

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do idoso na UBS/ESF de Picada Café, Picada  
Café/RS**

**Yurisbel Corrales Gongora**

**Pelotas, 2015**

**Yurisbel Corrales Gongora**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF de Picada Café, Picada  
Café/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luciane Soares Seixas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G638m Góngora, Yurisbel Corrales

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/ESF de Picada Café, Picada Café/RS / Yurisbel Corrales Góngora; Luciane Soares Seixas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Seixas, Luciane Soares,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico meu trabalho ao povo brasileiro em especial à população da UBS/ESF “Picada Café” que tem me acolhido como uma filha; muito obrigada.

## **Agradecimentos**

Agradeço a colaboração da gestora e da secretaria da saúde de Picada Café; o apoio dos membros das comunidades pertencentes à área da UBS/ESF de Picada Café; muito obrigada aos membros da equipe pela colaboração e entusiasmo na intervenção sem o qual não seria possível ter desenvolvido o projeto. Meus mais sinceros agradecimentos para todas as pessoas que contribuíram no desenvolvimento desse trabalho; muito obrigada.

## Resumo

CORRALES GONGORA, Yurisbel. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF de Picada Café, Picada Café/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 da população no Brasil e no mundo se apresenta hoje como consequência do aumento na expectativa de vida. No município de Picada Café, Rio Grande do Sul, o projeto de intervenção pretendeu melhorar a atenção aos idosos pertencentes à UBS/ESF de Picada Café, o trabalho foi desenvolvido por um período de 4 meses, onde se realizou o registro dos usuários nos prontuários clínicos e fichas espelhos, e foi preenchida a informação na Planilha de Coleta de Dados eletrônica, para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores propostos. Na área adstrita, temos uma estimativa de 363 usuários com mais de 60 anos, tínhamos 359 usuários cadastrados na Unidade, mas, este cadastro não estava atualizado, pois, este não era o total de idosos acompanhados pela ESF. Durante nossa intervenção 361 foram cadastrados e avaliados clinicamente com a correspondente avaliação multifuncional e social além das orientações correspondentes para a mudança nos estilos de vida, pensando em uma velhice com qualidade. Foram cumpridas as visitas aos acamados, mas realizamos o exame clínico adequados dos que visitamos com as correspondentes orientações de prevenção da saúde. A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço após a equipe de trabalho se acostumar com a nova forma de trabalho tem sido muito produtiva, facilitando à atenção a saúde dos idosos com uma visão multidisciplinar e integral da atenção; melhorando a qualidade da atenção, a qualidade da consulta e avaliação integral dos idosos além de melhorar a promoção de hábitos de higiene alimentar; hábitos de higiene bucal; promoção para a realização de exercícios físicos e prevenção de doenças crônicas nos idosos. Acreditamos que mesmo após o término da intervenção as ações continuarão a ser realizadas com muita dedicação e apoio da equipe e comunidade, como demonstrado desde o início. Os serviços foram incorporados à rotina da Unidade de uma maneira prática e, portanto, possibilitará sua continuidade.

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

## Lista de Figuras

- |          |  |    |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde de Picada Café | 18 |
| Figura 2 | Foto realizada na capacitação da equipe na primeira semana na sala de reuniões da UBS Picada Café.     | 73 |

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

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HSA	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnaSUS	Universidade Aberta do Sus



## Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>10</b>
<b>1 Análise Situacional</b>	<b>11</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
<b>2 Análise Estratégica</b>	<b>28</b>
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas	30
2.2.1 Objetivo geral	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas	30
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística	55
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	<b>59</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	<b>62</b>
4.1 Resultados	62
<b>4.2 Discussão</b>	<b>70</b>
<b>5 Relatório da intervenção para gestores</b>	<b>73</b>
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</b>	<b>76</b>
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	<b>78</b>
<b>Referências</b>	<b>79</b>
<b>Anexo</b>	<b>80</b>

## **Apresentação**

O projeto de intervenção aborda a melhoria da atenção à saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde de Picada Café no município de Picada Café; Rio Grande Do Sul. O presente volume se apresenta como Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de Ensino à Distância (Ead), pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS). Foi realizado por meio de uma intervenção em usuários idosos, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) /Equipe de Saúde da Família (ESF) de Picada Café/RS, em 2015. O trabalho está organizado em cinco unidades, seguindo o cronograma proposto pelo curso. O propósito deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde destes usuários para aumentar a sua qualidade de vida e aumentar a prevenção, promoção e prevenção da saúde desses usuários. Consta primeiramente da Análise Situacional, a Análise Estratégica, a Intervenção, que foi realizada no período de quatro meses, para finalmente avaliar os resultados, e refletir sobre a sua importância.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde do Município de Picada Café, fica dentro do Posto de Saúde Municipal de Picada Café, tem o sistema de urgência junto a Atenção Primária a Saúde com duas Unidades de Saúde, apenas com uma equipe como estratégia saúde da família, equipe essa, formada por um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde, um odontólogo e o médico, na outra equipe não tem médico fixo, com dois médicos alternando para fazer o atendimento trabalhando cada um deles vinte horas por semana. O município não tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tem as redes de apoio Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Não tem hospital no município, os casos são referidos ao hospital de “Nova Petrópolis”.

O acolhimento aos usuários é feito por acolhimento misto, com funcionamento do prontuário eletrônico e o atendimento em rede. A UBS tem pediatra, ginecologista, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, biomédico, técnico de Rx; com os devidos serviços de cada um, destacando o serviço do laboratório, laboratório de urgência e Rx. Além do terapeuta ocupacional e de um professor de educação física que auxilia uma vez ao mês nos exercícios do “Grupo da Terceira Idade”. Há o sistema de transporte dos casos que precisam de exames e/o consultas fora do município com dois ônibus com saída diária a Porto Alegre e Caxias do Sul.

A UBS está localizada no centro do município na zona urbana, com boas condições de estrutura e bons equipamento, há seis salas de consultas,

incluindo consultório ginecológico; com consultório odontológico, sala de observação, sala de vacinação, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de injeção, sala de espera, sala de agentes comunitários, área de recepção, esterilização, quarto do médico, direção, cozinha, lavanderia e área de serviço.

As reuniões de equipe são feitas duas vezes ao mês dirigido pelo enfermeiro e o médico da equipe, com a participação dos ACS, a enfermagem, assistente social, odontóloga, podendo participar o resto dos profissionais da unidade, onde se discute os problemas principais da comunidade e os casos preocupantes em procura das soluções.

A Unidade tem atendido cinco micro áreas com um total de 2.683 pessoas registradas, as quais estão nomeadas como: “Centro I” (“Centro”, zona urbana e “Arroio das Pedras”, zona rural); “Centro II” (Lado esquerdo Br. 116 até a ponte do “Rio Cadeia”, com zona urbana e rural); “Kaffe” (“Eck”, zona urbana e “Morro Hansen” rural); “Joaneta” (Zona urbana e rural); “Jammerthal” (Zona rural). Há várias lojas e comércios, uma escola de estudos primários, uma de estudos secundários, um centro universitário, dois supermercados, creche, três igrejas, um lar de idosos e várias lanchonetes e restaurantes. As fontes de emprego principal são duas fábricas de sapatos a “Sugar Shoes” e a “Cooper Shoes” e a fábrica de sofás, além da agricultura e o turismo. O nível de escolaridade da comunidade é um nível médio.

A Unidade possui grupos de saúde: “Grupo de hipertensos e diabéticos” em cada comunidade em um total de nove grupos, “Grupo da Terceira Idade”, com os que fazem atividade de promoção da saúde, tem um convênio com a “Sugar Shoes” para promoção e prevenção das doenças de transmissão sexuais.

As doenças mais comuns são as doenças respiratórias agudas e hipertensão arterial com 420 casos, além das dislipidemias das quais não tem registro.

Eu considero importante salientar na Unidade de Saúde o acesso já que o município não tem ônibus intermunicipal para o acesso das comunidades que ficam longe do posto de saúde, melhorar o incentivo para o pré-natal, já que como não tem hospital de maternidade em o município as gestantes não fazem as consultas pré-natais pelo SUS e vão a outros municípios ou fazem pelos

consultórios privados. Também tem que incrementar as atividades de promoção e prevenção da saúde e visitas domiciliares. Há a necessidade de agir para diminuir o tempo de espera pelas consultas com outras especialidades já que tem a lista de espera de usuários de um ano ou mais de espera para consultas com endocrinologia ou neurologia.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Picada Café, no Rio Grande do Sul tem o posto de saúde municipal de Picada Café, sendo a única unidade que atende a atenção básica à saúde, localizada na Rua Fridolino Ritter, 270. Caracteriza-se por ser uma Unidade Mista (Pronto Atendimento de atenção básica e urgências mais Saúde da Família), com vinculação ao SUS pela prefeitura oferecendo à população três turnos de atendimento, deles apenas dois para atendimento para a Saúde da Família.

