

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF I Posto de Saúde do Distrito  
Engenheiro Luiz Englert Sertão/RS**

**Emma Jacqueline Ferrer Blanco**

**Pelotas, 2016**

**Emma Jacqueline Ferrer Blanco**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF I Posto de Saúde do Distrito  
Engenheiro Luiz Englert Sertão/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: Andressa Hoffman

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

B641m Blanco, Emma Jacqueline Ferrer

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na ESF I Posto de Saúde do Distrito Engenheiro Luiz Englert Sertão/RS / Emma Jacqueline Ferrer Blanco; Andressa Hoffman, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

64 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Hoffman, Andressa, orient. II.  
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Este trabalho é dedicado aos meus filhos e esposo que formam parte essencial da minha vida, a minha mãe e meu pai, que me guiaram e instruíram da melhor maneira possível, a minha orientadora e professores por oferecer apoio na minha formação como profissional, a minha equipe de trabalho e a todos os que me acolheram na comunidade em geral.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e força.

Ao meu esposo por sua infinita paciência.

Aos meus filhos que são meu maior tesouro.

Aos meus amados pais pelo amor, e apoio incondicional.

A minha orientadora pela sua paciência, suporte, instruções, incentivo e compreensão durante o curso.

Aos meus pacientes que foram base de tudo.

## Resumo

BLANCO, Emma Jacqueline Ferrer. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF I no Posto de Saúde do Distrito Engenheiro Luiz Englert Sertão/RS**. 2016. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento do corpo é acompanhado por uma série de fatores incapacitantes e/ou limitantes de atividades que até então eram realizadas com facilidade. A atenção à saúde do idoso tem como objetivo promover a autonomia, autoconfiança, independência, buscando contribuir para que as pessoas idosas possam viver com qualidade, redescobrando possibilidades. Para atingir o objetivo é necessário que seja avaliado também seu contexto familiar e social, reconhecendo suas possibilidades e limitações. A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde do Englert do município de Sertão/RS, com uma duração de doze semanas, com o objetivo geral de Melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde do Engenheiro Luiz Englert, promoveu uma nova dinâmica com o mapeamento e cadastramento dos idosos referentes à área adstrita, realizado acompanhamento com a avaliação global multidimensional rápida e de saúde bucal, incluindo avaliações no nível familiar e social. Foram cadastrados e acompanhados 96 idosos. Podemos afirmar que o trabalho de intervenção propiciou melhoria na qualidade de atenção ao paciente idoso, melhorando a nossa capacidade profissional e também valorizando o idoso em seu contexto, incentivando seu autocuidado e conseqüentemente aumentando sua autoestima, passando de uma pessoa isolada, dependente, a uma pessoa integrada a comunidade. O projeto foi implantado como rotina na unidade de saúde com planos de implantação na Unidade de Saúde do Centro.

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

## Lista de Abreviatura

Sigla	Descrição
UBS	Unidade Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
HGT	Hemoglicoteste
ESF	Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
VD	Visita Domiciliar

## Lista das Figuras

Figura	Descrição	Página
Figura 1	Perfil demográfico do município em comparação com o Estado e País	12
Figura 2	População idosa estratificada por sexo e faixa etária do município de Sertão/RS	16
Figura 3	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS	39
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com VD	42
Figura 4	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	42
Figura 5	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	43
Figura 6	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	44
Figura 7	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	44



## Sumário

Apresentação .....	09
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2 Indicadores .....	27
2.3.3 Logística .....	33
2.3.4 Cronograma.....	34
3 Relatório da Intervenção.....	35
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	37
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	37
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	38
4 Avaliação da intervenção.....	38
4.1 Resultados.....	38
4.2 Discussão .....	47
5 Relatório da intervenção para gestores .....	50
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	52
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	54
Referências .....	56
Apêndices.....	57
Anexos .....	63

## **Apresentação**

O volume trata-se de um estudo de intervenção realizado no Município de Sertão/RS na Unidade Básica de Saúde localizada no Distrito Engenheiro Luiz Englert, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso, está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte, observamos a análise situacional, na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo das 12 semanas. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Na última parte, o relatório para o gestor, na sequência o relatório para a comunidade, assim como a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

## **1. Análise Situacional**

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

No município que estou atuando temos duas ESF, eu estou inserida no ESF I, que possui 100% de cobertura da ESF, atendo pacientes que residem no interior do município e também os da cidade, tem famílias que são permanentes e outras são temporárias. Temos uma equipe multidisciplinar que atua, também contamos com um hospital de pequeno porte, sendo que nossa referência para especialidades e emergências é Passo-Fundo RS.

As principais doenças que eu atendo são: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dores lombares, doenças respiratórias e depressão. Nós do programa mais médicos viemos com o propósito de mudar os hábitos de vida da população, orientando hábitos mais saudáveis para melhor qualidade de vida para prevenção de doenças, assim como acompanhamento em todos os ciclos de vida de doenças crônicas e agudas realizando apoio psicológico a família e ao doente em estágios terminais.

A principal dificuldade encontrada é a o fato de os pacientes encararem a Unidade Básica de Saúde como um pronto-socorro e não a Unidade de acompanhamento de suas doenças e de sua saúde, além de qualquer emergência que ocorra.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Sertão possui 6118 habitantes, esta localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, possui uma Unidade Básica de Saúde composta por 2 equipes de ESF e possui uma extensão no distrito de Engenheiro Luiz Englert. A equipe é composta por 2 médicos; 3 enfermeiras (com carga horária de 40 horas semanais); 1 enfermeira (com carga horária de 16 horas semanais); 1 enfermeira (com carga horária de 30 horas semanais); 2 dentistas (com carga horária de 40 horas semanais); 19 agentes comunitários de saúde (ACS), 2 fisioterapeutas (com carga horária de 8 horas semanais); 01 psicóloga (com carga horária de 8 horas semanais); 4 técnicos de enfermagem (com carga horária de 40 horas semanais); 2 auxiliares de saúde bucal (com carga horária de 40 horas semanais); , 2 agentes de controle de endemias (com carga horária de 40 horas semanais); 1 vigilante

sanitário (com carga horária de 40 horas semanais) e 3 auxiliares administrativos (com carga horária de 40 horas semanais ). Não possuímos NASF, nem CEO, possuímos um hospital na cidade, mas voltado somente para internação psiquiátrica, não temos plantões regulares para pronto atendimento o que é bem difícil. Os encaminhamentos são feitos para cidade de Passo Fundo que fica a cerca de 45 km de distância de Sertão, os hospitais de referencia são Hospital São Vicente de Paulo, Hospital da Cidade, os exames são encaminhados para Laboratórios conveniados. Existem outros encaminhamentos para o hospital ortopédico, clinica de fraturas, IOT, UPF, Clinica de olhos.

A Unidade Básica de Saúde de Sertão é localizada na zona urbana, todos os encaminhamentos são realizados pelo SUS, a Universidade Fronteira Sul possui imersão do curso de medicina desde 2013 com nossa UBS. Somos ESF desde 1998, sendo que há 2 equipes trabalhando na mesma UBS.

A unidade básica de saúde possui estrutura inadequada, há alagamentos e problemas da parte de internet e elétrica. Nem sempre temos energia elétrica e internet, com goteira nas salas, infiltração no teto. Possuímos rampas de acesso, mas o piso é liso, os banheiros não são adaptados para deficientes, temos poucas salas, o que seria interessante reforma ou construção de nova UBS, o ambulatório não está adequado, não é possível entrar com maca ou com cadeira de rodas.

O atendimento médico, de enfermagem e de odontologia são realizados no interior nas comunidades, geralmente no salão comunitário com precárias condições, uma vez por semana uma equipe de saúde sai para interior e atende a população rural, o roteiro é composto pela comunidade Quilombola da Avinha, comunidade Quilombola da Mormaça, e comunidade do Butiá Grande distante da cidade de Sertão 45 km. Durante os atendimentos são realizados atendimentos médicos de enfermagem, entrega de medicamentos, atividades educativas.

O perfil demográfico da cidade de Sertão está descrito abaixo, conforme gráfico.

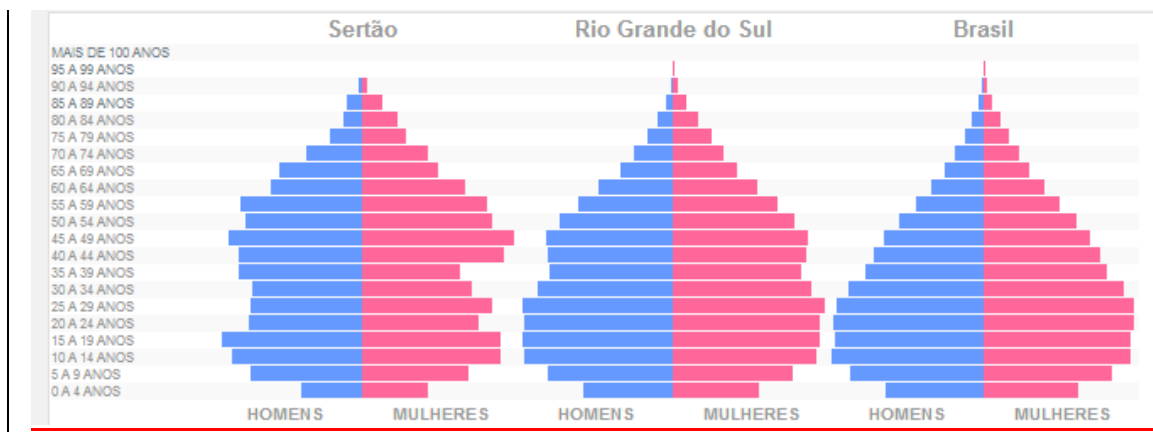


Figura 1 - Perfil demográfico do município em comparação com o estado e o país

A população comparada com o número de equipes de ESF é suficiente, mas para melhoria seria necessário contratação de mais profissionais como, por exemplo, nutricionista, ginecologista, clínico geral, pediatra, aumentar o horário de fisioterapia, psicólogo, temos vários paciente em uma longa fila de espera. A contratação de mais profissionais podemos voltar as nossas atividades para a prevenção, porque sem uma equipe multidisciplinar, acabamos fazendo mais a parte curativa, como se fosse um pronto atendimento. Tentamos e nos esforçamos para atender a todos, o que muitas vezes nos sobrecarrega.

