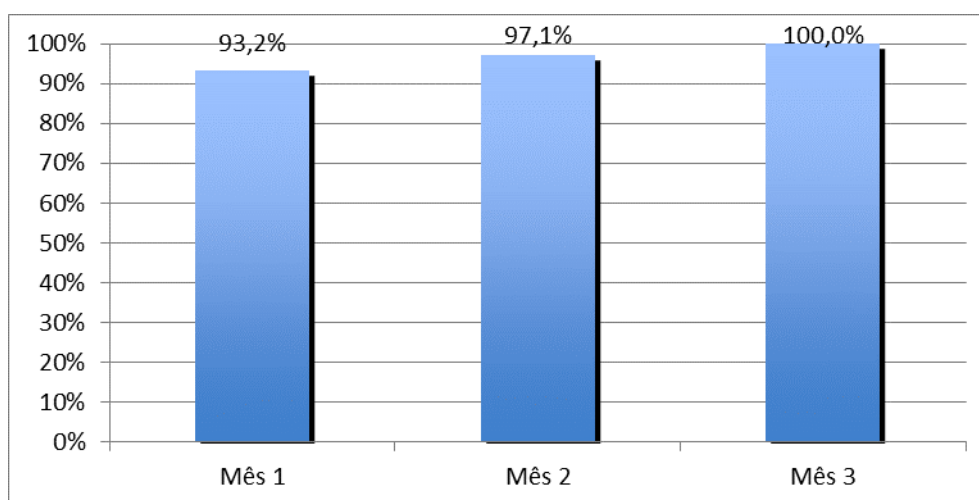


Figura 10: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na Unidade de Saúde São Francisco de Paula, FW/RS, 2015.

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

Em relação à proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, no primeiro mês conseguimos visitar 6 de 10 acamados (60%), e nos dois meses restantes foram visitados 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção, sendo 10 no segundo e 12 no terceiro. Conseguimos atingir essa meta pelo trabalho insistente dos agentes comunitários na comunidade pesquisando a população que apresentava mais dificuldade para comparecer até a unidade de saúde.

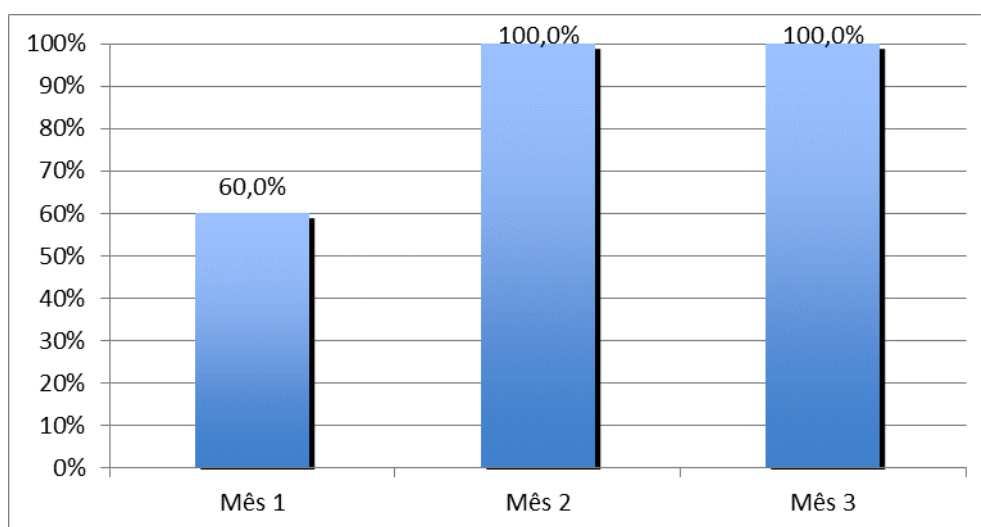


Figura 11: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na Unidade de Saúde São Francisco de Paula FW/ RS, 2015

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

Ao longo da intervenção realizamos visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo 6 no primeiro mês, 10 no segundo e 12 no terceiro mês. Para o cumprimento desta meta foi necessário garantir o transporte previamente com a coordenação, a gestora municipal e a participação dos ACS.

