

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Conceição, Carazinho/RS**

**Rosalba Rodríguez Lago**

**Pelotas, 2015**

**Rosalba Rodríguez Lago**

**Melhoria da atenção a saúde do idoso na UBS Conceição,  
Carazinho/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.

Orientador: Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L177m Lago, Rosalba Rodríguez

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Conceição,  
Carazinho/RS / Rosalba Rodríguez Lago; Andressa de Andrade,  
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

65 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. Andrade, Andressa de, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este projeto primeiramente a minha família que me apoiou em todas as minhas decisões, a equipe da UBS Conceição que enfrentou este desafio junto comigo e a comunidade, pois foi em função desua melhoria que me empenhei sempre.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por me proporcionar esta oportunidade de vida e de conhecimentos; e a todos que de alguma forma contribuíram nessa nova caminhada.

## Resumo

RODRÍGUEZ LAGO, Rosalba. **Melhoria da atenção a saúde do idoso na UBS Conceição, Carazinho/RS**. 2015. 62f. 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.

Ao longo dos meses de fevereiro a junho de 2015, realizou-se um projeto de intervenção na UBS Conceição do município de Carazinho/RS, com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde do Idoso. A intervenção teve a duração de 16 semanas envolvendo a população idosa da área de abrangência de nossa unidade de saúde que é de aproximadamente 600 usuários. Como instrumentos de atualização, registro e monitoramento, utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde de Atenção a saúde da Pessoa Idosa de 2010, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela UFPel. Desenvolvemos juntamente com a equipe um cronograma de ações que contemplou os eixos de organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. Esta organização possibilitou a obtenção dos seguintes resultados: foi possível monitorar a situação de saúde de 318 idosos, o que correspondeu a 53% da cobertura; avaliamos o risco em 100% dos idosos cadastrados; realizamos exame clínico apropriado e avaliação multidimensional rápida em 100% destes. Além disso, realizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos idosos, 94% recebeu avaliação sobre a necessidade de atendimento odontológico e a totalidade dos cadastrados manteve registro na ficha espelho em dia e recebeu a caderneta de saúde da pessoa Idosa; 100% dos idosos recebeu avaliação de risco para morbimortalidade e fragilização na velhice e forneceram-se ainda orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física regular. Ainda como resultados qualitativos, evidenciamos que nosso processo de trabalho melhorou a partir do momento que organizamos o agendamento dos atendimentos e a busca ativa dos que faltavam, além do atendimento àqueles provenientes da demanda espontânea. Trabalhamos com a comunidade abordando a importância do desenvolvimento deste trabalho e reforçando a importância dos grupos de idosos para a promoção da saúde na comunidade. Capacitou-se todos os profissionais da equipe como base no protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Concluímos que o projeto foi importante para melhorar a organização do trabalho fornecido, sendo possível detectar fatores de risco para diminuir a incidência de algumas doenças. Desta forma, a comunidade continuará recebendo este serviço e se realizará para outros grupos prioritários, com objetivo de atingir outras necessidades da comunidade como o caso da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição dos usuários por faixa etária.	14
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à saúde do Idoso.	41
Figura 3	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	43
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	46
Figura 5	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar	47
Figura 6	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	48
Figura 7	Proporção de hipertensos rastreados para diabetes	49
Figura 8	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	49
Figura 9	Proporção de idosos faltosos as consultas	50
Figura 10	Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa	51

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

USF	Unidade de Saúde da Família
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2 Indicadores .....	27
2.3.3 Logística .....	32
2.3.4 Cronograma.....	35
3 Relatório da Intervenção.....	35
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	40
4 Avaliação da intervenção.....	41
4.1 Resultados.....	41
4.2 Discussão .....	50
5 Relatório da intervenção para gestores .....	53
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	55
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	57
Referências .....	58
Anexos	59

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família- Modalidade EaD, promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Apresenta o relato da realização de uma intervenção voltada à Melhoria da atenção a Saúde do Idoso na UBS Conceição, no município de Carazinho, RS.

O texto está organizado em momentos, conforme a sequência de trabalho proposto pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado abaixo: na primeira parte apresentamos a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da unidade 2. A terceira etapa traz o relatório da intervenção desenvolvida durante 12 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na quarta unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, bem como a discussão dos resultados. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e do grau de implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há referências e anexos, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Conceição do município de Carazinho, estado do Rio Grande do Sul. A equipe é constituída pelos seguintes profissionais: uma enfermeira, uma médica, uma recepcionista, uma técnica de enfermagem, uma servente, sete agentes comunitárias de saúde (ACS), duas agentes de endemias (estas cumprem a carga horária de 40 horas), um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário que cumprem a carga horária de 20 horas.

A estrutura física da unidade de saúde se apresenta da seguinte forma: recepção, consultório de enfermagem, sala de espera, um banheiro para pacientes, um banheiro para os funcionários (onde também é depósito de materiais de limpeza), sala de vacinas, sala de triagem, consultório médico, sala do dentista, cozinha, sala de lavagem e esterilização de materiais, sala de procedimentos, lavanderia, sala de reunião com um pequeno banheiro. A estrutura é ampla, mas possui muitas salas pouco arejadas e móveis precários. Em toda unidade possui apenas um computador localizado na recepção em péssimas condições e sem impressora.

A ESF Conceição abrange os bairros Conceição, Alvorada, São Jorge, Passo d' Areia e parte da Broecker e Borgueti. Possui 5508 habitantes com mais ou menos 1200 famílias aproximadamente. Estes números oscilam pelo grande número de famílias que se mudam e núcleos habitacionais que se formam. Temos áreas de risco como prostituição, tráfico de drogas e pobreza em grande número. Os pacientes que mais procuram atendimento na unidade são os idosos, hipertensos e psiquiátricos. Existe um grande número de gestantes principalmente adolescentes, fazendo uma média de consultas mês de 50 gestantes atualmente (este número já foi maior).

O cronograma de atendimento da unidade se faz da seguinte maneira:

- 2ª feira – manhã: atendimento médico geral; tarde: atendimento das gestantes agendadas;

- 3ª feira – manhã: atendimento médico geral; tarde: atendimento das gestantes agendadas;

- 4ª feira – manhã: atendimento médico geral e atendimento de enfermagem com a realização do exame Papanicolau; tarde: atendimento das crianças agendadas e atendimento de enfermagem com a realização do exame Papanicolau;

- 5ª feira – manhã: visitas domiciliares com a equipe de quinze em quinze dias e renovação das receitas, também realização dos testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) pela enfermeira; tarde: atendimento dos idosos agendados;

- 6ª feira – manhã: atendimento geral; tarde: reunião de equipe.

As doenças mais frequentes nessa população são as crônicas não transmissíveis, por exemplo: HAS, DM, Hipertireoidismo, também as de transmissão sexual. As vacinas são realizadas em qualquer horário de atendimento da unidade.

Pelo grande número de famílias desta área a equipe se encontra sobrecarregada mantendo praticamente suas ações em atendimentos ambulatoriais e muito pouco preventivo. O número de visitas domiciliares é muito reduzido pelo grande número de pacientes idosos, acamados e deficientes. Tanto enfermeiro quanto técnico de enfermagem não conseguem trabalhar junto da comunidade com visitas, orientações nas escolas e acompanhamento de acamados pelo grande fluxo de atendimento dentro da unidade.

Já foi solicitado mais profissionais/equipes, porém esperamos respostas. Como única médica da unidade, percebo que a continuidade de alguns tratamentos se torna difícil pelo grande fluxo de pacientes e desta forma se faz necessário a entrega de fichas impossibilitando o agendamento do público em geral. Além disso, a população que faz uso do sistema é uma população muito desinformada e agressiva. A unidade foi várias vezes assaltadas e os profissionais seguidamente são desacatados.

Para o encaminhamento de especialidades há poucas vagas por unidade de ESF levando a uma fila de espera, dependendo da especialidade, de mais ou menos um ano. Também é pouca a quantidade de exames. Apesar de toda dificuldade que a equipe enfrenta percebo que trabalhamos todos juntos em busca de uma melhor

condição de vida e saúde para nossas famílias, jovens, crianças e idosos. Nós doamos muitas vezes ao extremo pelo pouco que temos e muitos dos pacientes percebem e retribuem com carinho o nosso esforço. Precisamos urgente diminuir o tamanho da nossa área de abrangência para então fazermos um atendimento preventivo a essa comunidade que tanto precisa e assim diminuir a incidência e prevalência das doenças.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Carazinho está localizado no estado do Rio Grande do Sul e possui uma população de aproximadamente 60 000 habitantes, de acordo com o CENSO DE 2010. O SUS está estruturado no município com 12 UBS (todas com ESF), possui um centro especializado que oferece serviço para alguma emergência e ainda como seu nome diz, para outras consultas especializadas. Neste momento há falta de médicos especialistas como ginecologistas, oftalmologistas, cardiologistas (a maioria trabalha com o setor privado). Temos ainda um pequeno hospital que não satisfaz a demanda da população total do município, possuindo sala de cirurgia, serviço de ICU e sala de parto. Os casos mais complicados são referenciados ao município vizinho de Passo Fundo.