O excesso de consultas acaba geralmente sendo atendidos, encaminhados. Programados para o dia seguinte, conforme avaliação e conversa com paciente, os idosos, gestantes e crianças tem atendimento preferencial assim como casos mais urgentes.

Referente à saúde da criança, há estimativa, de acordo com o caderno de ações programática de existirem 219 crianças até 72 meses. Destas 60% (44) são acompanhadas regularmente. Possuímos um registro e caderno de agendamento para consultas apenas das crianças até 2 anos, como não são tantas crianças conseguimos ter um controle correto das crianças seu crescimento, vacinação, teste do pezinho, teste da orelhinha, desenvolvimento, trabalhamos em equipe com dentista, técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde todos engajados para bom atendimento dessa parcela da população. Todas as crianças possuem acesso, caso necessário é encaminhado para o pediatra. Todos os dados são registrados no prontuário do paciente. Seguimos os manuais do ministério da saúde, mas não possuímos nenhum protocolo implantado. Possuímos

programas de saúde na escola. Avalio como boa a adesão e monitoramento das ações. Mas com mais profissionais os resultados seriam melhores eu acredito.

Referente à atenção a gravidez e ao puerpério, de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas devemos ter 92 gestantes e 73 puérperas na área, sendo que nossa cobertura é de 60% tanto para o pré-natal (55) quanto para o puerpério (44). Realizamos em nossa UBS a busca das gestantes faltosas, a verificação do cumprimento baseado nos cadernos, por exemplo, data das vacinas, resultado de exames, data preventivo entre outros dados. Fizemos o possível para aumentar a captação precoce de gestação, através de visita de ACS, consulta de enfermagem, consulta médica. São desenvolvidos em palestras e cursos, reuniões, aproveitando todas as oportunidades para conhecer ou informar a nossa população em idade fértil da importância que tem a captação precoce para um melhor acompanhamento e detectar, evitando dessa maneira futuras complicações.

Todos os registros estão no prontuário clínico da paciente, bem como no programa SISPRENATAL, a adesão o monitoramento das ações voltas a saúde da gestante são boas. Para melhorar a atenção básica seria interessante receber as atualizações periodicamente, principalmente de suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes, que nem todos profissionais de saúde possuem a mesma orientação. Além de que possa ser utilizada de forma particular para uma grávida que precise por prescrição facultativa. Um bom planejamento familiar, capacitação dos profissionais, reuniões, grupos de gestantes, tudo é importante para uma melhoria da atenção básica no pré-natal. Para melhoria do monitoramento, adesão e qualidade da atenção básica prestada a gestante é necessária ampliar a equipe, possuir programa específico para acompanhar, implantar protocolos a serem seguidos pelos membros da equipe multidisciplinar. Os registros ficam no prontuário clínico, sempre devemos voltar para atividades educativas em nível de prevenção para aumentar a adesão e a qualidade.

Relacionado à saúde da mulher não possuímos um cadastro, um programa que reflita a nossa realidade, temos o controle das mulheres que fazem os exames e controle dos resultados, não possuímos um cadastro geral de todas as mulheres. Procuramos durante as consultas, nas visitas dos agentes comunitários de saúde e nas reuniões orientar sobre a importância. Muitas vezes quando temos uma mulher que nunca fez exame, ou está muito tempo sem fazer, fizemos o exame no mesmo dia se possível. Os exames citopatológicos em nossa UBS, são agendados todos

os dias e por telefone, são realizados nas segundas e terças feiras e conforme necessidade, são realizados na mesma oportunidade as orientações e o auto exame clínico de mamas e o encaminhamento para a realização de mamografia conforme idade faixa etária e dados clínicos complementares das pacientes. Em nosso município com aproximadamente 2024 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, desse montante 456 fizeram até o presente momento o exame citopatológico. Muito ainda precisamos progredir, seria interessante ter um sistema com todas as mulheres os resultados e a busca das faltosas e com exames alterados, as pacientes com exames alterados são encaminhadas rapidamente as consultas especializadas. Acredito que se possuímos uma equipe interdisciplinar boa com mais profissionais como educador físico, nutricionista, psicólogo poderíamos trabalhar mais sobre os fatores de risco, aliado a isso um sistema como o das vacinas do SIPNI, que pudéssemos gerar relatório de faltosos, exames alterados. Isso melhoraria muito os indicadores da atenção básica no controle do câncer de mama e colo uterino. Para que as pacientes não percam o seguimento no momento que nos enviam os resultados de exames, nos já ligamos para a paciente e agendamos ficha médica para consulta, dessa maneira, não existe perda de seguimento. Os agentes de saúde também auxiliam no acompanhamento nas suas visitas periódicas.

No município de Sertão RS, não possuímos muitos registros, não possuímos HIPERDIA, não temos um programa específico, o SIAB não deixa nos gerarmos relatório completo com nome de paciente, idade e endereço, apenas com número da família. O número de hipertensos acima de 20 anos se aproxima do valor estipulado pelo caderno da atenção básica, ou seja, 1367 pessoas. Existem cerca de 1300 pessoas identificadas (95%) e cerca de 750 pessoas (58%) possuem a realização de estratificação de risco cardiovascular, 8% não retornaram a consulta de retorno, 570 (44%) estão com exames periódico em dia. Ainda temos que 58% foram orientadas sobre a prática de atividades físicas regulares, nutrição adequada e avaliação de saúde bucal em dia. Muitos não sabem que são portadores de hipertensão arterial, por muitas vezes estar associada a fatores de risco, genéticos, hábitos alimentares e estilo de vida dos pacientes.

É estimado cerca de 391 diabéticos com mais de 20 anos. Nossa cobertura é de 350 (90%) diabéticos avaliados com a realização de estratificação de risco cardiovascular, com orientações sobre a prática de atividade física, com orientação

nutricional e avaliação da saúde bucal, muitos estão em atraso nos retornos, com os exames recomendados, com avaliação física dos pés, medida a sensibilidade dos pés, palpação dos pulsos tibiais e pediosos. Não possuímos um registro adequado, mas possivelmente acreditamos que temos uma quantidade maior de hipertensos do que a estimada. Não possuímos muitos indicadores, faltam registros, profissionais para melhoria da atenção básica dos pacientes hipertensos e diabéticos. Acredito que para a melhoria da qualidade da atenção básica em nosso município de Sertão, necessitaria de contratação de mais profissionais como, por exemplo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, para trabalhar em conjunto, além de um programa mais específico para controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial. Seria interessante implementar um sistema de rastreio em população supostamente saudável, procurando novos casos, este trabalho pode ser realizado em fabricas, escolas, oficinas, industrias, comunidades para a melhoria e detectando a forma silenciosa da doença hipertensão arterial.

Referente à saúde do idoso não possuímos registro específico, tive muita dificuldade em responder as questões, pois não possuímos protocolo nem programa, nenhum registro fidedigno, dessa maneira fica difícil trabalhar na melhoria e qualidade de vida da população idosa. Ao preencher as ações programáticas do caderno, possuímos mais idosos do que a quantidade estimada. Possuímos cerca de 1128 idosos (18,4% da população total), mas o estimado foi de 843, desses cerca de 65% ou seja, 550 possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, acompanhamento em dia de 100% desses idosos, todos possuem avaliação de risco para morbimortalidade, com investigação de fragilização na velhice, recebem orientações nutricionais para os hábitos alimentares, e pratica de atividade física regular, cerca de 820 são hipertensos, e cerca de 780 possuem avaliação de saúde bucal em dia que corresponde a 93%. Os dados relacionados aos idosos de nosso município, estão descritos no quadro 1.



<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>HOMEM</b>	<b>MULHER</b>	<b>TOTAL</b>
60-69	303	313	616
70-79	152	190	342
80+	63	107	170
<b>Total</b>	<b>518</b>	<b>610</b>	<b>1128</b>

Figura 2- População idosa estratificada por sexo e faixa etária do município de Sertão/RS.

Na unidade básica de saúde trabalhamos respeitando os direitos dos Idosos como: propiciando a prioridade no atendimento, visitas domiciliares sempre que necessário de qualquer membro da equipe, vacinação a domicílio e nas comunidades do interior, vilas e distrito. Também são realizados atendimentos e orientações no grupo Conviver da Terceira idade uma vez por mês na quarta-feira na zona urbana e quinta-feira no Distrito Engenheiro Luiz Englert. O município disponibiliza transporte exclusivo para os idosos nas zonas urbana e rural todas as quartas e quintas-feiras para as reuniões nos grupos de terceira idade, é fornecida alimentação por meio da Secretaria de Assistência Social, assim como, educador físico e atendimento de fisioterapia nestes encontros. A Secretaria de Educação realiza curso de informática duas vezes ao ano, para turmas compostas exclusivamente por idosos. O desconto de passagens intermunicipais é fornecido mediante carteirinha do Idoso.

Maior desafio é fazer acontecer realmente a estratégia de saúde da família, o maior recurso que contamos é com a boa vontade dos profissionais, diante do que foi exposto anteriormente temos enormes dificuldades, enquanto estrutura, carência de profissionais, mas podemos contar com os profissionais que possuímos.

