

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti,  
Nova Araçá/ RS**

**Yaumaris Gómez Gil**

**Pelotas, 2015**

**Yaumaris Gómez Gil**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti,  
Nova Araçá/ RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS como requisito para aprovação na unidade de análise estratégica.

**Orientador:** Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G463m Gil, Yaumaris Gomez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti, Nova Araçá/RS / Yaumaris Gomez Gil; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Aos profissionais da UBS/ESF pela sua participação e interesse durante a realização do projeto.

À Enfermeira Loíse Lacerda Carnevalli pela sua ajuda precisa, amizade, disponibilidade e incentivos.

À minha orientadora Fabiana Barros Marinho Maia pela valiosa orientação e estímulo que sempre dispensou.

A todos as entidades do Conselho de Saúde de Nova Araçá envolvidas no projeto e que de alguma forma contribuíram para que sua execução fosse possível.

## Resumo

GIL, Yaumaris Gómez. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti, Nova Araçá/RS.** 2015. 82f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. A partir da discussão da Análise Situacional realizada na UBS tivemos como objetivo geral melhorar as ações referentes à atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti de Nova Araçá, Rio Grande do Sul. A unidade tem uma população de 650 idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, os quais participaram durante as 12 semanas da intervenção, Nos meses de abril a junho de 2015. Antes do início da intervenção a unidade realizava o programa de forma muito sucinta e sem a devida atenção à pessoa idosa. Devido a diversos fatores, o principal era a falta de estrutura da equipe multidisciplinar. E também a não adesão da população devido à falta de conhecimento do programa. Quando a intervenção iniciou, a mesma propiciou a ampliação da cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso da área de abrangência em 100%. Observamos uma melhoria significativa das ações em saúde relacionadas com o registro das informações e da avaliação multidimensional rápida de forma integral. Com a intervenção elevamos os níveis de conhecimento da população idosa sobre a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a prevenção dos principais fatores de risco que podem ocorrer. Com o decorrer da intervenção os percentuais de cobertura foram se elevando até atingirmos 100% (650) idosos cadastrados, melhorando até a responsabilidade que devem ter para com sua saúde e com a saúde da família. Tanto o trabalho integrado como a capacitação da equipe durante o desenvolvimento da intervenção, permitiu ampliar a demanda espontânea dos idosos à unidade de saúde para a realização de sua avaliação nas consultas médicas e odontológicas, os percentuais para os exames clínicos em dia também foram melhorando e chegamos a 96,3% (626); dos exames complementares periódicos, os valores alertaram para que notássemos a falta de exames em parte da população, pois foram 82,1% (280) que estavam em dia com os exames complementares. A realização das visitas domiciliares dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, percebemos que pode melhorar, pois alcançamos 90,6% (77) ao final. Conclui-se que com esta intervenção foi possível melhorar a atenção à saúde dos idosos. Com a incorporação da intervenção nas atividades diárias da unidade o atendimento tornou-se mais eficiente e humanizado, a população se sentiu beneficiada pela qualificação de sua saúde. O trabalho em equipe foi fundamental para a implantação das ações na unidade e a intervenção trouxe contribuições significativas para a equipe de saúde e para a comunidade.

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

## Lista de figuras

Figura 1	Consulta odontológica agendada para avaliação. Nova Araçá/RS, 2015.	52
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Nova Araçá/RS, 2015.	56
Figura 3	Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	57
Figura 4	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	57
Figura 5	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	58
Figura 6	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nova Araçá/RS, 2015.	59
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Nova Araçá/RS, 2015.	60
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Nova Araçá/RS, 2015.	60
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Nova Araçá/RS, 2015.	61
Figura 10	Proporção de idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Nova Araçá/RS, 2015.	62
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Nova Araçá/RS, 2015.	62
Figura 12	Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa. Nova Araçá/RS, 2015.	63
Figura 13	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	64
Figura 14	Proporção de idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Nova Araçá/RS, 2015.	65
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	65

Figura 16	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	66
Figura 17	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	66
Figura 18	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Nova Araçá/RS, 2015.	67
Figura 19	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Nova Araçá/RS, 2015.	68
Figura 20	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Nova Araçá/RS, 2015.	68
Figura 21	Grupo de saúde na comunidade – integração da equipe com os usuários. Nova Araçá/RS, 2015.	69

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

ACS	Agente de Saúde Comunitária
ASCAR	Associação Sulina de Crédito e Assistência Social
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidades Oftalmológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
DM	Diabetes Mellitus
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PSE	Programa Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISPRENATAL	Assistência à Saúde da Gestante
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
ASB	Assistência de Saúde Bucal



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/08/2014 .....	11
1.2 Relatório da Análise situacional em 07/11/2014.....	13
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional .....	22
2 Análise estratégica .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e Metas.....	26
2.2.1 Objetivo Geral .....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das Ações .....	28
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística .....	42
2.3.4 Cronograma .....	45
3 Relatório da intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	50
4 Avaliação da intervenção .....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão.....	67
5 Relatório da intervenção para Gestores.....	70
6 Relatório da intervenção para a comunidade.....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	75
Referencias .....	77
Anexos .....	77

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo principal Melhoria na saúde das pessoas idosas cadastradas no Centro Municipal de Saúde Jaime Henry Zucchetti do município de Nova Araçá e teve uma duração de 12 semanas.

Este volume engloba no primeiro capítulo descrição da **Análise Situacional** da UBS. No segundo capítulo será apresentada a **Análise Estratégica** utilizada onde encontrara um detalhamento do projeto de intervenção, a justificativa, os objetivos e metas da intervenção, metodologia utilizada, ações realizadas, indicadores, logística utilizada, assim como o cronograma da intervenção. No terceiro capítulo será apresentado **Relatório da Intervenção** que inclui as principais ações que foram desenvolvidas, as ações previstas que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas, assim como seu cumprimento. No quarto capítulo será apresentada como foi avaliada a intervenção através da descrição dos **resultados** e sua **discussão**. No capítulo quinto e sexto serão apresentados o **Relatório da intervenção para gestores e para a comunidade**. No capítulo sete será apresentada uma **Reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem além das **referências** e dos **anexos**.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 16/08/2014**

Em minha Unidade Básica de Saúde (UBS) se encontra no município de Nova Araçá, estado Rio Grande do Sul, localizada na zona urbana da cidade. Temos um total de população de 4756 e 1541 famílias cadastradas, com uma população urbana de 71,98% e rural de 28,02%, com uma densidade demográfica de 53,81 hab./km<sup>2</sup> e uma área de 74,7km<sup>2</sup>. A idade predominante é de 20-39 anos. O nível educacional está crescendo gradativamente, tendo na proporção de jovens entre 18 e 20 anos. A principal fonte de economia é agricultura e indústrias de móveis e a população economicamente ativa é de 81,8%. A renda per capita média passou de 495,77 em 1991 para 1134,76 em 2010. As doenças mais comuns são hipertensão arterial com 469 usuários, diabetes mellitus com 90 usuários e as doenças psiquiátricas. A religião predominante é a católica, seguida de evangélicos e muçulmanos.

A estrutura física de minha UBS não se encontra adequada no momento devido a reformas, mas ela continua fazendo as consultas médicas e os serviços sanitários como curativos, vacinas e administração de medicamentos nos usuários. O horário de funcionamento da unidade é de 7:30 da manhã até 17:00 horas da tarde. Tem equipamento de telefone, computador e internet. O transporte para trasladar e ou encaminhar aos usuários para outras áreas de saúde é bom.

Minha equipe de trabalho está formada por uma médica geral integral (eu), duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, nove agentes de saúde e uma odontóloga. Foi realizado concurso público, porém não conseguimos completar a equipe de odontologia permanecendo com falta de auxiliar de consultório dentário. Possuímos bom relacionamento, com troca de experiências e vivências. Em nossa UBS não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas possuímos Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB). Não temos convenio com universidade e não temos hospitais em nosso território, porém possuímos convênio com um município vizinho para atendimento hospitalar. Ela tem apoio das redes Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e

Agronomia (CREAS) e 4 escolas municipais, 1 escola estadual e 1 escola particular.

O acolhimento aos usuários ocorre através da enfermagem. Nós fazemos atividades de promoção e prevenção em saúde com os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagismo, programa de saúde na escola (PSE), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI) os quais nos auxiliam no acompanhamento nutricional das crianças e doentes crônicos. Desenvolvemos atividades diversas as quais podemos citar: caminhadas orientadas com profissional educador físico, verificação de pressão, controle de peso nas mais diversas faixas etárias, realização de testes de glicemia capilar ou hemoglicoteste, rodadas de trocas de experiências com médicos, psicólogos e nutricionista, orientação farmacêutica e outras estratégias conforme a demanda local.

As reuniões da equipe de trabalho são realizadas semanalmente com debate, objetivando a troca constante de experiências e dificuldades decorrentes da semana acompanhada, traçando estratégias de acompanhamento da família ou individualizadas. São realizados os agendamentos para as visitas domiciliares para avaliação dos usuários e renovação de cadastro de medicamentos visando contemplar toda população que por motivo de saúde não pode se deslocar a unidade básica agregando usuários que apresentam incapacidade motora, visual, cognitiva e neurológica.

Durante as visitas e reuniões nas comunidades buscamos orientar sempre sobre as exposições que podem ocasionar risco a saúde em virtude de possuímos um percentual importante de moradores na área rural e que fazem uso de agrotóxicos por isso a educação em saúde fica focada também no bem-estar e proteção com o uso dos EPI, preservação dos mananciais de água, destinação correta do lixo seletivo visando a preservação ambiental.

No que se refere à equipe multiprofissional buscamos sempre desenvolver atividades em conjunto com o psicólogo, a nutricionista, a pediatra, o ginecologista, a fisioterapeuta, a educadora física, a assistente social e elencamos também profissionais e serviços de apoio como escolas,

professores, orientadores pedagógicos, grupos comunitários e associações de bairros, além de instituições governamentais como a ASCAR/EMATER.

## **1.2 Relatório da Análise situacional em 07/11/2014**

O município onde atuo é Nova Araçá/RS, com uma Unidade de Saúde urbana com Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporada à estrutura física e denominada Centro Municipal de Saúde Jaime Henry Zucchetti, sem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A atenção especializada é referenciada a outros municípios e estruturas, além dos profissionais que atuam na Unidade como Ginecologista, Psiquiatra, Nutricionista, Cardiologista e Pediatra. Não há hospital no município, sendo os casos referenciados a cidade mais próxima que é Nova Prata, a qual possui pactuação. A população é de 4756 pessoas e 1541 famílias cadastradas, apesar de achar que hoje a população é muito superior ao censo realizado pelo IBGE (2010), já que temos um aumento na migração principalmente por Ganeses. Isso se deve ao fato de termos uma Empresa Frigorífica com alta rotatividade de funcionários, com uma população urbana de 71,98% e rural de 28,02%. Uma densidade demográfica de 53,81 hab./km<sup>2</sup> e uma área de 74,7km<sup>2</sup>. A idade predominante é de 20-39 anos. O nível educacional está crescendo gradativamente, tendo na proporção de jovens entre 18 e 20 anos. A principal fonte de economia é agricultura e indústrias de móveis, o que torna a população economicamente ativa. A renda per capita média passou de R\$ 495,77 em 1991 para R\$ 1134,76 em 2010. A religião predominante é católica seguida de evangélicos e muçulmanos.

A equipe de Saúde da Família é composta por um médico, uma odontóloga, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e nove agentes comunitários da saúde. Dentro dos demais profissionais temos uma administradora, duas auxiliares administrativo-recepcionistas, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de limpeza, uma farmacêutica, um cardiologista, três clínicos gerais, um obstetra, uma pediatra, um psiquiatra, quatro motoristas, um dentista, um psicólogo e duas técnicas de enfermagem.

Quanto aos equipamentos e instrumental de uso na UBS devemos levar em consideração que o trabalho é desenvolvido pela ESF e UBS na mesma estrutura física e compartilham do mesmo material. Tais insumos dependem da gestão eficiente e planejamento organizado das ações, o que nem sempre acontece.

O local onde hoje funciona a unidade foi inicialmente projetado para funcionar como hospital, mas nunca chegou a funcionar desta forma. Como estrutura física há uma grande dificuldade no funcionamento já que está em processo de reforma, os consultórios médicos estão adaptados para que todos os médicos possam atender em seus horários. Não há consultório de enfermagem, não há disponibilização de balanças antropométricas e os esfigmomanômetros em todos os consultórios médicos o que considero de suma importância. A sala de curativos/procedimentos também está adaptada, faltam focos de luz, balança e o cilindro de oxigênio não está preso em suporte, onde também são realizadas as Inalações. A sala de vacinas não possui arquivo de aço com Gaveta.

Neste momento, não dispomos de sala de reuniões e sala dos agentes de saúde no momento devido à reforma da Unidade. Dentre os insumos insuficientes encontramos alguns materiais para atividades educativas e preventivas como manequins, macro modelos, escovas dentárias e vídeos. Tratando-se de medicamentos e preventivos, a farmácia da UBS trabalha com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), acrescentando nesta lista medicamentos que tem maior demanda no município. Vejo que temos alguns medicamentos em falta que ainda não temos respostas de quando vai chegar, como enalapril 25mg, losartana composta 25/100mg, ibuprofeno 600mg e omeprazol 20mg, criando certa insatisfação por parte da população.

No bloco de vacinas, a UBS segue o calendário do Programa Nacional de Imunização, havendo somente por solicitação através de imunobiológicos especiais a vacina Pneumocócica 23. Para diagnósticos é realizada rotineiramente a glicemia capilar. A UBS possui testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites que não estão sendo realizados até o momento. Quanto ao acesso a exames complementares, dispomos de uma vasta lista de exames

laboratoriais, com exceção da tipagem sanguínea, eco cardiograma, eletrocardiograma de esforço, espirometria e RX com contraste.

Na atenção especializada não há referência para angiologia, nefrologia, otorrinolaringologia e terapia ocupacional, havendo como estratégia de agendamento a marcação pela UBS junto ao prestador e/ou por central de agendamento.

O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, bem como suas características e atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica são também abrangidas nesta portaria seguindo as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões e especificidades da equipe de saúde da família. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, o que se apresenta superior devido justamente à estrutura física da UBS e ESF serem a mesma. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo a equipe composta por nove ACS, que tem sob sua responsabilidade a população de 4756 pessoas, tendo uma média de 528 pessoas, valor enquadrado dentro do preconizado pela Portaria que rege a ESF que é de 750 pessoas.

Fica claro na Unidade onde atuo que há dificuldades no processo de trabalho justamente o fato de que a UBS e a ESF exercem suas atividades na mesma estrutura física atrapalhando assim a distinção entre as duas formas de serviço e ações. Há territorialização e mapeamento, no entanto temos muita migração de população dificultando o processo de educação e identificação de grupos/famílias de risco e agravos em saúde.

Os cuidados são prestados na estrutura da Unidade de Saúde, domicílios, escolas e associações comunitárias (grande valia, já que temos área rural). Pequenos procedimentos e atendimentos de urgência/emergência são realizados na Unidade visto que não dispomos de Hospital Comunitário no município. A busca ativa é realizada normalmente por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo realizado também o cuidado domiciliar através de curativos, inalações, revisões, aferição de PA, consultas, dispensação e administração de medicamentos, vacinação, troca de sondas e cuidado a ostomizados por todos os profissionais vinculados à ESF de acordo com suas

categorias, além de outros que fazem parte da rede de apoio ao serviço como nutricionista, educador físico, entre outros.