A área geográfica de abrangência definida e com mapa da área atualizado do ano de 2010. A última atualização do cadastro da população coberta pela UBS data do ano em curso, com 100% da população cadastrada.

A UBS recebe apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por: um médico ginecologista, um pediatra e um nutricionista. Apoiando nas áreas de alimentação e nutrição, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, saúde da criança, adolescente e do jovem, saúde da mulher. Além das redes de apoio Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Não tem hospital no município, os casos são referidos ao hospital de Nova Petrópolis, município vizinho.

Nesta UBS existem duas equipes de Saúde da Família para uma população estimada de 5.562 habitantes; a equipe 1 composta por: 1 médico clínico geral, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 2 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde; a equipe 2 composta por: 2 médicos clínicos gerais, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde; não tendo cirurgião-dentista, mas pela quantidade de habitantes é suficiente com uma só equipe dental. Com só uma equipe (equipe 1) com a estratégia em saúde da família.

Além dos componentes da equipe de saúde da família tem: dois administradores, um assistente social, três auxiliares administrativos / recepcionistas, um auxiliar de almoxarifado, dois auxiliares de serviços gerais ou de limpeza / higienistas, um Bioquímico, três enfermeiros, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, dois Médicos Clínicos Gerais, um Médico Ginecologista, um Médico Pediatra, um Médico Psiquiatra, quatro motoristas, um nutricionista, um Cirurgião-dentista, um Psicólogo, cinco Técnicos de Enfermagem, um Terapeuta Ocupacional e um professor de educação física que a secretaria da educação sede uma vez ao mês para os exercícios do “Grupo da Terceira Idade”.

A UBS tem um ambiente específico para as duas equipes composto por: uma sala de recepção/Arquivo de prontuários, uma sala de espera para 30 pessoas, uma sala de administração e gerência, uma sala de reuniões e educação em saúde, uma sala destinada a almoxarifado, três consultório com sanitário, três consultório sem sanitário, uma sala de vacina, uma sala de curativo/procedimento, uma sala de nebulização, uma sala de armazenamento de medicamentos, uma equipe odontológica que não tem área de compressor, três sanitário para usuário, um sanitário para deficiente, um banheiro para funcionários, uma copa/cozinha, dois depósitos de materiais de limpeza, uma sala de recepção, uma sala de lavagem e descontaminação, uma sala de esterilização, uma sala de abrigo de resíduos sólidos, uma sala para depósito de lixo, uma sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS); além de uma sala de observação para três postos, uma sala de urgências e cuidados intensivos, uma sala para laboratório, uma sala destinada a Raios-X; consideramos assim que a Unidade possui uma boa estrutura para ser uma Unidade Mista.

A estrutura da Unidade Básica de Saúde é boa apresentando um ambiente confortável com a recepção sem grade, com colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos, com espaços adaptados para as pessoas com deficiência (ex.: banheiro adaptado, barra de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas adequadas, sinalizações, piso antiderrapante, bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, etc.), tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros. A ventilação é adequada,

todos os ambientes dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar. A luminosidade é adequada com todos os ambientes claros e com o máximo de luminosidade natural possível. Os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos são todos laváveis e de superfície lisa.

Os pisos têm superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, não provocando trepidação em dispositivos com rodas. As portas são revestidas de material lavável, os puxadores das portas se adequam às necessidades das pessoas portadoras de deficiência. Os armários e prateleiras possuem superfícies lisas, duradouras e de fácil limpeza e desinfecção. O acesso desnecessário de usuários aos ambientes é restrito, especialmente os ambientes que tendem a ser mais contaminados, como a sala de procedimentos com o objetivo de se conseguir maior controle de transmissão de infecção.

A estrutura física da UBS considera adequações que permitem o acesso de pessoas deficientes e de pessoas com limitações, com rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, maçanetas do tipo alavanca, tendo que colocar barras de apoio nos corredores; possuem uma largura mínima de 120 cm para circulação dos usuários. Tem a sinalizações de ambientes realizadas através de textos e figuras (visual).

A UBS tem acesso aos exames complementares relacionados: Laboratoriais: Ácido úrico, Antig. HCV (hepatite C), Creatinina/Ureia, Elisa (HIV), Exame comum de urina, Exame Parasitológico de fezes, Glicemia plasmática, Hemoglobina glicosilada, Hemograma completo, HbsAg (hepatite B), Microalbuminúria, Pesquisa de BAAR no escarro, PSA, Tipagem sanguínea, Urocultura, VDRL; com o resultado pronto em menos de 15 dias; outros Exames: Citologia de colo uterino, Eco cardiograma, Eletrocardiograma de repouso, Endoscopia digestiva alta, Espirometria, Raio-X sem contraste, Raio-X com contraste, Ultrassonografia abdominal, Ultrassonografia mamária, Ultrassonografia obstétrica, Ultrassonografia transvaginal, em menos de 30 dias; com 30 dias ou mais: Colonoscopia, Colposcopia, Eletrocardiograma de esforço, Mamografia, Tomografia computadorizada; não há Ultrassonografia vascular.

Com relação à referência para atenção especializada dispomos de todas as especialidades da atenção especializada com a espera de 30 dias ou mais para especialidades de: angiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, urologia e traumatologia. Percebe-se que há a necessidade de mudar a situação, pois há usuários em espera de atenção especializada até mais de 6 meses pela falta de especialista o que precisa da gestão a nível estadual e nacional.

A UBS realiza todas as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações: BCG, Contra Hepatite B, Dupla adulto, Febre amarela, Influenza sazonal, Meningococo, Pneumo 10/ Pneumococo, pneumocócica 23 valente, Tetravalente, Tríplice viral, Tríplice bacteriana, Vacina oral de Rotavírus Humano e Vacina oral contra a pólio. Realizando rotineiramente nesta UBS os exames de: bacterioscópico a fresco de secreção vaginal, glicemia capilar, teste rápido de gravidez, teste rápido para HIV, teste rápido de sífilis e teste rápido para detecção de alterações patológicas na urina.

Os profissionais da Unidade Básica de Saúde Municipal de Picada Café participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe desenvolvendo a identificação de grupos, famílias, indivíduos e grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.) Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, etc.) e a sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local, etc.), realizando o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio, nas escolas, na associação de bairro e comunitárias, nas indústrias, nas igrejas.

Na UBS, são realizadas pequenas cirurgias e procedimentos, atendimentos de urgências e emergências. Os agentes comunitários de saúde realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes na UBS. Os profissionais da UBS realizam cuidado domiciliar existindo levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, desenvolvido pelo médico, enfermeiro, odontólogo e agentes comunitários de Saúde. Prestando no domicílio as atividades e procedimentos de: curativo, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde



(revisão), aferir a pressão arterial, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, consulta de outro profissional de saúde; se houver necessidades; entregar medicamentos, aplicar medicação oral, aplicar medicação injetável, vacinação, coleta de exames, colocar ou trocar sonda, não há fisioterapia já que o município conta apenas com um fisioterapeuta. A troca de “bolsa” de usuário ostomizado e revisão puerperal também não são realizadas na UBS, pois os usuários preferem ir ao posto de saúde.

Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência, utilizando protocolos quando encaminham os usuários a outros níveis do sistema de saúde, utilizados em: atendimento nas especialidades, internações hospitalares, atendimento em serviços de pronto atendimento, atendimento em pronto-socorro. Acompanhando o plano terapêutico proposto ao usuário quando encaminhado a outros níveis do sistema. Os profissionais da UBS não acompanham o usuário em situações de internação hospitalar, nem acompanham o usuário em situações de internação domiciliar. Os profissionais da UBS realizam a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, sendo notificados pelo médico, agentes comunitários de saúde e enfermagem, notificados ao estado pela enfermagem.

Os profissionais realizam atividades de grupo na UBS. Realizando os seguintes grupos: aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, pré-natal, saúde da mulher, idosos, portadores de sofrimento psíquico e puericultura, participam o médico, enfermeiro, odontólogo e Agentes Comunitários de Saúde, além da assistente social, psicopedagoga e outros profissionais convidados para fazer palestras como: ginecologista, pediatra, nutricionista e psicóloga. Há a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe. Além de participar de atividades de qualificação profissional.

Também ocorre reunião de equipe com frequência quinzenal, tratando os temas de: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde participando das reuniões de

equipe: enfermeiro, médico, odontólogo e agentes comunitários de saúde, além da assistente social e psicopedagoga.