O município conta com uma farmácia da secretaria de saúde onde os pacientes recebem os medicamentos contínuos e controlados para as diferentes patologias. Possui cinco laboratórios clínicos onde os pacientes realizam os exames indicados em cada consulta médica. Observa-se o serviço da UNIMED no município, mas a maioria dos pacientes não tem condições de utilizar pelo alto custo. É importante ressaltar que temos uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em construção e não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Nossa UBS é de tipo ESF vinculada com a prefeitura. Encontra-se funcionando há 26 anos aproximadamente com dois turnos de atendimento para a população, de manhã e a tarde, mas não oferece atendimento nos finais de semana. Nossa ESF tem uma população coberta de aproximadamente 6000 usuários (5508) e para melhorar a viabilidade de acesso contamos com o transporte de nossa secretaria de saúde.

A equipe está constituída pelos seguintes profissionais: uma enfermeira, uma médica, uma recepcionista, uma técnica de enfermagem, uma servente, sete

agentes comunitárias de saúde e duas agentes de endemias, um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário que cumprem a carga horária de 20 horas.

UBS é pequena e tem uma primeira sala de espera junto da sala de arquivo de prontuários, que contém poucos arquivos, menos de 5000 prontuários, precisando mais arquivos para o armazenamento destes, o que já foi analisado nas reuniões de equipe de saúde. Temos um sanitário para os pacientes, mas não estão adaptados para pessoas com deficiências, sem barra de apoio e sem espaço suficiente para a entrada das cadeiras de rodas, aspecto que é de conhecimento da secretaria de saúde e da prefeitura.

Inicialmente a UBS tinha um consultório médico e com a chegada do Programa Mais Médicos, se transferiu a sala de nebulização para a sala de procedimentos/curativos e esta última transformou-se em outra sala de consulta médica, por isto agora não temos sala de nebulização e este serviço encontra-se na mesma sala de procedimentos/curativos, o que representa um problema: quando chega um paciente que precisa de nebulização, as vezes, tem que esperar o término de um procedimento em curso. Acredito que este é o problema estrutural mais importante e a solução no momento está em dividir este ambiente e, por enquanto, transferir o nebulizador para a sala de consulta de enfermagem.

A sala de esterilização se encontra ao lado do local onde é descartado o lixo contaminado. O melhor seria a construção de uma nova estrutura e mudança para um novo local que satisfaça todas as condições necessárias para uma adequada coleta do lixo, eliminando o risco de contaminação da sala de esterilização. Além disso, temos irregularidade no recolhimento de resíduos sólidos, porque muitas vezes o veículo coletor demora 15 dias ou mais para fazer o recolhimento na UBS, sendo este serviço prestado por uma empresa privada.

Não temos um local para farmácia, administração, gerência, almoxarifado e sala de utilidades. Todas estas questões já foram apresentadas aos membros de nossa equipe de saúde, buscando discutir uma solução para garantir condições satisfatórias e um melhor funcionamento e acesso aos nossos serviços na UBS. Em toda a unidade possui apenas um computador localizado na recepção em péssimas condições e sem impressora.

A ESF Conceição abrange os bairros Conceição, Alvorada, São Jorge, Passo d' Areia e parte da Broecker e Borgueti. Possui mais ou menos 6000 habitantes com 1200 famílias aproximadamente. Estes números oscilam pelo grande

número de famílias que se mudam e núcleos habitacionais que se formam. Temos áreas de risco como prostituição, tráfico de drogas e pobreza em grande número. Os pacientes que mais procuram atendimento na unidade são os idosos, hipertensos e psiquiátricos. Existe um grande número de gestantes principalmente adolescentes, fazendo uma média de consultas mês de 50 gestantes atualmente (este número já foi maior).

O cronograma de atendimento da unidade está organizado da seguinte maneira:

- 2ª feira – manhã: atendimento médico geral; tarde: atendimento das gestantes agendadas;

- 3ª feira – manhã: atendimento médico geral; tarde: atendimento das gestantes agendadas;

- 4ª feira – manhã: atendimento médico geral e atendimento de enfermagem com a realização do exame Papanicolau; tarde: atendimento das crianças agendadas e atendimento de enfermagem com a realização do exame Papanicolau;

- 5ª feira – manhã: visitas domiciliares com a equipe de quinze e quinze dias e renovação das receitas, também realização dos testes rápidos para DSTs pela enfermeira; tarde: atendimento dos idosos agendados;

- 6ª feira – manhã: atendimento geral; tarde: reunião de equipe.

As doenças mais frequentes nessa população são as crônicas não transmissíveis exemplos: HAS, DM, Hipertireoidismo, também as de transmissão sexual. As vacinas são realizadas em qualquer horário de atendimento da unidade.

Pelo grande número de famílias desta área a equipe se encontra sobrecarregada mantendo praticamente suas ações em atendimentos ambulatoriais e muito pouco em ações preventivas. O número de visitas domiciliares é muito reduzido e temos um grande número de pacientes idosos, acamados e deficientes. Tanto enfermeiro quanto técnico de enfermagem não conseguem trabalhar junto da comunidade com visitas, orientações nas escolas e acompanhamento de acamados pelo grande fluxo de atendimento dentro da unidade.

Já foi solicitado mais profissionais/equipe e no momento esperamos respostas. Como única médica da unidade, percebo que o seguimento dos pacientes se torna difícil pelo grande fluxo e desta forma se faz necessário à entrega de fichas, impossibilitando o agendamento do público em geral. Além disso, a

população que faz uso do sistema é uma população violenta e agressiva. A unidade foi várias vezes assaltada e os profissionais seguidamente são desacatados.

Para o encaminhamento de especialidades há poucas vagas por unidade de ESF levando a uma fila de espera, dependendo da especialidade, de mais ou menos um ano. Também é pouca a quantidade de oferta para exames.

Apesar de toda dificuldade que a equipe enfrenta, percebo que trabalhamos todos juntos em busca de uma melhor condição de vida e saúde para nossas famílias, jovens, crianças e idosos. Doamo-nos muitas vezes ao extremo pelo pouco que temos e muitos dos pacientes percebem e retribuem com carinho o nosso esforço.

Temos necessidades e deficiências, por exemplo: os profissionais que trabalham na UBS, não participaram no processo de mapeamento da área que atendemos, isto dificulta nosso serviço e temos mais famílias cadastradas do que o preconizado. A solução para isto é fazer com que os profissionais das ESF participem do mapeamento e territorialização, para assim identificar os principais fatores de risco nos indivíduos, famílias, grupos, e planejar estratégias de saúde para diminuir o eliminar esses riscos. No quadro abaixo está a distribuição por sexo e idade.

Grupo de idades	Feminino	Masculino
Menos 1 ano	42	30
1 a 4 anos	240	233
5 a 9 anos	234	255
10 a 14 anos	629	450
15 a 19 anos	281	461
20 a 29 anos	231	360
30 a 39 anos	231	653
40 a 49 anos	128	221
50 a 59 anos	158	134
60 anos e mais	349	288
<b>Total</b>	<b>2523</b>	<b>3085</b>

Figura 1: Distribuição dos pacientes da área de abrangência da UBS Conceição por faixa etária.

Fonte: Registros da UBS Conceição, Carazinho/RS.



Evidencia-se que o total de nossa população é de 5508 pacientes predominando o sexo masculino, população que não está adequada a uma só equipe de saúde influenciando na qualidade do serviço que oferecemos. Está se viabilizando a melhoria no serviço com a chegada de outra médica que fará consultas duas vezes por semana priorizando assim os pacientes com doenças crônicas e os idosos.

Nossa UBS tem 150 crianças menores de um ano, o dobro da média estimada pelo CAP. Não fazemos puericultura só atendemos as crianças que precisam de atenção médica urgente; se faz o teste do pezinho a todos nos primeiros sete dias de vida, a primeira consulta e a puericultura são realizadas pelos pediatras do município e a triagem auditiva é feita no Serviço de Atendimento Especial.

No geral, as crianças estão vacinadas, bem poucos (não temos dados específicos) ainda têm doses atrasadas. A avaliação de saúde bucal é feita pelo pediatra, fora da UBS. A orientação quanto ao aleitamento materno é feita na sala de espera pela enfermeira e na consulta de puerpério também orientamos sobre sua importância.

Em relação a cobertura do pré-natal temos hoje um percentual de 67%, é um dado aceitável pela quantidade de população. Quanto aos indicadores de qualidade, temos uma boa porcentagem: melhoramos a captação precoce das gestantes e, conseqüentemente melhorou a qualidade do atendimento, pois avaliamos todas no primeiro trimestre, a fim de detectar precocemente os riscos e prevenir complicações. Além disso, observamos que há falta de orientação quanto à importância da saúde bucal, bem como sobre a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

Quanto à puérperas segundo dados estimados pelo CAP temos 79% de cobertura e precisamos seguir garantindo que todas sejam consultadas e avaliadas pelo médico e pela enfermagem. Os indicadores de qualidade para estas são aceitáveis, precisamos manter o trabalho que até agora estamos fazendo e aumentar o número de puérperas avaliadas psicologicamente.

Na unidade de saúde não trabalhamos ainda com SIS Colo e SIS Mama pelo fato de não termos computador. Tivemos há poucos dias com a enfermeira da unidade a apresentação deste sistema, mas ainda não temos acesso. Temos como referência de envio de citopatológicos de colo de útero e resultados alterados de

mamografia no município o centro de especialidades medicas que digita nossos laudos de preventivos e nos envia os resultados. Por esse motivo o acompanhamento e avaliação de exames alterados se fazem inicialmente neste centro e não na UBS, porém o acompanhamento dos pacientes de nossa área é feito pela equipe.