Para formas de atendimento alternativo são aplicados protocolos desenvolvidos na Unidade como referência e contra referência, internação hospitalar, e atendimentos em pronto socorro, havendo a dificuldade de acompanhamento do plano terapêutico quando este se dá em outros níveis do sistema. A notificação de doenças/agravos compulsórios é realizada por toda a equipe de saúde mediante protocolo e fichas de atendimento específicas havendo para estas a busca ativa normalmente realizada pelo médico, enfermeira e ACS.

A população de abrangência da UBS estimada é de 4756 habitantes, que se apresenta acima dos parâmetros orientados pelo Ministério da Saúde, que é de 4000 pessoas. Nela encontramos em torno de 250 imigrantes ganeses, além de uma forte imigração devido à disponibilidade de mão de obra em uma empresa frigorífica instalada no município.

No que se refere à quantidade de mulheres em idade fértil, temos 1.454. A população feminina de 20-59 anos soma 1.434, e a população feminina de 50-59 anos soma 308, com 38 gestantes. A ESF recentemente iniciou o trabalho de agendamento de consultas trabalhando, já que vinha trabalhando até então somente com demanda espontânea, o que a meu ver sobrecarregava a equipe devido aos picos de procura de atendimento, além da dificuldade de acesso dos usuários a ESF em horário programado. Acredito que agora com a implantação do agendamento haverá um maior controle das consultas bem como organização dos fluxos. O excesso de demanda espontânea na minha UBS é relativamente grande, mas entendo que a inexistência de agendamento até então era a responsável, em sua maioria, por este problema.

Quanto à atenção à Saúde da Criança, o percentual de cobertura é de 58% (33), em relação a isso pode se considerar a cobertura vacinal boa, um dos melhores tópicos dentro da saúde da criança, já que a grande maioria apresenta a Caderneta de Vacinação em dia e, quando isso não ocorre, há a busca ativa das crianças, apesar de não usar nenhum tipo de Protocolo de Atendimento. Se valendo dos indicadores da qualidade da atenção, percebo que não há um monitoramento de todas as crianças residentes na área de



abrangência, havendo dificuldades nas consultas agendadas em mais de sete dias, além da utilização da curva de monitoramento de crescimento por todos os profissionais que atendem essas crianças. Vejo que o monitoramento de uma forma geral não se desenvolve de forma completa já que se perdem algumas crianças que deveriam estar em acompanhamento e que ajudaria nesse processo de monitoramento e avaliação. Acredito que a disponibilização e responsabilização de um profissional específico para o planejamento, gestão e coordenação melhoraria muito a avaliação e monitoramento dos dados, contribuindo assim na cobertura e qualidade da atenção em saúde na UBS em que atuo. A importância em desenvolver uma puericultura adequada, partindo da gestação da mulher até o pós-parto se dá na redução de casos de doenças preveníveis em atenção básica, fortalecida no acompanhamento do crescimento das crianças, reduzindo assim a morbimortalidade, apesar do município não ter casos de mortalidade infantil. A ESF, por promover ações como visita domiciliar e acompanhamento, apresentam um aspecto muito positivo para que se possa avaliar as condições de saúde e as reais necessidades da sua população, envolvendo assim o acompanhamento mais minucioso das crianças e suas peculiaridades.

Quanto à atenção ao Pré-Natal e Puerpério fica claro que o município não dispõe de dados fidedignos para que se possa realizar uma correta e eficaz avaliação de cobertura, desta forma os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-Natal e Puerpério avaliados podem estar a meu ver comprometido. De acordo com os dados encontrados, a atenção ao pré-natal cobriu uma população de 42% (30) e ao puerpério de 74% (42). Penso que o processo de trabalho deve ser melhorado não somente em Pré-Natal e Puerpério, mas sim de uma forma geral já que é de suma importância realizar a captação precoce de toda gestante nos primeiros três meses, já que desta maneira podemos prevenir qualquer patologia que possa aparecer durante a gestação, assim como manter as gestantes com doenças crônicas compensadas evitando qualquer tipo de complicação que possa surgir durante a gestação e no pós-parto. Penso que desta maneira poderíamos diminuir os indicadores de mortalidade materna fetal. Em minha UBS, os atendimentos Pré-Natais se fazem três vezes por semana principalmente pelo ginecologista

com a participação também de clínicos geral, enfermeira e técnicas de enfermagem, dentista, nutricionista e psicólogo. As consultas se fazem de forma programada não tendo excesso de demanda das gestantes e não são seguidas por protocolos. São utilizados para registro os prontuários clínicos, fichas de atendimento odontológico e nutricional, espelho das vacinas e formulário especial do pré-natal, não havendo arquivo específico para registro específico para os registros dos atendimentos as gestantes, com exceção dos preconizados pelo SISPRENATAL que fica na responsabilidade da Enfermeira e Técnicas de Enfermagem, sem haver reuniões para discussão dos dados. As atividades educativas em grupo são realizadas normalmente nas dependências da UBS, mensalmente, com temas e profissionais diversos e entrega de material impresso, havendo a participação de em média 50% das gestantes acompanhadas no município. Penso que por haver, no momento, somente uma enfermeira na unidade, o acompanhamento, monitoramento e gestão dos dados referentes ao Pré-Natal e Puerpério se torna dificultoso, prejudicando assim o planejamento de ações em saúde e real acompanhamento dessas gestantes, além de não haver reuniões com toda a equipe de saúde da UBS, tornando o processo de trabalho individualizado e nem sempre completo.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é boa, chegando há 92% (1203), já que uma grande porcentagem 75% (902) de mulheres realiza a coleta de exame citopatológico para detecção de câncer de colo de útero, bem como acompanhamento na UBS para sua prevenção. Além disso, apenas 2% (24) das mulheres apresenta exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e 90% (1083) recebem orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e mama. Observando a porcentagem que realiza a coleta e a quantidade de exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterados, temos uma ponderação de 2,66% apenas.

Em se tratando do Controle de Câncer de Mama fornece uma orientação adequada e acessível à população quanto o autoexame das mamas e a importância em realizar exames como à mamografia auxiliaria muito na redução de casos confirmados de câncer. Percebo, devido à falta de um livro de registros, a dificuldade no acompanhamento de seguimento de algumas mulheres, já que o registro se dá apenas em prontuário, o que de certa forma

dificulta a meu ver, um eficaz monitoramento. Quanto o Controle do Câncer de Mama, boletins de referência e contra referência se tornam importantes para saber o seguimento que se está sendo dado a cada caso de forma singular. Vejo que o monitoramento de uma forma geral não se desenvolve de maneira completa já que se perdem algumas mulheres que deveriam estar em acompanhamento e que ajudaria nesse processo de monitoramento e avaliação. Creio que, para o controle do câncer de colo de útero, o uso de um livro de registros, além de oferta diária de coleta e citopatológico melhoraria a avaliação e monitoramento dos dados, contribuindo assim na cobertura e qualidade da atenção em saúde na UBS em que atuo.

A importância de desenvolver uma atenção às mulheres voltadas ao Câncer de Colo de Útero adequada, partindo da coleta de exame preventivo, orientação anticoncepcional e outras formas de orientação a serem desenvolvidas na consulta reduziriam ainda mais os casos confirmados de câncer ou ainda complicações futuras que este diagnóstico acarreta às mulheres. Não há ações para orientação sobre os malefícios do tabagismo, bem como ações educativas para a coleta periódica do exame preventivo, apesar de haver a prevenção através da coleta de exame citopatológico. A não realização desse exame todos os dias e turnos também me parece ser um ponto negativo, já que nem todas as mulheres retornam na data do agendamento, além da inexistência de um protocolo de prevenção do câncer de colo uterino. Penso ser de grande importância outro profissional da UBS, além do médico ginecologista, realizar a coleta de citopatológico e dar orientações sobre a prevenção do câncer, seja ele de mama ou colo do útero. Em se tratando de alimentação de sistemas, ela ocorre normalmente, no entanto os relatórios produzidos mensalmente não são disponíveis aos demais funcionários da UBS.

No que se refere às pessoas com hipertensão e diabetes, aponta-se que apesar de achar que apresentamos um número bem elevado de usuários com essas patologias em nossa área de abrangência, ainda penso que temos uma morbidade oculta em nossa população. A cobertura da população está baixa, 44% (469) para os hipertensos e 30% (90) para os diabéticos. Já que há de forma deficitária um planejamento, gestão e coordenação das ações

dispensadas aos adultos com estas patologias prejudicando o monitoramento das ações. Nos atendimentos percebo que metade dos portadores de hipertensão e diabetes fazem um acompanhamento adequado referente à exames complementares e consultas em 7 dias. Além disso, esses usuários não saem do atendimento da UBS com consulta de retorno agendada o que a meu ver pode prejudicar a continuidade do tratamento e acompanhamento em saúde, bem como sua recuperação. Valendo-se das características epidemiológicas do município é visível que a constante migração populacional dificulta o acompanhamento mais minucioso desta população, bem como a grande demanda de atendimentos por problemas agudos devido a Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus.

A falta da implantação e uso de um protocolo na Unidade, bem como uso de um sistema específico para registro, já que hoje o HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) não está mais em alimentação e a revisão das atividades desenvolvidas ao cuidado destes usuários, prejudicam a estratificação do risco cardiovascular e o adequado monitoramento. É importante desenvolver uma atenção voltada aos hipertensos e diabéticos adequada, partindo de um planejamento, gestão e coordenação das ações que são dispensadas a eles, através de registros específicos, consultas pré-agendadas e reuniões para discutir casos especiais. Essas ações reduziram riscos e complicações decorrentes destas patologias.

Observando a Saúde do Idoso, a estimativa do número de idosos me parece adequada a minha realidade já que o perfil epidemiológico da região é formado por uma grande quantidade de pessoas acima de 60 anos, no caso 650 (100%) pessoas, referente a 13,66% da população.

A grande maioria dos idosos residentes fazem acompanhamento na Unidade de Saúde, já que 72% (468) dos idosos tem acompanhamento em dia com 100% de avaliação multidimensional rápida desenvolvida. A Caderneta do Idoso está disponível para 100% da população, no entanto nem sempre é solicitada nos atendimentos. A patologia de maior prevalência nesta população é a Hipertensão Arterial, com um índice de 45% (292) contra 8,1% (53) de Diabetes Mellitus. Os usuários idosos não saem do atendimento da UBS com consulta de retorno agendada, o que a meu ver pode prejudicar a continuidade

do tratamento e acompanhamento em saúde, bem como sua recuperação. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde desta população se mostram bons, envolvendo os hábitos alimentares com a disposição de consulta nutricional, atividade física com a disponibilidade de educadora física para acompanhamento paralelo. Quanto à avaliação bucal o índice se apresenta deficitário já que a grande maioria dos atendimentos odontológicos é realizada a crianças e adultos. A falta da implantação e uso de um protocolo na Unidade voltado à pessoa idosa, bem como uso de um sistema específico para registro e a revisão das atividades desenvolvidas ao cuidado destes usuários prejudica a investigação de indicadores de fragilização na velhice. O atendimento ao idoso é realizado todos os dias da semana pela equipe multidisciplinar, variando de acordo com a necessidade apresentada. Os atendimentos a idosos com problemas agudos é visível diariamente, havendo também excesso de demanda de atendimento sendo resolvida com agendamentos ou ainda com os atendimentos sendo realizados no dia excedendo a demanda. A Caderneta do Idoso nem sempre é solicitada e utilizada nos atendimentos em saúde, o que a meu ver é ruim já que é uma fonte rica de informações. Os atendimentos domiciliares são realizados semanalmente e sempre que solicitado pelo usuário e/ou familiar. Desenvolver uma atenção voltada aos idosos, além das que envolvem os portadores de HAS e DM é fundamental, partindo de um planejamento, gestão e coordenação das ações que são dispensadas a eles, através de registros específicos, consultas pré-agendadas e reuniões para discutir casos.

Como maiores desafios que minha UBS apresenta vejo a sistematização da assistência em saúde, a implantação de protocolos de atendimento, a contratação de mais pessoal, a responsabilização de profissional específico para alimentação de programas, a melhoria do processo de trabalho de enfermagem, a capacitação continuada da equipe, o desenvolvimento de reuniões com todos os profissionais de forma contínua, a separação das funções de ESF e UBS e a conclusão da reforma da estrutura física para melhor adequar os serviços.

Como melhores recursos, pode-se apontar o vínculo e a colaboração entre os profissionais, a disponibilização de material clínico, o desenvolvimento

de procedimentos ambulatoriais na própria Unidade, a capacidade de atender urgências e emergências visto que não há hospital no município, a disponibilidade de carros de transporte de usuários e para realizar visitas domiciliares. Para mim, praticamente todo o desenvolvimento dos questionários e Cadernos de Ações Programáticas me surpreenderam, visto que estou trabalhando na Unidade há cinco meses e eles me fizeram entender melhor a realidade do município e as reais necessidades clínicas e de estrutura da população e da Unidade.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

Observando situação da ESF/APS em meu serviço, ficou claro para mim que a ESF ainda não se apoderou da função de agregar, democratizar e de ser um eixo condutor de ações voltadas para o ensino-aprendizagem de profissionais e da comunidade que recebe a assistência direta no serviço de saúde, em casa, na rua ou outros locais. Trabalhar com saúde demanda que se mexa em aspectos macroestruturais através de políticas públicas, individuais fazendo com que as pessoas saibam, queiram e possam ser melhores em termos globais de vida, agregando o que chamamos de auto-responsabilização pela sua saúde.

Em quanto à estrutura física da UBS tenho que reconhecer que tive uma melhoria, já que anteriormente se encontrava em plena reforma. Agora conta com cinco consultórios médicos, não sendo suficiente ainda, porque quando coincidem as consultas dos especialistas junto com as consultas dos clínicos gerais elas se tornam insuficientes pelo que temos que adoptar outras salas para fazer as consultas. Se conta ademais com uma sala de vacinas com arquivo que anteriormente não tinha, uma sala de enfermagem com os equipamentos adequados para fazer um bom acolhimento dos usuários quando chegassem à a unidade, uma sala de curativos e administração de medicamentos. Se mantem o mesmo horário estabelecido de atendimento ao igual que o equipamento e o transporte de traslado e ou acompanhamento dos usuários para outras áreas de saúde.

Enquanto equipe de trabalho tenho que dizer que tivemos mudanças já que agora contamos só com uma enfermeira de duas que tínhamos. Se

mantem as reuniões da equipe semanalmente, mas infelizmente ainda não temos uma sala própria. É válido reconhecer que o trabalho de agendamento de consultas a ido melhorando grandemente tendo um maior controle das consultas e organização dos fluxos, mas persiste ainda a demanda espontânea. Além disso melhorou o acompanhamento das crianças e a puericultura, assim como a atenção Pré-natal e puerpério. Tenho que ressaltar que devido a que agora só contamos com dois clínicos gerais as visitas domiciliares foram diminuídas, pois a demanda das consultas que temos na unidade é grande. Ainda apresentamos dificuldade com as ações para orientação sobre os malefícios do tabagismo assim como mantemos morbidade oculta das doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e seu acompanhamento adequado.

Observe que ainda com a realização do projeto de intervenção que estou desenvolvendo, vários idosos não contam com a caderneta de idoso ne sempre é solicitada assim como muitos deles saem da consulta sem agendamento programado, também observe não tivemos melhorias com as consultas odontológicas já que os odontólogos estiveram trabalhando fora da unidade dois meses aproximadamente. Espero que agora com a incorporação deles novamente na unidade melhore o acompanhamento dos idosos e de toda a população de forma geral.