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

Nos três meses da intervenção todos os idosos (100%) foram rastreados para HAS, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. Contribuiu a alcançar essa meta a participação ativa das enfermeiras do ambulatório e da equipe, na aferição da pressão arterial a todos os idosos nas idas à unidade, nos grupos de idosos e também nas visitas domiciliar.

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).

Nos três meses da intervenção foram rastreados 100% dos usuários Idosos Hipertenso para Diabetes Mellitus, sendo 70 no primeiro mês, 163 no segundo e 242 no terceiro mês. Atingir a meta foi possível pela colaboração das enfermeiras do ambulatório junto com a equipe na realização de glicemia capilar em todos os idosos hipertensos.

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

Nos três meses da intervenção todos os idosos (100%) foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. Atingir a meta foi possível já que conseguimos coordenar com a dentista a priorização no atendimento destes usuários, assim como o envolvimento da equipe na busca dos idosos e a promoção em saúde bucal.

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

Em relação ao indicador da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. No início do primeiro mês conseguimos que 126 idosos tivessem consulta programática (94,7%) logo ao longo da intervenção nos dois meses seguintes foi cumprida ao 100%, sendo 244 no segundo e 395 no terceiro. O que contribuiu para alcançar essa meta foi a constante busca dos idosos faltosos por parte dos agentes comunitários e pela dentista da unidade.

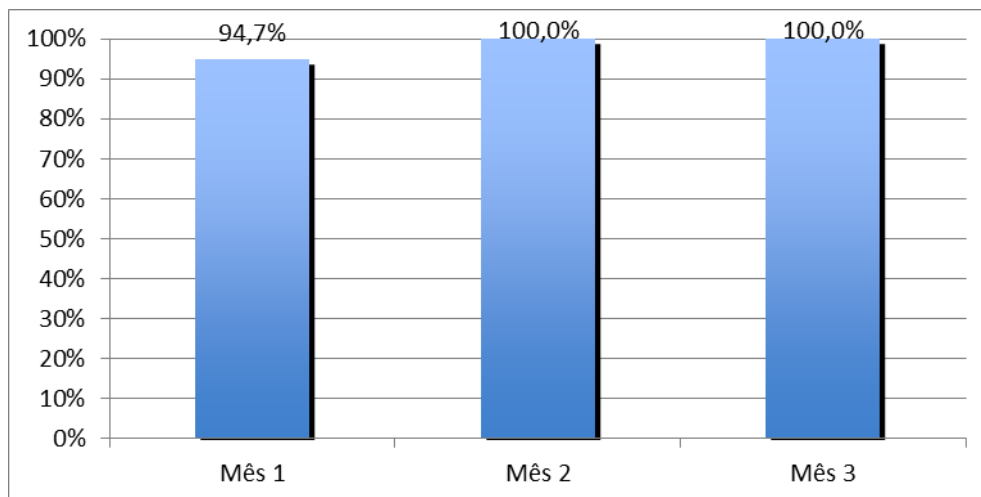


Figura 12: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade de Saúde São Francisco de Paula FW/ RS, 2015.

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

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

Com a ajuda muito valiosa dos agentes comunitários 100% dos idosos faltosos à consulta foram buscados, sendo 06 no primeiro mês, 08 no segundo e 11 no terceiro mês. O indicador foi analisado nas reuniões da equipe em cada semana sendo possível a recuperação dos usuários.

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

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

A meta relacionada com a proporção de idosos com registro na ficha espelho de acompanhamento em dia também foi atingida em 100% nos três meses da intervenção, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês, pois à medida que fomos cadastrando a população idosa, já íamos registrando na ficha espelho.

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

A meta foi atingida em 100% nos três meses da intervenção, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro. O que contribuiu para alcançar a meta proposta foi o trabalho de toda a equipe, distribuindo as cadernetas de saúde e informando a importância de conservar a mesma assim como mostra-la em qualquer unidade que precise receber atendimento.