A Estratégia Saúde da Família tem atendido uma área de cinco comunidades, as quais são “Centro I” (“Centro”, zona urbana e “Arroio das Pedras”, zona rural); “Centro II” (Lado esquerdo Br. 116 até a ponte do “Rio Cadeia”, com zona urbana e rural); “Kaffe” (“Eck”, zona urbana e “Morro Hansen” rural); “Joaneta” (Zona urbana e rural); “Jammerthal” (Zona rural). Tem várias lojas e comércios, uma escola de estudos primários, uma de estudos secundários, um polo universitário, dois supermercados, creche, três igrejas, um lar de idosos e várias lanchonetes e restaurantes. As fontes de emprego principal são duas fábricas de sapatos a “Sugar Shoes” e a “Cooper Shoes” e a fábrica de sofás, além da agricultura e o turismo. O nível de educação da comunidade é um nível médio.

Com uma população estimada de 2.672 habitantes na área de abrangência para minha equipe, tendo 806 mulheres em idade fértil (10-49 anos) para uma estimativa de 825, concordando com a distribuição da população por sexo e faixa etária estimada com base na distribuição brasileira, assim, como, mulheres entre 25 e 64 anos com estimativa de 733-real 713, mulheres entre 50 e 69 anos com estimativa de 276-real 183, menores de 5 anos com estimativa de 64-real 77, pessoas de 5 a 14 anos com estimativa de 395-real 298, pessoas de 15 a 59 anos com estimativa de 1744-real 1785 , pessoas com 60 anos ou mais com estimativa de 363-real 468, pessoas entre 20 e 59 anos com estimativa de 1562-real 1602, pessoas com 20 anos ou mais com estimativa de 1889-real 2070; a respeito das estimativas, não concordando com a distribuição da população por sexo e faixa etária estimada com base na distribuição brasileira, estão: o número de hipertensos do território com 418 na Unidade e uma estimativa de 595 e o número de diabéticos com 68 para um estimado de 170, há a necessidade de aumentar a pesquisa ativa de doenças crônicas no território, tendo referência que foi realizado um trabalho com aumento da cobertura mais ainda com diferenças entre o real e o estimado. Na área de abrangência há 17 gestantes cadastradas para um estimado de 39 (considerando que o número de gestantes será de 1,5% da população) o que não concorda com a realidade, mas estamos trabalhando na pesquisa ativa das gestantes com a limitação de que não tem partos no

município e são só atendidas pela ginecologista da área sem atendimento pelo médico da família , tendo 22 crianças menores de um ano para um estimado de 32 com atendimento exclusivo pelo pediatra da área.

Tabela 1 Distribuição etária por sexo e idade na “Unidade Básica de Saúde de Picada Café”.

Idades	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 Ano	1	0,04	7	0,26	8	0,30
1-4 anos	52	1,95	17	0,64	106	2,59
5-9 anos	79	2,96	55	2,06	134	5,02
10-14 anos	88	3,30	76	2,85	64	6,15
15-19 anos	91	3,41	92	3,45	183	6,86
20-24 anos	99	3,71	98	3,67	197	7,39
25-29 anos	97	3,64	103	3,86	200	7,48
30-34 anos	94	3,52	107	4,01	201	7,49
35-39 anos	105	3,94	109	4,09	214	8,02
40-44 anos	108	4,05	107	4,01	215	8,06
45-49 anos	113	4,24	108	4,05	221	8,29
50-54 anos	86	3,22	88	3,30	174	6,52
55-59 anos	89	3,34	91	3,41	180	6,65
+60 anos	216	8,10	252	9,45	468	17,55
Total	1320	49,49	1347	50,51	2667	100

Na UBS de Picada Café, o acolhimento dos usuários é realizado na recepção, em uma sala específica para acolhimento, na sala de enfermagem e procedimentos. É realizado pela recepcionista, o enfermeiro e o técnico de enfermagem; existindo equipe de acolhimento, a modelagem é a acolhimento misto (equipe de referência e a equipe do dia), sendo realizado em todos os dias de atendimento da UBS, em todos os turnos: no período da manhã, tarde e noite.

Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas (escutadas). A equipe de saúde conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário (a escala das cores; a classificação de problemas agudos e de problemas não agudos, atendimento imediato, prioritário e no dia); não utilizando as classificações, só fazendo a diferenciação dos casos de emergência, o que tem

que mudar, já que apesar de satisfazer as demandas tem que ter uma avaliação e classificação do risco biológico para definir a conduta a seguir e a urgência do problema, pois a prioridade aos problemas de saúde dos usuários não são os mesmos; por exemplo, a necessidade de uma criança com febre não é a mesma prioridade que uma senhora que tem uma gripe. A equipe conhece e utiliza avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário.

Na UBS, os usuários solicitam consultas para o médico e o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, oferecendo este tipo de atendimento não existindo excesso de demanda, assim não precisam esperar mais de 30 minutos para as consultas, facilitando o fluxo dos atendimentos.

Com relação aos atendimentos odontológicos, acontecem da mesma maneira, os usuários solicitam consultas quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, oferecendo este tipo de atendimento, não existindo excesso de demanda. A UBS não oferece serviço de próteses dentárias nem atendimento odontológico especializado.

A Saúde da Criança foi à primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde e foi um fator importante na forte redução da mortalidade infantil no país. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária. A UBS de Picada Café tem 22 crianças menores de um ano cadastradas para um estimado de 32 crianças, o que não concorda com a realidade, mas estamos trabalhando na pesquisa das crianças menores de um ano na área de abrangência, tendo uma cobertura de 69%. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos as crianças menores de um ano através do prontuário médico, registro específico de puericultura e registro de vacinas. Tendo que trabalhar no seguimento das crianças após um ano de idade, pois não possibilitam as consultas de puericultura, na maioria.

A avaliação da qualidade da atenção das puericulturas na UBS é boa apesar de não ter a área coberta já que tem todas as crianças com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (com sete dias de vida, um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e doze meses), não tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Um

total de 100% das crianças tem realizado o teste do pezinho até sete dias, a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, a triagem auditiva, o monitoramento do crescimento na última consulta, o monitoramento do desenvolvimento na última consulta, as vacinas em dia, a avaliação de saúde bucal, a orientação para aleitamento materno exclusivo e a orientação para prevenção de acidentes. As consultas de puericultura são feitas a maioria pela pediatra do município, sendo feitas pelo médico clínico o de família na ausência da mesma, seguindo o protocolo para atendimento das crianças, contando com um registro específico e realizando monitoramento regular destas ações.

Na UBS, procuramos envolver todo o pessoal dos serviços da saúde da unidade na atenção à saúde da criança com o fim de aumentar a área da cobertura e a promoção e prevenção das doenças nas crianças e desenvolver atividades para o não abandono do aleitamento materno assim como adequado desenvolvimento psicomotor e nutricional, podendo criar os grupos de mães das crianças com puericulturas.

A captação precoce das gestantes no pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério são fundamentais para a redução destas taxas. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. A UBS de Picada Café tem 17 gestantes cadastradas para um estimado de 39 (considerando que o número de gestantes será de 1,5% da população), o que não concorda com a realidade, para 43% da cobertura na área de abrangência. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos às gestantes através do prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, as fichas de atendimento odontológico, as fichas de atendimento nutricional, as fichas espelhos das vacinas, ficha clínica de pré-natal e cartão da gestante no arquivo específico e no prontuário eletrônico.

A avaliação da qualidade da atenção de pré-natal na UBS apesar de não ter a área coberta e boa, já que apesar de que não sejam todas as gestantes as que são atendidas têm o pré-natal iniciado no 1º trimestre. Apenas uma adolescente que iniciou o pré-natal no 2º trimestre por estar fora da área de

atuação. Para um total de 94%; com um mínimo de 6 consultas as que são próximas ao termino da gestação de acordo com calendário do Ministério da Saúde e com seguimento adequado as outras. Um total de 100% das gestantes tem a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, as vacinas antitetânica e vacina contra hepatite B, a prescrição de suplementação de sulfato ferroso após as 20 semanas como é orientado, os exames ginecológicos por trimestre, e avaliação de saúde bucal com orientação para aleitamento exclusivo, seguindo o protocolo para atendimento do pré-natal, contando com um registro específico e realizando monitoramento regular destas ações.

Na UBS há 22 crianças menores de um ano para um estimado de 32, ou seja, o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses é de 22 para 69% da cobertura da área de abrangência. Há a necessidade de trabalharmos na pesquisa ativa das crianças e gestante da área para aumentar a área de cobertura. Considerando os indicadores da qualidade da atenção ao Puerpério como bom já que um total de 100% das puérperas consultou antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto à intercorrências.