Temos dificuldades no momento da liberação de mamografias pelas poucas quotas no município, especialmente em nosso bairro. Hoje estamos com uma fila de espera de 60 mulheres para liberação da mesma. Já no caso dos citopatológicos de colo uterino, temos uma demora da empresa conveniada de aproximadamente 4 meses para o retorno dos resultados, tendo como resultado dificuldades no diagnostico precoce de câncer de colo e o conseqüente risco de morte, alem do aumento da morbimortalidade por isto.

A equipe não mede esforços para melhorar esta situação, porém os gestores não correspondem. Os preventivos e mamografias são fornecidos a pedido com a coordenadora da unidade. Em relação às ações da comunidade: pelo alto fluxo de atendimento ambulatorial e poucos profissionais, a parte educativa da saúde da mulher fica a cargo das ACS, que desempenham um ótimo papel.

Em nossa área de abrangência possuímos menor quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos do que a estimativa do CAP. De acordo com esta os pacientes hipertensos maiores de 20 anos são 1341 e 383 diabéticos. Desta forma, quanto a hipertensos temos 42% de cobertura e diabéticos 39% e estes valores não se adéquam a nossa realidade. Os pacientes consultados, hipertensos e diabéticos, estão classificados de acordo ao risco cardiovascular que apresentam, não foi possível conhecer o numero de atrasos nas consultas pela falta de registros e pela grande demanda de atendimentos diária.

Nas consultas sempre orientamos a prática diária de exercícios físicos e a importância de manter uma dieta saudável; somente 25% dos hipertensos têm avaliação de saúde bucal. Os pacientes diabéticos estão classificados quanto ao risco cardiovascular, 53% temos exame físico dos pés em dia e em igual porcentagem a palpação dos pulsos e sensibilidade; também são orientados sobre dieta saudável e sobre a importância dos exercícios físicos; somente 30% tem avaliação de saúde bucal.

Quanto aos idosos, o registro da UBS só permitiu preencher alguns poucos dados no Caderno de Ações Programáticas. A estimativa não esta adequada a

nossa realidade, uma vez que dos 819 pacientes idosos estimados só temos 537 cadastrados (66%), daí a importância de fazer o remapeamento da área. A saúde da pessoa idosa não é a melhor, já que na verdade não se faz avaliação do risco, lembrando que nós não temos consultas programadas pela falta de profissionais e pela quantidade de população que temos aspectos que afetam nosso dia a dia no trabalho.

Os poucos indicadores não mostram os bons resultados: somente 35% têm Caderneta de Saúde da pessoa idosa, deles só 254 tem acompanhamento em dia (45%), 332 são hipertensos e 95 são diabéticos. A todos os que assistem a UBS se orienta sobre a importância de levar uma dieta saudável, evitar o consumo de álcool e o tabagismo e se orienta sobre a prática diária de exercícios. Do total de idosos somente 36% tem avaliação de saúde bucal.

Muitos aspectos precisam ser melhorados, para não dizer todos. Acredito que o primeiro é fazer um remapeamento de toda nossa área, estratificar o risco, formar grupos de idosos para fornecer conhecimentos que melhorem sua qualidade de vida e nestes grupos introduzir o odontólogo para orientar sobre a importância da saúde bucal.

A capacidade da saúde bucal em nossa UBS é precária, pois os profissionais odontólogos trabalham em duas UBS, fazendo 20 horas semanais em cada uma, não podendo atender a toda a demanda da unidade. Realizamos este trabalho de prevenção com muita dificuldade, pois trabalhando apenas 20 horas semanais não sobra muito tempo para ações coletivas. A média de procedimentos é relativamente boa, comparando com as horas que o profissional trabalha na unidade.

Devido ao pouco tempo do profissional na unidade não temos dias específicos para atender grupos prioritários, tendo apenas um dia para atendimento a escolares e a pré-escolares. Conseguiremos desenvolver atendimento a grupos prioritários a partir do momento em que o profissional atenda 40 horas na UBS, pois sem isso não há tempo para desenvolver ações de prevenção.

Além disso, acontece que a população falta muito às consultas pré-agendadas, então temos que atender aos não agendados e urgências. A atenção à saúde bucal poderá ser melhorada a partir do momento em que houver um profissional trabalhando integralmente na unidade conforme preconiza o ministério da saúde, porque é impossível realizar ações programáticas atuando pouco tempo na mesma.

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

Podemos afirmar que o segundo texto está mais bem estruturado do que o primeiro, contendo informações direcionadas e específicas relativas à UBS onde atuamos. Atualmente conseguimos fazer uma avaliação mais completa de nossa área, o que possibilita a estratificação de riscos e nos dá uma ideia de onde temos que intervir com mais força em termos de ações. Nossa equipe sempre trabalhou unida por um resultado comum, que é melhorar a qualidade do nosso serviço e a saúde de nossos pacientes.

Sabemos que ainda falta muito por fazer, temos algumas dificuldades que estamos tentando solucionar, mas que não afetam diretamente o funcionamento na Unidade. Temos sido capazes de aumentar o número de usuários que participamos grupos, melhorar nosso relacionamento com a comunidade, além de melhorar as relações internas no seio da equipe de trabalho da UBS. Esperamos que este bom levantamento dos problemas nos ajudasse a lutar para resolvê-los de forma mais adequada.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Uma das características mais marcantes para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Afinal, qual o espaço da velhice em um mundo competitivo, veloz e altamente dependente de tecnologia? Assiste-se, de um lado, maior preocupação por parte dos governos em assumir políticas favoráveis à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas. De outro, são as próprias pessoas idosas que têm buscado maior protagonismo social, principalmente naqueles países onde a democracia e o Estado de direito são conquistas efetivas da sociedade (BRASIL, 2010).

Em termos estruturais, a UBS Conceição é composta por sala de recepção, sala de consulta médica e odontológica, sala de curativos, sala de enfermagem, sala de reuniões, cozinha e dois sanitários (um para pacientes e outro para a equipe). Conta com uma equipe de saúde constituída pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um odontólogo, uma técnica em odontologia, uma secretária, quatro ACS e uma faxineira. Atendemos atualmente a uma população de 6000 usuários, o que corresponde a 1200 famílias.

De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, o número de idosos de nossa área de abrangência é de 390 usuários e na UBS temos atualmente registros, ainda que incompletos, de 256; portanto, nossa cobertura é de 65%. Em relação aos indicadores de qualidade, apenas 45% dos pacientes têm acompanhamento em dia, 38% tem diagnóstico de hipertensão, 14% de diabetes mellitus, duas patologias muito frequentes em nossa população e que são

responsáveis por um alto número de complicações que podem ser controladas por meio de orientação e prevenção em saúde.

Quando analisamos os registros observamos que apenas 35% dos pacientes possui caderneta do idoso. Além disso, na UBS não observamos registros de realização da avaliação multidimensional rápida e constatamos que somente os usuários com acompanhamento em dia tem avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Não utilizamos protocolo de atendimento aos idosos e os registros são anotados no prontuário individual de cada usuário. Considerando que a prevalência de HAS e DM nos idosos é elevada e que nosso espaço de tempo no trabalho é limitado, aproveitamos o grupo de hipertensos e diabéticos para orientar sobre temas de educação em saúde para idosos. .

Toda nossa equipe estará envolvida no presente trabalho, os ACS farão o remapeamento, a secretária cadastrará os pacientes conforme os registros, a enfermeira ficará responsável pela caderneta dos Idosos, a odontologia ficará responsável pela avaliação da saúde bucal e a médica pela avaliação multidisciplinar. Temos algumas vantagens como o número de pacientes da área de abrangência, o que nos permite chegar a toda a população em um curto período de tempo, sem afetar a qualidade do trabalho.

Acreditamos que todas essas ações vão nos permitir um maior controle sobre os cuidados e o acompanhamento ao idoso, detectar suas principais dificuldades e deficiências e agir sobre elas, quer na família ou na sociedade. Pretendemos ainda diminuir a incidência de doenças crônicas e suas complicações e dar apoio emocional, pois considero que ao melhorar o atendimento os usuários se sentirão mais confiantes, e acima de tudo aumentaremos a qualidade de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde dos pacientes idosos na ESF Conceição, de Carazinho, 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 90%.

Objetivo2. 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.

Objetivo3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

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

Objetivo4. 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.

Objetivo5. 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.

Objetivo6. Promover a saúde dos idosos.

Meta6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16semanas,na Unidade de Saúde da Família (USF) Conceiçãono Município de Carazinho/RS. Participarão da intervenção aproximadamente 600 usuários idosos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

Detalhamento: Garantindo vagas suficientes para consulta dos idosos (duas fichas diárias pela manhã e oito fichas segunda de tarde e agendando a próxima consulta ao terminar na consulta atual) aproveitando agora o trabalho no posto 2 vezes por semana de mais uma medica as responsáveis serão a medica e a enfermeira do posto.



-Eixo organização e gestão do serviço: Receber os idosos, atualizar as informações do SIAB, cadastrar os idosos da área da unidade de saúde.

Detalhamento: A secretaria enche os dados no registro dos idosos todos os dias para este ficar atualizado melhorando assim os nossos cadastros.

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

Detalhamento: As agentes de saúde fornecerão promoção, iremos publicar os anúncios para a saúde do idoso no posto e locais freqüentados pelos pacientes todos os dias nas suas visitas domiciliares sempre o medico avaliando.

-Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos e para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe (feitas todas as semanas), vamos preparar (a media e a enfermeira).

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

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

Detalhamento: Preenchendo os resultados no registro pela secretaria cada semana.

-Organização e Gestão do Serviço: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Agentes de saúde identificarão os pacientes na área todos os dias, secretaria preenche os dados no registro cada semana, enfermeira enche caderneta dos idosos cada semana, a doutora faz avaliação multidimensional em todas as consultas, dentista avaliação odontológica todos os dias de manha, a nutricionista avaliação nutricional uma vez por mês.

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

Detalhamento: Os pacientes serão informados na consulta sobre os resultados da avaliação e como melhorar as deficiências achadas sempre que seja possível

-Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento: Mensalmente a médica forneceu capacitação aos profissionais de saúde.

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

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

Detalhamento: Verificando o número de pacientes com consulta realizada com o número total de pacientes cadastrados, pela secretaria mensalmente.

-Organização e Gestão do Serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Uma vez detectados os faltosos pelas ACS cada dia, serão visitados pela médica e enfermeira a cada quinze dias para saber por que não assistiram e agendar uma nova consulta seguindo o protocolo adotado pela UBS.

-Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Durante a realização dos grupos, publicarem anúncios no posto e locais frequentados pelos nossos pacientes mensalmente pelos profissionais da UBS.

-Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Aproveitando as reuniões de equipe toda semana, a médica orientara as ACS sobre a importância de assistir as consultas programadas. A secretaria programara a próxima consulta após terminar cada consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

-Monitoramento E Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: semanalmente a médica revisara os registros pra detectar possíveis inadequações.

-Organização e Gestão do Serviço: Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: A doutora será a responsável pelo monitoramento dos registros avaliando os dados preenchidos nele tendo como objetivo o cumprimento de todas as ações a realizar a cada semana.

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

Detalhamento: Durante a realização dos grupos, publicar anúncios no posto e locais frequentados pelos nossos pacientes.

-Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: A médica será a responsável pela capacitação da equipe para o preenchimento dos dados aproveitando as reuniões de equipe a cada semana.

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

-Monitoramento E Avaliação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: As agentes farão pesquisa na área nas visitas domiciliares diárias.

-Organização e Gestão do Serviço: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Uma vez identificados terão prioridade diariamente e por toda a equipe.

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

Detalhamento: Durante a realização dos grupos, publicar anúncios no posto e locais frequentados pelos nossos pacientes.

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

Detalhamento: A médica será a responsável pela capacitação da equipe para o preenchimento dos dados aproveitando as reuniões de equipe a cada semana.

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

-Monitoramento e Avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O odontólogo fará a avaliação odontológica individual dos idosos. A nutricionista mensalmente avaliara o conhecimento dos pacientes sobre os hábitos alimentícios e os riscos da obesidade e desnutrição nos grupos de idosos além das palestras no grupo aproveitando e abundando nestes temas.

-Organização e Gestão do 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.

Detalhamento: Durante as consultas a doutora dará as orientações sobre os hábitos de vida saudáveis e a nutricionista reforçará no tema nos grupos a cada mês. A médica também definira o papel de cada membro da equipe aproveitando a reunião todas as semanas.

-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.

Detalhamento: Durante as consultas a médica dará as orientações e a nutricionista reforçará no tema nos grupos a cada mês.

-Qualificação da Prática Clínica: 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.

Detalhamento: A nutricionista e a medica do posto capacitarão a equipe sobre a mudança de hábitos alimentares e a pratica de exercícios físicos nos grupos de idosos.

### **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 90%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Idosos, vamos adotar o Protocolo de Idosos, Ministério da Saúde, 2010. Utilizaremos a ficha espelho, disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família, pois não temos nenhuma neste momento para o registro dos dados, somente os prontuários. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção a médica e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 90% dos idosos da área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para cumprir com os objetivos propostos de cobertura vamos melhorar o acolhimento e seguimento aos pacientes idosos. Para melhorar isso vamos nos apoiar nas ACS para o cadastramento de idosos da área de abrangência da unidade de saúde, capacitar as ACS sob os dados a registrar. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do horário das reuniões da equipe.

Para cumprir com os objetivos de qualidade propostos tentaremos classificar os idosos funcionalmente e para isto utilizaremos a escala geriátrica de avaliação Multidimensional, avaliando e classificando os mesmos nas consultas médicas, avaliando exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na

unidade de saúde, monitorando o numero de idosos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Vamos dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares e garantir ainda com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; este trabalho será feito pela enfermeira e médica na UBS. Pretendemos aumentar as visitas domiciliares aos pacientes acamados pesquisando também os que precisarem de atendimento odontológico. Isto ocorrerá na UBS e no domicilio dos idosos, pela medica e enfermeira.

Para cumprir com os objetivos propostos de adesão vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Para isso vamos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os pacientes provenientes das buscas domiciliares, para melhorar isso vamos capacitar as ACS para a orientação de da importância de assistir as consultas e sua periodicidade. A capacitação será feita na UBS durante uma hora ao final do expediente, no horário das reuniões de equipe.

Para cumprir os objetivos propostos de registro vamos monitorar a qualidade dos registros de idosos acompanhados na unidade de saúde; para isso vamos capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento deles, também capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a capacitação será feita na própria UBS durante duas horas, no turno da tarde, ao final do expediente, no horário das reuniões de equipe.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que assistirem ao serviço para consulta nos últimos três meses, a profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso, além disso, colocar a classificação do idoso vai ajudar muito para o seguimento específico deles.

Para cumprir os objetivos propostos de avaliação de risco vamos realizar estratificação do risco de morbimortalidade dos idosos cadastrados na unidade de

saúde e investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice. A estratificação será feita pela enfermeira e médica da USB.

Para cumprir os objetivos propostos de promoção da saúde vamos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física aos idosos, sobre os riscos do tabagismo e garantir orientação sobre higiene bucal. Para isso vamos capacitar a toda a equipe de trabalho, fundamentalmente aos ACS fazendo palestras no grupo com a participação do dentista e a auxiliar de dentista. A capacitação será feita na UBS durante 2 horas na hora da tarde, ao final do expediente e no horário das reuniões de equipe.



Priorizar atendimento odontológico para idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção				X				X				X				X
Contato com o gestor de saúde do município para facilitar os recursos a precisar no projeto	X															
Reunião de equipe para avaliação dos resultados				X				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

Nossa intervenção com foco na ação programática de saúde do idoso ocorreu na UBS Conceição no período de fevereiro a junho de 2015. As atividades propostas foram realizadas conforme propusemos no cronograma. Nesta última semana da intervenção, com a satisfação dos resultados alcançados e o trabalho em equipe, foi garantido o cumprimento do planejado com a qualidade requerida, sendo possível observar que foram avaliados 318 idosos o que corresponde a 53% de cobertura para este grupo. Tudo isto foi possível através do cadastramento diário desses usuários, provenientes tanto da busca ativa quanto da demanda espontânea.

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

No eixo da qualificação da prática clínica, foi realizada na primeira semana de intervenção a capacitação da equipe pela médica responsável. A capacitação abordou a importância do projeto, o protocolo adotado na UBS para o atendimento dos idosos, a técnica de medida correta da pressão arterial e sobre como fazer os testes de glicose em jejum com aparelho de hemoglicoteste (HGT). Com as capacitações feitas foi possível melhorar a qualidade do trabalho, especialmente dos ACS, o qual avançou de forma positiva durante a intervenção.

No eixo da organização e gestão do serviço, ficou acordado com os ACS a realização do cadastramento dos pacientes idosos e o agendamento do atendimento médico e odontológico aos idosos. Os pacientes foram atendidos todas as quintas-feiras no turno da tarde, além de três ou quatro atendimentos por dia durante todos os dias da semana.

Para os pacientes faltosos foi realizada a busca ativa, através do trabalho das ACS juntamente com os representantes das comunidades, sempre com uma

comunicação mais efetiva entre estes e a equipe. É importante sinalizar também que durante o período de férias da médica da UBS, foi possível a equipe dar continuidade as ações planejadas no projeto e uma medica substituta realizou as consultas (82). No início da intervenção trabalham na UBS duas médicas e uma semana após a saída de férias da primeira, a outra medica saiu da unidade. Sendo assim o cadastramento foi feito pelos ACS em parceria com a secretária da unidade de saúde, o acolhimento foi realizado pela enfermeira, sendo que esta última preenchia os dados nas fichas espelho e encaminhava para as consultas.

Os ACS junto aos líderes dos bairros faziam a busca ativa dos idosos faltosos as consultas. A médica em cada consulta fazia a estratificação do risco de morbimortalidade e assim era realizada uma melhor conduta em quanto ao risco de cada idoso; a enfermeira distribuía as medicações indicadas pela medica. O odontólogo fazia atendimento aos idosos 2 vezes por semana, segundas de manhã fazia avaliação da necessidade de atendimento odontológico e quartas de manhã realizava a consulta odontológica daqueles que precisavam.

No eixo de monitoramento e avaliação e, para alcançar o objetivo de melhorar os registros, adotamos a ficha-espelho disponibilizada pela UFPel e monitoramos os registros semanalmente. Com as fichas espelho alimentávamos os indicadores da planilha de coleta de dados semanalmente. Conseguimos aumentar a disponibilidade de exames para os pacientes idosos da área de abrangência, a partir da previa coordenação com a Secretaria de Saúde.