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

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

Ao longo da intervenção avaliamos 100% dos idosos, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês, sendo possível através da utilização dos dados da planilha de coleta dos dados obtidos nas consultas.

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

Todos os idosos foram investigados quanto ao risco de fragilização na velhice com anamnese e exame físico de qualidade nas consultas, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês, portanto, 100% em todos os meses da intervenção.

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

A rede social foi avaliada em 100% dos usuários durante os três meses da intervenção, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. Para atingir essa meta foi essencial o trabalho do ACS nas comunidades, determinando os problemas existentes, ademais contamos como apoio da enfermeira e de alguns líderes informais da comunidade.

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

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

Todos, 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. A meta foi atingida em 100% dos idosos cadastrados durante o período da intervenção, graças às atividades de educação em saúde que foram feitas na comunidade, bem como nos grupos de idosos.

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

Todos, 100% dos idosos receberam orientação para a prática regular de atividade física, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. A equipe de saúde esteve totalmente envolvida na intervenção e assim conseguimos desenvolver ações de promoção da saúde nos grupos de idosos, nas visitas domiciliares, nas atividades com a comunidade, bem como nas reuniões onde conseguimos difundir as orientações sobre a importância da prática regular de atividades físicas.

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

Todos, 100% dos idosos receberam orientação sobre higiene bucal, sendo 133 no primeiro mês, 244 no segundo e 395 no terceiro mês. A equipe de saúde foi totalmente envolvida na intervenção e assim conseguimos desenvolver ações de promoção da saúde nos grupos de idosos, nas visitas domiciliares, nas atividades com a comunidade, bem como nas reuniões onde conseguimos difundir as orientações sobre higiene bucal e a assistência à consulta de odontologia.

## **4.2 Discussão**

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos da área de abrangência e a melhoria dos registros assim como a qualificação da atenção com destaque para a realização da avaliação multidimensional rápida de todos os idosos, dessa forma conseguimos uma atenção integral e completa, visitas domiciliar a todos os idosos acamados e com problemas de locomoção, melhoria da atenção à saúde bucal, pesquisa do idoso com hipertensão arterial sistêmica e

diabetes mellitus, incentivo à prática de exercícios nos idosos, mudança de hábitos alimentares e nutrição, avaliação para o risco de morbidade na velhice, atualização da ficha espelho para ter um melhor controle dos mesmos, distribuição da caderneta de saúde, prescrição de medicamento pelas farmácias populares para um melhor controle do tratamento e diminuição dos encaminhamentos hospitalares.

A intervenção foi importante para a equipe, pois exigiu que a equipe se capacitasse para receber as recomendação do ministério da saúde relativas ao cadastramento, rastreamento, diagnóstico de idosos com hipertensão arterial ou pressão elevadas, busca de idosos faltosos às consultas, realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos, monitoramento da realização dos exames complementares de rotina uma vês por ano assim como a verificação da pressão arterial nas consultas e visitas domiciliares das pessoas idosas, além disso, a equipe ficou mais unida, mais capacitada e mais preparada e motivada no atendimento das pessoas idosas, aumentando a preocupação pelo seguimento continuado e qualidade de vida das pessoas idosas, assim como os agentes comunitários ficaram mais motivados pelos problemas de saúde e sociais dos idosos. A intervenção promoveu o trabalho integrado pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agente comunitário, recepção e secretaria de saúde. A médica conseguiu manter a capacitação frequente de toda a equipe aproveitando os dias de reunião de equipe, as enfermeiras realizaram atividades educativas para manter os idosos motivados, as técnicas de enfermagem realizaram glicose capilar e aferição da pressão a todos os idosos que foram para atendimento, as agentes busca contínua dos idosos faltosos e apoio social daqueles que necessitavam, a secretaria de saúde contribuiu nos agendamentos de consultas com especialidades, apoio com o transporte e demais ações.