Foi com a especialização que conheci melhor os manuais e protocolos do Ministério da Saúde que facilitam e melhoram o atendimento, muitas coisas que às vezes passam despercebidas, hoje podem ser visualizadas com grande diferença. Temos muito a aprender, mas estamos começando o processo de aprendizagem.

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

Fazendo um comparativo na primeira postagem com os dados das ações programáticas, pude perceber que agora consigo ver a UBS SERTÃO de maneira bem mais minuciosa, desde a infraestrutura física, e que agora possivelmente teremos uma melhoria graças ao projeto do Ministério da Saúde do REDESUS, que facilitara a implantação do prontuário eletrônico, a informatização visando a melhoria de qualidade prestada na atenção básica, assim como os dados que possuímos, o que me surpreendeu foi de verificar que Sertão possui mais idosos que a expectativa e que a estimativa.

Muito ainda precisa-se melhorar, mas conhecendo a realidade pode-se planejar de forma mais eficiente. Estou aprendendo muito com o decorrer da especialização, os protocolos do Ministério da Saúde, pude analisar que a maioria dos indicadores estão bons em nosso município, por exemplo saúde da criança, acolhimento, saúde da mulher, idosos, gestantes.

Ainda são necessários ajustes que aos poucos são realizados. Minha maneira de ver e conhecer o funcionamento da UBS melhorou bastante com essa especialização.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Desde as mais antigas civilizações, a busca em compreender o envelhecimento e as modificações consequentes deste processo, é uma preocupação da humanidade. A partir da década de 80, o aumento significativo da expectativa de vida da população tem-se tornado um fenômeno que atinge grande parte dos países, tanto subdesenvolvidos como os desenvolvidos (OMS 1984).

Tendo como base Netto (2005), o envelhecimento é manifestado através de um “desgaste”, diminuição das funções do organismo que tende a ser progressivo com o tempo, não possuindo um ponto exato de transição de fases, como a adolescência e a infância. A velhice é um fenômeno biológico, um processo inevitável caracterizado por um conjunto de fatores que são particulares de cada indivíduo.

Segundo as projeções da Organização Mundial da saúde (1997), entre 1950 e 2025, a população idosa aumentará dezesseis vezes contra cinco vezes da população total. Este crescimento populacional é o mais rápido do mundo e só comparável ao México e a Nigéria. (BRASIL, 1997). Esse significativo prolongamento do tempo de vida deve-se como consequência do declínio da taxa de fecundidade e mortalidade, a criação de programas voltados à qualidade de vida e a medicina preventiva.

A escolha como foco de intervenção é a Saúde do Idoso, no município possuímos um expressivo número de idosos, parte desses são acometidos por doenças e possuem maior fragilidade e vulnerabilidade, fato esse que se justifica por consumir muitos medicamentos, morar sozinho, risco de acidentes, dificuldades auditivas e visuais, esta população não vem recebendo a cobertura adequada, diante desta realidade faz-se necessário favorecer a qualidade de vida nessa fase, seria um instrumento muito valioso para um melhor acompanhamento da saúde do idoso.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuo, está localizada no interior do município de Sertão RS, que possui 6.292 mil habitantes e é composta por duas equipes composta por: uma responsável pela Unidade, duas Enfermeiras, uma dentista, auxiliar de consultório dentário, uma agente comunitária de saúde e uma auxiliar de serviços gerais.

A UBS possui : uma sala de recepção, um ambulatório, uma sala de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório médico, dois banheiros públicos e um para funcionários, uma sala de esterilização, uma sala de vacinas, uma farmácia e uma copa para funcionários. Ela não possui toda infraestrutura adequada para acolhimento de idosos, pessoas com incapacidade temporária ou permanente e deficiências. Podemos perceber a inadequação da estrutura física desde a entrada com a presença de rampas, mas com elevação nas laterais que constituem um perigo, sem presença de corrimão, sem presença de piso antiderrapante, presença de tapetes nas entradas, nenhum consultório possui apoio nas paredes nem espaço para entrada de maca ou movimentação com acompanhante e cadeirante juntos, nos banheiros não possuem as barras de apoio.

Os consultórios odontológicos também não possuem estrutura física para atendimento de pacientes especiais. O município se estende por 439,5 km com uma densidade geográfica de 14,3 habitantes por km quadrado, o que constitui dificuldade na acessibilidade para alguns pacientes, sobre tudo idosos.

Não possuímos registro específico, pois não possuímos protocolo nem programa, nenhum registro fidedigno, dessa maneira fica difícil trabalhar na melhoria e qualidade de vida da população idosa, porque não possuímos dados e situação dos idosos de nosso município.

Não possuímos nenhum protocolo do ministério da saúde implantado em nosso município, o que dificulta também. Possuímos 1128 idosos, acima dos 843 estimados pelo caderno de ações. Nenhum deles possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, nem acompanhamento em dia. Nem todos possuem avaliação de risco para morbimortalidade, com investigação de fragilização na velhice, nem recebem orientações nutricionais para os hábitos alimentares, e pratica de atividade física regular. Cerca de 820 são hipertensos, e cerca de 780 possuem avaliação de saúde bucal em dia que corresponde a 93%.

Com a implementação do nosso projeto pretendemos melhorar a qualidade da atenção à população idosa, assim como intervenções necessárias para melhorar sua qualidade de vida, com o envolvimento de toda a equipe e pessoal administrativo, prefeitura, etc. Seria ótimo conseguir a nossa chegada ate o ultimo e mais distante lar do paciente idoso.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade Básica de Saúde Sertão.

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

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

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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**

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Para a intervenção será adotado o Caderno de Atenção Básica 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde, 2006). Será feita a identificação e busca ativa da população idosa da nossa área de abrangência e cadastro de idosos da área através dos idosos que procuraram algum tipo de atendimento na UBS. Serão fornecidos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa todos os idosos cadastrados assim procuraram qualquer atendimento de saúde. Será efetuado registro das atividades na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, no prontuário individual dos idosos e, na planilha espelho. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Engenheiro Luiz Englert no Município de Sertão/RS. Participarão da

intervenção todas as pessoas cadastradas na Unidade de Saúde com 60 anos ou mais.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

##### **Ações:**

**Monitoramento e Avaliação :** Uma vez por mês será feito o monitoramento do cadastro dos idosos na unidade, essa atividade ocorrerá 12/05/2015 e será feita pelo médico e enfermeira.

**Organização e Gestão do Serviço:** Para o acolhimento dos idosos será realizado pela equipe multiprofissional o acolhimento será realizado através da apresentação da equipe, a qual vai apresentar o projeto, sendo responsável pelo projeto a médica da unidade Emma Ferrer Blanco. Para o cadastro dos idosos o médico da unidade o fará assim que o idoso for atendido na UBS, para tal utilizará a ficha espelho, documento disponibilizado na unidade em quantidade suficiente. Para atualizar os dados no sistema ESUS um digitador responsável do município com auxílio da enfermeira o fará semanalmente.

**Engajamento público:** Demonstrar à comunidade a importância do acompanhamento periódico dos idosos. Orientar a comunidade sobre a existência na Unidade de Saúde o programa de Atenção a Saúde do Idoso.

**Qualificação da Prática Clínica:** Será realizada capacitação dos membros da equipe sobre a forma de correta do cadastro e sobre a avaliação multidimensional dos idosos. Abordaremos também temas relacionados à saúde da pessoa idosa.

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

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 50% dos idosos da área de abrangência do ESF1 Sertão RS utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Meta 2.3.** Solicitar 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.

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

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

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

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 50% dos idosos.

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

#### **Ações:**

**Monitoramento e avaliação:** Monitorar a realização exame clínico apropriado dos idosos acompanhado na Unidade Básica de Saúde de Engenheiro Luiz Englert do município de Sertão RS.

Garantir busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Especificar as atribuições de cada membro da equipe no exame de idoso hipertenso ou e diabéticos. Organizar a agenda para acolher os idosos diabéticos e hipertensos da busca domiciliar. Garantir referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas e fisiológicas.

**Organização e gestão do serviço:** a equipe odontológica da unidade básica de saúde fara a avaliação clinica de todos os idosos na unidade básica de saúde que fica em anexo a sala que serão reunidos.

**Engajamento público:** orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Incentivando o auto cuidado e a participação dos mesmos nos debates



sobre saúde.

**Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para a realização do exame clínico correto.

### **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:** Monitorar os faltosos das consultas e realizar busca ativa em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde.

**Organização e gestão dos serviços:** Criar um sistema de agendamento e consultas tentando buscar a melhor comodidade do paciente procurando que ele se sinta mais seguro, melhor atendido criando um vínculo com a UBS e que não precise aguardar em filas longas e demoradas.

**Engajamento público:** Orientar a população sobre a importância de ir às consultas programadas, abordando a importância dos mesmos serem avaliados e seguirem o tratamento estabelecido pelo profissional de saúde. Estimular os idosos a comparecerem na unidade.

**Qualificação da prática clínica:** Treinar os Agentes Comunitários de Saúde e todos os profissionais de saúde envolvidos na UBS Sertão para demonstrar a importância do acompanhamento do idoso.

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

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

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

#### **Ações:**

**Monitoramento e avaliação:** Manter o registro específico e atualizar quando necessário, mensalmente, mantendo o ESUS atualizado.

**Organização e gestão dos serviços:** Distribuir as cadernetas da Pessoa Idosa a 100% dos idosos. As cadernetas serão distribuídas pela médica durante a avaliação na primeira consulta na unidade básica de saúde.

**Engajamento público:** Envolver todos os idosos no projeto, incentivando que eles mantenham sua caderneta atualizada.

**Qualificação da prática clínica:** Treinar todos os profissionais de saúde da UBS sobre o cadastro e o preenchimento da Caderneta do Idoso.