## **2 Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

É considerado idoso em países em desenvolvimento todo indivíduo com 60 anos de idade ou mais, e em países desenvolvidos considera-se a idade de 65 anos ou superior, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). Segundo especialistas o envelhecimento é um processo natural que inicia na concepção e termina na morte. Existem alguns processos, tais como, biológico, psicológico, morfológico, bioquímico e social, que devem ser levados em conta, podendo estes sofrer influências de eventos da existência, enfermidades, hereditariedade, fatores socioeconômicos e hábitos de vida. (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

A população é de 4756 e 1541 famílias cadastradas, apesar de achar que hoje a população é muito superior ao censo realizado pelo IBGE (2010), já que há um aumento na migração principalmente por Ganeses. A estimativa do número de idosos maior de 60 anos ou mais residentes na área é de 650, deles 292(45%) são hipertensos residentes na área; desses 650, apenas 468(72%) são acompanhados na unidade.

No momento contamos com uma boa cobertura nessa população, mas não temos protocolos a serem seguidos apresentando baixíssima cobertura de qualidade. Já em relação à adesão desse público, podemos considerar muito baixa às ações programáticas desenvolvidas, seja por dificuldades técnicas da equipe, seja pela compreensão do processo saúde-doença ainda voltado para o modelo curativo, enfim é um público que precisa ter ações voltadas para eles. As ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas na Unidade, embora agrupem um número considerável de indivíduos nas atividades de lazer e prática de atividades físicas, não são capazes de alcançar, de forma plena e integral, o conceito de “envelhecimento ativo” difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) desde o final da década de 90, que também significa um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Os profissionais de saúde da UBS não utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos e da população de forma geral com estas doenças a outros níveis do sistema de saúde. Não temos registro de hipertensos nem de diabetes mellitus, também não existe nenhum arquivo específico para os registros dos atendimentos dos idosos com estas doenças. Os profissionais não explicam como reconhecer sinais de complicações. Não existe nenhum Programa do Ministério da saúde implantado UBS. As ações que se realizam agora se resumem em a atenção a demanda espontânea destas doenças e atenção às urgências por estas patologias, renovação de medicações e exames complementares. Não temos conhecimento certo como é a adesão dos usuários, e assim, pretendemos com este estudo determinar também esta informação para melhorar o trabalho.

Outros aspectos importantes que justificam este projeto de intervenção é a necessidade de solicitação de exames complementares nas consultas médicas para confirmação de diagnóstico e seguimento, visitas domiciliares a



idosos que não possam comparecer a Unidade de Saúde por dificuldades diversas, o acompanhamento odontológico e realmente fazer uso das ferramentas que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) lança para acompanhamento desta população como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que contem inúmeros dados de fundamental importância para as consultas sejam elas programadas ou não e para que em caso de dúvida do idoso em algumas respostas estão descritas de forma clara e objetiva, bem como o agendamento das próximas revisões médicas e de enfermagem.

Esta intervenção tem uma grande importância porque nos vai permitir obter um real conhecimento do número de idosos, classificando-os também como hipertensos e diabéticos; também podemos criar grupos na comunidade para fazer nosso trabalho de forma mais descentralizada, e assim também fazer o controle adequado que inclui as consultas agendadas, os exames físicos ótimos e complementares além de revisar seus tratamentos de acordo com a classificação, contemplando todos os idosos para fazer atividades de promoção e prevenção da saúde de todos com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida de usuários.

Estamos com a equipe de saúde unida e completa intervindo em cada meta da ação programática. Dentre os insuficientes encontramos alguns materiais para atividades educativas e preventivas como panfletos, cartazes, manequins, macro modelos, escovas dentárias e vídeos, e não considero isso como limitação para fazer o trabalho, só necessitamos ter o apoio de outras instituições, tais como a assistência e serviço social; da secretaria de saúde e representantes de cada Comunidade. Para realização desta intervenção é importante fazer as coisas em equipe, porque contamos com os recursos materiais para fazer um bom controle (esfigmomanômetros em ótimo estado, glicômetros, balança, altímetro, martelo para reflexos e outros para exame físico, só falta oftalmoscópio para fazer fundo de olho), na farmácia temos medicações para tratamento contínuo. Com isto pretendemos conseguir aceitação da população e com a intervenção, trocar suas mudanças de estilos de vida e elevação da qualidade de vida.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo Geral

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti, Nova Araçá/ 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 100%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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% dos 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 quatro meses na Unidade de Saúde Jaime Henry Zucchetti, no Município de Nova Araçá. Devido ao período de férias, foi desenvolvido em um período de doze semanas, ou seja, três meses. Participarão da intervenção 650 os idosos maiores de sessenta anos de idade. O cadastro será realizado de acordo com as visitas domiciliares e cadastros individuais realizados pela equipe de saúde e digitados no E-SUS da Unidade Básica. Será utilizado o Protocolo Do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2013 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília-DF 2013.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

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

##### **Relativas à meta 1.1:**

Monitoramento e avaliação: Usaremos a planilha disponibilizada pelo curso e faremos o monitoramento de todos os idosos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de cada ACS ter uma lista dos de sua micro área. Na reunião de equipe semanal será atualizada a lista de acordo com novos cadastrados feito pelo médico da equipe, ou novo usuário na área, busca ativa do ACS.

Organização e gestão do serviço: Os idosos serão acolhidos na UBS pela equipe que estará disponível a cada turno para receber esses idosos. Os ACS em suas visitas domiciliares farão o cadastramento de todos os idosos que moram na área de abrangência e os encaminharão a UBS para que eles possam ser atendidos e fazer parte da intervenção. Diante das consultas realizadas pelo médico, vamos fazendo a atualização das informações do SIAB.

Engajamento Público: Divulgação pelos ACS, médico e enfermeira em visita domiciliar. Faremos também Entrega de panfleto informativo. Colocaremos cartazes na unidade de saúde. Divulgaremos em meios de comunicação da cidade como, por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica: Em reunião de equipe o médico e enfermeira irão realizar a capacitação para os ACS sobre a busca dos idosos que não estão fazendo acompanhamento em nenhum serviço assim como capacitar a equipe no acolhimento dos idosos e para a Política Nacional de Humanização.

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

##### **Relativas a meta 2.1:**

Monitoramento e avaliação: Através da equipe faremos uma consulta médica completa avaliando os idosos de forma integral, onde será registrado

na ficha espelho e no prontuário do usuário, para podermos fazer o monitoramento.

Organização e gestão do serviço: A médica e a enfermeira organizará uma reunião com a equipe orientando os profissionais da saúde nas suas tarefas dentro da equipe para fazer um bom atendimento nas consultas seguindo os protocolos de atuação assim como manter as consultas médicas com os equipamentos necessários para a realização das mesmas.

Engajamento Público: Faremos grupos de idosos nas comunidades mostrando aos idosos a importância de comparecer a UBS para fazer as avaliações mostrando-lhes como eles irão exercer o controle social.

Qualificação da Prática Clínica: Em reunião de equipe o médico e enfermeira irão à realizar a capacitação dos profissionais para melhorar o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo e como fazer o encaminhamento adequado dos casos que requeiram dele.

### **Relativas a meta 2.2:**

Monitoramento e avaliação: Mediante revisão dos prontuários médicos se revisará como está a realização dos exames clínicos.

Organização e gestão do serviço: O médico orientará os profissionais da saúde e ACS suas tarefas dentro da equipe para fazer um bom atendimento nas consultas seguindo os protocolos de atuação, capacitar como fazer um bom trabalho dos idosos que não tem um exame clínico apropriado assim como a organização da agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades e nos grupos de HIPERDIA sobre temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: Através de curso ensinaremos a equipe de trabalho a fazer uma boa medição dos parâmetros descritos no protocolo para uma boa autenticação dos dados. Além disso, ensinaremos como fazer o registro adequado dos procedimentos clínicos.

### **Relativas a meta 2.3:**

Monitoramento e avaliação: Mediante revisão dos prontuários médicos já sejam eletrônicos ou não.

Organização e gestão do serviço: Orientar aos profissionais e o gestor municipal quais são os principais exames a realizar nesses usuários.

Engajamento Público: Faremos grupos de HIPERDIA e nas comunidades sobre os temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso de capacitação para ensinar a equipe o protocolo que tem que seguir para a solicitação de exames complementares.

#### **Relativas a meta 2.4:**

Monitoramento e avaliação: Mediante a revisão dos prontuários para ver os medicamentos que utilizam e assim garantir que se encontrem na farmácia da unidade.

Organização e gestão do serviço: Será feito a revisão dos medicamentos e o registro das necessidades pela farmacêutica da unidade mensalmente.

Engajamento Público: Faremos grupos de HPERDIA e nas comunidades sobre os temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso para orientar aos profissionais a última atualização do tratamento de estas doenças e como os usuários podem ter acesso aos medicamentos da farmácia popular.

#### **Relativas a meta 2.5:**

Monitoramento e avaliação: Faremos visitas domiciliar para avaliar aos usuários que apresentam estas dificuldades.

Organização e gestão do serviço: Através dos ACS revisará quem são os usuários tenham feito o registro e com a qualidade requerida.

Engajamento Público: Através de grupos nas comunidades sobre o tema de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso de capacitação para orientar os ACS como identificar e cadastrar aos idosos com problemas de locomoção e acamados.

#### **Relativas a meta 2.6:**

Monitoramento e avaliação: A recepcionista e a enfermeira responsável da unidade farão o monitoramento dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Através da recepcionista e enfermeira responsável da unidade será organizada a agenda para visitar os usuários com esses problemas.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades sobre os temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão um curso na reunião da equipe para orientar e capacitar os ACS como tem que ser feito o cadastro, identificação, acompanhamento e reconhecimento dos casos que precisam visita domiciliar.

#### **Relativas a meta 2.7:**

Monitoramento e avaliação: Será feito através da revisão dos prontuários sejam eletrônicos ou não.

Organização e gestão do serviço: Avaliar que os materiais se encontrem em ótimo estado e disponível nas consultas médicas e na sala de triagem e assim melhorar o acolhimento deles.

Engajamento Público: Divulgação pelos ACS em visita domiciliar e grupos nas comunidades; Entrega de panfleto informativo; Colocar cartazes na unidade de saúde. Divulgar em meios de comunicação da cidade como por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão uma capacitação aos profissionais para orientar e demonstrar como se mede adequadamente a pressão arterial.

#### **Relativas a meta 2.8:**

Monitoramento e avaliação: Será feito através da revisão dos prontuários.

Organização e gestão do serviço: Avaliar que o monitor de glicose se encontre em ótimo estado, com a quantidade de fitas necessárias e disponível

na sala de triagem, colocando no prontuário eletrônico a identificação que esse usuário precisa fazer o hemoglicoteste e assim melhorar o acolhimento dele.

Engajamento Público: Divulgação pelos ACS em visita domiciliar e grupos nas comunidades; Entrega de panfleto informativo; Colocar cartazes na unidade de saúde. Divulgar em meios de comunicação da cidade como por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão uma capacitação aos profissionais para orientar e demonstrar como fazer adequadamente o hemoglicoteste.

### **Relativas a meta 2.9:**

Monitoramento e avaliação: Criar uma planilha de tratamento odontológico de idosos na unidade que estarão na consulta de odontologia.

Organização e gestão do serviço: Através da planilha criada organizaremos a agenda de saúde bucal para oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Engajamento Público: Fazer grupos nas comunidades e nos grupos de HIPERDIA junto com a odontólogo da unidade sobre os temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: Será feito pelo odontólogo da unidade um curso de capacitação para os profissionais para ensinar a necessidade de tratamento odontológico em idosos.

### **Relativas a meta 2.10:**

Monitoramento e avaliação: Criar planilha de acompanhamento odontológico em usuários idosos cadastrados na unidade que deverá ter uma cópia na recepção, além de cada ACS ter uma lista dos idosos de sua micro área. Na reunião de equipe semanal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pela odontóloga da equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço: Através da planilha criada faremos a agenda de saúde bucal para brindar o serviço odontológico aos idosos de área de abrangência.

Engajamento Público: Faremos grupos em conjunto com a odontólogo da unidade nas comunidades e os grupos de HIPERPDIA sobre os temas de importância.



Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso de capacitação para ensinar aos profissionais e os ACS como realizar o cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico acordo com protocolo.

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

**Relativas a meta 3.1:**

Monitoramento e avaliação: Se revisarão todos os prontuários semanalmente verificando a periodicidade das consultas acordo o protocolo.

Organização e gestão do serviço: A enfermeira responsável da unidade organizara as visitas domiciliar dos usuários faltosos e dos idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como o agendamento dos idosos provenientes das buscas domiciliares e dos idosos hipertensos atrasados, fara um listagem de todos os hipertensos dando para os médicos e eles se encarregarem de fazer os exames complementares periódicos. Os ACS identificarão mediante as visitas domiciliar os hipertensos de risco para diabetes assim como os médicos farão nas consultas médicas.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades e os de HIPERDIA sobre temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão curso de treinamento na consulta de equipe para os ACS. Orientaremos aos profissionais a periodicidade das consultas acordo protocolo.

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

**Relativas a meta 4.1:**

Monitoramento e avaliação: Revisaremos todos os registros dos idosos para ver se tem a qualidade requerida.

Organização e gestão do serviço: A enfermeira responsável da unidade será a encargada de levar as atualizações do SIAB. Criar-se-á uma planilha de acompanhamento do atendimento aos idosos as quais se encontraram na recepção e nas consultas médicas com responsabilidade da recepcionista e enfermeiras de ver que tenham todos os dados do usuário atualizados, revisando as consultas, os exames complementares, a avaliação

multidimensional rápida e dos demais procedimentos; identificando assim os que estão atrasados para fazer a busca deles.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades e os grupos de HIPERDIA sobre temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso de treinamento para ensinar aos ACS como fazer o preenchimento dos registros na reunião de equipe.

#### **Relativas a meta 4.2:**

Monitoramento e avaliação: Revisaremos que todos os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa para confirmar se tem tenham todos os dados preenchidos referentes ao usuário.

Organização e gestão do serviço: A enfermeira solicitará ao gestor as cadernetas de saúde de acordo a demanda dos idosos cadastrados na área de abrangência.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades sobre tema de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão um curso de capacitação com a equipe da unidade para ensinar o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

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

##### **Relativas a meta 5.1:**

Monitoramento e avaliação: Revisar os prontuários e a caderneta de saúde dos idosos buscando que tenham a avaliação do risco de morbimortalidade.

Organização e gestão do serviço: Os ACS identificarão os idosos de maior risco de morbimortalidade mediante as visitas domiciliares assim como os profissionais nas consultas médicas para priorizar seu atendimento na unidade básica.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades sobre tema de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão curso de capacitação aos profissionais para ensinar como identificar os principais fatores de riscos.

**Relativas a meta 5.2:**

Monitoramento e avaliação: Revisar os prontuários e caderneta de saúde verificando que tenham os indicadores de fragilização na velhice anotados.

Organização e gestão do serviço: Os ACS identificarão mediante as visitas domiciliar os idosos fragilizados na velhice e darão os dados a enfermeira responsável da unidade para priorizar seu atendimento.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades sobre tema de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão curso de capacitação aos profissionais para ensinar como identificar e registrar os indicadores de fragilização.

**Relativas a meta 5.3:**

Monitoramento e avaliação: Revisaremos os prontuários e cadernetas de saúde junto com assistente social da área de saúde para verificar que tenha a avaliação da rede social.

Organização e gestão do serviço: Os ACS identificarão aos idosos com rede social deficiente para dar prioridade nas consultas agendadas e nas visitas domiciliar.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades sobre temas de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira farão curso de capacitação na reunião da equipe para ensinar a equipe como avaliar a rede social dos idosos na reunião da equipe.

**Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos:****Relativas a meta 6.1:**

Monitoramento e avaliação: Identificar nos prontuários e nas cadernetas de saúde os idosos com obesidade/desnutrição assim como revisar que tenham as orientações nutricionais para hábitos alimentares.

Organização e gestão do serviço: Orientarão aos membros da equipe o papel fundamental que tem na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento Público: Faremos grupos junto com a nutricionista da unidade nas comunidades, os idosos e cuidadores orientando os benefícios de ter hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira junto com a nutricionista da unidade a equipe farão curso de capacitação para ensinar as guias alimentares e a orientação nutricional para isso grupos.

**Relativas a meta 6.2:**

Monitoramento e avaliação: Identificar nos prontuários assim como nas visitas domiciliar quais são os idosos que realizam atividade física de forma sistemática.

Organização e gestão do serviço: Orientarão aos membros da equipe o papel fundamental que tem na orientação de atividade física regular. Incitar ao gestor municipal para a realização de atividade física nas comunidades fazendo caminhadas, encontros esportivos, criar círculo de idosos onde a educadora física realizará atividades físicas específicas para eles.

Engajamento Público: Faremos grupos nas comunidades e nas visitas domiciliar sobre tema de importância. Divulgar em meios de comunicação da cidade como por exemplo: rádio, jornais impressos, além de colocar cartazes em comércios do bairro na área de abrangência, em escolas, igrejas, centros comunitários.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e a enfermeira junto com a educadora física da unidade farão curso de capacitação a equipe para ensinar as principais atividades físicas que podem realizar os grupos de HIPERDIA e os idosos tenham ou não dificuldade de locomoção e ou acamado.

**Relativas a meta 6.3:**

Monitoramento e avaliação: Daremos um tempo determinado entre uma consulta médica e outra para dar as orientações necessárias de forma individual.

Organização e gestão do serviço: Faremos em todas as consultas médicas orientações educativas sobre como manter um bom controle da doença, os principais riscos e como prevenir as complicações da mesma atividade, a importância de realizar atividade física e uma dieta balanceada.

Engajamento Público: Faremos grupos nas consultas médicas, nas visitas domiciliares e às comunidades sobre o tema de importância.

Qualificação da Prática Clínica: O médico e enfermeira farão curso de capacitação a equipe para ensinar como orientar aos idosos como manter uma boa higiene bucal e de próteses dentárias.

### 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 100%.

**Indicador:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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.

**Indicadores:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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:** 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**

A logística da intervenção contará com várias ações específicas. Para realizar a intervenção em Melhoria da Atenção dos idosos será adotado o Protocolo Atenção à Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2009, que será impresso duas cópias e estará sempre disponível na Unidade. Como instrumento de obtenção de dados para acompanhar a intervenção será utilizado ficha de espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso; esses instrumentos já foram apresentados à equipe de saúde da Unidade Básica e as fichas dos idosos diabéticos e hipertensos que são utilizadas pelo HIPERDIA também serão um instrumento que a equipe irá utilizar.

Esperamos alcançar com a intervenção 100% dos usuários idosos de nossa comunidade, que corresponde a um total de 650. Faremos contato com o gestor municipal para que ele possa imprimir e nos enviar as fichas espelho da nossa intervenção. Já para o acompanhamento mensal e monitoramento regular da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados em formato Excel. Nessa tabela serão registradas de forma simplificada as informações contidas na Ficha espelho e o seu preenchimento será realizado apenas pelo médico, com periodicidade semanal. Ao final de cada semana, os atrasos serão avaliados e o ACS responsável pelo idoso será alertado para realização de busca ativa, procurando saber o motivo das faltas e já agendando esses usuários de acordo com a necessidade individual.

Sobre as reuniões de equipe, elas serão realizadas semanalmente na Unidade, onde sempre estaremos reciclando a equipe sobre a intervenção, tirando dúvidas que estão surgindo de acordo com o que está sendo realizando, definição dos papéis de cada profissional, se a busca ativa está tendo saldo positivo e quaisquer informações contidas no protocolo que ainda estejam em dúvidas. Cada indivíduo idoso será vinculado a um ACS de acordo

com a sua micro-área, tentando facilitar assim a criação da rede de alerta para as principais dificuldades enfrentadas.

Para organizar e iniciar a intervenção do programa, o registro específico do livro de registro será revisado pela enfermeira identificando todos os usuários idosos residentes na área de abrangência da Unidade Básica que vieram ao serviço nos últimos **três** meses, e que o acompanhamento se encontre ou não ao dia. Com ajuda dos ACSs, a profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações individuais disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando anotações sobre medicações de uso contínuo, fluxograma dos exames laboratoriais, avaliação de risco odontológico, consulta em atraso, fazendo o monitoramento de atividades educativas individuais, e dessa forma já procurando garantir os recursos necessários para seu acompanhamento, diante do que foi registrado.

O cadastramento dos idosos da área da abrangência na Intervenção será feito na unidade básica através das consultas médicas onde se fará a avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) e nas visitas domiciliares. Nessa intervenção vamos identificar e entender o processo de envelhecimento que o usuário está passando, o progresso/diagnóstico de alguma patologia, assim como identificar os riscos que possam ter para hipertensão, diabetes mellitus, o contexto que esse idoso está envolvido, assim como convívio familiar, procurando saber se ele tem alguma limitação de locomoção e sempre solicitando os principais exames complementares periódicos.

O desenvolvimento da intervenção se dará na própria Unidade de Saúde conforme oferta/ procura de serviço e cadastramento da população. A conferência será por meio de relatório, tendo como responsável os ACSs, técnicos de enfermagem, enfermeira e médica de saúde da família. Através da recepcionista e enfermeira responsável da unidade será feita uma agenda para visitar os usuários acamados ou com problemas de locomoção. Os ACSs marcam a visita e a equipe se reunirá para fazer a visita. Durante as consultas, investigaremos quem são os idosos que tem a Caderneta da Pessoa Idosa, aqueles que ainda não possuem, será distribuído com eles, para que todos os

idosos possam portar a mesma não só nas consultas médicas, mas em todos os outros níveis de atenção.

Também será organizada junto ao odontólogo, uma agenda de saúde bucal para garantir a primeira consulta odontológica aos idosos oferecendo atendimento prioritário diante da necessidade, fazendo a parte de atenção em grupo e atendimento individual.

Os grupos de idosos serão formados na Unidade com duração média de 1h e terão o apoio da comunidade para trazer seus familiares idosos, pois é onde faremos orientações necessárias, informando sobre a importância da saúde do idoso, as principais morbidades existentes nessa faixa etária, incluiremos também a saúde bucal, com temas como a Higienização das próteses, além de ouvir a população alvo e suas dúvidas e dificuldades. Nesse conjunto, vamos destacar a importância de haver o engajamento de toda população para a melhoria da atenção à saúde do idoso na comunidade, e aumento da cobertura.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Cadastramento dos idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento em dia dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento de idosos hipertensos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificar a relação existente entre o processo de envelhecimento e o progresso/ diagnóstico da HAS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar a solicitação de exames complementares periódicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir a primeira consulta odontológica aos idosos								X	X	X	X	X



### **3 Relatório da intervenção**

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

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

Durante a intervenção garantimos o monitoramento da cobertura de atenção à saúde do idoso no município de Nova Araçá. Junto com a equipe se realizou a revisão dos prontuários manual e eletrônico (e-sus), tanto da parte médica quanto da parte odontológica.

Na primeira semana da intervenção foi difícil à realização do trabalho segundo o planejado no cronograma do projeto, já que uma parte do pessoal encontrava-se de férias. Devido a isso, a demanda de usuários na unidade foi ficando sobrecarregada nas consultas, por isto as visitas domiciliares e a capacitação dos profissionais não foram feitas; já na segunda semana com a incorporação da intervenção foi realizado tudo como estava previsto e foram desenvolvidos os temas de capacitação os quais ajudaram a esclarecer dúvidas e assim poder obter os dados precisos neste estudo.

Durante as doze semanas da intervenção pude fazer todas as consultas agendadas observando que ao início teve usuários faltosos, mas com o decorrer do tempo foi melhorando sua participação de tal maneira que nas últimas semanas pude avaliar aqueles que por algum motivo não compareceram no momento que foi agendada sua consulta. Isso se deve a boa colaboração dos agentes comunitários de saúde na busca ativa pelos idosos que não compareciam, estimulando-os a não faltar às consultas.

Todos os idosos cadastrados foram avaliados e consegui que muitos entendessem que o importante é manter o acompanhamento na unidade de saúde tanto nas consultas médicas como nas consultas odontológicas, sempre que possível, fazendo a realização dos exames complementares. Assim, dessa maneira, eles conseguiram manter um bom controle dos fatores de riscos e das doenças crônicas para evitar complicações futuras.



Figura 1: Consulta odontológica agendada para avaliação. Nova Araçá/RS, 2015.

Em cada consulta planejada foi utilizada a ficha espelho feita cedida pelo curso para a realização desta intervenção, observando como deficiência que os idosos compreendidos entre as idades de 60 e 65 anos não tinham feito à carteirinha de idoso devido que a mesma não era mais utilizada na unidade, então foi conferindo e preenchendo-as, deixando bem esclarecido a equipe, que se deve fazer a todo usuário com idade maior e igual a 60 anos. E aqueles idosos que não possuíam carteirinhas foram entregue uma carteirinha nova, explicando a eles qual a sua finalidade e qual o conteúdo dela.

Em todas as avaliações dos usuários foi falada a importância de sempre trazer a consulta à carteira de idoso, já que aí vai se preencher os principais dados para logo ter um bom seguimento deles e ao mesmo tempo o médico poderá avaliar e comparar de forma adequada entre uma consulta e outra.

Fui observando também, que muitos idosos estavam com atrasos nos exames complementares e que apesar de ter o diagnóstico de hipertensão com tratamento assim como os que não são hipertensos tinham a pressão arterial acima de 135x80mm/hg, o que me chamou a atenção e sugere que temos morbidade oculta nossa população em relação a esta doença. O que quer dizer que temos que melhorar na anamnese e exame físico em todos os usuários maior e igual de 15 anos.



Outra deficiência encontrada nas primeiras semanas foi na farmácia, onde achei cadastros duplicados e dados incompletos, bem como a utilização incorreta de alguns medicamentos. Alertei a farmacêutica e a técnica de farmácia para tais problemas no sentido de ajudar na organização do serviço e aos poucos já observa uma melhor compreensão e execução das tarefas.

Este fato em relação à atenção farmacêutica foi algo a mais que encontrei e não estava previsto nas ações, que era apenas averiguar se o usuário fazia uso ou não de medicamento da farmácia popular; porém, resolvi complementar, com a investigação destes cadastros da unidade, que depois foram repassados para a equipe responsável.

Observei que a maioria dos idosos estava com atraso nas consultas, outros por ter próteses dentárias não compareceram mais ao serviço odontológico, além disso, notei que os usuários acamados e com dificuldade de locomoção não tem um bom acompanhamento devido que eles não podem comparecer a unidade. A dentista me falou que o acompanhamento deles é difícil, pois demanda visitas domiciliares e não temos uma técnica em saúde bucal, também não possuímos consultório portátil para atender os usuários a domicílio.

A cada semana foi feito o cadastramento dos idosos, fazendo sua avaliação multidimensional, com seu acompanhamento em dia, assim como fiz também o cadastramento por área de abrangência identificando a relação existente entre o processo de envelhecimento e o diagnóstico da hipertensão arterial. Durante todo este tempo teve um aumento na incidência desta doença, já que aumentou o número de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial os quais foram acompanhados e começaram a tomar medicação de forma contínua tendo boa adesão ao tratamento inicial, relataram as agentes comunitárias de saúde que estão gostando de participar do projeto e estão se sentindo valorizados ainda mais.

Como tinha falado ao início, na primeira semana foi bem difícil fazer as visitas domiciliares aos idosos acamados e com dificuldade de locomoção, mas nas seguintes, junto com a enfermeira, todas as visitas planejadas se realizaram. Todos sabemos que as visitas domiciliares aportam dados importantes e como é a realidade, como moram nossos usuários, como é a

dinâmica familiar, já que nas consultas médicas muita desta realidade vai ser ocultada.

Além disso, foram retomadas novamente as atividades educativas, as quais são de grande importância devido que os usuários podem conhecer sobre suas doenças, suas complicações e como podem manter um bom controle das mesmas, assim como esclarecer as dúvidas que possam ter. Nessas atividades tive a ajuda de outros colegas, como o cardiologista, que participou em uma das semanas, explanando todo seu conhecimento na área. Além disso, expliquei que a hipertensão arterial é uma doença crônica que não tem cura, e que o tratamento deve ser de forma contínua para evitar complicações; sobre tudo, doenças cardiovasculares, sendo elas as mais frequentes no dia a dia. Em outras semanas, também participou a nutricionista, relacionando seu trabalho com a hipertensão e o diabetes; e a educadora física que demonstrou de forma prática como manter um adequado peso corporal e os principais exercícios físicos que nossos usuários podem realizar, sejam acamados, com dificuldades de locomoção ou não.

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

De uma forma geral, todas as ações propostas no projeto puderam ser realizadas de forma integral. A única ação que foi desenvolvida de forma parcial, mas depois finalizada, foi à capacitação da equipe, devido as férias.

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

Algumas dificuldades foram encontradas na realização da planilha, mas que hoje não existe mais. Em relação ao cálculo dos indicadores, apresentei dificuldades na interpretação, porém obtive ajuda de minha orientadora.

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

Fico feliz de ver como minha intervenção foi muito produtiva, pude realizar conforme o planejado no cronograma, ver como a equipe se integrou ao projeto e desta maneira melhorou o acolhimento e acompanhamento dos idosos, e dessa forma conseguimos fazer o que foi proposto e melhorado em algumas deficiências encontradas até agora; esperando que tudo se mantenha da mesma forma para poder alcançar meus objetivos com a realização do projeto de intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos”.

Considero bastante viável a implantação da intervenção na unidade, uma vez que já estamos trabalhando satisfatoriamente com esse grupo e sabendo que a população idosa é uma das prioridades do Ministério da Saúde.

Finalizando creio que tenha realizado uma ótima intervenção na unidade. A equipe está totalmente engajada no mesmo objetivo que é o de melhorar a saúde dos idosos do município. As agentes comunitárias de saúde tiveram em meu ponto de vista, uma grande evolução de sua autonomia, para a busca ativa dos idosos com possível potencial de risco.

Os indicadores do projeto ficaram bastante satisfatórios com a ajuda de toda a equipe, todos dentro do esperado. Com certeza, a partir disso, a capacitação da equipe será contínua, os grupos e palestras também. Além dos trabalhos realizados de forma multidisciplinar na unidade e principalmente nas comunidades. Isso é muito relevante devido principalmente ao fato do aumento dos índices de expectativa de vida da população em nossa região, que é muito feliz e saudável.

#### **4 Avaliação da intervenção**

##### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada entre os meses de abril e junho de 2015. A intervenção teve como objetivo melhorar A Atenção à Saúde dos idosos, na UBS Centro Municipal de Saúde Jaime Henry Zucchetti, Nova Araçá/RS. Na área adstrita à UBS seguindo o cadastramento do SIAB, existem 650 idosos na faixa etária de 60 anos ou mais.

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 100%.