A intervenção foi importante para o serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas só na médica, ninguém se preocupava com os idosos. Agora na intervenção as atribuições da equipe foram revistas viabilizando a atenção a um maior número de pessoas as quais são imprescindíveis para um bom atendimento dos mesmos, já que conformamos uma equipe multidisciplinar de trabalho onde cada um tem uma função diferente o que permite um melhor atendimento. Isto inclui o atendimento pelo dentista, nutricionista, psicólogo, agente comunitários, enfermeira, técnico de enfermagem, médico, que desde sua formação já tem que lidar com pacientes. A melhoria do registro e o

agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A intervenção facilitou um melhor controle dos idosos para serem atendidos com maior brevidade possível, assim como permitiu classificar atendendo o risco de morbidade.

A intervenção foi importante para a comunidade, pois o impacto da intervenção com certeza já é percebido pela comunidade. Houve melhoria na qualidade dos atendimentos já que os idosos não precisaram ir longe para procurar atendimentos, pois já tem uma unidade de saúde perto de sua casa com uma equipe de saúde, podendo ter melhor controle de sua doença, assim como nos idosos hipertensos, diabéticos e acamados ou com problema de locomoção que tem visitas domiciliar priorizada, além disso, não precisam de encaminhamento hospitalares desnecessário. Os idosos demonstraram satisfação pela prioridade no atendimento, mas ainda tem ocasião que gera insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade porque demoram mais seu atendimento, assim continuamos diariamente nas atividades educativas da população onde trabalhamos a importância destas prioridades, isso acontece tanto na sala de espera como nos diferentes grupos formados nas comunidades, assim, pouco a pouco, a comunidade está acostumando ao novo método de trabalho, de fato muitos já expressam seus agradecimentos pela mudança da forma de atendimento e falam que nunca antes receberam bom atendimento como agora, isso nos dá muita satisfação. Apesar da ampliação da cobertura do programa temos a opinião de que ainda faltam muitos idosos para cadastrar e por isso temos que continuar as ações propostas na intervenção como parte da rotina de trabalho.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse a equipe de saúde completa com todos os agentes comunitários ou um líder da comunidade em cada bairro, então poderia ter discutido as atividades que iria desenvolver com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto, agora que finalizamos a intervenção percebo que a equipe está integrada, porém, como já está incorporada a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço e estamos ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de



priorização da atenção aos idosos em especial aqueles acamados ou com problema de locomoção.

Em relação aos próximos passos, a partir do próximo mês, quando teremos disponíveis Agentes comunitárias de saúde para as micro-áreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos tomando essa intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa de Hiperdia na UBS.

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

Prezado Prefeito, Secretária de saúde e demais gestores do município Frederico Westphalen.

O motivo desse documento é para dar conhecimento dos resultados da intervenção realizada na Unidade de Saúde São Francisco de Paula. Como integrante do programa Mais Médico para o Brasil e como requisito do programa era preciso fazer um curso de especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas, então como requisito do curso tinha que realizar um trabalho de intervenção com o objetivo de conseguir melhorias na qualidade do atendimento da população da nossa área de abrangência. O tema trabalhado foi a Melhoria da atenção à saúde da população idosa na UBS São Francisco de Paula no município de Frederico Westphalen/RS. A escolha do tema se deu, pois, após realizar análise situacional identificamos que essa faixa etária não dispunha de atendimento de acordo com o estabelecido nos protocolos do programa de atenção aos idosos. Sendo assim contamos com a valiosa ajuda de vocês para realizar o projeto de intervenção e posteriormente a intervenção, pois sempre que necessitamos, nossos pedidos foram atendidos, como a facilitação de transporte para poder cumprir nas visitas domiciliar, facilitação de balança, glicosímetro, esfigmomanômetro, coordenação na farmácia popular para oferecer os medicamentos de uso contínuo de graça entre outras coisas.