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

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

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

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

#### **Ações:**

**Monitoramento e avaliação:** Monitorar as realizações dos exames clínicos apropriados dos idosos acompanhados na UBS para determinar risco de morbimortalidade e investigar a presença de indicadores de fragilidade na velhice. Este monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira da unidade durante as consultas e as visitas domiciliares.

**Organização e gestão dos serviços:** Garantir a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes da busca domiciliar. A agenda visa oferecer uma garantia de atendimento, todos os dias de consulta como de forma prioritária, são disponibilizadas 4 vagas todas as tarde, quem fará o agendamento será a recepcionista da unidade.

**Engajamento público:** Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar a visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Qualificação da prática clínica:** Treinar os agentes comunitários de saúde sobre o cadastro e identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados com risco de morbimortalidade e fragilidade na velhice.

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

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

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

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

**Ações:**

**Monitoramento e avaliação:** Durante as consultas incentivar a prática de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis. Monitorar o número de idosos e hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados com a periodicidade recomendada. Monitorar número de idosos cadastrados em acompanhamento odontológico no período, o monitoramento será feito durante as consultas médicas e as visitas domiciliares.

**Organização e gestão dos serviços:** Monitorar número de idosos com pressão arterial > 135/80 mmHg submetidos ao rastreamento para diabetes mellitus anualmente.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, oferecendo atendimento prioritário.

**Engajamento público:** Orientar a comunidade sobre a importância da mudança de estilo de vida e adoção de estilo de vida saudável incentivando a prática de exercícios lazer e orientar sobre a importância da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes mellitus. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para sua saúde geral.

Ouvir a comunidade sobre estratégias sobre a captação de idosos para acompanhamento odontológico.

**Qualificação da prática clínica:** Orientar à equipe da UBS, de forma elementar para que todos possam fornecer informações básicas nutricionais elementares. Orientar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluindo o uso adequado do manguito. Orientar a equipe para realizar cadastramento em encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Orientar os dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. As orientações para a equipe de saúde será realizada através da apresentação dos manuais do ministério da saúde, para que possam manusear e ficar mais familiarizados pelo médico que está implantando o projeto.

### 2.3.2 Indicadores

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

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 50%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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.

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.

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.

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.

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 cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

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 cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

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.

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

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

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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**

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**

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.

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**

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.

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.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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.

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.

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 de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para guiar a intervenção serão utilizadas orientações do caderno de atenção básica do Ministério de Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa 2006. Inicialmente será realizada uma reunião com a equipe da UBS para informar às ações que serão realizadas e definir as atribuições de cada grupo. Estão sendo providenciadas 200 fichas espelhos e 200 planilhas de coleta de dados de Saúde do Idoso, esta planilha foi disponibilizada pelo curso e as cópias estão sendo impressas na UBS, sendo responsável dessas impressões a secretaria administrativa da unidade do posto de Engenheiro Luiz Englert.

A 6ª Coordenadoria Regional de Saúde disponibilizou 200 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. A Secretaria Municipal de Saúde de Sertão forneceu: 2.000 mil folhas de ofício A4, 2 toners de tinta preta, 20 canetas esferográficas azul, 10 lápis, 2 pranchetas, também foi disponibilizado um veículo com motorista para a realização das visitas domiciliares com agendamento prévio.

O grupo foi realizado levando em consideração a dificuldade pra o deslocamento, será formado um grupo para fazer os encontros uma vez por mês, o primeiro grupo será realizado no dia 13/05/2015 nas dependências do anexo a unidade básica de saúde do Englerth as 13:30 horas. As próximas datas dos encontros serão acordadas com o próprio grupo, o grupo terá como requisitos básicos para seu funcionamento a participação dos idosos, a colaboração dos colegas e da equipe e a motivação de todos.



### 3. Relatório da Intervenção

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A população do município de Sertão-RS é de aproximadamente de 6.118 mil habitantes, destes 1.128 mil são idosos, o que compreende 18% da população. Levando em consideração a alta prevalência dessa parcela populacional, no meu projeto de intervenção optei por trabalhar com os idosos residentes na área adstrita da ESF Engenheiro Luiz Englert.

O objetivo geral do projeto de intervenção foi melhorar o programa de atenção a saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Engenheiro Luiz Englert, neste ponto eu me sinto muito contente por estar cumprindo este objetivo, pois consegui mapear a maioria dos idosos adscritos na minha área de atuação. Melhorando o cadastro conseqüentemente consegui melhorar os registros de informações de saúde, promovendo assim a prevenção e cuidado a saúde dos idosos, bem como ter melhorado a qualidade de atenção prestada, através de um cuidado mais humanizado e integral.

O maior ponto positivo foi a adesão dos idosos e da equipe ao projeto, bem como, o entusiasmo demonstrado a cada encontro. Em nosso primeiro encontro contamos com a presença de 34 idosos e a equipe multidisciplinar de saúde, composta por médica, enfermeiras, odontóloga, agente comunitária de saúde, orientadora física, coordenadora da Unidade de Saúde e a coordenadora do grupo da Terceira Idade. Fomos muito bem acolhidos pelo grupo, aceitando de muito bom grado a nossa proposta. Na segunda semana a nossa expectativa era de cadastrarmos 86 idosos, mas para nossa surpresa já contávamos com 91 cadastros. Hoje totalizamos 96 idosos cadastrados e acompanhados, todos aderiram às consultas agendadas, não necessitando realizar busca ativa, sempre compareceram muito entusiasmados, apenas um não compareceu em uma consulta, mas foi por ter esquecido da data, nos procurou no dia seguinte para remarcar a consulta.

Particularmente achei muito interessante a avaliação global dos idosos durante as consultas, além de ser um instrumento amplo que permite uma visão geral do idoso, colabora para a facilidade de preencher e não esquecer nenhum item da planilha. As visitas domiciliares realizadas também foram muito válidas para a aproximação da equipe com a família do idoso, neste momento o idoso pode ser

avaliado como um todo, levando em consideração seu estilo de vida, os riscos e barreiras arquitetônicas no domicílio, o apoio psicológico para a família e o idoso, respeitando suas peculiaridades.

Posso afirmar com certeza que este projeto está sendo muito valioso tanto para os idosos, quanto para nós profissionais de saúde, pelo fato de estarmos tendo a oportunidade de olhar estes idosos como um todo, no seu contexto, com sua rede de apoio, sua família. Assistir esse idoso de forma integral permite observar e detectar situações como a falta de diálogo entre o idoso e os próprios familiares, situações a tona na consulta em forma de doença. As pessoas de uma maneira geral precisam sentir-se bem, úteis, trocar informações, serem respeitadas, o fato de estarmos implementando o projeto de intervenção no grupo de idoso, demonstrou quanto eles valorizam o fato de serem cuidados com amor, isto eleva a autoestima deles e com isso conseguimos formar um vínculo maior.

Durante a intervenção abordamos a importância de se ter conhecimento e consciência de ser portador de uma doença crônica nesta fase da vida, como a diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Ser portador de uma dessas patologias acarreta a necessidade de mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, usos de medicamentos de maneira adequada, prática regular de atividade física. Desse modo, ao longo dos encontros e nas consultas promoveu-se a importância de prevenir o surgimento dessas patologias, objetivando proporcionar qualidade de vida aos usuários. Pois, sabe-se que promovendo saúde os serviços de saúde terão futuramente um menor gasto e um número muito menor de hospitalizações, também iria ser diminuído o número de pessoas com sequelas e incapacidades.

Para nós profissionais da saúde é muito gratificante ver o resultado do esforço e dedicação, ou seja, plantar e poder colher os frutos, mesmo sendo a longo prazo. A equipe multidisciplinar do Englert mostrou satisfação e dedicação para a implementação do projeto na unidade, não se pode esquecer a outra equipe do centro que também colaborou e solicitou que fizéssemos uma extensão do projeto para os demais idosos do município.

Os encontros de capacitação da equipe também foram muito proveitosos para discutirmos as ações a serem feitas, bem como falamos de muitos temas propostos pelos próprios profissionais. Quanto aos desafios e dificuldades encontradas foi de que poucos profissionais no início da intervenção não

demonstravam muito interesse, mas que com o passar da intervenção demonstraram-se bem interessados e auxiliariam muito na implementação do projeto. Acredito que a maneira com que se vai enfrentando as dificuldades é que se faz a diferença, contornando e de certa forma demonstrando a importância de implantação do projeto faz com que os obstáculos tornem-se incentivadores da continuidade de implantação do projeto.

Relaciona também o sucesso da intervenção à orientadora do curso à distância, pois fico muito grata pelo apoio que me foi dado nesta caminhada, certamente não conseguiria ter tido sucesso sem suas orientações e sua dedicação para comigo.

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

Entre as ações previstas e não desenvolvidas estão o cadastramento dos 50% de idosos adscritos na microárea que compõe a Unidade de Saúde do Engenheiro Luiz Englert e a visita domiciliar dos 100% dos idosos, com objetivo de conhecer de perto a sua realidade e seu entorno. As maiores dificuldades encontradas durante todo o período foi a falta de transporte para realizar as visitas domiciliares, a instabilidade da rede da internet, o clima de inverno e as mudanças dos meus dias de estudo e trabalho sem programação prévia.

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

No processo de registro das informações na planilha proposta pelo curso, também melhoramos consideravelmente tendo maior conhecimento e domínio da mesma, fato que facilitou a rapidez e qualidade das informações. O processo foi favorecido sempre pela ajuda da orientadora e mantendo um vínculo estreito e muita comunicação, as dúvidas em todo momento foram esclarecidas. A presença de falhas na internet desde o início foi um problema que até o fim nos atrapalhou para o envio em tempo das tarefas. Em várias ocasiões foi comunicado o problema para o secretário de saúde, que solicitou apoio ao pessoal encarregado, mas mesmo assim as falhas da internet continuaram durante toda a intervenção.