As reuniões da equipe foram realizadas semanalmente nas quintas feiras no final do expediente; nestas reuniões era avaliado o andamento da intervenção, como iam sendo implantadas as ações na rotina da equipe, como era feita a coordenação com a secretaria de saúde para garantir a impressão das fichas espelho e o protocolo adotado pela equipe para o projeto, bem como acordada a participação de um nutricionista nos grupos de idosos. Nestes encontros aproveitávamos para reprogramar o que, por ventura, não pode ser realizado naquela semana e o cumprimento de todas as metas e atividades a fazer.

Para as ações de engajamento público: as ações de divulgação foram desenvolvidas pelas agentes de saúde em pequenas reuniões nos bairros da área de abrangência da UBS, com a participação da enfermeira na maioria dos casos. No primeiro contato não deu certo pela falta de comunicação, mas na semana seguinte conseguimos estabelecer um vínculo mais forte com a comunidade, tal é o caso que



graças a isto pudemos notar o aumento do cadastramento dos idosos, inclusive respondendo positivamente as buscas ativas, aumentando assim a cobertura da atenção.

Também foram priorizadas ações educativas e de prevenção através da realização dos grupos de idosos, nos quais os pacientes trocaram experiências e tiraram dúvidas. Conversamos a respeito da prevenção dos acidentes vasculares encefálicos (AVC), sobre a importância da vacinação em idosos, importância da prática de exercícios físicos diários e hábitos dietéticos saudáveis. Nestes encontros a população era incentivada a convidar outros idosos (vizinhos, amigos) para que participassem dos grupos.

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

De um total de 19 idosos acamados ou com problemas de locomoção, só foi possível realizar a visita domiciliar para 8; isto deveu-se ao pouco tempo de disponibilidade do carro da secretaria de saúde e que por isso as visitas da UBS são realizadas duas vezes ao mês. Neste sentido, 11 pacientes acamados ficaram sem visita domiciliar, o que ficou programado para o próximo dia de visita; conversamos sobre esta problemática com o secretário de saúde, o mesmo se comprometeu em resolver a problemática do transporte para a UBS, a fim de facilitar esta ação.

A todos os idosos indicaram-se os exames para a pesquisa de diabetes e orientado que trouxessem os resultados de exames anteriores. Nos dois últimos meses de intervenção o número de idosos que tiveram a primeira consulta odontológica programada diminuiu, já que aumentou o número de idosos avaliados quanto à necessidade deste atendimento. Anteriormente explicávamos sob o trabalho do odontólogo da UBS, que só trabalha 20h na unidade, o que dificulta a atenção prestada; como o atendimento odontológico aos idosos ficou organizado para 2 vezes por semana, mesmo com todo nosso esforço não foi possível atingir os 100% estipulados como meta para este indicador.

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

Não houve nenhuma dificuldade no preenchimento das fichas espelho, das planilhas de coleta de dados, nem no cálculo dos indicadores, sempre ressaltando o apoio e capacitação de todos os profissionais para o correto preenchimento destes materiais e o trabalho em equipe.

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

A análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço foi muito positiva, pois conseguimos o envolvimento de toda a equipe, o serviço melhorou e termos de qualidade do atendimento e aumentou o cadastramento dos pacientes.

A intervenção em nossa UBS já foi incorporada a rotina diária da unidade. No início todos os profissionais continuam realizando as tarefas designadas, com muita responsabilidade a fim de manter os resultados obtidos e melhorar os mesmos. Pretendemos aumentar os grupos de idosos e tratar neles temas importantes para o seu cuidado e saúde, além de conhecimentos de distintas doenças frequentes nesta faixa etária. Também continuaremos trabalhando para atingir maior participação de outros profissionais de saúde nas ações e fornecer mais qualidade na atenção prestada para obter maior satisfação da população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Depois de fazer a análise da situação da saúde da nossa área de abrangência e tendo em conta as deficiências encontradas no preenchido no caderno de ações programáticas, decidimos escolher como foco de intervenção a saúde do idoso. A intervenção teve duração de 16 semanas e foi realizada na ESF Conceição no município Carazinho de Rio Grande do Sul; lembramos que nossa área tem uma população de quase 6000 usuários e conta com um total de 600 indivíduos maiores de 60 anos, dos quais foram avaliados 318, o que corresponde a 53% da cobertura para este grupo.

O monitoramento contínuo, além do correto cadastramento dos pacientes influenciaram positivamente neste resultado, e mesmo que não atingimos 90% da população idosa como foi planejado no começo do projeto, conseguimos ultrapassar os 50%. A diminuição do número das consultas no período de férias teve um efeito negativo, já que provocou atraso e dificultou que nossa cobertura fosse ampliada a um percentual maior.

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 de unidade de saúde para 90%.

No primeiro mês de intervenção, a cobertura na atenção ao idoso na nossa UBS era de um 16% (96 idosos), depois ao longo de cada mês de intervenção observou-se um incremento do número de pacientes idosos atendidos sendo que, no segundo mês a cobertura foi de 29% (174), no terceiro mês atingiu-se 37% (225) e no último mês chegamos a 53% de cobertura (318).

Isso foi possível inserindo a ficha espelho e a planilha de coleta de dados dos idosos, disponibilizada pela UFPel. Na UBS foram atendidos todos estes pacientes,

incluindo os provenientes da busca ativa realizada pelas agentes comunitárias de saúde, e para todos foi preenchida a ficha espelho, que alimentava a planilha de coleta de dados e permitia o adequado monitoramento das ações. Além do agendamento dos atendimentos, outra ação que facilitou atingir este resultado foi a capacitação da equipe da UBS de acordo com o Protocolo de atendimento ao Idoso que ocorreu na primeira semana de intervenção.

Projetamos inicialmente uma meta de 90% considerando que tínhamos evidenciado 65% de cobertura durante a análise situacional, porém muitos pacientes possuíam registros incompletos, o que nos impedia de analisar todos os indicadores. Sendo assim, reiniciamos o cadastramento buscando oferecer atendimento de qualidade a todos e abrangendo todos os indicadores de saúde propostos no projeto de intervenção. Espera-se que nos próximos meses possamos atingir 100% da cobertura de idosos da área.

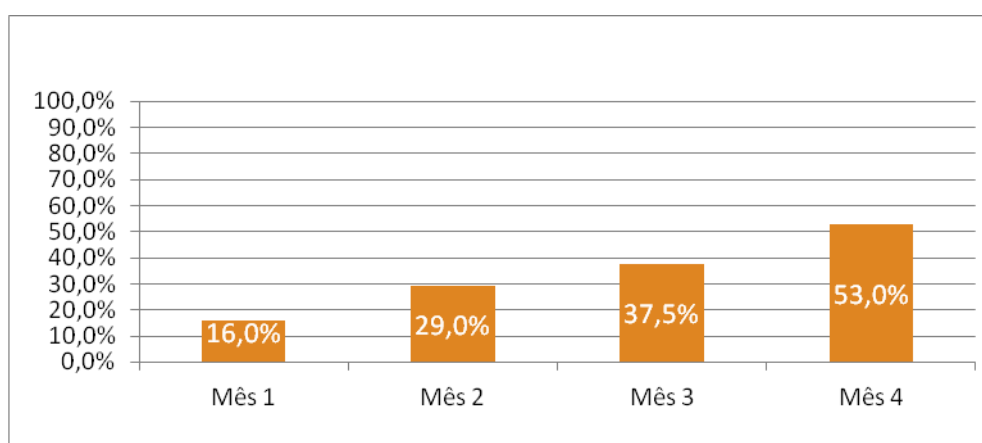


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

## 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:** Garantir a 100% dos idosos, exame clínico apropriado em dia.

Foram garantidos os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de Snellen), e foi sempre prioridade em cada consulta realizada. Definiram-se as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e realizada a capacitação dos profissionais para o atendimento dos idosos de

acordo com o protocolo adotado pela UBS. Neste sentido, foi possível que 100% dos idosos consultados (318), tivessem sua avaliação Multidimensional Rápida garantida ao longo dos 4 meses de intervenção.

Também podemos observar que durante todo o período de intervenção, a proporção de idosos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo foi de 100% (318) nos 4 meses de intervenção. Nenhum idoso saía da consulta sem a realização dos exames clínicos.

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

Foi possível monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada e garantir a solicitação dos exames complementares, o que permitiu que 100% dos idosos avaliados com diagnóstico de hipertensão e diabetes, tivessem a solicitação dos exames periódicos em dia nos quatro meses de intervenção. Tivemos algumas dificuldades quanto a agilidade para a entrega dos resultados dos exames complementares definidos no protocolo, e ressaltar que algum deles não retornaram com resultados a tempo, o que dificultou um pouco a reavaliação do paciente. Isto está sendo discutido junto a secretaria de saúde do município.

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

Neste gráfico podemos observar que no primeiro mês de intervenção, a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 52% (50 de 96 idosos), no segundo mês de um 64% (112 de 174 idosos), no terceiro mês 68% (153 de 225 idosos) e no quarto e último mês de 70% (224 de 318 idosos); observamos ao longo da intervenção que isto se deve ao fato de que muitos pacientes fazem uso de medicamentos que não fazem parte da Farmácia Popular.