Na UBS poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal o seguinte: envolver a todo o pessoal dos serviços da saúde da unidade a atenção pré-natal e das puérperas com o fim de aumentar a área da cobertura e a promoção e prevenção das doenças na gestação, parto e puerpério; procurar um melhor sistema da segurança para o parto, já que muitas não fazem o cadastro nem consultas pelo SUS por fazer as consultas com ginecobstetra privados que proporcionam segurança com relação ao parto, pois o município não conta com hospital que ofereça o serviço. Se for possível contemplar a construção do hospital com o serviço no município pelos gestores.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Em nossa Unidade, temos um total de 733 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área para um total de 100% da área coberta. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos, através dos prontuários médicos e registros específicos.

Todas as mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área tem avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção e orientação sobre DST. O programa é seguido pela ginecologista, quem faz o planejamento e monitoramento das ações com 100% das mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, exames coletados com amostras satisfatórias e os exames citopatológico com células representativas da junção escamocolunar, sem atraso de mais de seis meses do exame citopatológico.

Há um total de 258 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área para um estimado de 277, concordando assim com a realidade, para 93% de cobertura. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos através dos prontuários médicos e registros específicos. Todas essas usuárias com avaliação de risco para câncer de mama, com orientação sobre prevenção do câncer de mama, orientado assim para a realização do exame citopatológico para câncer de colo de útero e fazer o exame preventivo para Câncer de Mama, através do autoexame de mama e sinais de alarme.

Na UBS poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher o seguinte: envolver a todo o pessoal dos serviços da saúde da unidade na atenção à saúde da mulher com o fim de aumentar a área da cobertura e a promoção e prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, descentralizar o programa permitindo a coleta das amostras e acesso a informação aos médicos da família e enfermeiros, fazer ou disponibilizar o registro para as mamografias com o resultado e ter o seguimento adequado destas e trabalhar na pesquisa ativa das mulheres nas idades de risco para aumentar a cobertura da área de abrangência. Continuar tendo o controle do programa, mas

melhorar a cooperação e comunicação entre a equipe ginecologista melhorando a atenção à saúde da mulher.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL (d), 2006). No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. A UBS tem um total de hipertensos com 20 anos ou mais de 418, residentes na área, de um estimado de 595, o que não concorda com a realidade, mas estamos trabalhando na pesquisa na área de abrangência, tendo uma cobertura de 70%. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos através dos prontuários médicos e registros específicos.

A avaliação dos indicadores da qualidade da Hipertensão Arterial Sistêmica é boa já que temos 100% dos hipertensos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia; sem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, tendo como estratégia realizar a consulta com a troca de receita do tratamento contínuo de 3 em 3 meses.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

Na nossa UBS temos um total de 68 diabéticos para um estimado de 170, com um total de 40% da cobertura da área de abrangência. Não concordando com a realidade, mas estamos trabalhando na pesquisa na área



de abrangência para a detecção da mobilidade oculta. Obtendo os dados pelos registros dos atendimentos através dos prontuários médicos e registros específicos.

A avaliação dos indicadores da qualidade da Diabetes Mellitus (DM) é boa já que temos 100% dos diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses; sem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, tendo a mesma estratégia que para o seguimento dos hipertensos. Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Na UBS poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde do hipertenso e diabético o seguinte: envolver todo o pessoal dos serviços da saúde da unidade na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com o fim de aumentar a área da cobertura e a promoção e prevenção das doenças, desenvolverem ações de saúde para o controle da pressão arterial e glicemia com o fim de diminuir as complicações das doenças e reduzir morbimortalidade causada por essas patologias e aumentar a pesquisa das doenças crônicas detectando a mobilidade oculta.

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida (BRASIL (a), 2006).

De acordo com o caderno de ações programáticas, há 363 idosos (com 60 anos ou mais) residentes na área da nossa ESF, mas, temos cadastrados 359 de uma existência pôr os registros da população de 468 o que não tem concordância e fala a favor de um erro no registro o no cadastro. É importante ressaltar que não conhecemos o total de idosos acompanhados na área de abrangência, pois, as ações não estão ocorrendo de forma organizada. Dentre os idosos acompanhados todos receberam a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, foi realizada a Avaliação Multidimensional Rápida, o acompanhamento em dia, à avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a orientação para atividade física regular, e à avaliação de saúde bucal em dia. Na UBS de um total de 418 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 318 são idosos para um total de 89% dos idosos com HAS e 14% sofre de Diabetes Mellitus (DM), ou seja, 52 idosos de um total de 68 usuários com DM. Representando os idosos 76% dos hipertensos e 76,4% dos diabéticos da população da área de abrangência.

Na UBS poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da Pessoa Idosa o seguinte: envolver todo o pessoal dos serviços da saúde da unidade na atenção à saúde da Pessoa Idosa com o fim de aumentar a área da cobertura e a promoção e prevenção das doenças desta etapa da vida, desenvolverem ações de saúde para o controle da pressão arterial e glicemia com o fim de diminuir as complicações das doenças e reduzir morbimortalidade causada por essas patologias e aumentar a pesquisa das doenças crônicas detectando a mobilidade oculta, aumentar as atividades de promoção e prevenção de estilos de vida saudável nos idosos e prevenção dos acidentes nestas idades.

A UBS tem entre os melhores recursos a boa estrutura com o pessoal capacitado e especialistas, fundamentais para a saúde como pediatra, ginecologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista; também a digitalização da informação e o prontuário eletrônico, contando com os recursos necessários (material de apoio, instrumentos, exames, disponibilidade dos recursos.); tendo que fortalecer as ações de promoção e prevenção com a população na área de abrangência, estimular a mudança de estilos de vida saudável, desenvolver o enfoque da medicina a uma medicina preventiva. Além seguir trabalhando na

pesquisa das doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, crianças menores de um ano e grupos vulneráveis. Tendo em conta que não conta com atenção secundária no município dificultando as internações.

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

Ao comparar o texto inicial "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?"; realizada no início da especialização com "Relatório da Análise Situacional", o último é sem dúvida alguma, mais detalhado e preciso que o primeiro, dando a conhecer a situação real da UBS, mudando a visão da UBS e possibilitando a avaliação integral da UBS com os elementos a melhorar e as mudanças que tem que ser feitas para prestar um bom serviço à população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. (BRASIL (b), 2006)

A saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Velhice não pode ser sinônima de doença. Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Na UBS Picada Café existem duas equipes de Saúde da Família para uma população estimada de 5.562 habitantes; a equipe<sup>1</sup> com uma população estimada de 2.672 habitantes na área de abrangência composta por: 1 médico clínico geral, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 2 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Temos um total de 359 idosos cadastrados com 60 anos ou mais residentes na área com registros da população que falam de um número de 468 com mais de 60 anos, sendo que o estimado é 363, mas, não conhecemos quantos são acompanhados e a não correspondência das cifras apontam sobre erro no cadastro ou nos registros. Chama nossa atenção que sem tem nos registros 468 idosos do estimado de 363 tem uma população envelhecida no município. Todos os idosos atendidos possuem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, o acompanhamento em dia, a avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a orientação para atividade física regular, e a avaliação de saúde bucal em dia; porém não com a qualidade ideal. Na UBS de um total de 418 usuários com HAS, 318 são idosos para um total de 89% dos idosos com HAS e 14% sofre de DM, ou seja, 52 idosos de um total de 68 pessoas com DM; representando os idosos 76% dos hipertensos e 76,4% dos diabéticos da população da área de abrangência, tendo registros gerais da quantidade, mas não da qualidade da atenção dos idosos.

A intervenção na saúde do idoso é importante já que tem um aumento destas pessoas na população e a tendência é aumentar ainda mais, podendo na UBS aumentar a cobertura e a qualidade da atenção com a disponibilidade dos profissionais e envolvimento da ESF. A UBS tem entre os melhores recursos a boa estrutura com os profissionais para intervenção na saúde do idoso como psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, dentista e nutricionista; também a digitalização da informação e o prontuário eletrônico. As dificuldades que enfrentaremos para alcançá-los são: o transporte para as visitas aos domicílios, à limitação nos exames laboratoriais para o seguimento e detecção das doenças crônicas associadas, a falta de odontólogo para uma das equipes básica de saúde tendo que trabalhar um odontólogo para duas áreas de abrangência e limitações no material de promoção e prevenção de saúde. Tendo que fortalecer as ações de promoção e prevenção com a população na área de abrangência, estimular a mudança de estilos de vida saudável, desenvolver o enfoque da medicina a uma medicina preventiva.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde de Picada Café, RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

**Objetivo1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Metas relativas ao objetivo 1:

**Meta 1.1-**Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

**Objetivo2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas relativas ao objetivo 2:

**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 idosos portadores de diabetes.

**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 para Diabetes Mellitus (DM).

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 3:

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

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

Metas relativas ao objetivo 4:

**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.

Metas relativas ao objetivo 5:

**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.

**Objetivos 6:** Promover a saúde dos idosos.

Metas relativas ao objetivo 6:

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

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

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

## 2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe da Unidade Básica de Saúde de Picada Café, no município de Picada Café, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção a população de 60 anos ou mais da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas.