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

Apesar dos problemas e dificuldades apresentadas no caminho, estamos felizes pelos resultados alcançados e pela aceitação da equipe e da população, achamos que vale a pena continuar trabalhando. Mas o trabalho continua e já é parte da rotina diária da equipe e demonstrou que é possível a prevenção.

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo geral da Intervenção foi melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade Básica de Saúde Sertão. O número total de idosos residentes no município de Sertão é 1128, na área de abrangência da Unidade de Saúde Engenheiro Luiz Englert são 250 idosos.

#### **Objetivo 1 – Ampliar a Cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na Unidade de Saúde.**

No primeiro mês foram cadastrados 71 idosos, para uma cobertura de 28,4%. No segundo mês este número passou para 86 cadastros, ou 34,4% e no terceiro mês foram cadastrados um total de 96 idosos, ou uma cobertura de 38,4%.

O que nos facilitou para a realização do projeto foi a boa divulgação, o envolvimento e adesão da equipe multidisciplinar e o interesse e entusiasmo do público alvo, principalmente em dar continuidade ao trabalho proposto.

Os fatores que dificultaram atingir a meta dos 50% dos cadastros desejados foram que parte de nossa população não reside permanentemente na área, alguns apenas vêm na época de plantação e colheita. Outro pequeno número não aceita atendimento na atenção básica, possuem planos particulares de saúde. Outro fator é a extensão territorial muito grande, com dificuldade no transporte e neste tempo o clima não colaborou, estava chuvoso e frio.

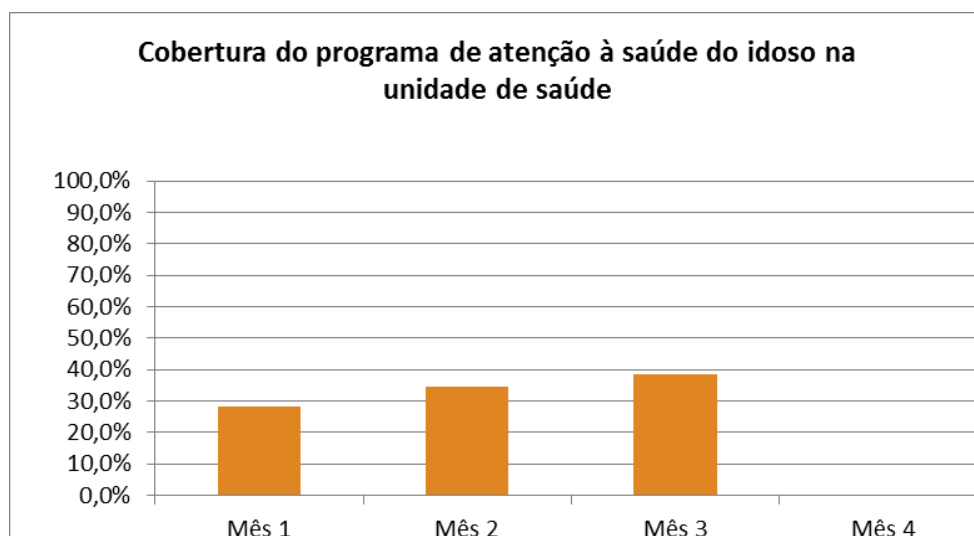


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS.

## **Objetivo 2 – Melhorar a Qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde**

2.1. Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta do Ministério da Saúde.

Nos três meses de intervenção foram avaliados 100% dos idosos cadastrados, somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos cadastrados tiveram sua avaliação. Não obtivemos dificuldades na adesão dos idosos cadastrados, foi realizado por meio de agendamento prévio.

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

Em todas as consultas foi realizado exame clínico apropriado conforme normas e protocolos do Ministério da Saúde, respeitando a integridade física, sua privacidade, observando suas características individuais, respeitando os preceitos da ética profissional. Os exames foram realizados pela Médica e acompanhado pela Enfermeira. Nos três meses de intervenção foram avaliados 100% dos idosos cadastrados, somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos. O que permitiu que todos os idosos fossem avaliados foi à boa adesão e aceitação por parte dos idosos,



a divulgação do trabalho, o bom envolvimento, interesse e dedicação da equipe de saúde.

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

Todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e avaliados tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia. Para que fosse possível foi combinado com a Secretaria de Saúde que possui convenio com os dois laboratórios do município, aceitaram de muito bom grado a realização do trabalho, foram pagos pela Prefeitura Municipal para agilidade de resultados.

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

Durante as avaliações foram priorizados medicamentos da farmácia popular aos 100% dos idosos cadastrados, contamos com farmácia na Unidade de Saúde e três farmácias do município possuem rede de farmácia popular, apoiando com os medicamentos que por virtude estejam em falta na Unidade, as prescrições são feitas pelo profissional médico. Nos três meses de intervenção foram avaliados 100% dos idosos cadastrados, somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos. Dos 96 idosos, 93 são hipertensos e 09 são diabéticos. Apenas três não são hipertensos e/ou diabéticos.

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

Mesmo com todas as dificuldades de transporte devido à distância, todos os idosos acamados foram cadastrados e avaliados, totalizando nove pacientes. Dos idosos acamados cinco são por sequelas de Acidente Vascular Cerebral, um por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, dois por Insuficiência Cardíaca e uma idosa com Insuficiência Renal Crônica. Participaram das visitas domiciliares a médica e enfermeira, a maioria com transporte próprio do paciente, pela dificuldade de transporte da Secretaria de saúde.

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

Os idosos com dificuldade de locomoção ou acamados foram todos cadastrados e avaliados, porém a maioria recebeu visita domiciliar (VD), totalizando 88,9% e os demais foram transportados pelos familiares até a Unidade de Saúde. Um dos motivos foi à falta de transporte para a realização das visitas domiciliares.

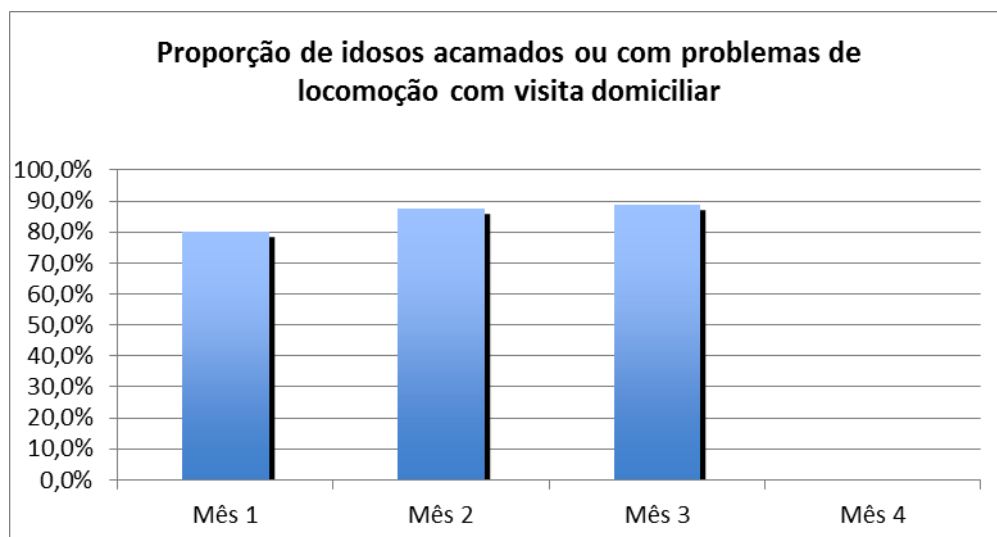


Figura 4 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com VD.

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

Em 100% dos idosos avaliados foram realizadas aferição da pressão arterial sistêmica. Os fatores que auxiliaram para alcançar desta meta foram a verificação da pressão arterial sistêmica de todos os idosos em todas as consultas, pois é rotina realização de pré-consulta de todos os pacientes que chegam à Unidade de Saúde, com verificação de peso, altura, aferição da pressão arterial e temperatura. Já em consulta a cada paciente hipertenso foi aferida a pressão em todos os membros do paciente, superior e inferior, de acordo com o roteiro.

Nos três meses de intervenção foram rastreados 100% dos idosos cadastrados, somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos foram rastreados. No segundo mês 86 idosos foram rastreados.

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

Todos os idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ( foram 10 pacientes) ou com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica foram rastreados para Diabetes Mellitus. Para este rastreamento foi solicitado exame de glicose em sangue e realizado HGT no momento da consulta pela Enfermeira. O que facilitou foi a agilidade dos resultados dos exames.

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

No primeiro mês foram avaliados 69 idosos (71,87%), aumentando para 81 no segundo mês (84,37) e totalizando 90 avaliações de Saúde Bucal, totalizando um percentual de 93,75%, porém os atendimentos e avaliações continuam em andamento, com agendamento prévio dos 100% dos cadastrados. Foram agendados oito pacientes por dia na semana, levando em consideração que a Dentista atende apenas nas quartas-feiras na Unidade de Saúde do Englert. Os principais problemas de saúde bucal encontrados foram dificuldade de higienização da prótese, visto que a grande maioria faz uso de prótese dentária.