A intervenção foi realizada em 12 semanas nos meses de junho, julho e agosto onde conseguimos acompanhar 395 usuários idosos com 86,6% de cobertura. Assim, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos da área de abrangência e a melhoria dos registros assim como a qualificação da atenção com destaque para a realização da avaliação multidimensionais rápida

em todos os idosos. Dessa forma proporcionamos uma atenção integral às pessoas idosas, realizamos visitas domiciliares a todos os idosos acamados e com problemas de locomoção, houve melhorias na atenção à saúde bucal, identificamos idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, incentivamos a prática de exercícios físicos, mudança de hábitos alimentares e orientações nutricionais, avaliação para o risco de morbidade na velhice, atualização da ficha de espelho que proporcionou um melhor controle, dos mesmos e, distribuição da caderneta de saúde para todos os idosos, ainda prescrição de medicamento das farmácias populares para um melhor controle do tratamento e diminuição dos encaminhamentos hospitalares. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse, recebendo as recomendações do Ministério da Saúde relativa ao cadastramento, rastreamento, diagnóstico de idosos com hipertensão arterial, busca de idosos faltosos às consultas, realização da avaliação multidimensional rápida, monitoramento da realização dos exames complementares de rotina uma vez ao ano, verificação da pressão arterial nas consultas e visitas domiciliares das pessoas idosas. A equipe tornou-se mais unida, mais capacitada, mais preparada e motivada para o atendimento das pessoas idosas.

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

Querida Comunidade!

O motivo dessa carta destinada aos integrantes da comunidade é para dar conhecimento do resultado de nossa intervenção. Todos lembram de quando iniciamos esse trabalho que em uma conversa com vocês eu falei que fazia parte do Programa Mais Médicos para o Brasil e, como requisito do programa era preciso fazer um Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Pelotas, dessa forma, realizei um trabalho de intervenção com o objetivo de conseguir melhorias na qualidade de atendimento da população da nossa área de abrangência o tema escolhido foi: Melhoria da atenção à saúde da população idosa na UBS São Francisco de Paula, pois percebi que essa faixa etária não dispunha de um bom seguimento de saúde de acordo com suas necessidades, que era necessário realizarmos algumas mudanças positivas em relação à qualidade dos atendimentos, assim como nos estilos de vida das pessoas, ressalto que muitos de vocês tinham dúvidas se essa intervenção iria dar certo ou não e que muitos de você perguntavam quais os motivos de tanta mudança, daí importante lembrarmos como era a atenção antes da nossa intervenção e como é agora depois de finalizada.

No início da intervenção os atendimentos da população idosa não eram os mais adequados por muitas razões. Não existia um registro anteriormente feito por nenhum outro médico nem agente comunitários de saúde para um melhor controle dos mesmos, não tinha planejamento de consulta, não havia grupos de educação em saúde voltados para os idosos, não havia prática de exercícios físicos, ausência de seguimento da saúde bucal, não faziam atividades recreativas, não tinham feito avaliação multidimensional, não se cumpria com o rastreamento periódico para as

doenças crônicas, a maioria dos idosos não estavam cadastrados no programa, tudo isso reflete que seu atendimento e acompanhamento não estava adequado

A intervenção teve duração de 12 semanas, foi realizada nos meses de junho, julho e agosto, com ela conseguimos reverter a qualidade dos atendimentos de deficiente para bom. Com a intervenção foi possível rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, conseguimos cadastrar a um total de 395 pessoas idosas (86,6% do total) e 100% recebeu atendimento médico. Realizamos a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos da área de abrangência, em todos os idosos cadastrados no programa foi feito exame clínico apropriado desde o início até o final da intervenção, além disso, também solicitamos exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e diabéticos; 395 idosos conseguiram fazer cadastro na farmácia popular para prescrição de medicamento; 242 idosos hipertensos foram rastreados para diabetes, dos 12 idosos acamados ou com problemas de locomoção 12 foram visitados, realizamos avaliação de necessidades de atendimento odontológico e a primeira consulta odontológica, a avaliação do risco da velhice assim como a distribuição das cadernetas de saúde dos idosos para 100% dos idosos. Todos esses indicadores aqui mencionados são imprescindíveis para um bom atendimento de vocês mesmos. Nós formamos uma equipe multidisciplinar de trabalho onde cada um tem uma função diferente o que permite um melhor atendimento pelo dentista, nutricionista, psicólogo, agentes comunitários, enfermeira, técnico de enfermagem e médico. A melhoria do registro e os agendamentos das consultas dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A intervenção proporcionou um melhor controle dos usuários para serem atendidos com maior brevidade possível, assim como permitiu classificá-los atendendo de acordo com o risco de morbidade, já que classificação do risco de morbimortalidade na velhice tem sido fundamental para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e, assim, não ter que esperar na fila.