O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo 1) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades será utilizado ficha espelho do programa de atenção à saúde do idoso (Anexo 2). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo 3).

### 2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e 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%.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

O monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde será realizado mensalmente pela enfermagem através dos registros da população maior de 60 anos oferecida pelos ACS.

**Organização e gestão dos serviços:**



Os idosos da área serão acolhidos pela recepcionista da Unidade e equipe de enfermagem.

Haverá o cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde através dos ACS e nos registros da população.

As informações do SIAB serão atualizadas mensalmente pela equipe de enfermagem.

**Engajamento público:**

A comunidade será esclarecida sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde por meio de palestras feitas pela enfermagem e através da orientação dos ACS's.

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde por meio de palestras feitas pela enfermagem e através da orientação dos ACS's.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana realizadas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Haverá a capacitação da equipe no acolhimento aos idosos, assim como a capacitação dos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Nos preocuparemos, além disso, de promover a capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização, possibilitando um atendimento ainda mais integral.

**Objetivos 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.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde, sendo feita pela equipe de enfermagem.

**Organização e gestão dos serviços:**

Será garantido os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...), pela unidade e secretaria de saúde antes da intervenção.

Definiremos as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos pelo médico na primeira semana da intervenção.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

Orientaremos a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, assim como compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feita pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Os profissionais serão capacitados para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinaremos a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

**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.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde; feito pela médica mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Será definida as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; serão na primeira semana feito pela médica, na sala de reuniões.

A busca dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado será realizada; feito pelos ACS nas comunidades através das informações do médico como resultado da monitorização mensal.

Será organizada a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, feita semanalmente pela recepcionista e equipe de enfermagem.

Garantiremos a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; feito pela médica através do resultado do exame clínico.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas em palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde será feito pelo médico mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, será feito pela médica mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Garantiremos a solicitação dos exames complementares; feito pela médica através do resultado do exame clínico, assim como garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; feito pela médica através do resultado do exame clínico.

Estabeleceremos sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; pelo médico através dos ACS pela monitorização mensal dos exames realizados.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006, na sala de reuniões.

A equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; feito pela médica ou equipe de enfermagem mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Será realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo farmacêutico mensalmente.

Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, feito conjuntamente com a médica, equipe de enfermagem e farmacêutico trimestralmente.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, com o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Realizaremos a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; feito pela equipe de enfermagem mensalmente através dos dados dos ACS.

**Organização e gestão dos serviços:**

Garantiremos o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa; feito pela equipe de enfermagem através dos dados oferecidos pelos ACS.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, se baseando no Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; feito pela enfermagem mensalmente através dos dados dos ACS.

**Organização e gestão dos serviços:**

Organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção; feito pela médica e equipe de enfermagem.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

Orientaremos a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Os ACS serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos os números de idosos submetidos a rastreamento para HAS, feito pela médica mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Haverá a preocupação com a melhora no acolhimento para os idosos portadores de HAS oferecendo melhor qualidade no serviço e garantiremos o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde pelo gestor da unidade e secretaria de saúde.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS's e com orientação da médica.

A comunidade será orientada sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, feito pela médica mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Será melhorado o acolhimento para os idosos portadores de DM oferecendo melhor qualidade no serviço e o material adequado será garantido para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde pelo gestor da unidade e secretaria de saúde.

Criaremos sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste; feito pela médica através dos ACS através da monitorização mensal dos exames realizados.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, por meio do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Será feita a monitorização da avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos; feito pela médica e enfermagem mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Organizaremos o acolhimento a idosos na unidade de saúde; feito pela enfermagem diariamente.



Cadastraremos os idosos na unidade de saúde; feito pelos ACS's e enfermagem na primeira semana e com seguimento mensal.

Ofereceremos atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde e organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; feito pela enfermagem e recepcionista semanalmente.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

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

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período; feito pela médica e enfermagem mensalmente através dos registros e prontuários médicos.

**Organização e gestão dos serviços:**

Organizaremos o acolhimento a idosos na unidade de saúde; feito pela enfermagem diariamente.

Monitoraremos a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; feito pela enfermagem mensalmente.

Organizaremos a agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos feito pela recepcionista semanalmente e ofereceremos atendimento prioritário aos idosos na UBS.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

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

Esclareceremos a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

A comunidade será escutada a fim de se possibilitar estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

#### **Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico e para captação de idosos.

Capacitaremos os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para 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.

Ações:

#### **Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde; feito mensalmente pelo médico.

#### **Organização e gestão dos serviços:**

Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos através dos ACS com seguimento da enfermagem.

Organizaremos a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares; feito pela recepcionista e enfermagem através dos dados dos ACS's.

#### **Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Esclareceremos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pelo médico, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Treinaremos os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definiremos com a equipe a periodicidade das consultas.

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

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

Ações:

#### **Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; feito pelo médico mensalmente.

#### **Organização e gestão dos serviços:**

Manteremos as informações do SIAB atualizadas; feito pela enfermagem mensalmente.

Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; feito pela médica e enfermagem.

Pactuaremos com a equipe o registro das informações; feito pela médica na primeira semana da intervenção.

Definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros; feito pela médica na primeira semana da intervenção.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação

Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados; feito pela médica na primeira semana da intervenção.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

**Metas 4.2-**Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa feito pela médica e enfermagem em cada consulta.

**Organização e gestão dos serviços:**

Solicitaremos ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; feito pela médica na primeira semana da intervenção.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

Orientaremos os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

**Meta5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; feito pela médica mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**

Priorizaremos o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

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

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

**Meta5.2-**Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; feito pela médica ou enfermagem mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**

Priorizaremos os atendimentos dos idosos fragilizados na velhice; organizado através da agenda pelos dados dos ACS.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

Orientaremos os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; feito pela médica ou enfermagem mensalmente.

Monitoraremos todos os idosos com rede social deficiente; feito pela médica ou enfermagem mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**

Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente feito pelos ACS.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS's e com orientação da médica.

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

Estimularemos na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

**Objetivos 6:** Promover a saúde dos idosos.

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; feito pela enfermagem mensalmente.

Monitoraremos o número de idosos com obesidade / desnutrição; feito pela médica mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**

Definiremos o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; feito pela médica na primeira semana.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação do médico.

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

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

Capacitaremos a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou "Guia alimentar para a população brasileira".

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

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

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; feito pela enfermagem mensalmente através dos dados dos ACS's.

Monitoraremos o número de idosos que realizam atividade física regular; feito pela enfermagem mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**

Definiremos o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; feito pela médica na primeira semana.

Possibilitar através do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física; feito pela médica na primeira semana.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

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

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão feitas na primeira semana pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

**Metas 6.3-**Garantiremos orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Ações:

**Monitoramento e avaliação:**

Monitoraremos as atividades educativas individuais; feito pela enfermagem mensalmente.

**Organização e gestão dos serviços:**



Organizaremos o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual; feito pela médica na primeira semana.

**Engajamento público:**

Estas ações serão feitas nas palestras organizadas pela enfermagem e visitas domiciliares pelos ACS e com orientação da médica.

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

**Qualificação da prática clínica:**

As ações de capacitação na unidade serão na primeira semana feitas pela médica, através do Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006 na sala de reuniões.

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

### 2.3.2 Indicadores

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa /

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

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

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

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

Numerador: Número de fichas de acompanhamento-espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede sócia.

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

**Objetivo 6**: Promoção da saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na saúde do idoso vamos adotar o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha do idoso e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, Avaliação Multidimensional Rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilização na velhice e dados relativos à classificação de risco do idoso. Estimamos alcançar com a intervenção 363 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 363 fichas espelho necessário e para imprimir as 363 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira habilitará o livro de registro identificando todos as pessoas de 60 anos ou mais residentes na área, pelos dados do SIAB e os dados do cadastro da população da área, revisando os que vieram ao serviço nos últimos 3 meses pelos prontuários. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre: Avaliação Multidimensional Rápida, avaliação de risco para morbimortalidade consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e a recepcionista. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para melhorar a avaliação dos idosos, prevenção

das doenças e o tratamento. Idosos que buscam consulta terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos a programação das visitas domiciliares aos idosos acamados para sua avaliação, priorizando os de maiores necessidades e possibilitando as consultas, exames laboratoriais, avaliação odontológica, avaliação e educação dos cuidadores e intervenção na família caso precisem. (BRASIL (e), 2006)

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas aos idosos e a procura das doenças crônicas nestas idades. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura dos idosos na área e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.





### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde.	X															
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos.	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa	X	X														
Cadastramento de todos os idosos acamados da área adstrita no programa	X	X														
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de pré-natal e puerpério solicitando apoio para a captação de gestantes e para as demais estratégias que serão implementadas.	X															
Atendimento clínico dos idosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo do idoso.	X				X				X				X			
Busca ativa dos idosos faltosa às consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pesquisa de HSA e DM na população idosa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento a idosos acamados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X				X				X			X	X			

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante nosso projeto foram desenvolvidas as ações de monitoramento da cobertura dos idosos da área e sua avaliação; ampliando a cobertura assim como também desenvolvendo as ações de capacitação e organização do pessoal da equipe na primeira semana da intervenção para a realização das avaliações do idoso assim como as instruções necessárias para a preparação das ações de prevenção e orientação para idosos e as comunidades, também estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática.

Cumprimos com o contato com as comunidades explicando e orientando a necessidade de atendimento dos idosos e incorporação as atividades das comunidades o que foi estendido nas primeiras 4 semanas da intervenção pela necessidade de ter contato pessoal com lideranças em cada comunidade. Facilitado pela organização e trabalho na equipe.

Foi possível a avaliação clínica com qualidade dos idosos com exames clínicos e laboratoriais correspondentes, assim como Avaliação Multidimensional Rápida, avaliação de risco de morbimortalidade e da rede social assim como a necessidade de tratamento e consulta odontológica o qual foi facilitado pelo trabalho da equipe da enfermagem, técnicas de enfermagem, ACS, avaliação da médica além do trabalho e apoio da comunidade.

Foram cumpridas as visitas aos acamados e realizamos o exame clínico adequados dos que visitamos com as correspondentes orientações de prevenção da saúde, mais além das dificuldades com a transportação, sendo muito satisfatório.

Foram cumpridas as atividades com os grupos mensalmente com participação da assistente social e a nutricionista além do médico e a enfermagem, desenvolvendo palestras e a elaboração de pratos saudáveis pelos idosos.

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

As consultas odontológicas aos idosos não foram desenvolvidas pela falta de odontólogo na equipe; contando apenas com um odontólogo no município, não sendo possível para o cirurgião dentista, atendendo somente urgências, pois o mesmo encontra-se com muita carga de serviço; aspecto que foi discutido com o gestor, mas não houve solução.

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

Durante nossa intervenção tivemos dificuldades no preenchimento dos dados das planilhas errando no preenchimento dos dados, mas foi corrigido, postando os dados correspondentes a cada semana por atendimentos clínicos. Tivemos problemas com o transporte, mas mesmo assim, pudemos visitar a totalidade dos acamados.

Também encontramos dificuldades com as consultas odontológicas dos idosos já que apenas um odontólogo na unidade estava atendendo duas equipes, não podendo realizar consultas odontológicas, aspecto que foi discutido com gestor, mas sem solução no momento.

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

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço após a equipe de trabalho se acostumar com a nova forma de trabalho é possível. Tem sido muito produtivo, facilitando a atenção à saúde dos idosos com uma visão multidisciplinar e integral da atenção; melhorando a qualidade da atenção, a qualidade da consulta e avaliação integral dos idosos, além de melhorar a promoção de hábitos de higiene alimentar; hábitos de higiene bucal; promoção para a realização de exercícios físicos e prevenção de doenças crônicas nos idosos. Ainda precisamos melhorar a integração do psicólogo e nutricionista ao trabalho com a equipe, a qualidade das atividades de grupos incrementando as atividades com

participação ativa dos idosos. Será necessário avaliar com o gestor a disponibilidade e melhorias do transporte para a realização das visitas domiciliares.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Na UBS de Picada Café, no município de Picada Café, Rio Grande do Sul, na população maior de 60 anos de idade da área pertencente a UBS1 entre os meses de fevereiro até junho de 2015 foi colocada em ação a proposta de intervenção para melhorar a atenção aos idosos. Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada.

Na área adstrita a UBS temos um estimado de 363 maiores de 60 anos, destes, 359 estavam cadastrados, mas, não temos o total de acompanhados porque esta ação não era organizada de forma adequada na UBS. Nossa intervenção teve como foco a população idosa da UBS 1, destes, 361 durante nossa intervenção foram cadastrados e avaliados clinicamente com a correspondente avaliação multifuncional e social além das orientações correspondentes para a mudança dos estilos de vida por uma velhice com qualidade. Por esse motivo o foco foi escolhido, pois, embora tivéssemos já cadastrados um bom número de idosos, precisávamos melhorar a atenção dispensada aos mesmos.

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 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde:

O primeiro objetivo foi de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, para isso a meta estabelecida foi de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, isto foi cumprido em 100%; antes

da intervenção os registros não estavam atualizados, por isso fizemos o recadastramento dos idosos com aumento progressivo da cobertura pelos meses que fizemos a intervenção; foram 83 (23,1%), 206 (57,4%), 237 (66,0%) e 361 (100%) de idosos cadastrados no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente, sendo todos atendidos clinicamente (Figura 1).

Os ACS's contribuíram para aumentar a cobertura da área, o cadastramento monitorizado pela enfermeira com a coordenação do agendamento da consulta com prioridade para os idosos; o trabalho coordenado na equipe com ajuda da comunidade e líderes destas.

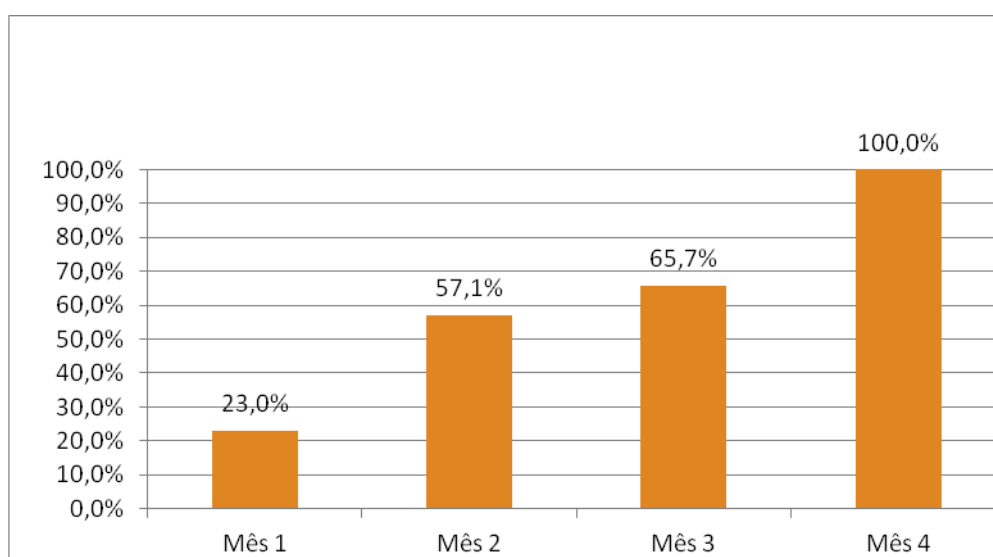


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na “Unidade Básica de Saúde de Picada Café”. Fonte: Planilha final de coleta dos dados, 2015.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes:

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

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

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



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

O segundo objetivo refere-se à melhoria da qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, sendo 10 metas como referência para esse objetivo.

A primeira meta foi de realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, sendo utilizado o indicador proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, essa meta foi cumprida em 100% nos quatro meses de intervenção, sendo avaliado 83 idosos no mês 1, 206 idosos no mês 2, 237 idosos no mês 3 e 361 no mês 4; mantendo simultaneamente o crescimento por mês do número de idosos atendidos assim que tenha sido cadastrado, organizando agenda para o atendimento clínico pelo médico de 5 idosos por dia. Esse resultado foi possibilitado pelo adequamento do ACS na primeira semana da investigação, a monitorização da enfermagem e supervisão do médico nas consultas médicas com o término da avaliação multifuncional.

A segunda meta foi de realizar o exame clínico apropriado em 100% das consultas dos idosos portadores de diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos; com aumento progressivo por mês mantendo a qualidade do exame cumprida aos 100% dos usuários; facilitado pela disponibilidade dos recursos para exame clínico apropriado a interação médico-usuário e priorização das consultas aos idosos na unidade.

A terceira meta foi realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, avaliando no primeiro mês 54, no segundo 136, no terceiro 155 e no quarto 230; cumprida na totalidade. Possibilitado pela coordenação com o laboratório correspondente a monitorização destes pela enfermagem com apoio da recepcionista e os ACS, com conseguinte avaliação dos resultados pelo médico na reconsulta resultando na melhoria da qualidade da atenção aos idosos.

A quarta meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos; cumprida em 100% com incremento progressivo no avanço da intervenção. Possibilitado pela monitorização do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular assim como o registro das necessidades de

medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde com o controle do estoque de medicamentos na unidade.

A quinta meta foi cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; essa meta foi cumprida em 100%; cadastrando no primeiro mês três, no segundo mês quatro idosos, no terceiro 17 e 21 idosos no quarto mês, chegando ao estimado de 8% da população de idosos estabelecida pelo Ministério da Saúde. Nos dois primeiros meses tivemos dificuldades com o transporte visitando poucos acamados; situação resolvida a partir do terceiro mês.

A sexta meta foi realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa; conseguimos cumprir em 100% essa meta; além do aspecto quantitativo e de destacar a qualidade na atenção e visita dos acamados com atendimento em equipe, exame clínico e coordenação do exame laboratorial caso precisassem, dando a prioridade requerida com a orientação e consequente seguimento dos mesmos, assim como visitas de especialidades médicas disponíveis no município como psiquiatra, psicólogo e nutricionista caso houvesse a necessidade. Isso somente foi possível pela adequada capacitação dos ACS com a orientação aos cuidadores e familiares e monitorização da enfermagem ou médico, coordenação com o gestor do município e colaboração de nutricionista, psicóloga e psiquiatra.

A sétima meta foi rastrear em 100% os idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cumprindo com aumento progressivo por mês da investigação rastreando 83 idosos no mês um, 206 idosos no mês dois, 237 idosos no mês três e 361 no mês quatro. Favorecido pela disponibilidade de material adequado para a tomada da medida da pressão com adequada triagem dos usuários e o estabelecimento de aferição da pressão arterial para maiores de 60 anos de idade na unidade.

A oitava meta foi rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM); cumprida em 100%. Facilitado pela disponibilidade dos materiais adequados para realização do hemoglicoteste, assim como o sistema de alerta criado na ficha de atendimentos para realização do exame nos idosos hipertensos.

A nona meta foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos; essa meta foi cumprida, sendo avaliados no primeiro mês 83, no segundo mês 206, no terceiro mês 237 e no quarto mês 361.

Essa meta tornou-se possível pela capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico na primeira semana da investigação feita pelo odontólogo mais com dificuldade de resolução do atendimento pela falta do odontólogo para a UBS.

A décima meta foi realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos; essa meta não foi cumprida, com impossibilidade de atendimento pela consulta odontológica dos idosos já que o município só conta com um odontólogo; além disso, não temos cirurgiões dentistas, sendo o serviço mais necessitado dos idosos, em decorrência das próteses dentárias. Foi discutido com o gestor do município, mas sem vias de solução para o ano em curso; será avaliado e incluído no próximo ano o pressuposto para mais um odontólogo no município.

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

O terceiro objetivo refere-se à melhoria da adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso tendo como meta a busca 100% dos idosos faltosos; o qual não foi cumprido quantitativamente já que qualitativamente foi organizado para cumprir a meta proposta mais não foi preciso já que não tivemos idosos faltosos às consultas programadas, facilitado pelo trabalho dos ACS com orientações e visitas domiciliares monitorizadas e supervisionadas pela enfermagem; além do apoio das comunidades na investigação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

O quarto objetivo refere-se à melhoria do registro das informações tendo como primeira meta manter o registro específico de 100% das pessoas idosas; cumprido em 100%, tendo 83 idosos no mês um, 206 idosos no mês dois, 237 idosos no mês três e 361 no mês quatro, com o registro da ficha espelho em dia; a segunda meta a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, cumprida na totalidade. Facilitado pela disponibilidade das fichas espelhos e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa junto com o trabalho da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

O quinto objetivo foi o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência. Tendo 3 metas como referência para esse objetivo.

A primeira meta foi o rastreamento das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, cumprida em 100% nos quatro meses da intervenção. A segunda meta foi investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice e a terceira meta, avaliar a rede social dos idosos, todas sendo cumpridas em 100%.

O cumprimento das metas deste objetivo foi facilitado pelo trabalho dos ACS e a enfermagem com adequada capacitação feita na primeira semana da investigação; além da colaboração de assistente social da unidade.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

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

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

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

O sexto objetivo era promover a saúde dos idosos. Tendo 3 metas como referência para esse objetivo.

A primeira meta garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, foi cumprido na totalidade, facilitado pelo trabalho na equipe com orientação nas visitas domiciliares dos ACS, orientação do médico e enfermagem nas consultas medicas e palestras e atividades realizadas nos grupos de idosos pela nutricionista da área.

A segunda meta, garantir orientação para a prática regular de atividade física para 100% dos idosos cadastrados, também foi cumprido na totalidade, isso foi possível pelo trabalho na equipe com orientação nas visitas domiciliares dos ACS, orientação do médico e enfermagem nas consultas medicas e palestras e atividades realizadas nos grupos de idosos pelo professor de educação física da área disponibilizado pela secretaria da educação do município uma vês ao mês.

A terceira meta garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados foi realizado em 100%, principalmente pelo trabalho na equipe com orientação nas visitas domiciliares dos ACS, orientação do médico e enfermagem nas consultas medicas e palestras e atividades realizadas nos grupos de idosos e o trabalho de orientação da técnica odontológica.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Picada Café propiciou ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%. Pois, precisávamos aumentar a qualidade do atendimento. Assim, possibilitamos melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde com a melhoria dos seguintes aspectos: realização do exame clínico apropriado (incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos); solicitação de exames complementares periódicos em hipertensos e/ou diabéticos; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular; realizar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com a visita domiciliar; rastreamento dos idosos para HAS; rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) e a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos. Tivemos uma melhoria dos registros com o registro da ficha espelho em dia da população idosa da área; mantivemos e melhoramos a qualidade dos registros do SIAB e distribuimos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos idosos pertencentes a área.

Realizamos o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência com o rastreamento das pessoas idosas para risco de morbimortalidade; a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliação da rede social dos idosos propiciando um melhor trabalho individualizado com os idosos de risco de doenças crônicas, risco social e indicadores de fragilização na velhice.

Melhoramos e incrementamos a promoção de saúde nos idosos garantindo orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; orientação para a prática regular de atividade física e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Melhoramos o funcionamento dos grupos de idosos nas comunidades com objetivo da promoção e prevenção da saúde nos idosos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas a atenção à saúde dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção, os ACS, assim como nutricionista e assistente social com a colaboração do psicólogo e psiquiatra da área. Coordenando o trabalho desde a captação dos idosos nas visitas dos ACS, com o registro deles mesmos com

monitorização da enfermagem, o agendamento das consultas pela recepcionista até a consulta do médico resultando a avaliação integral dos idosos com seguimento e tratamento adequado. Notamos uma sensibilização da equipe com as pessoas idosas durante o avance da intervenção possibilitando uma maior comunicação com o usuário e melhorando a triagem.



Figura 5. Foto realizada na capacitação da equipe na primeira semana na sala de reuniões da UBS Picada Café.

Antes da intervenção a atenção dos idosos era centrada no médico; a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas com muito mais qualidade e um melhor serviço. A melhoria do registro dos idosos e o agendamento das consultas viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Percebemos o manejo dos idosos de forma integral com a avaliação de risco, desde o risco para morbimortalidade até o risco social com o trabalho conjunto da UBS, nutricionista e assistente social. Melhorou o sistema de referência e contra referência na unidade, eliminando as referências desnecessárias e sendo priorizadas pela urgência destas.

Com relação ao impacto da intervenção, ainda não temos a percepção adequada pela comunidade, mas percebemos que tem tido muita aceitação já que os idosos são considerados parte importante nas famílias; assim que a priorização dos idosos tem sido bem acolhida pelos usuários; as visitas domiciliares têm orientado aos familiares e cuidadores da atenção ao idoso, possibilitando mudanças

nos hábitos inadequados e tem informado sobre hábitos adequados e sinais de alarme a ter em conta nestas idades. À incorporação do psicólogo, psiquiatra e nutricionista ao programa com realização de visitas aos acamados que precisassem tem tido muita acolhida na comunidade causando um impacto positivo nas famílias atendidas. Também a presença da assistente social nas visitas domiciliares as famílias dos idosos de risco social identificadas previamente pelos ACS; assim como o atendimento priorizado pela equipe e NASF.