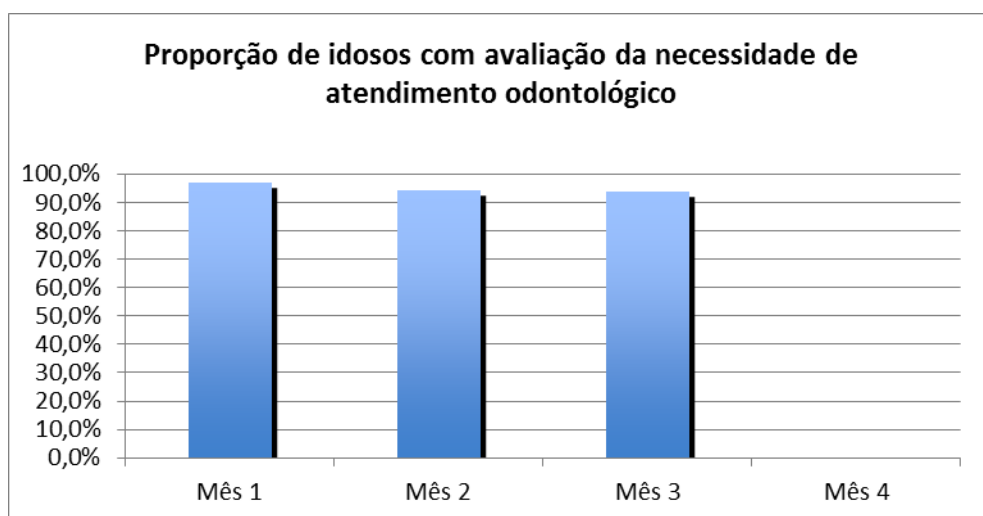


Figura 5 – Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

A proporção de idoso com primeira consulta odontológica programática foram no primeiro mês 66 (68,75%), passando para 75 (78,12%) no segundo mês e alcançando um número de 83, atingindo um percentual de 86,45%, as avaliações continuando em andamento, com agendamento prévio. Uma das dificuldades

encontradas é a carga horária disponível do profissional odontólogo para a Unidade Básica Engenheiro Luiz Englert que é de 8 horas semanais.

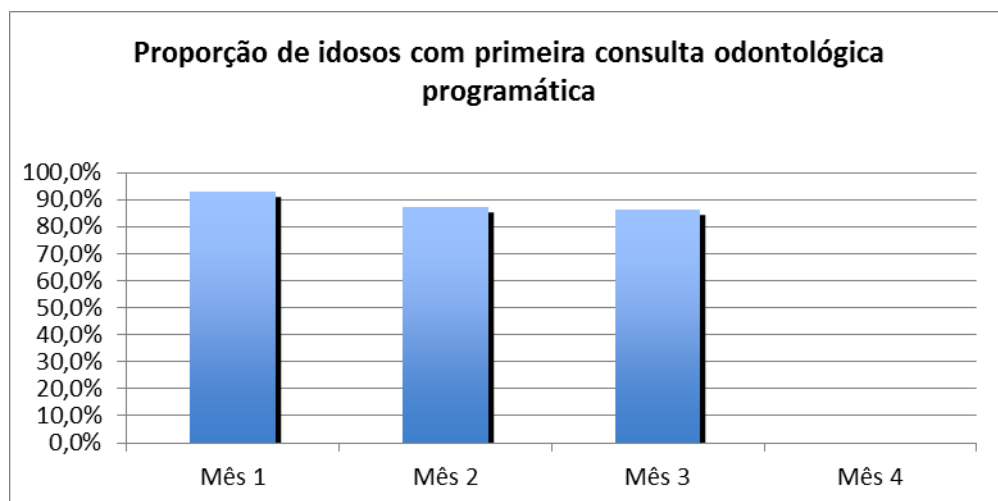


Figura 6 – Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

A proporção de busca ativa foi limitada pelo fato desses idosos não estarem nas suas casas durante este tempo, visto que visitavam filhos, netos e após retornavam às suas residências, neste meio tempo não conseguimos contato. Faltaram as consultas cinco idosos no primeiro mês, um no segundo e um no terceiro. No primeiro mês realizamos busca ativa em quatro idosos, o que significou 80%. Como não foram realizadas buscas nos segundo e terceiro mês e aumentaram os idosos faltosos a proporção do indicador caiu, no segundo mês para 66,7% e no terceiro mês para 57,1%.

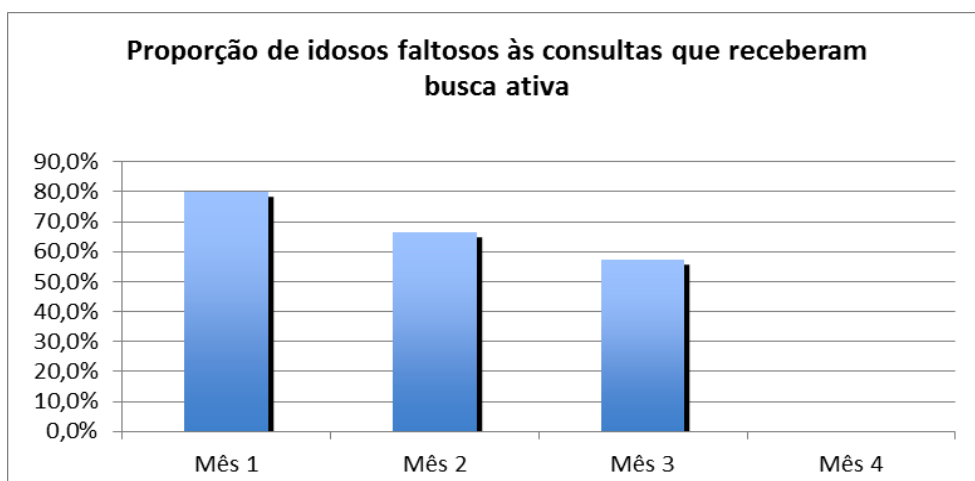


Figura 7 –Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

#### Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

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

Faltam quatro idosos, para preencher a ficha espelho, pelo fato de não termos em mãos a planilha no dia do atendimento. No primeiro mês foram registrados 71 idosos. No segundo mês este número passou para 82 e no terceiro mês foram 92.

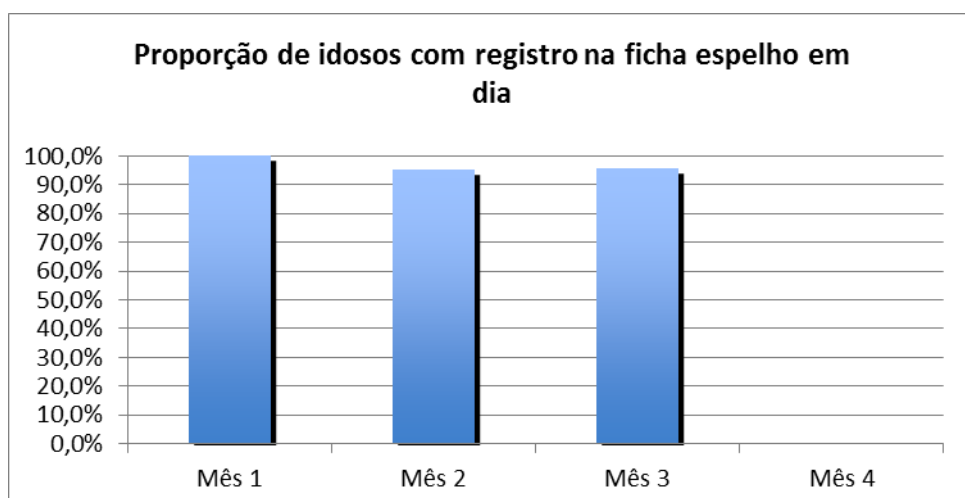


Figura 8 – Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

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

Para todos os idosos cadastrados e avaliados foram fornecidas a Caderneta de Saúde do Idoso e explicado a necessidade de portar este documento devidamente preenchido em todas as consultas. O preenchimento da caderneta é realizado pela Agente Comunitária de Saúde, a Enfermeira e a Médica. No terceiro mês um total de 96 idosos receberam a caderneta. No primeiro mês 71 idosos receberam sua caderneta e no segundo mês 86 dos idosos.

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

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

As avaliações de risco para Morbimortalidade foram feitas em todos os idosos atendidos. o que permitiu esse resultado foi o aperfeiçoamento e treinamento da equipe em anamnese, exame físico e também o resultado em tempo oportuno dos exames laboratoriais. Nos três meses de intervenção foram avaliados 100% dos idosos cadastrados, somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos.

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

Foram realizadas avaliações para fragilização na velhice em 100% dos idosos avaliados somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos. Facilita na manutenção do indicador porque a avaliação foi incorporada como rotina na consulta dos idosos, e é realizada pelo médico, acompanhada da enfermeira, com o apoio da agente comunitária de saúde, que é a pessoa que mais tem contato com o idoso no seu domicílio.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Todos os idosos cadastrados receberam avaliação de rede social somando um total de 96 idosos. No primeiro mês os 71 idosos cadastrados foram avaliados. No segundo mês 86 dos idosos. O que facilitou foi o trabalho em conjunto com a agente comunitária de saúde e enfermeira, que conhecem a realidade de cada família.

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

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

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

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

Foram oferecidas orientações nutricionais para hábitos saudáveis para todos os idosos avaliados.

Todos os idosos receberam orientações sobre prática de atividade física regular.

As orientações de cuidados de saúde bucal foram oferecidas a 100% dos avaliados. Com ênfase à prevenção do Câncer bucal. Estão sendo realizadas atividades educativas no grupo de terceira idade que se reúne todas as quintas-feiras no Salão em anexo ao posto de Saúde, facilitando o acesso e vínculo com os idosos que participam das atividades, assim como são realizadas orientações individuais em cada consulta. As orientações são oferecidas pela dentista, enfermeira e médica.

## **4.2 Discussão**

Posso afirmar que a intervenção na unidade básica de saúde em que atuo propiciou uma melhoria na qualidade de atenção ao paciente idoso, tanto para os idosos, como para nós profissionais de saúde, pelo fato de realizar um atendimento integral ao idoso, no seu contexto, na sua realidade, sua rede social, com sua família. O idoso que era uma pessoa isolada, dependente e um pouco esquecida na sociedade a sentir-se valorizado.