Por último quero agradecer a vocês por sua valiosa colaboração e por todo apoio recebido, já que sem a participação de vocês não seria possível essa intervenção. Muito obrigada.

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

O desenvolvimento do meu trabalho ao longo do curso superou as expectativas, pois no início sentia muito pressionada, achei que não iria conseguir cumprir o trabalho fazendo tantas coisas ao mesmo tempo, já que começamos do zero, mas, apesar de tudo, isso serviu para conhecer melhor a situação real da UBS, a população e estabelecer vínculos com esta, assim como envolver toda minha equipe na intervenção. Também melhorou as relações de trabalho com os demais funcionários. Fiquei muito feliz com as mudanças que acontecerem na população e nos atendimentos, acredito que resultou em uma experiência muito bonita. Quanto ao significado do curso para minha prática profissional considero que foi muito valioso porque serviu para elevar ainda mais meus conhecimentos em relação à atenção primária à saúde diante da realização dos testes de qualificação cognitiva, dos casos clínicos e da revisão de diversas bibliografias. Todos os temas de saúde e casos clínicos foram muito importantes, pois me ajudou a ter um melhor manejo nos casos atendidos na UBS, uma vez que, geralmente são as doenças com maior frequência e que mais acometem os usuários da Unidade.

O diálogo Orientador/especializando foi muito proveitoso para poder seguir adiante com a intervenção, assim como os fóruns de saúde coletiva e da área clínica que me permitiu trocar ideias com os demais colegas, refletir sobre meu processo de aprendizagem, frutificar e enriquecer mais ainda a conversa.

Foram muitos os aprendizados decorrentes do curso, acho que os mais relevantes foram as diversas atividades realizadas com a comunidade porque isso me ajudou a relacionar mais com ela e a conhecer seus problemas.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica nº19. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 192 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **Guia Prático do cuidador**. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério de saúde. **Lei 8.842** de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Volume ii. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

## **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 Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

The screenshot displays a Microsoft Excel spreadsheet titled "Planilha coleta de dados - Idosos - Novaixis [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)". The interface is in Portuguese, showing the ribbon with tabs for Arquivo, Página Inicial, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão, and Exibição. The ribbon is set to the "Página Inicial" (Home) tab, with the font set to Calibri, size 11. The spreadsheet is titled "Indicadores da Saúde do Idoso - Mês 1".

The spreadsheet structure is as follows:

- Row 1:** Title "Indicadores da Saúde do Idoso - Mês 1".
- Row 2:** Headers for "Mês 1" (M1) through "Mês 12" (M12). Each header includes a question in Portuguese, such as "A pessoa tem dificuldade de andar sozinho?", "A pessoa tem dificuldade de subir e descer escadas?", etc.
- Row 3:** Headers for "Mês 1" (M1) through "Mês 12" (M12), each with a corresponding question in Portuguese.
- Row 4:** A grid of 12 columns (M1 to M12) and 30 rows (R1 to R30) for data entry. The cells are currently empty.

The bottom of the screen shows the Windows taskbar with the time 13:47 and date 12/09/2015.



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

Eu Deysi Ricardo Jorge e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

---

**Deysi Ricardo Jorge**

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

---

Assinatura do declarante