Apesar da ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde ainda temos muitos idosos para acrescentar ao programa; assim como aumentar a frequência de visitas aos acamados com atendimento priorizado e individualizado dos mesmos. A intervenção poderia ter sido facilitada ainda mais desde a análise situacional, haveria a necessidade de se ter discutido ainda mais as atividades e trabalhado com a equipe, assim como estabelecer os pontos frágeis do projeto como foi o caso das consultas odontológicas para tomar as medidas necessárias ou coordenar ações para o cumprimento das mesmas. Também dedicaria mais tempo com a capacitação da equipe com maior participação das especialidades clínicas vinculadas ao programa já que tivemos que muitas vezes esclarecer dúvidas aos membros da equipe para adequada orientação dos idosos, familiares e comunidade sendo este um tema amplo e sensível.

Agora que estamos no fim do projeto percebemos a integração da equipe, porém podemos incorporar a intervenção à rotina do serviço tendo as condições para superar as dificuldades encontradas. Para isto, vamos conscientizar a comunidade com a atenção priorizada aos idosos, melhorar o trabalho com os grupos de idosos com a incorporação das comunidades e o resto do pessoal da saúde do município, avaliar com o gestor a melhoria do transporte para uso da UBS, com o devido incremento nas visitas domiciliares tanto dos idosos como idosos acamados; avaliar a possibilidade de aumentar o número de odontólogos na unidade com incorporação de unidade odontológica cirúrgica o que seria um grande impacto na unidade e comunidade.

A partir dos meses que estão por vir pretendemos implementar o programa de atenção à saúde do idoso na unidade estendendo a intervenção à área da UBS 2 com a qualidade da atenção e serviços prestados. Podendo implementar os programas de atenção aos hipertensos e diabéticos ampliando a cobertura da área na atenção dos mesmos.



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

Caro Sr. Secretário Municipal de Saúde

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. A saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Sendo assim, uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequada às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Na área da UBS de Picada Café, temos um total de 361 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, pôr os dados obtidos logo da intervenção. Agora todos os idosos possuem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, o acompanhamento em dia, à avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a orientação para atividade física regular, e à avaliação de saúde bucal em dia; porém não com a qualidade ideal.

A intervenção realizada na “Unidade Básica de Saúde de Picada Café”, no município “Picada Café”, Rio Grande do Sul, propiciou ampliação da cobertura de

atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%. Possibilitamos melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde com a melhoria dos seguintes aspectos: realização do exame clínico apropriado (incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos); solicitação de exames complementares periódicos em hipertensos e/ou diabéticos; priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular; realizar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção com a visita domiciliar; rastreamento dos idosos para HAS; rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) e a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos. Tivemos uma melhoria dos registros com o registro da ficha espelho em dia população idosa da área; mantivemos e melhoramos a qualidade dos registros do SIAB e distribuimos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos idosos pertencentes a área.

Realizamos o mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência com o rastreamento das pessoas idosas para risco de morbimortalidade; a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliação da rede social dos idosos propiciando um melhor trabalho individualizado com os idosos de risco de doenças crônicas, risco social e indicadores de fragilização na velhice.

Melhoramos e incrementamos a promoção de saúde nos idosos garantindo orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; orientação para a prática regular de atividade física e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias). Melhoramos o funcionamento dos grupos de idosos nas comunidades com objetivo da promoção e prevenção da saúde nos idosos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à atenção à saúde dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção, os ACS assim como nutricionista e assistente social com a colaboração do psicologista e psiquiatra da área. Notamos uma sensibilização da equipe com as pessoas idosas durante o avance da intervenção; logrando uma maior comunicação com o usuário e melhorando a triagem.

A melhoria do registro dos idosos e o agendamento das consultas viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Percebemos o manejo dos idosos de forma integral com a avaliação de resgo desde o resgo para

morbimortalidade até o resgo social com o trabalho conjunto do EBS, nutricionista e assistente social. Melhorou o sistema de referência e contra referência na unidade, eliminando as referências desnecessárias e sendo priorizadas pela urgência destas.

A pesar da ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde ainda temos muitos idosos que acrescentar ao programa; assim como aumentar a frequência de visitas acamados com atendimento priorizado e individualizado dos mesmos. As consultas odontológicas aos idosos não foram desenvolvidas pela falta de odontólogo na equipe; contando só com um odontólogo no município não sendo cirurgião dentista atendendo solo urgências e com muita carga de serviço; sugerindo a contratação de cirurgião dentista e ampliação dos serviços odontológicos o qual possibilitaria o desenvolvimento das consultas odontológicas nos idosos, cobrindo as necessidades de as próteses dentares nos idosos e tratamentos cirúrgicos.

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

A saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Velhice não pode ser sinônima de doença. Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O atendimento aos idosos focasse em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Antes da intervenção a atenção dos idosos era centrada no médico; a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com muita mais qualidade e um melhor serviço. A melhoria do registro dos idosos e o agendamento das consultas viabilizou a otimização da agenda para a atenção ao resto da população. Percebemos o manejo dos idosos de forma integral com a avaliação de risco desde o risco para morbimortalidade até o risco social com o trabalho conjunto do EBS, nutricionista e assistente social. Melhorou o sistema de referência e contra referência na unidade, eliminando as referências desnecessárias e sendo priorizadas pela urgência destas.

O impacto da intervenção ainda não tendo a percepção adequada pela comunidade tem tido muita aceitação já que os idosos são considerados importantes nas famílias; assim que a priorização dos idosos tem sido bem acolhida pelos usuários; as visitas domiciliares têm orientado aos familiares e cuidadores da atenção ao idoso ainda bem não tem ocasionado mudanças nos hábitos tem informado sobre hábitos adequados e sinais de alarme a ter em conta nestas idades. À incorporação do psicólogo, psiquiatra e nutricionista ao programa com realização de visitas aos acamados que precisassem tem tido muita acolhida na comunidade causando um impacto positivo nas famílias atendidas. Também a

presença da assistente social nas visitas domiciliares as famílias dos idosos de resgo social identificadas previamente pelos ACS; assim como o atendimento priorizado pela equipe e NASF.

A pesar da ampliação da cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde ainda temos muitos idosos que acrescentar ao programa; assim como aumentar a frequência de visitas acamados com atendimento priorizado e individualizado dos mesmos. Ainda tem que trabalhar mais pela integração dos idosos a comunidades e a promoção de hábitos saudáveis com as mudanças dos estilos de vida dos idosos logrando o incremento dos números de idosos na participação das atividades esportivas; a vinculação ao polo universitário dos idosos e garantindo uma velhice com qualidade.

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

Durante nossa intervenção percebemos um intercambio favorável tanto no pessoal como para a equipe possibilitando aumentar os esforços dos membros da equipe com o objetivo de melhorar a atenção aos idosos; assim foi que no pessoal aprendi do sistema da saúde no Brasil das normas e procedimentos e a equipe aprendia pela atuação a sensibilizar-se ainda mais com as pessoas e a prestar o atendimento individualizado para cada usuário de acordo a suas necessidades; possibilitado o trabalho conjunto com assistente social a nutricionista assim como outras especialidades a atenção integral dos idosos elevando a qualidade da atenção.

Pessoalmente, percebo a melhora no meu desempenho, no idioma português, assim como a capacidade de trabalho na equipe, tive que melhorar o desempenho como informática e aprendi sobre investigação. No fim minhas expectativas foram cumpridas e me possibilitou um trabalho muito proveitoso como profissional.

## Referências

- BRASIL (a). Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
- BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.
- BRASIL (c). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
- BRASIL (d). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 14).
- BRASIL (e). Ministério da Saúde. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2006.

**Anexo**



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



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B – Planilha de coleta de dados

2015\_03\_10 NOVA Coleta de dados Idosos (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Ferramentas de Desenvolvimento de Formulários

Recortar Copiar Pincel de Formatação Área de Transferência

Calibre 11 Fonte

Quebrar Texto Automaticamente Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C7

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está ou tem problema de locomoção?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

APRESENTAÇÃO ORIENTAÇÕES DADOS DA UBS Mês 1 Plan1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 15:26 06/08/2015

2015\_03\_10 NOVA Coleta de dados Idosos (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Ferramentas de Desenvolvimento de Formulários

Recortar Copiar Pincel de Formatação Área de Transferência

Calibre 11 Fonte

Quebrar Texto Automaticamente Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C6

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso diabético está com exames complementares periódicos em dia?	O idoso está ou tem problema de locomoção?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

APRESENTAÇÃO ORIENTAÇÕES DADOS DA UBS Mês 1 Plan1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 15:29 06/08/2015

2015\_03\_10 NOVA Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Excel

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						

2015\_03\_10 NOVA Coleta de dados Idosos [Modo de Compatibilidade] - Excel

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1							
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						

2015\_03\_10 NOVA Coleta de dados Idosos (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Ferris PDF

Recortar Copiar Área de Transferência

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

CS

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1					
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				

Plan1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 15:32 06/08/2015



## **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