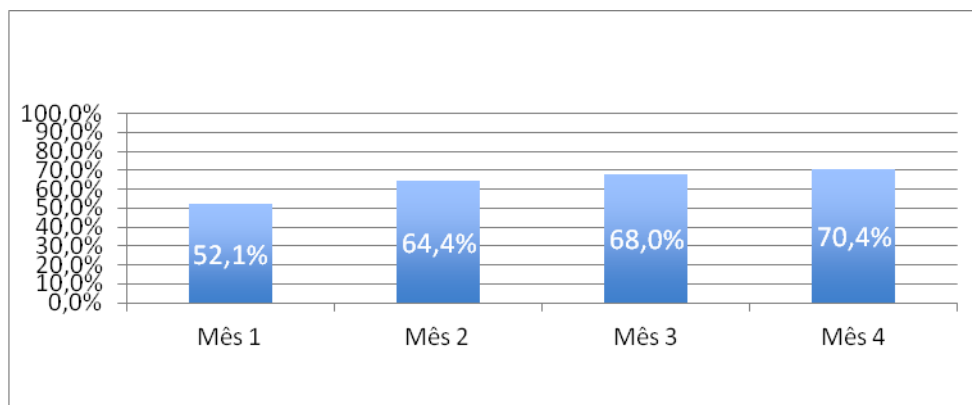


Figura 3: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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

Neste indicador foi possível observar que nos primeiros três meses de intervenção foram cadastrados quatro idosos acamados ou com problemas de locomoção respectivamente, o que correspondeu a 8,3%. Após analisar este indicador, ao final do terceiro mês, buscamos nos organizar para cadastrar um maior número de usuários, o que possibilitou no último mês o cadastro de 19 idosos acamados ou com problemas de locomoção (39,5%). Isto só foi possível pelo trabalho diário das agentes comunitárias de saúde e a isto se somou o apoio dos representantes da comunidade que tiveram um papel fundamental na busca destes.

Não foi possível o cadastramento de todos os idosos pertencentes a nossa UBS, inicialmente porque ainda não contávamos com o apoio dos líderes da comunidade e posteriormente em função do pouco tempo de disponibilidade do transporte da secretaria de saúde (já que as visitas domiciliares são realizadas somente duas vezes ao mês), e a grande demanda espontânea, o que impediu o maior cadastramento dos acamados.

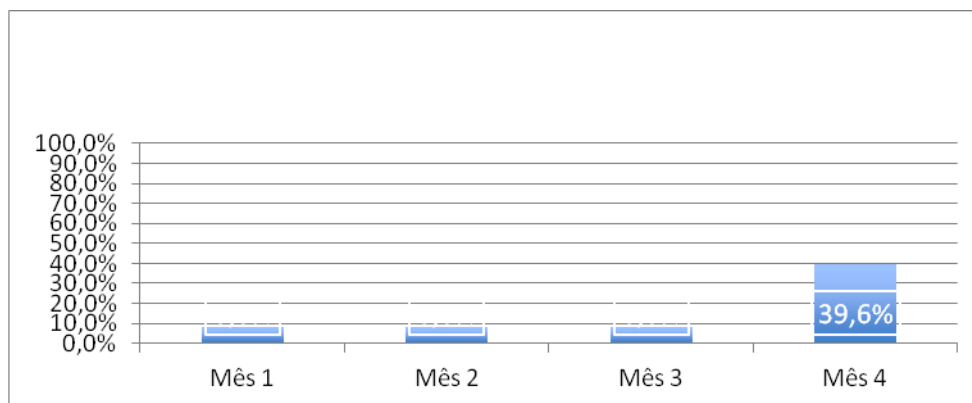


Figura 4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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

No gráfico abaixo podemos observar que todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, tiveram visita domiciliar programada. Foram visitados nos três primeiros meses quatro idosos, o que correspondeu a 100% dos cadastrados respectivamente. No último mês de 19 idosos acamados cadastrados, foi feita visita domiciliar para oito deles, o que correspondeu a 42%. Este resultado se justifica pelo fato de que o carro destinado a UBS teve pouca disponibilidade e as visitas da unidade são programadas duas vezes ao mês, o que provocou que ficaram 11 acamados sem visita domiciliar; já foi agendada a próxima visita para estes pacientes.

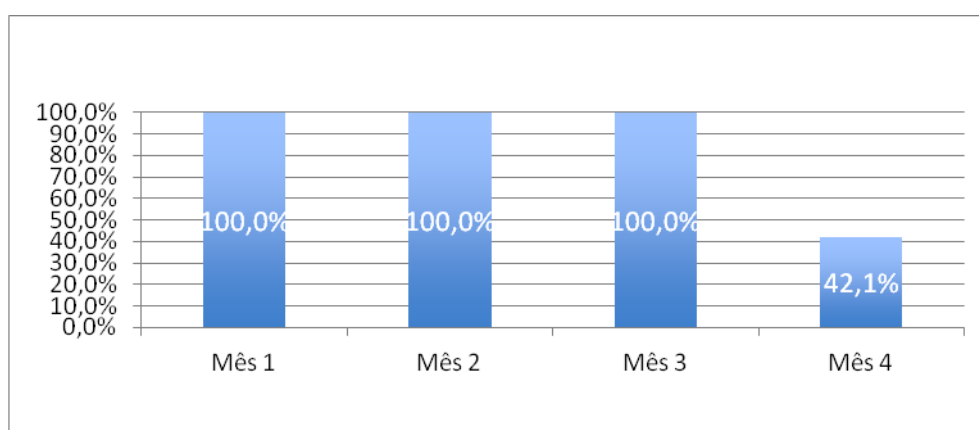


Figura 5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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

Neste gráfico podemos verificar que durante os primeiros três meses de intervenção todos os idosos tiveram verificação da pressão arterial na consulta, o que correspondeu a 100%. No quarto mês de intervenção este número foi de 93% (297 idosos) durante toda a intervenção. Tivemos problema com nosso esfigmomanômetro no último mês de intervenção, o que nos impediu de realizar esta ação durante dois dias consecutivos. Posteriormente conseguimos um equipamento emprestado e tornamos a atividade normalmente. Com a continuidade da intervenção acreditamos que em pouco tempo esta meta será alcançada.

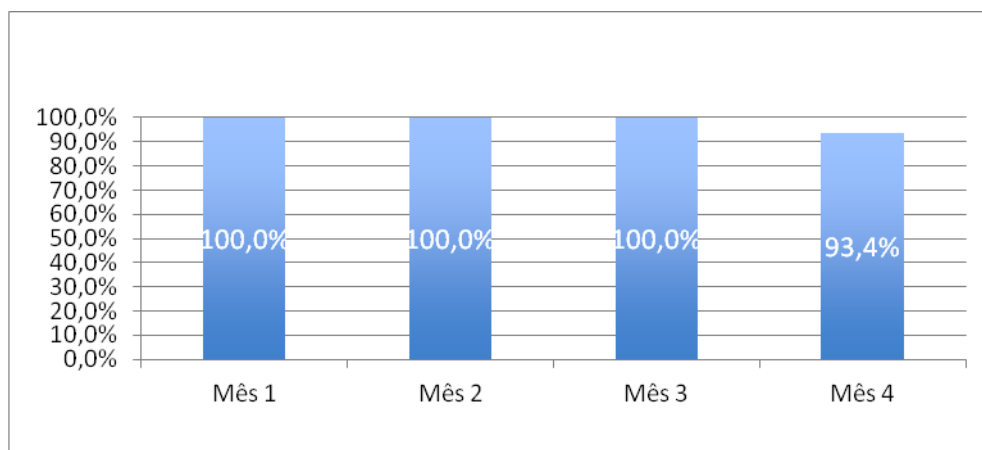


Figura 6: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta  
Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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).

No próximo gráfico observamos os idosos que foram rastreados para diabetes: no primeiro mês foram 42 (84%), no segundo mês 46 (92%), no terceiro mês 100 idosos (100%) e no último mês 119 idosos o que correspondeu a 87%. Nos dois primeiros meses o percentual de hipertensos rastreados para diabetes foi crescente até atingir 100% no terceiro mês; no quarto mês de intervenção esse resultado decaiu para 87%, isto aconteceu porque para alguns pacientes não foi realizado teste de glicose ou avaliação dos resultados de exames, o que influenciou no resultado.



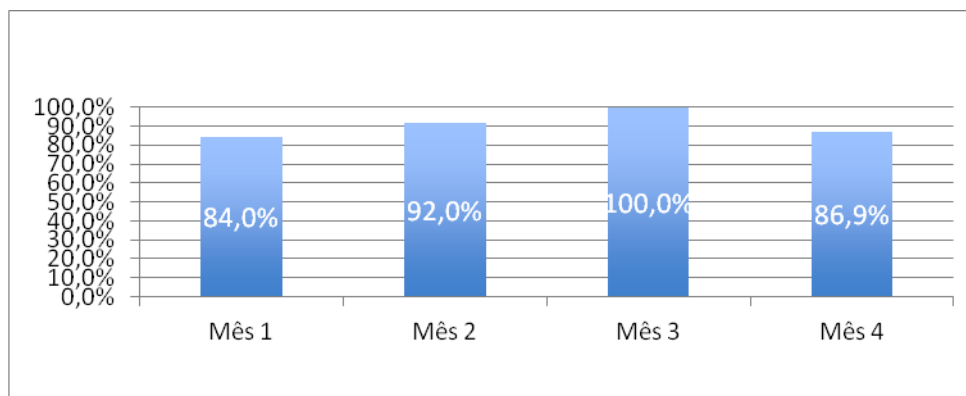


Figura 7: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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

Neste gráfico podemos observar que ao longo dos primeiros três meses de intervenção, todos os idosos consultados foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (100%). Já no quarto mês o percentual caiu para 96% (305 idosos).