No início da intervenção ao analisarmos o primeiro mês, o número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa contemplou 33,5% (218) dos idosos. No segundo mês obteve-se um indicador de 71,7% (466) e no terceiro mês o indicador chegou a 100% (650) conforme figura 2. Durante os dois últimos meses da intervenção um número maior manifestou interesse pela realização do projeto, confirmando as ações

implantadas de divulgação de informações sobre a importância da atenção à saúde dos idosos.

A ação que mais auxiliou na ampliação da cobertura do Programa de Saúde do Idoso foi o cadastramento de todos os idosos que moram na área de abrangência e o encaminhamento a UBS por parte das ACS em suas visitas domiciliares para serem atendidos, assim como as consultas realizadas pelo o médico as quais favoreceram na atualização das informações do SIAB.

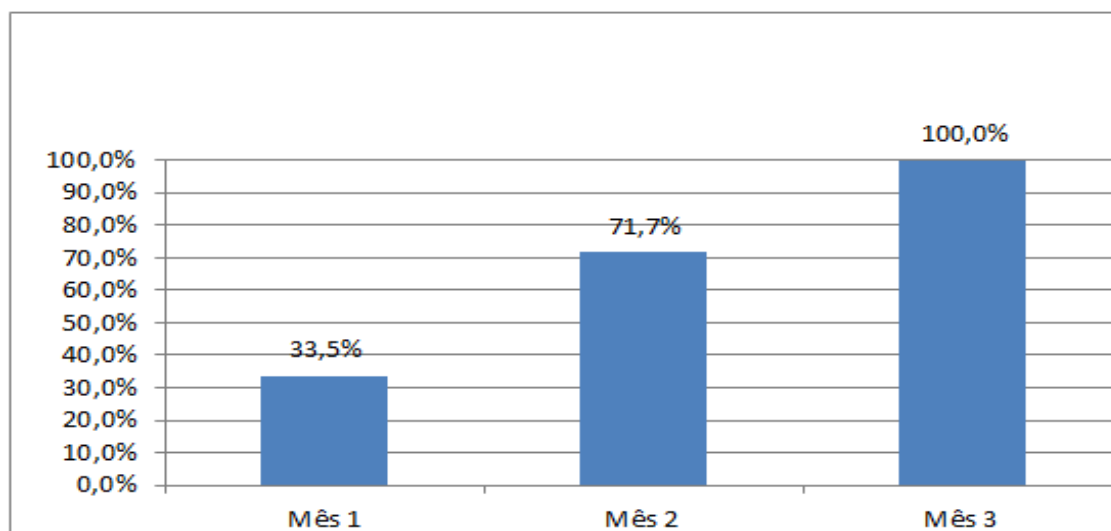


Figura 2. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Nova Araçá/ RS, 2015.

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.

Seguindo a análise, idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na UBS mostrada na figura 3, foram bons. No primeiro mês de intervenção foram 89,9% (196). No segundo mês, a soma foi de 95,3% (444) e no terceiro, 628 chegando a 96,6% dos avaliados ao final da 12ª semana. O monitoramento da avaliação dos idosos de forma integral e o preenchimento dos dados na ficha espelho e no prontuário do usuário auxiliam a meta atingida. Além disso, contamos com o apoio da equipe, com uma boa realização das consultas seguindo os protocolos de atuação e com os equipamentos necessários nas consultas médicas para a realização das mesmas.

Faltaram 22 idosos para completar o 100%, que foi devido ao fato de serem os idosos mais jovens, que ainda trabalham, possuem uma vida ativa e não quiseram faltar as suas atividades laborais para participar da intervenção, mesmo com a abordagem da ACS e da busca ativa.

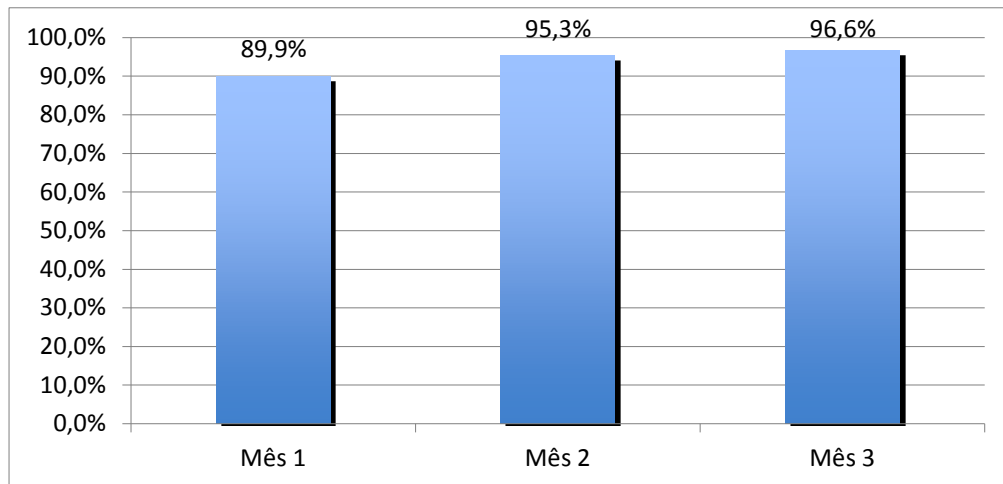


Figura 3. Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

**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.

Na figura 4 mostra os idosos com exame clínico em dia podemos ver que no primeiro mês o indicador foi baixo, com um 89,4% (195), mas, nos últimos dois meses ele foi aumentando desde um 94,8% (442) no segundo mês até chegar a 96,3% (626) no terceiro. A meta de realizar exame clínico em 100% das consultas, não foi atingida durante os três meses de intervenção. O resultado do indicador apesar de ter uma boa melhoria no último mês, demonstrou que devemos aperfeiçoar os atendimentos nas consultas, a busca ativa dos idosos que não tem um exame clínico apropriado assim como na organização da agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos.

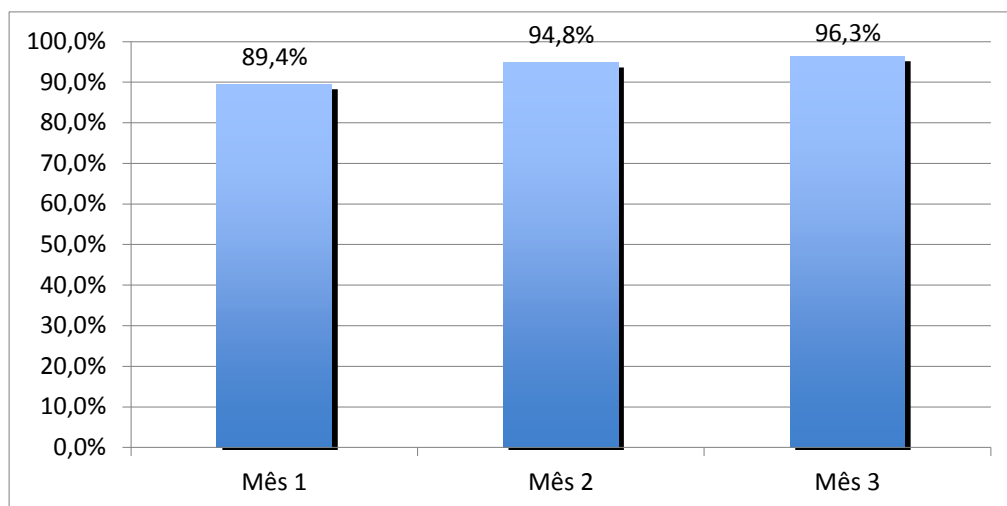


Figura 4. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Para obtenção dos dados de solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, nos auxiliamos na revisão dos prontuários médicos manuais e eletrônicos onde podemos observar que no primeiro mês em 87,8%(130) idosos hipertensos e/ou diabéticos tinham os exames complementares periódicos em dia, no segundo mês o indicador contemplou um 83,0%(244) e no terceiro mês a soma chegou a 82,1%(280)(figura 5), demonstrando a porcentagem neste mês foi inferior aos dois meses anteriores, porém com número crescente de solicitações de exames. Porém a meta traçada não foi atingida, o que nos revela que devemos trabalhar mais na conscientização dos usuários sobre a importância que tem a realização dos exames segundo o protocolo.

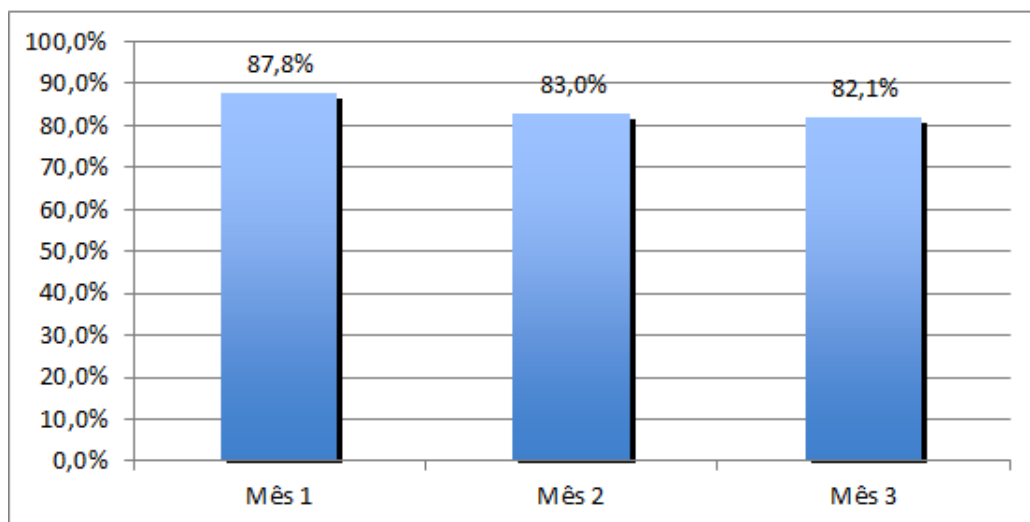


Figura 5. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

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

No decorrer da intervenção se supervisionou a farmácia da unidade revisando os medicamentos e o registro das necessidades, assim como os cadastros dos idosos que tomam medicamentos de uso contínuo. A mesma cumpre com as necessidades observadas na Unidade. O resultado dos indicadores mostrou que nem todos os idosos têm prescrição medicamentosa na farmácia popular, alguns porque não são hipertensos e/ou diabéticos e outros porque procuram os medicamentos nas farmácias externas à unidade. Analisando os números na figura 6, no primeiro mês o indicador mostrou que o 100% (218) da mostra estudada tinha prescrição de medicamento da farmácia da unidade, mas no segundo mês a soma foi de um 93,6% (436) e no terceiro mês contemplou um 85,2% (554); o que demonstra que esses usuários que não tiveram sua prescrição, não necessariamente tinham alguma doença crônica ou utilizaram outra farmácia.

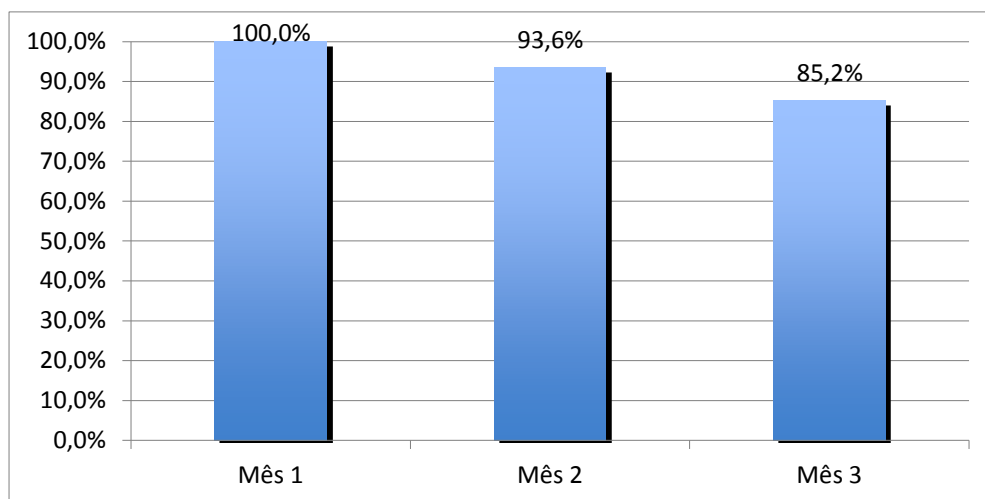


Figura 6. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Nos três meses da intervenção conseguimos fazer 100% (54, 74 e 85) do cadastro de todos os idosos acamados ou com problema de locomoção da área de abrangência. Isso foi feito com ajuda das ACS através das visitas domiciliares, assim como pela médica e a enfermeira da ESF. Além de revisar que todos eles tiveram o registro com a qualidade requerida.

**Meta: 2. 6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Como podemos observar, a meta de realizar o 100% da visita domiciliar a todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção não foi atingida, já que vários usuários com problemas de locomoção vieram ao centro de saúde para ser avaliados, mediante as consultas médicas, sem precisar das visitas, possibilitando assim, melhor interação com toda a equipe multidisciplinar e o sentimento de valorização por parte dos usuários, que se sentem acolhidos na unidade; não sendo assim com os usuários acamados, os quais sim foram visitados e tiveram uma avaliação multidisciplinar. Dessa forma obtivemos no primeiro mês 90,7% (49), no segundo 89,2% (66) e no terceiro mês 90,6% (77) de visitas domiciliares realizadas (Figura 7).



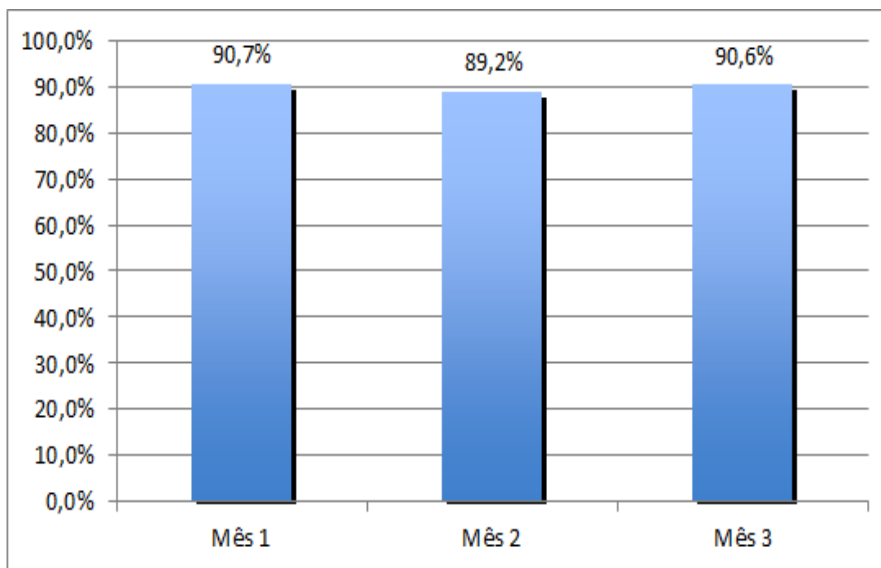


Figura 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Durante as consultas agendadas, foi verificada a pressão arterial em todos os idosos, hipertensos ou não, que compareceram a unidade. Mesmo assim não foi conseguido o rastreamento em 100% deles, já que tivemos usuários faltosos, mais foi marcado no primeiro mês, com 87,2%(190), no segundo mês foi de 91,2%(425) e no terceiro chegou a 93,7%(609) do total. Observando que o indicador teve um aumento neste último mês devido as ACS estarem avisando sobre as consultas marcadas (Figura 8).