A implementação dessas ações para o serviço continua muito importante porque esta promovendo o vínculo da equipe de saúde com o paciente e seus familiares, busca também transmitir conhecimento de um envelhecimento com qualidade de vida, a integração das redes de atenção à saúde do idoso e um incentivo a um envelhecimento ativo. Recebemos amostras de satisfação, sentimento de gratidão e aumento de autoestima dos idosos atendidos no programa.

O projeto promove uma nova dinâmica, visando à melhoria da qualidade da atenção ao paciente idoso em geral. A atenção primária é o primeiro nível de contato, a porta de entrada dos pacientes e tem o núcleo familiar como base e a unidade para desenvolvimento de sua atuação. Ficar atento aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação, facilitando o acesso, faz com que seja possível o alcance dos objetivos do projeto.

A equipe multidisciplinar do Englert adorou e se dedicou ao máximo para a implementação do projeto, durante este tempo realizamos capacitação da equipe, conforme recomendações do Ministério da Saúde, bem como falamos de vários

temas propostos pelos próprios profissionais. A equipe demonstrou a cada encontro seu entusiasmo, as enfermeiras, médica, odontóloga, agente comunitária de saúde, recepcionista conseguiram promover e aumentar o vínculo com o paciente e seus familiares, mostrando a disponibilidade para dar continuidade ao projeto proposto, visando acarretar mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, pratica regular de atividade física, uso de medicamentos de maneira racional, trazendo uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento ativo e saudável.

Com o passar do tempo pude analisar como evoluímos enquanto equipe, pois a maneira com que trabalhamos hoje é com mais união, a visão global da saúde do idoso tornou-se mais ampla promovendo um sentimento de satisfação, fazendo com que todos tenham vontade de dar continuidade ao projeto.

Achei muito importante abrir este caminho para estimular a qualidade do atendimento desse grupo populacional, em especial pelo fato do inevitável envelhecimento da população. A comunidade em geral aceitou de muito bom grado a implementação do projeto, achando que constitui uma forma de cuidado mais humanizada.

Para a população geral o projeto é muito importante, pelo fato de aprender a importância de adquirir hábitos de vida saudáveis desde a infância, para garantir uma melhor qualidade de vida na velhice, para os jovens o envelhecimento é algo muito distante da sua realidade e sem importância, mas até mesmo eles acharam importante a implementação, pois assim irão poder melhorar a qualidade de vida de seus familiares idosos. Com isso conseguimos mudar a visão dos idosos sozinho, sentado na beira do fogão, por uma pessoa ativa, independente física e economicamente, com ideias próprias (sempre que possível), o direito a tratamento, reabilitação e melhoria de qualquer agravo sofrido, direito à atenção integral, incluindo atenção estomatológica.

Os pacientes ficaram felizes em receber as orientações dadas sobre a prevenção de quedas, hábitos alimentares, uso racional dos medicamentos, uso racional de sal, prevenção do câncer em geral e câncer bucal, sobre hábitos nocivos e importância das imunizações. Sabemos o quanto é difícil e trabalhoso mudar um hábito ou uma rotina que uma vida inteira foi feita, mas é sempre válida uma tentativa, sempre temos uma chance de melhorar a qualidade de vida. Apesar dos contratempos o apoio da comunidade ao projeto serviu como incentivo para conseguir a implementação e que vire rotina no serviço.



Particularmente achei muito interessante e importante a avaliação global dos idosos durante as consultas, além de ser um instrumento amplo que permite uma visão geral do idoso, colabora pela facilidade de preenchimento, não permitindo esquecer nenhum dado. Consegui mapear quase todos os idosos adscritos na minha área, melhorando os registros de informações de saúde. Para nós profissionais de saúde é muito gratificante ver o resultado do esforço e dedicação, ou seja, plantar e poder colher os frutos, mesmo sendo em longo prazo.

Entre os obstáculos se encontraram o fato da instabilidade e permanência na Unidade de Englert por necessidade de recursos humanos na cidade e atendimentos na área rural. A falta de registros e cadastro dos pacientes dificultou e atrasou a implementação, pois começamos do zero. Faria de maneira diferente a melhor integração com os gestores buscando a melhoria de transporte e rede de internet.

Contamos com a disposição de todos os envolvidos para a incorporação e rotina do serviço e inclusive foi solicitado à extensão do projeto a todo o município, a partir de agora pretendemos continuar com a busca, avaliação multidimensional e acompanhamento dos idosos, abrindo o caminho para uma velhice com qualidade.

## 5. Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretaria Municipal de Saúde,

A importância do envelhecimento da população no Brasil e no mundo, sua repercussão social motivou e justificou a implantação de estratégias efetivas para melhorar o atendimento e acompanhamento dos pacientes idosos. Por isso durante os meses de junho, julho e agosto a equipe de saúde que atua no Engenheiro Luiz Englert desenvolveu uma intervenção de saúde para que fosse possível conseguir esta melhoria no sistema de saúde do município.

Além de melhorar a qualidade do atendimento e a adesão do paciente ao acompanhamento pretendemos melhorar o registro das informações e desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde que é a nossa razão de ser como profissionais da atenção primária à saúde.

Apesar das dificuldades apresentadas no caminho, como instabilidade no posto de trabalho por motivo de falta de recursos humanos, graves dificuldades com a internet, dificuldades com o registro das informações, conseguimos desenvolver todas as atividades propostas no cronograma, vale a pena ressaltar que a divulgação do projeto e a acolhida pela população e equipe de saúde, o apoio das orientadoras docentes foram fundamentais no sucesso da implementação do trabalho, considerando que foi acertada e inserida na rotina da Unidade Básica de Saúde e com pretensão de dar continuidade.

No indicador de cobertura foram cadastrados 96 idosos, com uma cobertura de 38,4%, não apresenta indicador anterior por não fornecer o serviço anteriormente, os fatores que dificultaram atingir a meta de 50% dos cadastros desejados foram que parte da nossa população não reside permanentemente na área, alguns apenas voltam na época de plantação e colheita, deixando empregados jovens residindo e cuidando de sua propriedade, outro pequeno número pelo poder aquisitivo não aceita atendimento na atenção básica, possuem planos particulares de saúde. Outro fator é a extensão territorial com dificuldades no transporte e neste tempo o clima não colaborou, estava chuvoso e frio. A gestão pode colaborar fornecendo o transporte para os atendimentos e disponibilizar a equipe multidisciplinar para auxílio na coleta de dados e acompanhamento.

Nos indicadores de registro conseguimos cadastrar 96 idosos, fornecer a caderneta de saúde da pessoa idosa, acompanhar os 100% cadastrados, realizando

avaliações multidimensionais, exames laboratoriais, avaliação odontológica, acompanhamento no âmbito familiar e rastreamento para Hipertensão Arterial sistêmica e para Diabetes Mellitus. Os idosos acamados ou com problema de locomoção foram também acompanhados com percentual de 100% no seu domicílio com visitas domiciliares periódicas.

Este trabalho ainda não terminou porque felizmente está sendo incorporado na rotina da Unidade de Saúde, com a continuidade das ações e avaliações, inclusive com o projeto sendo iniciado em uma amostra da comunidade inserida Unidade de Saúde do Centro.

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

Prezados Usuários,

No período de junho a agosto de 2015 foi realizado um trabalho de implantação do projeto de intervenção voltado ao acompanhamento da pessoa idosa da comunidade de Engenheiro Luiz Englert, com o objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na área de abrangência, buscando a melhoria da qualidade de vida.

Durante esse tempo foram realizadas atividades propostas no cronograma, incluindo a capacitação da equipe de saúde, dois encontros de educação em saúde no grupo de idosos, divulgação e agendamento das consultas. Após todos os cadastrados foram realizadas consultas para avaliação multidimensional, consulta para avaliação da saúde bucal, solicitado exames laboratoriais, realizado avaliação global dos idosos, como também visitas domiciliares aos idosos acamados e avaliações no âmbito familiar.

Podemos afirmar que o trabalho de intervenção propiciou melhoria na qualidade de atenção ao paciente idoso, melhorando a nossa capacidade profissional e também valorizando o idoso em seu contexto e incentivando seu autocuidado e conseqüentemente aumentando sua autoestima, passando de uma pessoa isolada, dependente, a uma pessoa integrada a comunidade e independente com critério responsável pela sua vida.

Buscamos também partilhar conhecimentos sobre envelhecimento com qualidade de vida, digno e saudável, demonstrando as redes de atenção à saúde do idoso que possuímos no nosso município.

A implementação dessas ações é muito importante porque esta promovendo o vínculo da equipe de saúde com o paciente e seus familiares, visto que recebemos amostras de satisfação, sentimento de gratidão e aumento de autoestima dos idosos atendidos no programa.

A equipe demonstrou disponibilidade para dar continuidade ao projeto proposto, visando mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, pratica regular de atividade física, uso de medicamentos de maneira racional, trazendo uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento ativo e saudável. Com a aceitação e envolvimento da equipe e comunidade pretendemos dar continuidade ao projeto como parte da rotina da Unidade de Saúde de Engenheiro Luiz Englert, como também iniciar a implantação à uma amostra da comunidade adscrita à Unidade de Saúde do Centro.

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

Desde o início do meu trabalho como médica da Estratégia de Saúde da Família, na Unidade de Saúde do Englert havia observado que a maioria dos pacientes que procuravam atendimento na Unidade eram idosos e não havia uma rotina de recepção, engajamento e acompanhamento destes idosos, os registros eram pobres. Com este diagnóstico percebi que era importante realizar o trabalho de intervenção voltado à atenção à saúde destes.