Este resultado foi atingido considerando o trabalho em equipe, uma vez que o odontólogo e a auxiliar de odontologia tiveram um papel importante e muito sacrificado já que eles trabalham na UBS todos os dias, porém somente no turno da manhã. Não foi possível atender aos 100% até o final do quarto mês, porém esta avaliação ficou agendada para as próximas semanas, a fim de contemplar a todos os usuários.

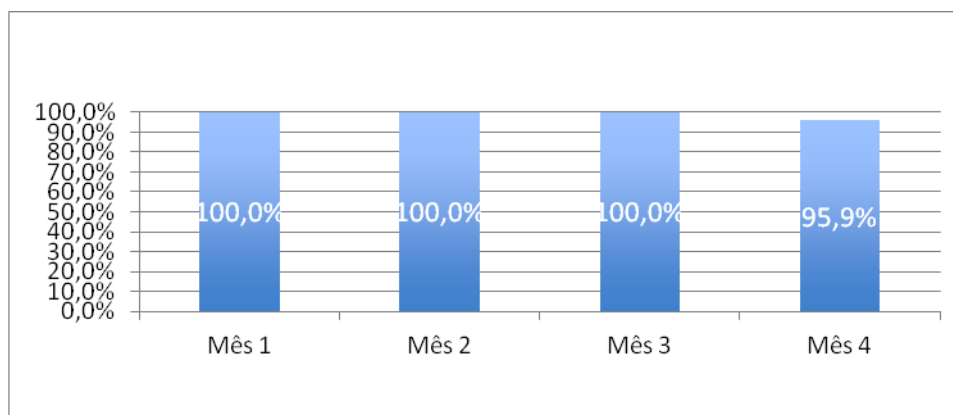


Figura 8: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

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

Para este indicador observamos os idosos que tiveram primeira consulta odontológica programada. No primeiro mês 96 idosos tiveram consulta odontológica programada (100%), no mês seguinte 174 (100%); no terceiro mês 212 idosos tiveram consulta programada (94%) e no quarto mês 305 idosos, o que correspondeu a 96%. Anteriormente explicávamos sobre o trabalho do odontólogo na UBS que, ao trabalhar somente 20h dificulta a atenção prestada, mesmo que com grande esforço, não conseguimos cumprir os 100% propostos como meta.

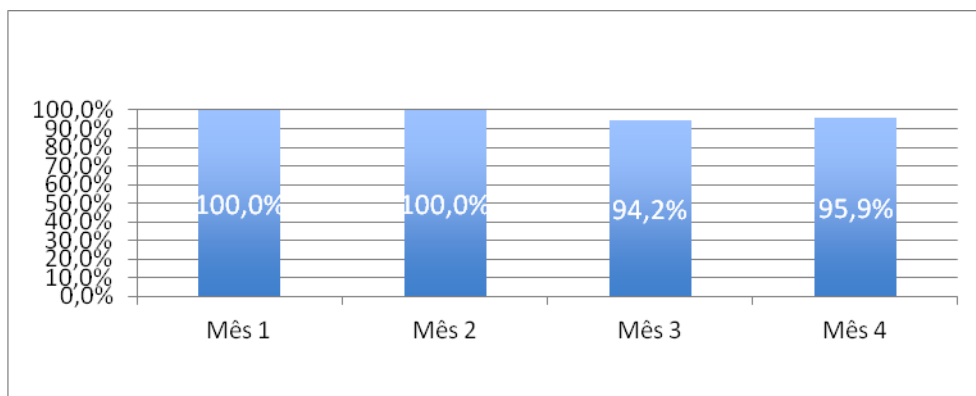


Figura 9: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/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.

Nos três primeiros meses da intervenção, não tivemos idosos faltosos as consultas, mas no quarto mês tivemos 8 idosos que faltaram a consulta, todos eles tiveram busca ativa realizada pelos ACS e os líderes comunitários que sempre estão prontos para nos ajudar. A todos os idoso faltosos foi agendada nova consulta. Podemos observar este resultado no próximo gráfico:

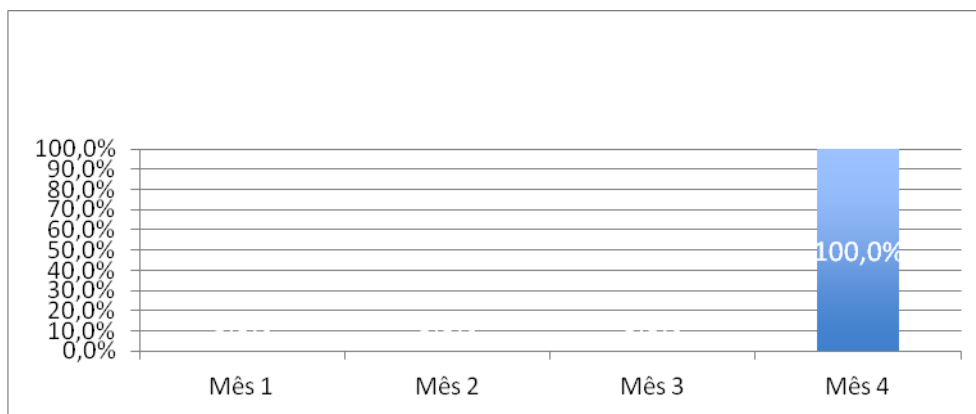


Figura 10: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados ESF Conceição, Carazinho/RS (2015).

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Realizar registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Durante os quatro meses de intervenção todos os pacientes cadastrados tiveram o registro dos seus dados na ficha espelho, o que correspondeu a 100%. Também foi garantida a distribuição da caderneta da pessoa idosa a todos os pacientes que ainda não possuíam. Podemos observar o papel fundamental da capacitação da equipe para preenchimento correto dos dados, o monitoramento dos registros e o trabalho realizado em equipe, como fundamentais para atingir estes resultados. Além disso, contamos com o apoio da secretaria de saúde no fornecimento das cadernetas.

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.

Para estes três indicadores, podemos observar que todos os idosos (100%) foram avaliados quanto ao risco de morbimortalidade, para avaliação de fragilização na velhice, e para avaliação da rede social ao longo dos quatro meses de intervenção. Isto era realizado pela médica em cada consulta sempre com ajuda da enfermeira para fazer um melhor trabalho e atendimento.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

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

Para os indicadores acima, constatamos que desde o início da intervenção, em cada consulta e nos grupos de idosos foram fornecidas orientações para manter

uma alimentação saudável e assim evitar muitas doenças e a descompensação das já existentes como DM e HAS, orientação sobre prática de atividade física regular e sobre higiene bucal adequada para todos os idosos cadastrados (100%). Temos que ressaltar que houve participação de uma Nutricionista em várias ocasiões nos grupos de idosos.

Em relação ao combate ao sedentarismo, ao longo dos quatro meses os idosos foram orientados quanto à realização de exercícios físicos diários, nas academias ou por meio de caminhadas diárias. Observamos que estas orientações foram bem aceitas por todos, enfatizando a importância que tem a prática de atividade física regular na busca por um estilo de vida saudável. É importante esclarecer também que durante a avaliação para necessidade de atendimento odontológico era fornecido o cuidado para promover a saúde bucal dos idosos, sendo esta orientação realizada pela equipe de odontologia da UBS.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Conceição, no município Carazinho, Rio Grande do Sul, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos Idosos, registro adequado nas fichas de acompanhamento, estratificação de risco, e todos os pacientes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, além de orientação para a prática de atividade física regular e da higiene bucal adequada. Conseguiu-se aumentar a disponibilidade de exames para os pacientes idosos da área de abrangência, a partir da prévia coordenação com a Secretaria de Saúde e a participação de nutricionistas nos grupos.

A intervenção contribuiu para a melhoria do atendimento aos idosos comparado com o que existia anteriormente. Atualmente todos os profissionais estão capacitados de acordo com o manual de saúde do idoso do MS e cada membro da equipe possui junto ao grupo de idosos, uma função definida e integrada ao trabalho diário. A intervenção possibilitou incluir as atividades na rotina diária do serviço, continua-se o cadastramento dos idosos e a busca ativa destes, seja proveniente da demanda espontânea ou das visitas diárias dos ACS, com apoio dos representantes das comunidades.

Mantemos ainda o preenchimento e monitoramento dos registros e durante as consultas continuamos a avaliação dos idosos para fragilização na velhice, bem

como a avaliação de risco para morbimortalidade e a solicitação de exames quando necessário. Com o desenvolvimento da intervenção na UBS, atingiu-se uma melhor atenção a estes pacientes e um trabalho mais organizado oferecido pela equipe de saúde; neste sentido, continuaremos com estas ações na UBS.

Ressaltamos que população ainda não conhece os resultados da implementação das ações da intervenção, porém consegue visualizar melhorias para a saúde do idoso. Salientamos que nas próximas semanas estes resultados serão divulgados por meio do relatório da intervenção para a comunidade. Além disso, observamos um maior vínculo dos profissionais da equipe de saúde com a comunidade, avanço que foi possível graças ao apoio recebido dos líderes comunitários de nossa área.