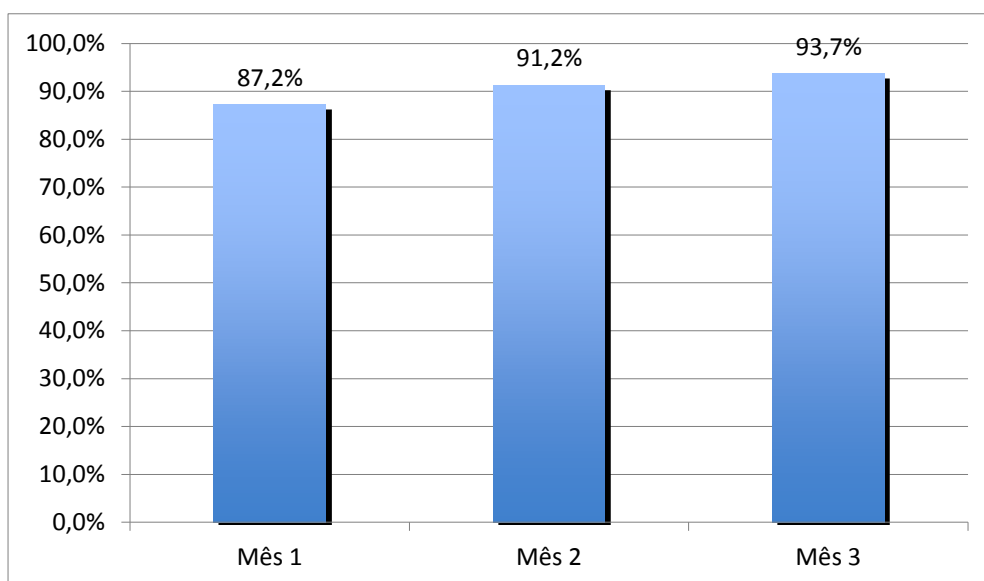


Figura 8. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Nova Araçá/RS, 2015.

**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).

A proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes foi diminuindo de acordo foram passando os meses, podendo observar que no primeiro mês o indicador foi de um 97,6%(123), no segundo mês desceu a um 91,3%(251) para chegar a 75,1%(284) no terceiro (Figura 9). Isso se deve que muitos usuários não tinham o diagnóstico de hipertensão, mas foi observado nas consultas, que vários deles tinham a pressão arterial acima de 135/80 mmHg, dando a conhecer a morbidade oculta de hipertensão arterial que tínhamos na nossa população, aumentando assim o índice de hipertensos sem diagnóstico evidente.

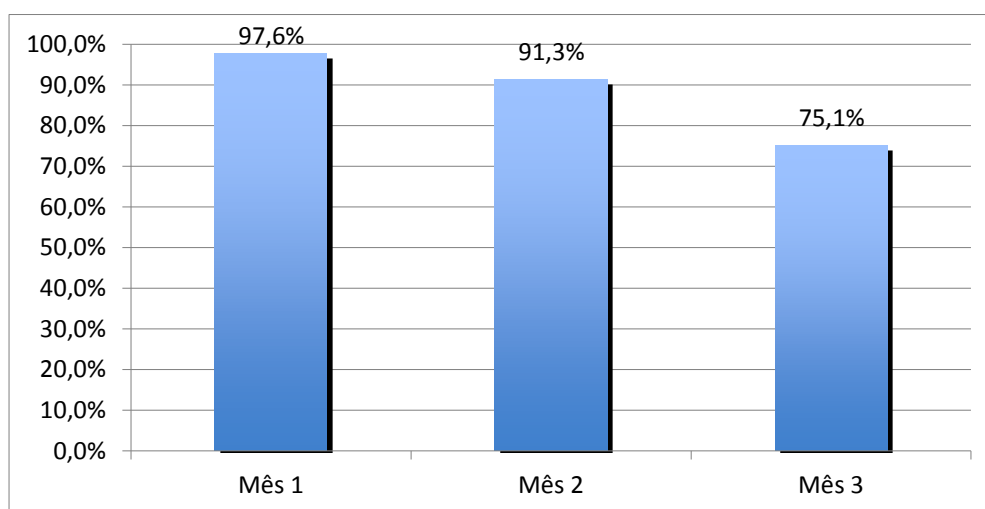


Figura 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Na intervenção não foi feita a realização da avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Este indicador foi prejudicado devido ao fato que nos usuários acamados ou com problemas de locomoção não se pode cumprir. Por tanto a figura 10 mostra que no primeiro o indicador foi de 94%(205), no segundo mês de um 94,2%(439) e no

terceiro mês foi de 95,8% (623), mas consideramos que o avanço foi muito significativo.

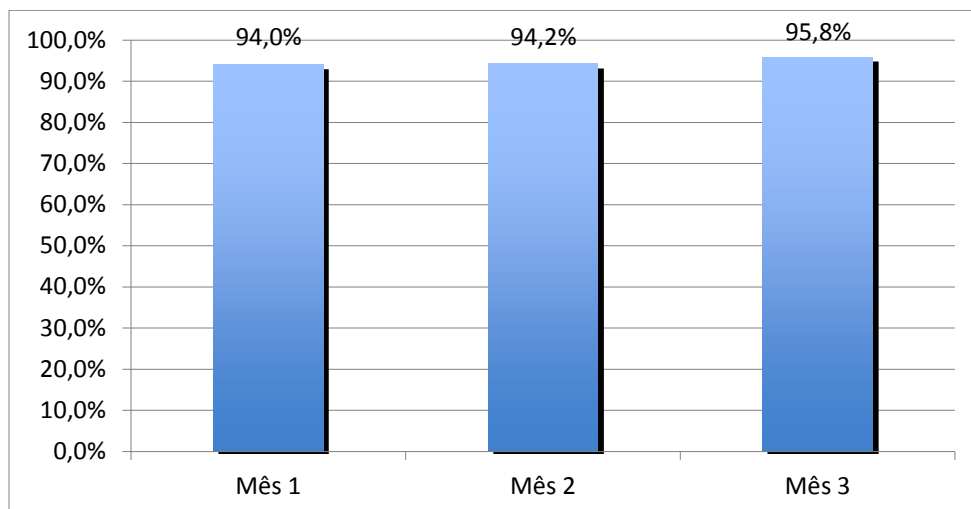


Figura 10. Proporção de idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Apesar de que fizemos a programação da primeira consulta odontológica para todos os idosos, a meta não foi atingida. Nossa unidade conta com um consultório odontológica bem equipado para manter o acompanhamento adequado nos usuários. O indicador demonstrou que durante os três meses se manteve entre o 94,5% (206) no primeiro mês, 96,4% (449) no segundo mês chegando à 97,4%(633) dos avaliados (Figura 11). Dentro das dificuldades encontradas pela qual o indicador não foi de 100% temos a ausência de alguns usuários por se encontrar trabalhando e aqueles que fazem uso exclusivo de próteses dentárias os quais por desconhecimento não achavam que fosse necessário esta avaliação.

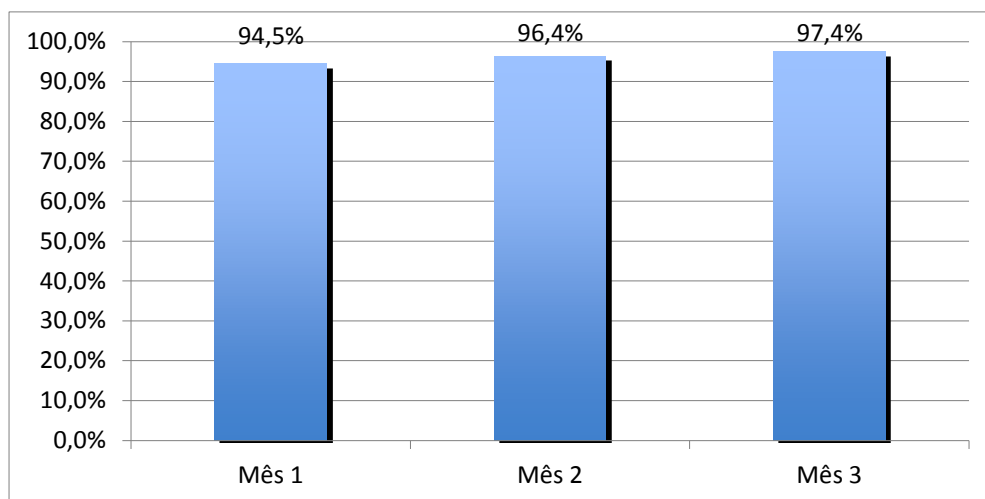


Figura 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Nova Araçá/RS, 2015.

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

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

A meta de realizar a busca ativa em 100% dos idosos faltosos às consultas programadas não foi atingida. Os usuários que não compareceram, foram visitados pelas ACS de sua localidade para garantir assistência à unidade de saúde. Esta ação mantém um seguimento periódico pela responsável da equipe de saúde (a enfermeira) nas reuniões efetuadas semanalmente com as ACS na UBS, oferecendo os nomes dos usuários faltosos e dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, organizando as visitas domiciliares, assim como o agendamento dos idosos provenientes das buscas domiciliares e dos idosos hipertensos atrasados. Pelo que o estudo demonstrou no primeiro mês 91,3%(105) receberam a busca ativa, já nos dois últimos meses tivemos um aumento significativo de um 95,4%(207) no segundo mês e 96,6%(283) no terceiro mês (Figura 12).

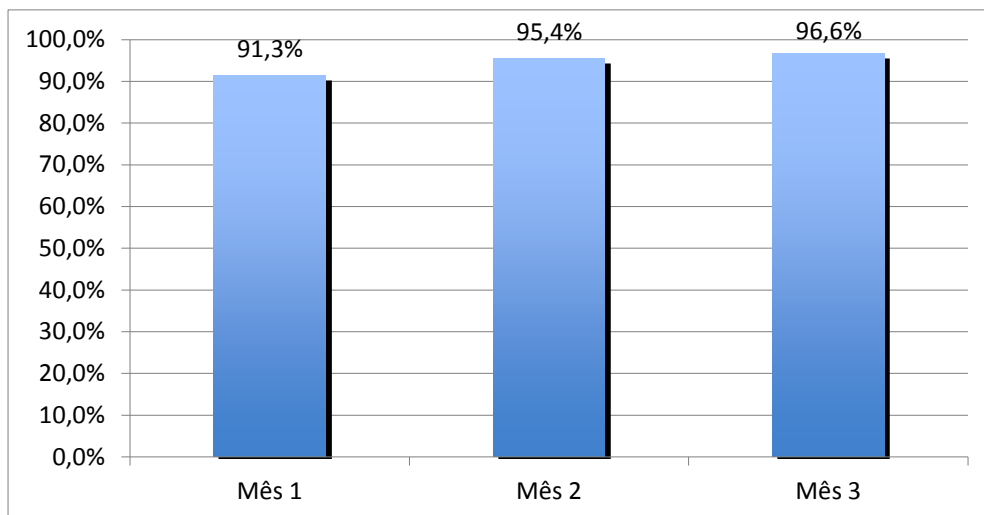


Figura 12. Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa. Nova Araçá/RS, 2015.

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

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

Para a melhoria do registro específico das pessoas idosas foi utilizada a ficha espelho cedida pelo curso para os usuários idosos, na qual foram preenchidos os dados correspondente de cada um deles, obtidos mediante as consultas, os exames complementares, a avaliação multidimensional rápida e dos demais procedimentos, e ao mesmo tempo fomos atualizando o SIAB. No primeiro mês se observou que só 88,5%(193) estavam em dia e com a qualidade requerida, no segundo mês foi de um 90,1%(420) e no terceiro só aumentou até 92,9%(604), pelo que chegamos à conclusão que ainda temos muito que fazer para melhorar o indicador (Figura 13).

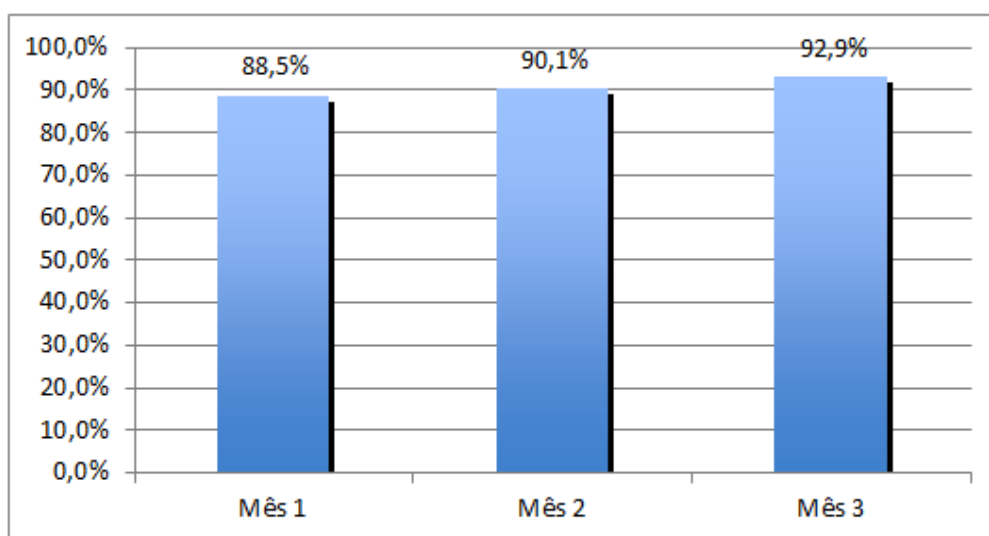


Figura 13. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Como todos sabemos, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, é um dos documentos mais importantes que todos os idosos devem ter quando chegam aos 60 anos de idade. Na minha unidade não se estava cumprindo com esse indicador, pois em todos os meses de avaliação os idosos acima de 60 anos não tinham a caderneta, e os que tinham, elas não estavam atualizadas com os dados referentes ao usuário, a maioria estavam incompletas. Com a realização deste projeto foram distribuídas as mesmas e atualizadas ao mesmo tempo aqueles que já possuíam, sendo entregues a todos os usuários e esclarecendo-lhes que sempre devem portar elas em cada avaliação sistemática segundo estabelecido no protocolo de atenção à saúde do idoso. Porém, durante os três meses da intervenção o indicador oscilou em 69,3%(151), 63,1%(294) e 64%(416) do total da mostra estudada, obtendo o pior resultado de todos os indicadores estabelecidos, pois já no final da intervenção a caderneta faltou (Figura 14).

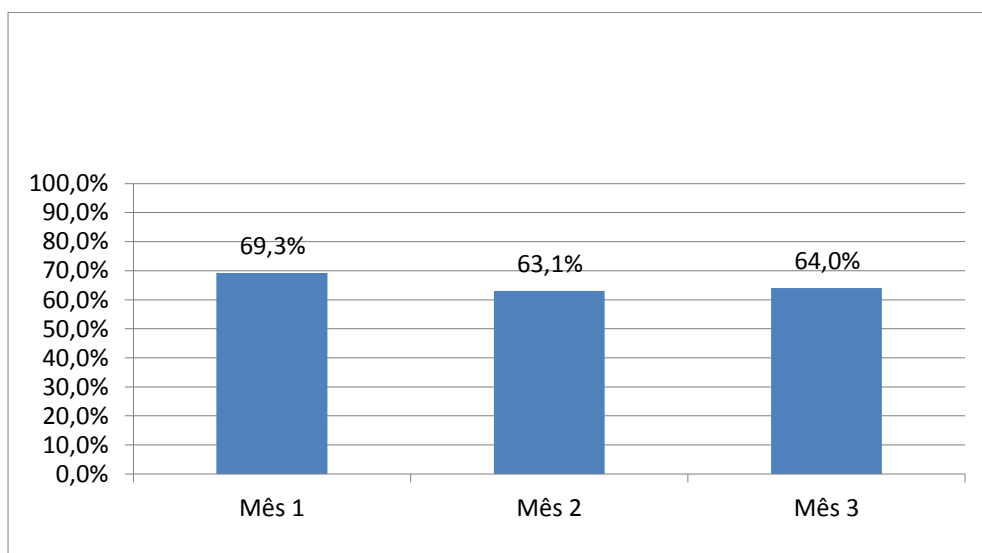


Figura 14. Proporção de idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Nova Araçá/RS, 2015.

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

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

Apesar que não foi conseguido rastrear o 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, pudemos observar na figura 15 que o indicador se manteu por acima do 93,1%(203) das mostras estudadas no primeiro mês, 94%(438) no segundo mês e chegando à um 95,7%(622) no terceiro. Isso foi devido a que muitos usuários não tinham as consultas médicas nem os exames complementares em dia.

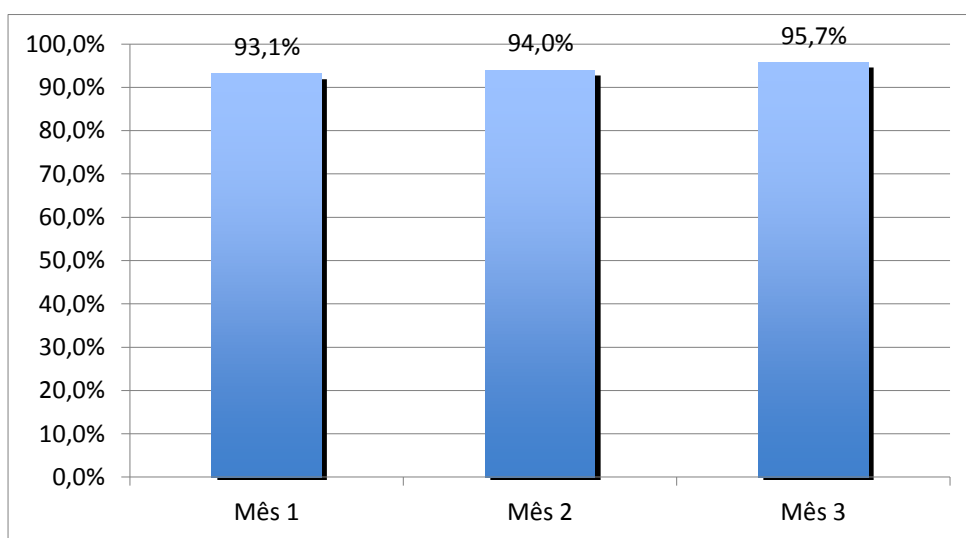


Figura 15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

**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.

A proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice observado na figura 16 foi de 89,9%(196) no primeiro mês e nos dois últimos meses esteve entre um 92,5%(431) e 94,6%(615), porém a meta não foi atingida, já que vários usuários não tinham atualizados os indicadores de fragilização tanto nos prontuários nem nas cadernetas de saúde. Podemos observar os indicadores da avaliação de rede social são bastante similares aos indicadores da fragilização da velhice, com 89,4%(195) no primeiro mês, 92,3%(430) no segundo mês e 94,5%(614) no terceiro mês conforme a figura 17, devido às mesmas dificuldades expostas anteriormente.

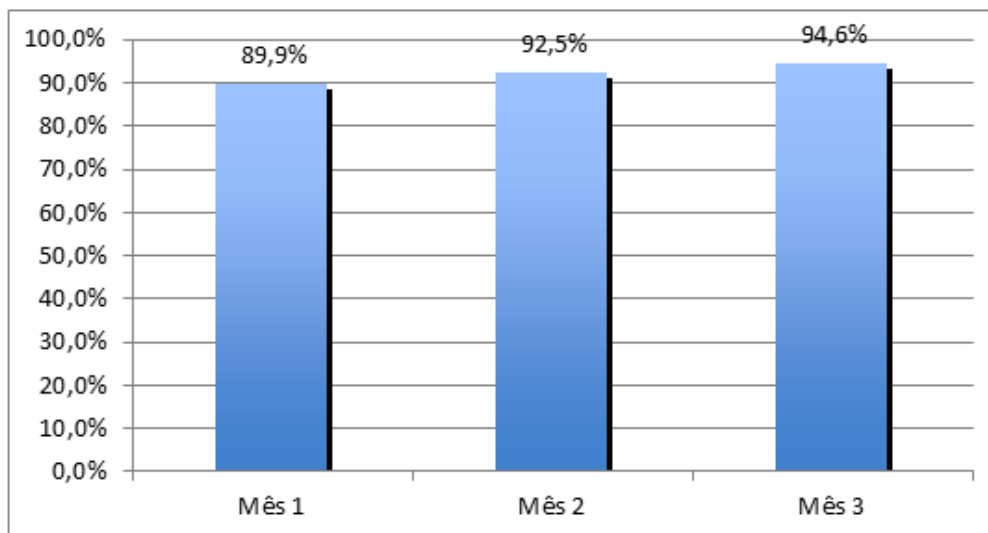


Figura 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

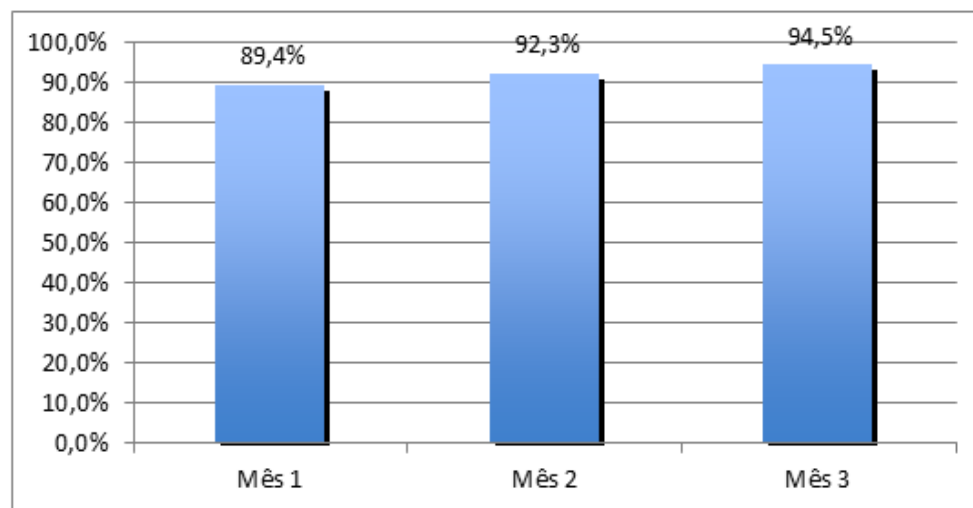


Figura 17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

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

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

A proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis foi aumentando de acordo com o passar dos meses. O indicador esteve entre um 93,6% (204) no primeiro mês, no segundo foi de 94,2%(439) e 95,8%(623) no terceiro (Figura 18). Em todas as consultas planejadas e nas palestras feitas pela nutricionista da unidade, se explicou a importância que tem de manter bons hábitos alimentares já que assim eles podem prevenir possíveis complicações futuras e ao mesmo tempo diminuir os



fatores de risco como a obesidade e dislipidemias que tanto temos hoje em dia nossas comunidades.

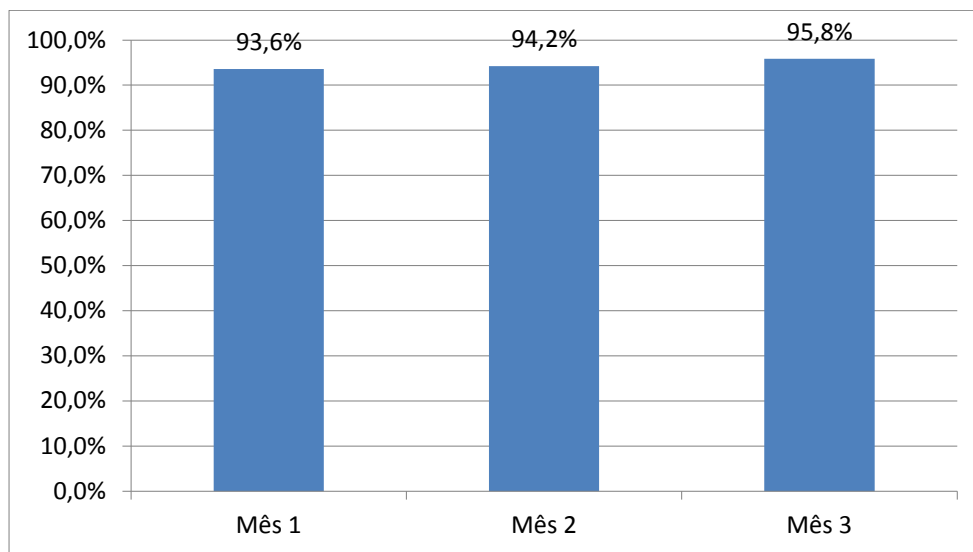


Figura 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Foi orientado mediante as consultas médicas, as visitas domiciliares e as palestras, a importância sobre a prática de atividade física de forma sistemática em todos os idosos, idosos acamados ou com problemas de locomoção, para assim garantir uma melhor qualidade de vida. Com a revisão dos prontuários e o interrogatório nas consultas e visitas domiciliares, pudemos ver que temos usuários que levam uma vida sedentária, já que não praticam nenhum tipo de atividade física. Pelo que foi combinado junto com a orientadora física e o gestor municipal a realização de atividades físicas incitando a todos os cidadãos a participar das mesmas, assim como criar um grupo de idosos onde a educadora física realizou atividades físicas para eles. Dessa forma podemos dizer receberam orientações sobre a prática de atividade física no primeiro mês 92,7%(202), no segundo 93,8%(437) e no terceiro mês 95,5%(621) (Figura 19).

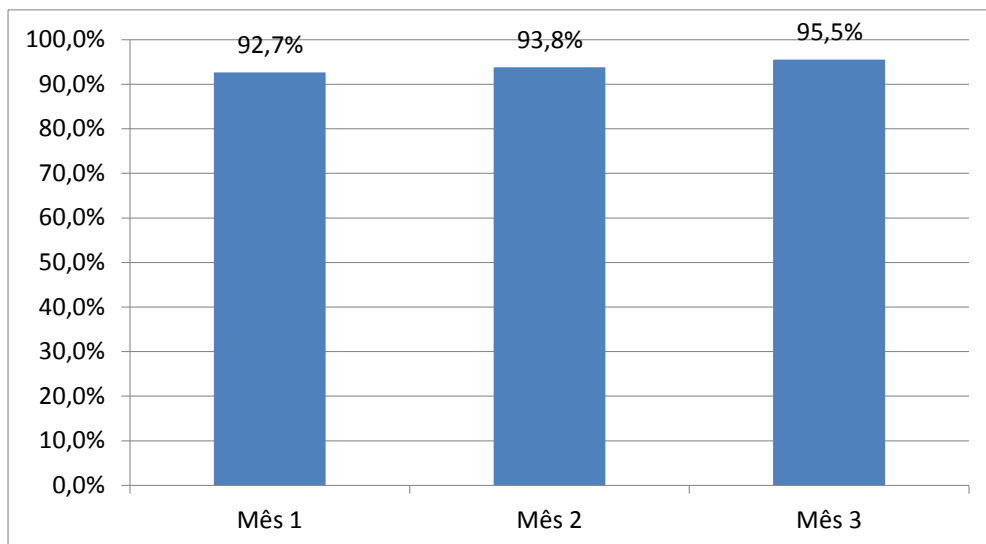


Figura 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Nova Araçá/RS, 2015.

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

Ao início da intervenção, no primeiro mês observamos que uma grande maioria dos idosos não tinham as orientações individuais de cuidados de saúde bucal, obtendo como indicador um 91,7% (189), mas com o decorrer do tempo fomos orientando em todas as consultas quais eram os principais riscos e como prevenir as complicações mais frequentes que podem aparecer nos idosos que tem hábitos tóxicos, como o consumo de álcool e cigarro, fazendo que eles consigam diminuir os mesmos, chegando a 94,4%(424) no segundo mês e ao terceiro mês 96,1%(608) do total de idosos atendidos (Figura 20).

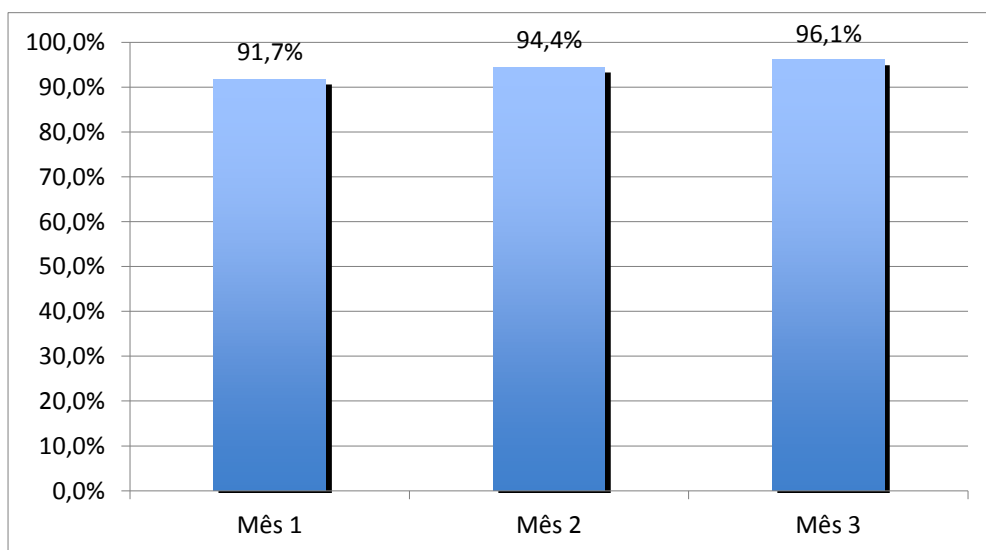


Figura 20. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Nova Araçá/RS, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção na minha UBS propiciou a ampliação da cobertura do programa de Atenção à Saúde do Idoso, consegui de forma satisfatória atingir o objetivo, fazendo parte dos programas de saúde da UBS, de todos os grupos, das palestras e dos projetos que englobaram a equipe multidisciplinar como um todo. Toda a equipe se envolveu nessa melhoria e a comunidade ficou bastante agradecida com a intervenção.



Figura 21: Grupo de saúde na comunidade – integração da equipe com os usuários. Nova Araçá/RS, 2015.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, acolhimento, cadastramento e atendimento clínico dos idosos no Programa de Atenção à Saúde da pessoa Idosa, assim como da periodicidade e importância da realização dos exames complementares e avaliação odontológica periodicamente na população. Também foram garantidos novos conhecimentos sobre a prevenção das principais complicações que podem aparecer na hipertensão arterial e diabetes mellitus e estratégias de combate aos fatores de risco para com estas doenças.

Estas atividades promoveram o trabalho integrado da médica, que realizou as consultas médicas, englobando nelas a avaliação multidimensional do usuário e a solicitação dos exames complementares periódicos; a

enfermeira, auxiliou a médica na parte da avaliação multidimensional do usuário tanto na unidade, quanto nas visitas domiciliares e no que se refere a gestão da busca ativa dos usuários; as ACS fizeram efetivamente a busca ativa dos usuários faltosos e auxiliaram na identificação dos principais fatores de risco desse grupo; as auxiliares e técnicas de enfermagem, ajudaram com o acolhimento dos usuários e acompanharam algumas visitas domiciliares; e a recepcionista fez o agendamento dos usuários para as consultas na unidade e o agendamento das visitas domiciliares, também o agendamento de consultas para os usuários faltosos ou com atrasos na realização de exames, além do preenchimento das fichas. As mesmas acabaram tendo um bom impacto também no serviço em relação ao atendimento integral nos usuários idosos, através das consultas de medicina geral, odontológica e visitas domiciliares, e uma maior participação dos idosos nos grupos de educação para a saúde.

Antes da realização desta intervenção, as atividades relativas ao Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa eram muito focadas somente na enfermeira da ESF. Depois da intervenção a equipe se uniu mais, conseguiu fazer um multidisciplinar, onde vários profissionais começaram a interagir e fazer parte de forma atuante da equipe, como por exemplo, a parte de nutricionista, odontologia, e outras especialidades que atuam no centro de saúde e hoje os idosos reconhecem que está sendo bem tratado pelo fato de passar por vários profissionais que avaliam sua saúde.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade, ainda temos que continuar trabalhando para garantir melhores indicadores de cobertura e qualidade no programa. Os idosos que realizaram o acompanhamento na unidade demonstraram grande satisfação com a prioridade no atendimento. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos idosos que estão com atraso na realização das consultas médicas e odontológicas e dos exames complementares periódicos. Nas visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi verificado que muitos não têm constância da realização desses exames. Mesmo assim, ela permitiu garantir que a população elevasse seus níveis de conhecimentos sobre os principais fatores de risco e as complicações mais frequentes que ocorrem nessa idade e nas doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus, enfatizando por sua

vez que os usuários tenham consciência e mais responsabilidade com sua saúde.

Acredito que um dos aspectos que dificultou a intervenção foi a não discussão prévia das atividades, desde análise situacional, junto com a equipe. Poderia também, ter articulado com a comunidade, para explicar os critérios de priorização da atenção. Mesmo assim, a equipe está mais integrada; e agora com a incorporação da intervenção à rotina do serviço, terá condições de superar algumas dificuldades encontradas e planejar melhores ações na melhoria da saúde dos idosos.

Com a incorporação da intervenção à rotina do serviço, vamos priorizar a atenção aos idosos, ampliando a conscientização da comunidade para isto. Notamos que o não cumprimento da periodicidade da realização das consultas médicas segundo o protocolo e a pouca organização das visitas domiciliares para busca dos idosos faltosos, foram prejudicando a coleta dos dados do programa e a evolução favorável dos indicadores. Com a revisão periódica dos prontuários, sejam eletrônicos ou não e das cadernetas da pessoa idosa, vamos coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. Também será necessário manter um controle mensal das ações de planejamento, gestão e coordenação do Programa de Atenção à Saúde da pessoa Idosa na UBS. Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa da Atenção Pré-Natal e a Saúde da Criança.

## 5 Relatório da intervenção para Gestores

Prezados gestores,

Reconhecemos que a qualidade dos serviços de saúde durante a intervenção permitiu melhorar a Atenção à Saúde dos Idosos, na UBS Centro Municipal de Saúde Jaime Henry Zucchetti, Nova Araçá/RS. Para obter bons resultados no município foi necessário à realização da Análise Situacional, ferramenta de gestão na APS que permitiu avaliar o comportamento dos indicadores de saúde do programa, assim como a identificação dos fatores de risco em idosos hipertensos e/ou diabéticos existentes na população alvo.

Para a realização da intervenção foi elaborado um cronograma de ações que foram desenvolvidas durante 12 semanas, onde a participação da ESF e de outros profissionais da UBS, assim como da secretaria de saúde foram importantes. O apoio do gestor municipal também foi relevante para dispor das 650 fichas espelhos necessárias para o desenvolvimento do projeto e com o apoio da equipe, com uma boa realização das consultas seguindo os protocolos de atuação e com os equipamentos necessários nas consultas médicas para a realização das mesmas.

Durante a primeira semana a médica apresentou o projeto para representantes da comunidade e do Conselho Municipal de saúde. Esta tarefa foi necessária para o desenvolvimento das ações em saúde planejadas no cronograma e para a solicitação do apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura dos idosos atendidos no programa e de esclarecer aos usuários sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Também as primeiras quatro semanas da intervenção coincidiram com a realização de tarefas construtivas na UBS, o que permitiu melhorar sua estrutura física e oferecer serviços de mais qualidade.

No início da intervenção ao analisarmos o primeiro mês, o número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa contemplou 33,5% (218) dos idosos. No segundo mês obteve-se um indicador de 71,7% (466) e no terceiro mês o indicador chegou a 100% (650). Dos idosos com exame clínico em dia podemos ver que no primeiro mês o indicador foi baixo, com um 89,4%(195), mas, nos últimos dois meses ele foi aumentando

desde um 94,8%(442) no segundo mês até chegar a 96,3%(626) no terceiro. Mostrando a importância em estar envolvendo esse público em nosso atendimento diário.

Nos três meses da intervenção conseguimos fazer 100% (54, 74 e 85) do cadastro de todos os idosos acamados ou com problema de locomoção da área de abrangência. As visitas domiciliares também se mantêm contínuas por parte das ACS, e periodicamente também por parte da médica e enfermeira (uma vez na semana, ou quando necessário). O que também por um tempo havia estado defasado, devido há falta de médicos.

Na intervenção não foi feita a realização da avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Este indicador foi prejudicado devido ao fato que nos usuários acamados ou com problemas de locomoção não se pode cumprir. Por tanto no primeiro o indicador foi de 94%(205), no segundo mês de um 94,2%(439) e no terceiro mês foi de 95,8% (623), mas consideramos que o avanço foi muito significativo.

Uma das melhorias conseguidas com a incorporação do projeto de intervenção foi à contratação de uma auxiliar de saúde bucal (ASB) isso foi uma grande vitória para a equipe de saúde da família; já era uma coisa que se queria antigamente, mas não se conseguia, devido à falta de profissionais no mercado; agora se tornou uma realidade e a equipe está completa e já iniciou com novas atividades de educação em saúde.

Outra das ações que permitiu obter os resultados da intervenção foi à capacitação dos profissionais da ESF no cadastramento e acolhimento dos usuários na idade compreendida de 60 anos ou mais, a periodicidade da realização das consultas médicas e dos exames complementares periódicos, o acompanhamento das consultas programáticas odontológicas. Cada profissional teve um papel responsável no desenvolvimento da ação programática.

A ESF durante a intervenção garantiu o monitoramento da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso, assim como dos indicadores de qualidade do programa. Também se realizou a revisão dos prontuários manuais e eletrônicos e das cadernetas dos idosos que estavam feitas; e trabalhou na verificação mensalmente da proporção dos idosos com exames

complementares periódicos em dia em relação com a totalidade dos idosos nas faixas etárias correspondentes ao projeto da intervenção. Outra tarefa que permitiu o registro adequado das informações e obtenção dos indicadores de saúde foi o preenchimento e atualização da ficha espelho para o acompanhamento dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção à Saúde do Idoso semanalmente.

O acolhimento dos idosos que demandaram a realização da avaliação multidimensional rápida e o agendamento dos idosos e idosos hipertensos foi realizado semanalmente, assim como o cadastramento dos idosos no programa. O agendamento dos idosos provenientes das buscas ativas e os que vieram à UBS por demanda espontânea, também foi realizado com muita organização. Estas atividades foram monitoradas todas as semanas pela enfermeira e médica da ESF.

Tendo em vista todo o trabalho realizado, vejo que é de grande valia o projeto de intervenção no município e noto que a equipe toda aderiu a essa ideia. Agradecemos o apoio recebido.



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

Caros usuários,

Este relatório vem apresentar para a comunidade como ocorreu o desenvolvimento do Projeto de Intervenção o qual visou a melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Jaime Henry Zucchetti de Nova Araçá, Rio Grande do Sul. Num período de 12 semanas, conseguimos localizar 650 idosos, de acordo com as estimativas.

Com o desenvolvimento das ações planejadas no cronograma da intervenção a comunidade ganhou em saúde e conhecimento. O acolhimento e atendimento médico dos idosos que demandaram a realização de exame clínico foi realizado pela equipe todas as semanas nos dois turnos. Durante os atendimentos clínicos e as consultas de atendimento geral eles foram esclarecidos sobre temáticas como a importância da realização das consultas médicas, dos exames complementares periódicos, o uso adequado dos medicamentos de uso contínuo para com as doenças crônicas, o acompanhamento em dia da avaliação odontológica, de manter bons hábitos alimentares assim como a prática sistemática de forma regular de exercícios físicos e que sempre devem portar a caderneta da pessoa idosa em cada avaliação sistemática à realizar.

A capacitação da ESF no cadastramento e acolhimento dos idosos e idosos hipertensos na faixa etária estabelecida no programa, a identificação dos principais fatores de riscos, a periodicidade da realização das consultas médicas e dos exames complementares periódicos, assim como as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, permitiu-os garantir os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de melhores serviços de saúde pelos profissionais.

As visitas domiciliares e as palestras educativas realizadas tanto na comunidade como na UBS do município garantiu mais informações sobre a prevenção das complicações que podem aparecer na hipertensão arterial e diabetes mellitus. Para obter os resultados da intervenção contamos com o apoio de lideranças comunitárias e dos profissionais de saúde da UBS.

Pela primeira vez no serviço foi compartilhado com os usuários e a comunidade os indicadores do monitoramento da avaliação dos idosos de forma integral. Todos os meses eles foram informados sobre a importância da realização desta avaliação.

Com a intervenção foi esclarecida o direito dos idosos de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de encaminhamento para outras especialidades se fosse necessário, assim como dos fatores de risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e o estabelecimento de medidas de controle e conhecimento dos sinais de alerta para detecção precoce dessas doenças. Os usuários ao finalizar a intervenção foram estimulados para a realização de atividades saudáveis para a saúde.

A UBS conta com os recursos materiais e humanos necessários para dar continuidade à ação programática e garantir a rotina do serviço. Para dar continuidade às ações de saúde desenvolvidas na intervenção e importante a participação da comunidade. Resulta necessário à participação ativa dos idosos na realização da avaliação clínica de forma integral e dos exames complementares periódicos. O interesse por sua realização não só e responsabilidade dos profissionais de saúde, como também deles os quais tem responsabilidade sobre sua própria saúde.

Os indicadores da intervenção são resultados do trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, gestor municipal, integrantes do Conselho de Saúde e da comunidade. No município o relacionamento dos profissionais de saúde com os usuários é adequado e harmonioso, o que facilita o desenvolvimento de atividades de saúde. Sua participação nas atividades de educação de saúde popular na comunidade é importante para alcançar uma saúde melhor. De forma geral é necessária a sensibilização da população para mudar estilos de vida não saudáveis como maus hábitos alimentares, não realização de atividades físicas, consumo de álcool, cigarro, drogas, obesidade e sedentarismo.

Estas ações perduram na rotina de trabalho, assim como, os idosos que não foram cadastrados, ou seja, os novos idosos que chegarão ao município serão cadastrados e acompanhados pela equipe multidisciplinar e tudo o que engloba o projeto de melhoria da qualidade à atenção à saúde dos idosos. O

atendimento seguirá sendo feito de forma humanizada e sempre facilitando o acesso do usuário, ou caso necessário a equipe realizará visitas domiciliares. Conseguimos atingir os objetivos propostos com a parceria dos usuários.

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

Logo no início dos estudos tudo gerava muita expectativa em relação à como seria o curso. O primeiro passo foi o de aceitar se aventurar pelo mundo dos estudos à distância, algo que até então era desconhecido para mim. Aos poucos isso foi se tornando familiar e agradável, e agora, os documentos que foram gerados pelo curso garantiram a atualização dos conhecimentos relacionados com a saúde coletiva da população brasileira e de Nova Araçá. Todas as atividades docentes me ofereceram as ferramentas necessárias para um melhor atendimento dos usuários e o planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde.

A expectativa era de que a intervenção desenvolvida melhorasse os indicadores do Programa da Atenção à Saúde dos Idosos no município de Nova Araçá, e os resultados corresponderam com as expectativas iniciais.

O curso também foi uma ferramenta importante para melhorar o trabalho profissional na comunidade. Pude me qualificar e adquirir competência clínica, garantindo a consolidação de um sistema de saúde mais eficaz. O aprendizado esteve centrado na atenção primária e os quadros clínicos permitiram conhecer quais as doenças transmissíveis e não transmissíveis prevalecem no Brasil, assim como a abordagem clínica e terapêutica. As discussões de condutas clínicas nas reuniões de equipe permitiu consolidar a prática educativa no cotidiano de trabalho.

Para a realização das capacitações aos profissionais da equipe foi necessária uma revisão exaustiva do desenvolvimento do Programa da Atenção à Saúde dos Idosos. Seu aprofundamento ofereceu um conhecimento mais completo e garantiu estratégias integrais de saúde para uma melhor atenção ao usuário idoso. Importante lembrar sobre o trabalho harmonioso, ético e responsável desenvolvido pela equipe de saúde e sua repercussão

positiva no atendimento com os idosos da comunidade e o melhoramento na relação médico – usuário.

Uma vez concluído nossos estudos da especialização posso dizer que para mim foi uma experiência muito importante, devido ao fato que em meu país não possuímos ensino a distância, e através deste método de ensino pude desenvolver um projeto de intervenção com usuários idosos, que era de meu extremo interesse estudar e pesquisar. Pude também desenvolver o idioma e a escrita; desenvolvendo habilidades de melhoria de comunicação, principalmente com as pessoas idosas, que devido ao fato da idade, muitas vezes já tem algum problema de entendimento.

De forma geral o curso contribuiu no processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica, ampliando sua capacidade de oferecimento de uma política de saúde mais humanitária e integral. A união da docência com a prática médica proporciona uma atenção clínica biopsicossocial de qualidade e altamente preventiva.

## Referencias

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª edição, volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.200-15.

MAHAN, KATHLEEN L.; STUMP-SCOTT, Sylvia; Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 11.ed. São Paulo: Roca, 2005.cap.11, p. 271-28.

MINISTERIO DA SAÚDE . **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de políticas de saúde, Ministério da Saúde; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 2006

TOHILL, Carlton B. **Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight**. *World Health Organization (WHO)*. 2005; 4-10.  
**Apêndice**

## **Apêndices**

## Apêndice A – Ficha-espelho UBS Nova Araçá

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DE IDOSOS FICHA ESPELHO UBS NOVA ARAÇÁ	
Nome: _____ DN: ____/____/____	
Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm	
Data do atendimento	Peso
	IMC
Valor TA	PAS
	PAD
Estratificação de RISCO	Baixo
	Moderado
He Glicad	Alto
	He Glicad
HGT	Glicemia Capilar
	Glicemia de jejum
HDL	Col Total
	HDL
LDL	Triglicédeos
	Exame qualitativo de urina
Potássio	Hematócrito
	Microssomina
Creatinina	S
	N
Realizou ECG	com alteração
	sem alteração
Seringas	Terceiros reagentes
	Aparelho glicosímetro
Fuma	S
	N
Encaminhado para grupo contra tabagismo	S
	N
Prática Atividade Física	S
	N
Avaliação oftalmológica (quando necessário)	S
	N
Acompanhamento de nutricionista	S
	N
Acompanhamento endocrinologista (quando necessário)	S
	N
Acompanhamento de cardiologista (quando necessário)	S
	N
Situação Vacinal	DT adulto em dia
	Pneumo 23
Complacências?	Influenza sazonal

Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da busca ativa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexos**



**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

Eu,

---

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

---

Assinatura do declarante