Na Unidade já existia um bom controle das gestantes, lactantes, crianças, do programa de prevenção de câncer cervico-uterino e de mama. Por este motivo e também a população Sertanense, não é diferente da Brasileira e do resto do mundo está envelhecendo. Achei importantíssimo iniciar um trabalho voltado à melhoria da qualidade de vida dos idosos, refletindo em toda a comunidade.

Apesar de todas as dificuldades, a minha expectativa com o curso sempre foi positiva, porém muito complexa, muitas vezes o desânimo me atingiu porque enfrentei a solidão, um idioma que conhecia muito pouco, o clima diferente, dificuldades com acesso à internet e logística, mas percebo hoje que foi importante para o meu aprendizado e crescimento profissional.

Com o andamento da intervenção fiquei cada dia mais satisfeita, pois percebi o quanto poderia fazer pela equipe e pela comunidade usando as ferramentas que aprendi com o curso, disponibilizadas pela especialização para melhorar a qualidade dos serviços.

A interação virtual com outros colegas do curso foi interessante, uma novidade, porque não havia realizado cursos semelhantes, tivemos a oportunidade de conhecer situações reais das áreas de saúde dos outros municípios, assim como adquirir e trocar experiências ao compartilhar os diferentes casos, tanto nos serviços, como na comunidade, servindo como exemplo para possíveis mudanças. Um fator que dificultou o trabalho foi o idioma, tanto na escrita, como na leitura, melhorando um pouco a cada dia.

O apoio das orientadoras na condução do trabalho se mostrou muito valiosa, foi um guia que acompanhou, tirou dúvidas, interagimos e recebemos orientações para aperfeiçoar nossas práticas no trabalho e na comunidade.

Os casos interativos e os testes de qualificação cognitiva ajudaram a minha superação como profissional, melhorando e aperfeiçoando sistematicamente a prática clínica na comunidade.

O que mais marcou foi à interação com a comunidade, criação de vínculos, o que nos permitiu estarem perto deles, escutando os seus problemas, as suas preocupações, recebendo seu agradecimento e perceber o quanto fomos valorizados. Foi este acolhimento que incentivou para a continuidade do trabalho e também para que fosse inserido na rotina da Unidade de Saúde. Contudo fiquei muito satisfeita e comecei a gostar mais do meu trabalho.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica, Número 19. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIPERTENSÃO ARTERIAL. Caderno de atenção básica número 15. Brasília. 2006.

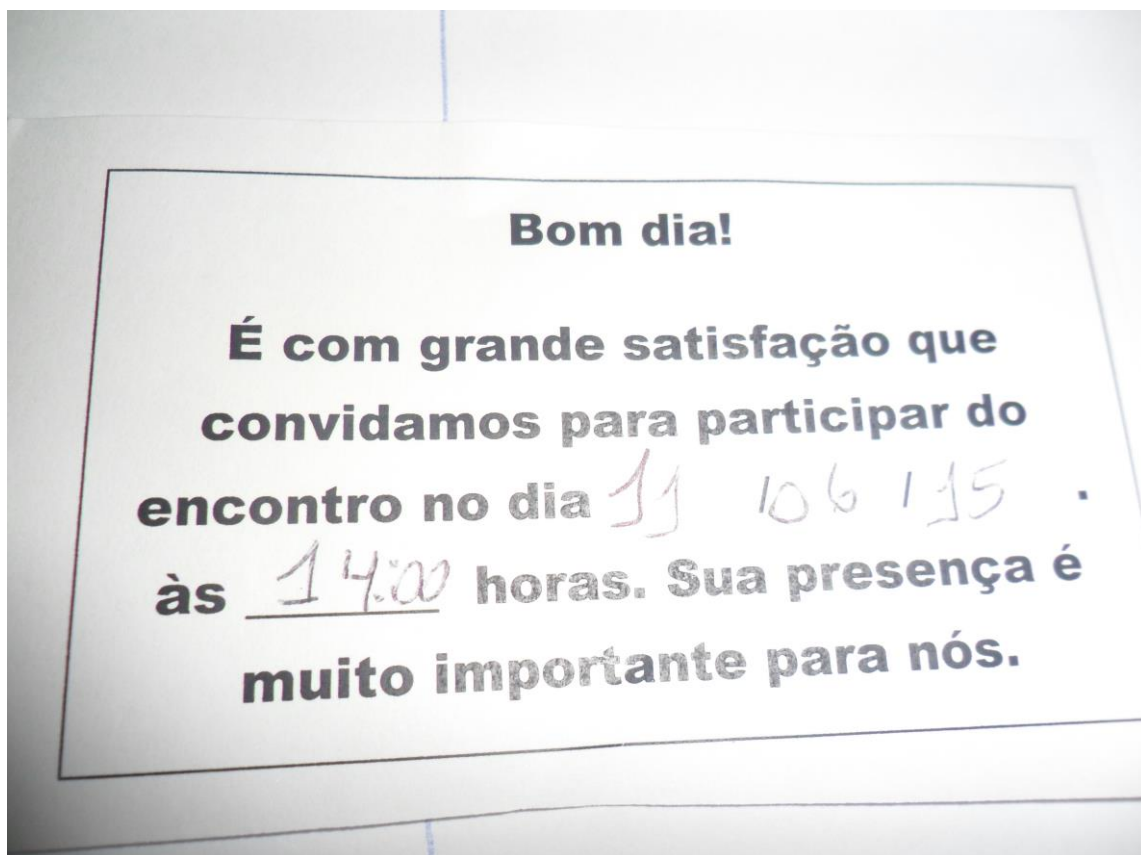
BRASIL. Ministério da Saúde. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Caderno de atenção básica número 37. Brasília. 2013.

NETTO Papaleo, Mateus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2000.

## **Apêndices**



**Apêndice A – Convite participação do grupo de idosos para divulgação do projeto**



## Apêndice B – Formulário para coleta de dados dos indicadores de Saúde do Idoso

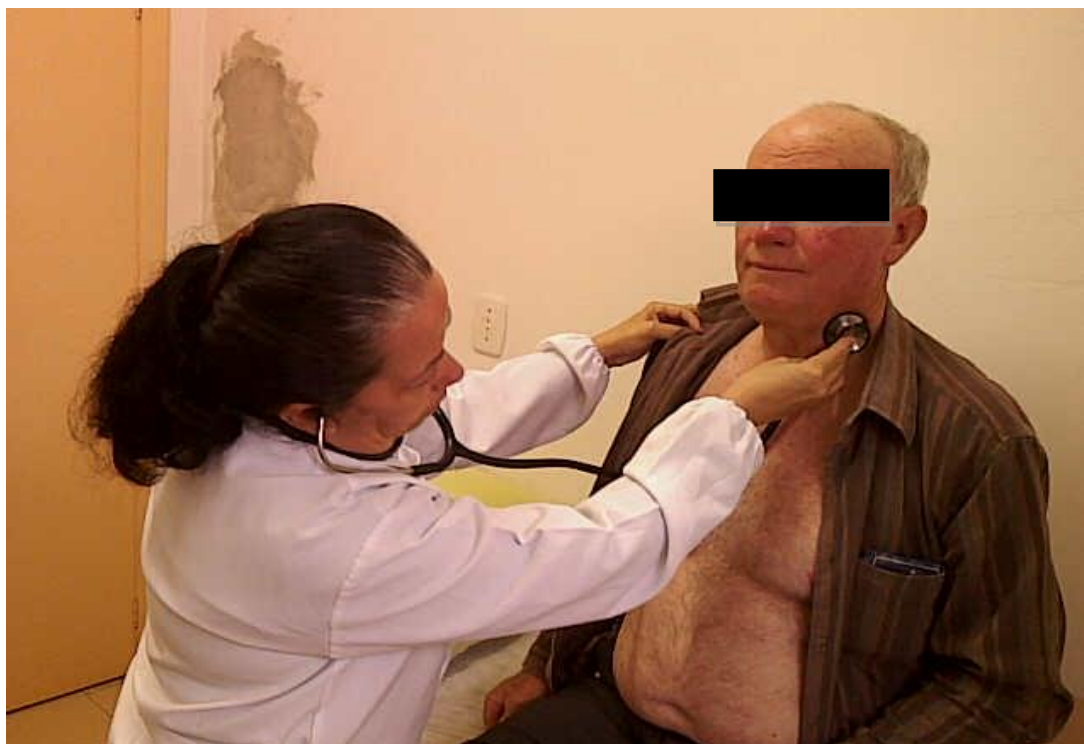
### Apêndice A

#### Formulário para coleta de dados dos indicadores de Saúde do Idoso.

- 1- Nome do idoso: \_\_\_\_\_
- 2- N° do idoso: \_\_\_\_\_ 3- Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 4- Data da primeira consulta(ingresso no programa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 5- Data da última consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 6- O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: ( )Sim ( )Não
- 7- O idoso está com atraso no atendimento:( )Sim ( )Não
- 8- O idoso fez avaliação global de sua situação: ( )Sim ( )Não
- 9- O idoso é hipertenso:( )Sim ( )Não
- 10- O idoso é diabético:( )Sim ( )Não
- 11- Foi registrado na ficha espelho o peso na última consulta: ( )Sim ( )Não
- 12- Foi realizada avaliação de risco no idoso: ( )Sim ( )Não
- 13- O idoso recebeu orientação nutricional:( )Sim ( )Não
- 14- O idoso recebeu orientação sobre atividade física:( )Sim ( )Não
- 15- O idoso recebeu avaliação de saúde bucal:( )Sim( )Não
- 16- Foi realizada avaliação da rede social do idoso:( )Sim ( )Não
- 17- Foi identificado o grau de dependência do idoso:( )Sim ( )Não
- 18- Este idoso necessita de cuidados domiciliares por parte da equipe de saúde:  
( )Sim ( )Não

## Apêndice C – Fotos dos Encontros



**Apêndice D – Fotos Atendimentos**

## **Anexos**

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





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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