Caso fosse começar a intervenção hoje, além de realizá-la com o mesmo tema (Saúde do idoso), trabalharíamos com mais força para atingir melhores resultados e faríamos um maior vínculo com a Secretaria de saúde, para priorizar algumas situações que não dependem de nós, como por exemplo: aumentar as quotas de exames não só para os idosos, para a população em geral, disponibilizar o transporte por mais horas e com maior frequência ao mês, afim de que a UBS pudesse incrementar as visitas domiciliares daqueles idosos com problemas de locomoção ou acamados e discutir ações para que o agendamento a outras especialidades não seja tão demorado.

Analisando os aspectos mais importantes da intervenção podemos dizer que foi imprescindível o trabalho em equipe. Cotamos com o apoio de todos os profissionais e isto facilitou a incorporação das ações à rotina do serviço. Continuamos com o preenchimento dos dados dos pacientes nos registros específicos, mantemos o vínculo com os líderes comunitários, procuramos planejar periodicamente a realização dos grupos de idosos sempre abordando assuntos diferentes e de importância para os idosos.

Com a realização do projeto de intervenção com foco na Saúde do Idoso e com os bons resultados conquistados, estamos nos desafiando a desenvolver um novo projeto, agora direcionado a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Acreditamos que com o apoio de todos os profissionais e com a ajuda da comunidade alcançaremos melhores resultados, especialmente em termos de qualidade do atendimento.



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

Prezado Gestor(a):

O projeto de intervenção Melhoria na atenção a saúde do idoso na UBS Conceição, Carazinho, RS, mostrou a importância e o impacto que teve neste grupo da população e foi desenvolvido no período de 16 semanas, período no qual foi realizado o cadastramento dos pacientes idosos da área de abrangência da UBS.

Antes da intervenção o trabalho com o grupo de idosos era um tanto incompleto: não tínhamos um registro específico, também não era fornecido atendimento odontológico priorizado aos mais necessitados, o grupo de idosos não estava funcionando pelo que os conhecimentos básicos aos pacientes eram poucos enquanto a cultura de saúde, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, hábitos tóxicos entre outros, e os benefícios e riscos de todos eles para a saúde, não eram estratificados quanto ao risco de morbimortalidade, o que é muito importante para a conduta nas consultas médicas, enfim que o atendimento ao paciente idoso possuía menos de 20% de cobertura, percentual que aumentou significativamente com a implementação de nossa proposta.

Com o planejamento da intervenção foi feito o cadastro e registro dos idosos que assistiram nossa unidade de saúde para a consulta médica agendada e/o atendimento clínico dos usuários com revisão dos exames complementares e pedido de exames para aqueles que precisavam; os idosos receberam avaliação multidimensional rápida, avaliação para o risco de morbimortalidade, bem como avaliação do meio social onde estava inserido; também foram orientados todos os pacientes sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e higiene bucal.

Ao final da intervenção alcançamos resultados como: atingimos 53% de cobertura no Programa de atenção a Saúde do Idoso na unidade de saúde. Foi possível que 100% dos idosos consultados (318), tivessem sua avaliação

Multidimensional Rápida garantida ao longo dos 4 meses de intervenção. Garantiu-se que 100% dos idosos avaliados com diagnóstico de hipertensão e diabetes, tivessem a solicitação dos exames periódicos em dia nos quatro meses de intervenção. Todos os pacientes idosos cadastrados tiveram o registro dos seus dados na ficha espelho.

Avaliamos ainda 100% dos idosos quanto ao risco de morbimortalidade, quanto a fragilização na velhice, e quanto a rede social. Orientamos a todos os idosos cadastrados (100%) sobre a prática de atividade física regular, nutrição adequada e sobre a importância de uma higiene bucal adequada.

Para atingir todas as metas propostas pela equipe ao início do projeto, foi necessária a colaboração da secretaria de saúde, pois desde o começo para implantar um novo protocolo para a atenção aos idosos, foi preciso que a secretaria nos auxiliasse em ações como a impressão do protocolo de saúde do idoso, das fichas espelho para todos os pacientes que chegaram a UBS, além de solicitar as cadernetas dos idosos. Também foi necessária em parceria com a secretaria de saúde incluir nos grupos de idosos uma nutricionista. Ao longo da intervenção foi observado por toda a equipe como era necessária por parte da gestão fazer mudanças não só qualitativas, mais também quantitativas, pois existem muitos problemas estruturais na ESF que poderiam ser melhorados, havendo necessidade de investimentos financeiros.

No que se refere a melhorar a qualidade de vida do paciente foram traçadas outras ações programáticas para ser desenvolvidas no futuro, como a atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. O gestor de saúde pode contribuir significativamente, intervindo no aumento das quotas dos exames laboratoriais para seu controle e seguimento, contribuir no aumento do transporte para reforçar as visitas domiciliares aos pacientes acamados e aqueles que têm problemas de locomoção, assim como outros recursos materiais suficientes e de uso primordial para o desenvolvimento diário na UBS, mantendo sempre um vínculo de parceria e uma boa comunicação.



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

Durante os meses de fevereiro a junho, desenvolveu-se na UBS Conceição, uma intervenção com foco na melhoria da atenção a saúde do idoso. Foram planejadas diversas ações que nortearam a equipe de saúde na busca por esta nova organização do serviço, melhorando a qualidade do atendimento a este grupo.

Antes da intervenção o trabalho com o grupo de idosos de nossa UBS era um tanto incompleto: não tínhamos um registro específico e também não era fornecido atendimento odontológico prioritário; o grupo de idosos não estava funcionando e os conhecimentos básicos sobre saúde dos pacientes eram nulos; os idosos não eram estratificados quanto ao risco de morbimortalidade, o que é muito importante para a conduta nas consultas médicas, enfim o atendimento ao paciente idoso possuía menos de 20% de cobertura, percentual que aumentou significativamente com a implementação da nossa proposta.

Durante o período de intervenção foram desenvolvidas ações para melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos, bem como traçadas metas para atingir isso, e foram disponibilizados recursos humanos e materiais para tal. Trabalhamos com a capacitação/atualização da equipe de saúde, em atividades de prevenção e promoção da saúde na comunidade, melhorando a organização de nosso serviço e o atendimento aos pacientes e monitorando as ações que estavam sendo desenvolvidas por toda a equipe.

Com isso atingimos resultados como: aumentamos a cobertura de atenção ao idoso para 53%. Foi possível que 100% dos idosos consultados (318), tivessem sua avaliação Multidimensional Rápida garantida ao longo dos quatro meses de intervenção e que 100% dos idosos avaliados com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, tivessem a solicitação dos exames periódicos em dia nos quatro meses de intervenção. Todos os pacientes idosos cadastrados tiveram o registro dos seus dados na ficha espelho, o que correspondeu a um 100%.

Avaliamos ainda 100% dos idosos quanto ao risco de morbimortalidade, quanto à fragilização na velhice e quanto à rede social onde estava inserido. Orientamos a todos os idosos cadastrados (100%) sobre a prática de atividade física regular, nutrição adequada e a importância de uma higiene bucal adequada.

Podemos afirmar que com a realização da intervenção a comunidade ganhou uma melhor atenção aos pacientes idosos e um trabalho em equipe mais engajado e organizado, pois conquistamos um vínculo com a comunidade, aumentando a comunicação e interação com os usuários. Grande parte da população ainda não conhece os objetivos e avanços alcançados com o projeto e as melhorias para a saúde dos idosos, porém a divulgação continua e aos poucos acreditamos que isso poderá ser visualizado por toda a população.

Realizamos recentemente uma reunião com a equipe onde foi avaliada como positiva a necessidade de continuidade do projeto, incorporando ainda outros programas como o de melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos em nossa UBS.

A comunidade pode apoiar o serviço para a saúde na UBS, frequentando a unidade de saúde, participando das atividades oferecidas, dando continuidade às orientações fornecidas nas consultas médicas e nos grupos de idosos, promovendo assim a saúde preventiva em cada moradia. Para reforçar aliança com a comunidade temos traçadas metas para aumentar as atividades feitas na comunidade, promovendo saúde e assim desenvolvendo e fortalecendo o engajamento público.

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

No começo do curso de especialização em Saúde da Família tínhamos muita expectativa, já que, além de incorporar mais conhecimentos, conheceríamos mais sobre o povo e saúde brasileira. O processo de aprendizagem foi às vezes complicado em função da língua e porque requeria muito tempo e dedicação para realizar um bom trabalho. As tarefas semanais nos ajudaram de certa forma a estar em mais união com a equipe, já que se tratava de um projeto que necessitava do trabalho de cada um em busca de um objetivo final.

Aprendemos mais sobre os protocolos de atendimentos das diferentes patologias, o que contribuiu para aprofundar nosso conhecimento. Com a realização dos casos clínicos e dos estudos da prática clínica me instigava no sentido da busca do conhecimento através da leitura, me questionava no sentido de intervir na realização de ações para melhorar a saúde da população, especialmente a idosa. No meu caso, fortaleci os conhecimentos sobre a língua portuguesa, que no começo representou um dos principais problemas. Ao final concluí que cada dificuldade serviu muito para ampliar nossa cultura e conhecimento próprio e que poderia ter me esforçado mais, porém aproveitei ao máximo dentro de cada limitação enfrentada.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde, v. 12. Brasília – DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1															
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 150/90mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														
	11														
	12														
	13														
	14														
	15														
	16														
	17														
	18														
	19														
	20														
	21														
	22														





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante