

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Universidade Aberta do SUS UNA/SUS**  
**Departamento de Medicina Social**



**Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Implantação da atenção à saúde do idoso, na UBS Mãe Dita,  
Demerval Lobão/PI**

**Daniela Kelly Veloso**

**Pelotas, 2015**

**Daniela Kelly Veloso**

**Implantação da atenção à saúde do idoso, na UBS Mãe Dita,  
Demerval Lobão/PI**

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família - modalidade a distância - UFPEL/UNASUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Patrícia Osório Guerreiro

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

V432i Veloso, Daniela Kelly

Implantação da atenção à saúde do idoso, na UBS Mãe Dita, Demerval Lobão/PI / Daniela Kelly Veloso; Patricia Osório Guerreiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

116 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. Guerreiro, Patricia Osório, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho aos profissionais da Atenção Básica que se empenham em qualificar a Atenção Primária à Saúde.

## **Agradecimentos**

À Deus, por ter me concedido saúde e força para superar as dificuldades;

À minha família, pela base sólida propiciada que tem me permitido alcançar meus objetivos;

Ao meu namorado, pelo incentivo e compreensão;

Aos colegas de trabalho, que tornaram esta jornada mais amena;

À minha orientadora pela paciência e dedicação.

## Resumo

VELOSO, Daniela Kelly. **Implantação da atenção à saúde do idoso, na UBS Mãe Dita, Demerval Lobão/PI.** 2015. 116f. Trabalho acadêmico – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento representa um processo biopsicosociocultural, e devido isso gera demandas complexas e exige cuidado diferenciado, mas tal fato não precisa ser atrelado necessariamente a uma doença, mas sim as características, necessidades e valores próprios de cada indivíduo. O presente trabalho descreve uma intervenção em saúde realizada na UBS Mãe Dita do município de Demerval Lobão – Piauí, que objetivou implantar uma ação programática voltada ao atendimento em Saúde do Idoso. Participaram do estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos, pertencentes a área de abrangência da equipe de ESF 06 do referido município, a população participante do estudo foi definida com base em dados do SIAB. A intervenção baseou-se na realização de consultas específicas voltadas as necessidades de saúde do idoso, onde foi abordado as peculiaridades dessa fase da vida de forma integral e contínua. Os resultados mostraram que, apesar da pequena cobertura atingida pela ação, 32,8%, a mesma foi implantada na rotina de funcionamento da UBS e da equipe de saúde, sendo que a cobertura de saúde bucal atingiu um índice de 18,6%, correspondendo a 33 idosos que recebeu primeira consulta odontológica programática e os indicadores de qualidade mostraram-se crescentes ao longo da intervenção. Conclui-se que houve uma mudança positiva no atendimento em saúde a essa população e conseqüentemente melhorias na sua qualidade de vida.

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

## **Abstract**

Veloso, Daniela Kelly. **Implementation of health care for the elderly, the UBS Mother Dita, Demerval Lobão / PI**. 2015. 112f. Academic work - Graduate Program in Family Health. Federal University of Pelotas, Pelotas.

Aging is a biopsicosociocultural process, and because it generates complex demands and requires special care, but this fact does not necessarily need to be linked to a disease, but rather the characteristics, needs and values of each individual. This paper describes a health intervention held at UBS Mother Said the city of Demerval Lobao - Piauí, which aimed to implement a programmatic action focused on serving Health of the Elderly. Participants were elderly aged over 60 years, belonging to the area of coverage of the FHS team 06 of the municipality, the participant study population was defined based on SIAB data. The intervention was based on the achievement of specific queries directed the elderly health needs, where it was discussed the peculiarities of this stage of life fully and continuously. The results showed that, despite the small coverage achieved by the action, 32.8%, it was deployed in UBS's operating routine and the health care team, and the oral health coverage reached a 18.6% rate corresponding to 33 seniors who received first programmatic dental appointment and quality indicators proved to be increasing during the intervention. It was concluded that there was a positive change in health care to this population and therefore improvements in their quality of life.

**Keywords:** Primary Health Care; Aging Health; Oral Health.

## Lista de figuras

<b>Figura 1</b>	Unidade Básica de Saúde Mãe Dita.....	13
<b>Figura 2</b>	Equipe da saúde.....	14
<b>Figura 3</b>	ACS Eliete e a recepcionista Claudiane.....	14
<b>Figura 4</b>	Recepção da unidade de saúde.....	16
<b>Figura 5</b>	Primeiro idoso a ser atendido pelo programa.....	59
<b>Figura 6</b>	Atendimento odontológico.....	60
<b>Figura 7</b>	Idosa de 102 anos atendida pelo programa.....	61
<b>Figura 8</b>	I Encontro de Saúde do Idoso.....	63
<b>Figura 9</b>	Palestra educativa com a Nutricionista.....	63
<b>Figura 10</b>	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	66
<b>Figura 11</b>	Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	67
<b>Figura 12</b>	Gráfico da proporção de idosos com exame clínico em dia.....	67
<b>Figura 13</b>	Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	68
<b>Figura 14</b>	Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção.....	69
<b>Figura 15</b>	Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	69
<b>Figura 16</b>	Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	70
<b>Figura 17</b>	Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	70
<b>Figura 18</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	71
<b>Figura 19</b>	Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	71
<b>Figura 20</b>	Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	72
<b>Figura 21</b>	Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	72
<b>Figura 22</b>	Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	73
<b>Figura 23</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	73
<b>Figura 24</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	74
<b>Figura 25</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	74
<b>Figura 26</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	75
<b>Figura 27</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	75
<b>Figura 28</b>	Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	76



<b>Figura 29</b>	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde.....	77
<b>Figura 30</b>	Gráfico da cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência.....	77
<b>Figura 31</b>	Gráfico da proporção de idosos com necessidade de tratamento.....	78
<b>Figura 32</b>	Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.....	78
<b>Figura 33</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.....	79
<b>Figura 34</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.....	79
<b>Figura 35</b>	Gráfico da proporção de busca ativa realizada aos idosos que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.....	80
<b>Figura 36</b>	Gráfico da proporção de idosos com registro atualizado.....	80
<b>Figura 37</b>	Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	81
<b>Figura 38</b>	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.....	31
<b>Figura 39</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.....	82
<b>Figura 40</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.....	82
<b>Figura 41</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.....	83
<b>Figura 42</b>	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	83

## **Lista de Abreviaturas/Siglas**

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

BCG Bacilo de Calmette Guérin

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

DM Diabetes Mellitus

DST Doença Sexualmente Transmissível

dTPa difteria, Tétano e Coqueluche acelular

ESF Estratégia Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HUT Hospital de Urgência de Teresina

IMC Índice de Massa Corporal

MEEM Mini Exame do Estado Mental

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROVAB Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UFPeL Universidade Federal de Pelotas

VIP Vacina Inativada contra Pólio

VOP Vacina Oral contra Pólio

## Sumário

<b>Apresentação</b>	
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo.....	22
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e Metas.....	24
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística.....	54
2.3.4 Cronograma.....	56
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b> .....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.....	63
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b> .....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão.....	83
4.3 Relatório para gestores.....	86
4.4 Relatório para a comunidade.....	90
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM</b> .....	93
<b>6. Referências</b> .....	95
<b>Apêndices</b> .....	96
Apêndice A - Convite aos Idoso.....	97
Apêndice B - Ficha de Cadastro.....	98
<b>Anexos</b> .....	99
Anexo A - Ficha espelho de saúde do idoso.....	100
Anexo B - Ficha espelho de saúde bucal.....	102
Anexo C - Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa.....	104
Anexo D - Mini Exame do Estado Mental.....	106
Anexo E - Carta de Aprovação.....	108
Anexo F - Planilha de Coleta de Dados de Saúde do Idoso.....	109
Anexo G - Planilha de Coleta de Dados de Saúde Bucal do Idoso.....	111

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho trata-se de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Mãe Dita do município de Demerval Lobão-PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

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

A situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde no local em que trabalho não pode ser considerada muito satisfatória para atender a operacionalização do SUS, levando em conta principalmente, o artigo 198 da Constituição Federal.

Apesar de ser um município localizado bem próximo à capital Teresina, a mesma proximidade não é verificada quanto ao desenvolvimento local, jovens sem muitas oportunidades de vida acabam por cair na banalidade, adolescentes grávidas deixando os estudos e sem ter uma noção totalmente correta do que seja uma DST (Doença Sexualmente Transmissível), crianças convivendo em situações de risco e em condições de higiene precárias, população exposta à falta de saneamento básico e várias outras situações em que se nota a precariedade não só da saúde pública, mas também da educação e infraestrutura do município.

Tratando agora especificamente da APS do meu local de trabalho listarei suas principais características, emitindo ao final um parecer geral sobre a mesma, com o que pude observar durante esse pouco tempo que estou no município, a gestão da Secretária de Saúde está passando nesse momento por um processo de mudança em que a atual secretária de saúde e também primeira-dama está saindo do cargo e outra pessoa irá assumir, uma enfermeira, também defensora do SUS, então, a expectativa são de mudanças e para bem melhor.

Observei primeiramente a estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS), esta na qual estou me baseando para o desenvolvimento das atividades da especialização, assim como outras duas, funcionam nas dependências do prédio da secretária municipal de saúde, dessa forma três equipes de Estratégia Saúde da

Família (ESF) estão alocadas em um mesmo estabelecimento, duas funcionam pela manhã e uma pela tarde. Cada UBS possui seus consultórios médicos e de enfermagem que embora pequenos possuem instalações novas e adequadas para o atendimento da população e dos programas de saúde, equipe com quantidade adequada de profissionais de acordo com o Manual da Atenção Básica sendo um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico em saúde bucal. Porém das seis equipes de ESF implantadas no município, sendo que a sétima está em andamento, três delas estavam sem profissional médico, não sei informar por quanto tempo, quando da chegada dos profissionais do PROVAB no município, sendo que os mesmos foram lotados cada um em uma UBS/ESF completando assim as equipes. Possui também consultório odontológico totalmente equipado, sala de vacinas, sala de esterilização, sala de procedimentos e farmácia, todos climatizados, além de copa, almoxarifado, banheiros e recepção com assentos suficientes para os pacientes.

Existe também no município um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que realiza atendimento complementar à saúde da população, é composto pela seguinte equipe duas fisioterapeutas, um educador físico, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e uma psicóloga.

O maior problema detectado até o momento foi a falta de controle social do serviço de saúde, não existe conselho local de saúde e a enfermeira do serviço diz que desde a sua entrada no município, a cinco anos atrás, não tem conhecimento sobre a existência do mesmo. A participação social fica como algo que só é contemplado no papel, sem que o usuário do serviço tenha ao menos o conhecimento do direito de participar das decisões na área da saúde.

As atividades de educação em saúde são desenvolvidas priorizando temas voltados para os grupos prioritários como hipertensos e diabéticos, adolescentes, gestantes e crianças, além de outros temas de comum interesse para a população que são desenvolvidas principalmente durante o momento da consulta ou coletivamente em associações comunitárias, no entanto a efetividade dessas atividades fica um pouco prejudicada devido as estratégias utilizadas que são restritas e também pelo fato de que não são todos os profissionais da UBS que realizam essas ações, assim como as ações de avaliação e monitoramento da situação de saúde de área de abrangência da ESF, ficando a maior parte disso à cargo da enfermeira do serviço.

Concluindo, de um modo geral pode-se dizer que a situação da ESF/APS no serviço em que estou alocada embora tenha passado por melhorias nos últimos tempos, ainda precisa empenhar-se mais para garantir uma atenção à saúde de qualidade à população assistida, podendo ser classificada em insuficiente, por ainda não contemplar o atendimento em saúde de acordo com os princípios do SUS, principalmente no que diz respeito à humanização em saúde, ao controle social e educação em saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Demerval Lobão é um município brasileiro do estado do Piauí, com população estimada em 2009 de 13.232 habitantes e possui uma área de 229,19 km<sup>2</sup>. Quando elevado à categoria de Cidade, em 1963, a denominação foi mudada de Morrinhos para Demerval Lobão, em homenagem ao ilustre advogado e político piauiense, Demerval Lobão Veras, falecido em acidente rodoviário nas proximidades de Morrinhos em campanha política ao Governo do Estado.

O histórico da saúde no município de Demerval Lobão é um tanto precário, a situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde (ESF/APS) não pode ser considerada satisfatória para atender a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), uma trajetória que é marcada pelo descaso e abandono da população, que segundo informações, passou a mudar pouco tempo atrás, devido a iniciativa de novos gestores que “acreditam na proposta do SUS”. Embora a situação de saúde tenha melhorado, ainda não é o suficiente para atender as necessidades da população.

O município conta com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também seis equipes de ESF, estando em processo de implantação a sétima. Existe também no município um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que realiza atendimento complementar à saúde da população, é composto por duas fisioterapeutas, um educador físico, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e uma psicóloga. O atendimento odontológico infelizmente não conta com o suporte de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Não existe no município um serviço específico de atendimento às urgências, sendo que esses casos são encaminhados ao Hospital de Urgência de Teresina (HUT) assim como as consultas especializadas e exames complementares, que são agendados através da central de marcação do SUS para serem atendidos também

em Teresina. O acesso à exames complementares é satisfatório, pois uma grande variedade deles é disponibilizada à população e em tempo hábil (menos de 15 ou 30 dias), isto se aplica tanto aos exames mais simples e àqueles mais específicos. O acesso à consultas especializadas também é disponibilizado de forma satisfatória, para vários especialistas e em pouco tempo (menos de trinta dias), menos para neurologia e ortopedia, a marcação de ambos (exames e consultas) é feita através de central de agendamento pela Secretária Municipal de Saúde. O serviço de urgência e retaguarda hospitalar é insuficiente, principalmente no que diz respeito à remoção de pacientes em situação de emergência.

A falta de alguns materiais limita a realização de certos procedimentos, que não chegam à reduzir a qualidade do atendimento que já é prestado à população, porém restringe a variedade de atividades que poderia ser ofertada melhorando e qualificando o atendimento da UBS's.

A UBS em que atuo é localizada na zona urbana e segue o modelo de atenção ESF, a equipe de saúde da família, de acordo com o Manual da Atenção Básica, possui quantidade adequada de profissionais, sendo um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), a equipe também conta com o suporte de uma atendente.



Figura 1: Unidade Básica de Saúde Mãe Dita  
autor, 2014

Fonte: Arquivo do





Figura 2: Equipe da saúde

Fonte: Arquivo do autor, 2014



Figura 3: ACS Eliete e a recepcionista da equipe Claudiane Fonte: Arquivo do autor, 2014.

Em relação à estrutura física da unidade, esta funciona nas dependências do prédio da Secretária Municipal de Saúde, atendendo apenas no turno da manhã fazendo “horário corrido” (das 8:00 às 13:00hs) o que compromete bastante o atendimento às ações programáticas. Os consultórios médicos e de enfermagem, embora pequenos, possuem instalações novas e adequadas para o atendimento da população e dos programas de saúde, possui também consultório odontológico

totalmente equipado, sala de vacinas, sala de esterilização, sala de procedimentos e farmácia, todos climatizados, além de copa, banheiros e recepção com assentos suficientes para os pacientes.

As principais necessidades e limitações físicas da UBS nesse momento são a falta de algumas salas específicas como para o almoxarifado, depósito de material de limpeza, pois os mesmos ficam guardados em armários na sala de reuniões, depósito de lixo e expurgo, sendo que o armazenamento do lixo e coleta é feito de modo inadequado, pois não há separação entre lixo contaminado e comum, sendo que o destino de ambos é o mesmo. Falta também sala de nebulização, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sendo que os materiais são “lavados” na mesma sala em que são utilizados (ex: consultório do dentista) e depois desse preparo são levados para a sala de esterilização, falta escovário, sanitário para deficiente, sanitário para funcionários, a sala de arquivo de prontuários não é de fácil acesso à recepção e a sala de administração e gerência não possui acesso controlado aos usuários (esta sala não é específica da UBS, ela faz parte da Secretária Municipal de Saúde, que funciona também no mesmo prédio). Realmente faltam alguns ambientes, porém há um projeto de reforma para a unidade de saúde.

As principais barreiras arquitetônicas são a falta de sinalização de acesso adequada (símbolo internacional de acesso à pessoas com deficiência) e a calçada não possuir a sinalização para deficientes visuais, dificultando assim a locomoção segura dos mesmos, há ainda a presença de tapetes e a falta de corrimão na rampa e corredores e mesmo tendo sido projetada para ser uma UBS, ainda apresenta dificuldades de acesso àqueles que possuem alguma restrição motora e/ou deficiência, seja ela permanente ou provisória.

Os equipamentos e instrumental disponíveis na UBS é suficiente para a realização dos procedimentos que são desenvolvidos na unidade, a falta maior diz respeito à materiais para a realização de pequenas cirurgias tais como cabo de bisturi, material para sutura, pinça pozzi, pinça Sheron e tesoura curva, procedimento este que não é realizado no local, também falta alguns instrumentos mais específicos como o oftalmoscópio e microscópio, os quais jugo não fazer falta, afinal a unidade não possui em sua equipe um oftalmologista e nem realiza exames ou testes diagnósticos, a não ser a glicemia capilar. O consultório odontológico é muito bem equipado dispondo de todo o equipamento necessário ao atendimento básico da população, faltando apenas alguns poucos materiais educativos, no

entanto isto pode ser adquirido facilmente. Os Materiais de consumo e insumos são suficientes para atender as atividades desenvolvidas pela UBS, só faltando também o material para pequenas cirurgias.

Os Medicamentos disponibilizados na UBS não são muitos em variedade, no entanto os existentes possuem uma quantidade adequada para suprir a demanda que é atendida na unidade de acordo com os programas desenvolvidos, porém é fato que se podia melhorar, não são dispensados fitoterápicos e homeopáticos. Os preservativos masculinos e femininos ficam à disposição da população em quantidade suficiente.

As Vacinas realizadas rotineiramente são a BCG, Hepatite B, Dupla adulto, Febre amarela, Meningococo, Pneumo 10, Pentavalente, Tríplice viral, Tríplice bacteriana, Rotavírus, Vacina oral contra Pólio (VOP), Vacina inativada contra Pólio (VIP), Tetraviral, Hepatite A, dTPa, sendo que a Influenza sazonal e Pneumo 23 são realizadas apenas nas campanhas.

No atendimento do cliente na recepção nota-se a falta de humanização para com o mesmo, a maioria dos recepcionistas não são cordiais ou atenciosos já ferindo o direito do paciente de ser bem atendido e receber informações adequadas sobre o serviço.



Figura 4: Recepção da unidade de saúde

Fonte: Arquivo do autor, 2014

Já no que diz respeito à organização do atendimento à população pelos profissionais de saúde da UBS existem estratégias para a marcação de consultas,

atendimento dos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, atendimento de urgências clínicas e excesso de demanda. Informações sobre os horários de atendimento de cada equipe e nome de cada profissional é disponibilizado em mural na recepção do serviço de saúde, assim como o prontuário do paciente lhe é disponibilizado através de cópia xerox.

As principais necessidades e limitações observadas nas relações entre a comunidade e a equipe foi a necessidade de um melhor atendimento, considerando o fato de que a enfermeira perde muito tempo com o preenchimento de fichas, tempo este que poderia ser dispensado em um maior cuidado ao paciente, e também a falta do controle social e estratégias restritas de educação em saúde que acabam por gerar uma certa ineficácia no funcionamento da UBS e isso gera um distanciamento da população.

As atividades de educação em saúde são desenvolvidas priorizando temas voltados para os grupos prioritários como hipertensos e diabéticos, adolescentes, gestantes e crianças, além de outros temas de comum interesse para a população e são desenvolvidas principalmente durante o momento da consulta ou coletivamente em associações comunitárias, no entanto a efetividade dessas atividades fica um pouco prejudicada devido as estratégias utilizadas que são restritas e também pelo fato de que não são todos os profissionais da UBS que realizam essas ações, assim como as ações de avaliação e monitoramento da situação de saúde da área de abrangência da ESF, ficando a maior parte disso à cargo da enfermeira do serviço.

A população da área adstrita é composta por pelo menos 2768 pessoas (valor aproximado por estimativas reais), dessa forma o tamanho do serviço (equipe e estrutura física da unidade) é adequado para prestar atendimento à população residente na área, isso só poderia ser inviabilizado pela rotina de trabalho adotada no município (horário corrido).

O atendimento aos grupos prioritários é realizado cada um em um dia específico da semana e a maioria dos atendimentos é agendado previamente, mesmo assim ainda existe demanda espontânea. O acolhimento à demanda espontânea é realizado na recepção da UBS, quase sempre pela recepcionista, algumas vezes quando a enfermeira não está em atendimento ela mesma faz o acolhimento ao paciente, assim como o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, este último realiza uma forma de acolhimento na própria

comunidade, encaminhando o paciente à UBS para atendimento além da quantidade marcada, quando realmente for necessário.

Durante a exposição da situação pelo paciente a pessoa que está o ouvindo vai avaliar (analisar sua vulnerabilidade) se é realmente um caso que necessite de atendimento no dia ou se o caso pode ser agendado para outro dia, sempre é reservado um número "x" de vagas, além dos atendimentos agendados naquele dia, para os casos de urgência e demanda espontânea, mas todos os pacientes excedentes são atendidos, dificilmente algum caso é agendado para outro dia, sejam eles prioritários ou não, sejam eles da área adstrita ou não, pois existem atendimentos de pacientes de outras áreas, principalmente quando se trata de crianças.

A Puericultura é desenvolvida quase que exclusivamente pelo enfermeiro, além dele apenas o médico participa diretamente dessa ação programática, existe um dia da semana para esse tipo de atendimento, as informações sobre as consultas são registradas no prontuário da criança, na caderneta de saúde da mesma e em um livro criado para esse tipo de registro, esse arquivo é revisado mensalmente com o intuito de verificar crianças faltosas, em situação de risco, com vacinas atrasadas e também para monitoramento das ações, sendo que mais uma vez apenas o enfermeiro realiza esse tipo de atividade.

Todas as crianças nessa faixa etária realizaram teste do pezinho e pelo menos a metade delas realizaram o teste da orelhinha, a primeira consulta de puericultura é realizada nos primeiros 7 dias de vida aproveitando-se por ocasião da consulta puerperal, a maioria estão com as vacinas em dia, sendo raro algum caso de atraso vacinal, realizam avaliação de saúde bucal além de ter seu crescimento e desenvolvimento monitorados e orientações pertinentes realizadas no momento da consulta.

Para uma maior efetivação das ações de saúde da criança seria necessário um maior comprometimento dos pais em levá-las às consultas de puericultura, para vacinação e para receber as doses de vitamina "A". Os outros profissionais de saúde deveriam também demonstrar um maior engajamento para com essa atividade (realização de atividades educativas com orientações aos pais, já que não participam diretamente das ações de puericultura), precisa-se também realizar a busca ativa das crianças faltosas, isso diz respeito principalmente ao agente comunitário de saúde, pois como diz o Caderno de Saúde da Criança (2012, p. 17)

“a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família contribuiu bastante para a queda da taxa de mortalidade infantil nas últimas décadas no país” e uma das iniciativas utilizadas para essa finalidade é a realização da visita puerperal e consulta de puericultura nos primeiros sete dias do pós-parto da mãe e de vida do recém-nascido respectivamente. Esta preocupação foi bem retratada no Caderno de Saúde da Criança.

Agora descrevendo o pré-natal, a grande maioria das gestantes iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre, todas tiveram os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, são acompanhadas pelo dentista, realizam todas as vacinas, exame ginecológico, recebem suplementação de ferro e estão em dia com as consultas de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, quando alguma gestante falta a alguma consulta é realizada a busca ativa da mesma. O livro para registro das informações do pré-natal juntamente com os outros impressos e prontuários referentes a essa ação programática constituem um arquivo próprio que é sempre revisado semanalmente para verificar gestantes faltosas, completude de dados, vacinas em dia, proximidade do parto e etc.

O que mais precisa ser melhorado é o engajamento dos profissionais de saúde às ações do pré-natal, pois os que mais participam são a enfermeira e o médico; atividades de grupo, revisão de arquivos para verificação de dados, processo de avaliação e monitoramento, planejamento e coordenação são realizadas apenas pela enfermeira causando-lhe assim uma sobrecarga de trabalho e responsabilidade em relação à ação programática, pois conforme o Caderno de Atenção ao Pré-natal de baixo risco toda a equipe deve participar de todo o processo da atenção pré-natal, desde a territorialização e identificação das gestantes da área até ações de controle social.

A consulta puerperal é realizada nos primeiros 7 dias do pós parto, até mesmo para se iniciar o quanto antes o acompanhamento da criança, são realizadas orientações necessárias sobre o aleitamento exclusivo, o planejamento familiar, o acompanhamento e vacinação da criança, cuidados com o coto umbilical, observação da forma de amamentar, avaliação do estado de saúde da mãe e da criança e verificada a situação geral em relação à adaptação da família á chegada desse novo membro.

Tratando agora do controle do câncer de colo do útero tem-se um bom acompanhamento da população que se enquadra nessa ação programática, pois a

enfermeira da unidade possui lista de todas as mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade da sua área de abrangência, por agente de saúde, além de manter também um livro específico para registro das citologias, onde é registrado além de outros dados a data do último exame realizado, seu resultado e a conduta adotada, 65% da população considerada participa das ações de prevenção do câncer de colo do útero e a quantidade de exames com resultado alterado é mínima.

Para melhorar e ampliar a cobertura e qualidade do controle do câncer do colo do útero é preciso investir mais em informação para essas mulheres que estão na faixa etária de realização do “exame de prevenção”, esclarecer o que é o exame, qual a sua finalidade, a importância da sua realização no tempo certo, comparecer à unidade para receber o resultado e tratar quando necessário, existe muito desconhecimento em relação a esses aspectos o que torna menor a adesão dessas mulheres a essa ação programática.

Em relação ao câncer de mama os indicadores de qualidade são mais baixos, na UBS ainda não existem registros sobre a realização de mamografias devido o enfermeiro não ter controle ou acesso às solicitações das mesmas, pois no município em que estou alocada ainda não existe um protocolo que permita ao enfermeiro solicitar a mamografia de rastreamento e os outros profissionais que à solicitam não fazem o registro, a não ser quando se trata de mamografia diagnóstica que é registrada apenas no prontuário clínico e o valor destas apenas não é suficiente para estimar as ações de prevenção do câncer de mama.

A cobertura de 51% obtida para as ações de controle do câncer de mama não é um valor satisfatório, levando em consideração a magnitude do câncer de mama no país, porém não tenho como afirmar que esse valor seja o real, pois a população de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade foi dada com base em estimativa não muito confiável devido não se ter na UBS um registro específico para pacientes nessa faixa etária, algumas delas estão inclusas naquelas que realizam o exame citológico e tem suas mamas avaliadas durante a consulta de enfermagem assim como também recebem orientações pertinentes sobre o controle do câncer de mama, já aquelas que têm mais de 64 e não realizam citologia, fica difícil ter um controle de sua participação nessas ações, pois se consultam mais com o médico, que não mantém nenhum registro dessas ações.

Em relação às ações para controle do câncer de mama ainda existe muito que se melhorar, as mulheres não tem o conhecimento adequado sobre a

importância da realização do exame anual e não existe no município um protocolo que garanta ao enfermeiro a solicitação da mamografia de rastreio.

A cobertura encontrada para as ações de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi muito baixa, mas os poucos indicadores de qualidade estão adequados tendo apresentado valores altos (65%) para os pontos positivos. O cuidado que é prestado aos hipertensos que são assíduos aos encontros dos grupos do HIPERDIA é bem organizado e efetivo para controlar a pressão arterial, porém existem aqueles que faltam, mesmo quando é realizada a busca ativa do mesmo. Porém a adesão de alguns profissionais da equipe às ações para a prevenção e controle da HAS ainda é pouca, para uma melhoria significativa é necessário uma maior participação e empenho desses profissionais, tendo em vista a inversão da pirâmide populacional, é preciso intensificar essas ações para que tal agravo crônico não adquira proporções descontroladas.

Já a cobertura para pessoas com Diabetes Mellitus (DM) é um pouco melhor do que a de HAS, isso se deve, provavelmente, ao menor número de pacientes com essa doença na comunidade, dessa forma a cobertura torna-se um pouco melhor, mesmo considerando que a diferença entre a população estimada pelo caderno e a encontrada pela UBS ainda é um pouco grande. Os poucos indicadores de qualidade que foi possível avaliar estão bons.

O primeiro passo para adquirir uma melhoria significativa no processo de trabalho e no atendimento ao diabético seria a realização de uma consulta mais completa realizando-se a inspeção dos pés desses pacientes, a avaliação de sensibilidade e a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, ações estas que só são realizadas quando já existe lesão. Esse dado corrobora com dados nacionais que afirmam que, apesar de grande porcentagem de diabéticos realizarem consultas regulares, uma pequena parte desses tem seus pés avaliados no momento da consulta.

Uma grande lacuna nas ações programáticas da unidade é encontrada quando o assunto é atendimento específico à saúde do idoso, pois não é realizada na UBS ações voltadas para a saúde do idoso, o único tipo de atendimento realizado ao idoso é aquele do HIPERDIA e as consultas agendadas ou em livre demanda para agravos agudos de saúde, sendo que não existe um dia específico para o atendimento e acompanhamento do envelhecimento saudável de idosos com mais



de 60 anos, assim não existem indicadores de qualidade, uma vez que não é desenvolvida a ação programática.

Poderia ser implantado o atendimento específico à demanda de idosos com mais de 60 anos de idade, pois é uma população que busca muito o serviço de saúde por conta de outros agravos de saúde que não sejam a hipertensão e o diabetes e é atendida como demanda espontânea ou casos de urgência ou até mesmo são agendadas consultas ambulatoriais de rotina que atendem a toda população, não sendo aquele atendimento específico requerido pelo idoso nessa faixa etária. É como menciona o Caderno de Atenção Básica nº 19, “grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico”.

O maior desafio a ser superado no momento é a introdução de um processo de trabalho que permita o desenvolvimento adequado das ações programáticas para que as mesmas não sejam realizadas de “modo corrido”.

Traçando um paralelo entre este relatório e a primeira tarefa realizada sobre a situação da ESF/APS do serviço, posso dizer que apesar do esforço para descrever minuciosamente a estrutura do serviço naquelas primeiras semanas percebe-se agora uma grande diferença da visão que foi empregada primeiramente, para a visão que tenho agora diante dessa avaliação contínua, programada e detalhada; é quando percebemos a grande diferença nos resultados daquilo que é realizado mediante um processo de planejamento e através de etapas bem delimitadas, gerando assim uma percepção holística da situação estudada.

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

Traçando um paralelo entre este relatório e a primeira tarefa realizada sobre a situação da ESF/APS do serviço, posso dizer que apesar do esforço para descrever minuciosamente a estrutura do serviço naquelas primeiras semanas percebe-se agora uma grande diferença da visão que foi empregada primeiramente, para a visão que tenho agora diante dessa avaliação contínua, programada e detalhada; é quando percebemos a grande diferença nos resultados daquilo que é realizado mediante um processo de planejamento e através de etapas bem delimitadas, gerando assim uma percepção holística da situação estudada

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

O processo de envelhecimento populacional observado em todo o mundo está a impor mudanças no modo de ver a velhice na sociedade. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. E essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais.

Existe uma maior preocupação por parte dos governos em gerar políticas favoráveis à manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas, o principal exemplo disto é a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, criada mediante a portaria 2.528 de 19 de Outubro de 2006, que visa assegurar direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

A saúde do idoso é um item de grande importância para a saúde pública e para a APS devido a população idosa estar em ascensão nos últimos anos e com expectativas de aumentar mais ainda e considerando que são susceptíveis principalmente à agravos crônicos e também que o envelhecimento atrelado à

longevidade está relacionado às melhorias nas condições gerais de vida, se faz necessário investir na qualidade da saúde prestada à esses usuários, cuidado este dispensado, principalmente, pela APS.

A UBS Mãe Dita apesar de apresentar deficiências em relação, principalmente, aos registros e monitoramento das ações possui uma boa estrutura física para implantar a ação de atendimento à saúde do idoso, sendo que a implantação desse atendimento servirá como modelo para as ações programáticas já existentes, no que diz respeito às atividades de planejamento, coordenação e monitoramento pela equipe de saúde, que quando são realizadas é apenas por um profissional da equipe.

A população acima de 60 anos de idade pertencente à área de abrangência da UBS ainda não é totalmente conhecida, é sabido apenas o quantitativo de idosos (sem limite de idade) que participam do HIPERDIA, a maioria dos pacientes desse programa. Possuem baixa condição social, necessitam do auxílio de outras pessoas para realizar algumas atividades de vida diária, vivem sozinhos ou em casal, recebendo a ajuda apenas de vizinhos ou familiares.

A intervenção na área de saúde do idoso é de grande importância, devido a inexistência desta ação programática e também a carência de um cuidado mais atencioso e voltado para as necessidades do envelhecimento e não apenas para os agravos de saúde, muitas vezes inerentes à ele. Para a execução desta intervenção será necessário contar com o apoio da equipe de saúde, para que os pacientes recebam acompanhamento multiprofissional. A intervenção tem como objetivo principal melhorar a saúde e qualidade de vida do idoso, garantindo acompanhamento integral, proporcionando um envelhecimento saudável e minimizando a ocorrência de agravos à saúde e também complicações decorrentes destes.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **Objetivo Geral:**

Melhorar a atenção à saúde do idoso, na UBS Mãe Dita

### **Objetivos Específicos:**

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

#### **Meta**

1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso para 70%.

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

Metas

2.1 Realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos da área de abrangência.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

2.3 Realizar solicitação de exame complementar em 100% dos idosos.

2.4 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.5 Realizar visita domiciliar em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.6 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.7 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 para diabetes.

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

2.9 Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos.

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

Meta

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas

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

Metas

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

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos.

5.3 Avaliar a rede social em 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Metas

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

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

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.2 Objetivos e metas de saúde bucal**

### **Objetivo Geral:**

Melhorar a atenção à saúde bucal do idoso, na UBS Mãe Dita.

### **Objetivos Específicos:**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

#### Meta

1.1 Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 70% dos idosos da área de abrangência.

1.2 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

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

#### Metas

2.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

2.2. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

2.3. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

2.4. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

#### Metas

3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

#### Metas

4.1. Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

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

#### Meta

5.1. Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

#### Metas

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

6.2. Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

6.4. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.

#### Ações 1

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1.1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1.1. Acolher os idosos.

1.2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

1.3. Atualizar as informações do SIAB.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- 1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
- 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- 1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
- 1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- 1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Em relação as ações pactuadas para atingir a meta estipulada para o objetivo de cobertura, todas são simples de serem cumpridas, pois é a base de qualquer ação organizada e conto com a existência de cinco agentes comunitários de saúde que podem auxiliar nesta tarefa, pois pretendo treina-los juntamente com o restante da equipe para que entendam a importância do projeto e contribuam com ele orientando a população sobre sua importância e realizando cadastros, isso tudo após o levantamento de quantos idosos com mais de 60 anos residem na área, que será realizado com base nos dados do SIAB. No momento não existe nenhuma cobertura dessa ação, pois ela será implantada agora e assim pretendo atingir uma cobertura de 70%.

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

### Metas 2

- 2.1 Realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos da área de abrangência.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.
- 2.3 Realizar solicitação de exame complementar em 100% dos idosos.
- 2.4 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.5 Realizar visita domiciliar em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 2.6 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.7 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 para diabetes.

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

2.9 Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos.

## Ações 2

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

1.2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

1.3. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

1.4. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

1.5. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

1.6. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

1.7. Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

1.8. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

1.9. Monitorar o número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos Idosos.

2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.



- 2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
  - 2.4. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
  - 3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares.
  - 3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
  - 3.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
  - 4.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
  - 5.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
  - 6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
  - 6.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
  - 7.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.
  - 7.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
  - 8.1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
  - 8.2. Cadastrar os idosos na unidade de saúde.
  - 8.3. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
  - 8.4. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
  - 9.1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
  - 9.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
  - 9.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
  - 9.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.
- ENGAJAMENTO PÚBLICO:**
- 1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
  - 1.2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

2.1. Orientar os pacientes 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.

3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

5.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

5.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

6.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

6.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

7.1. Orientar 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.

7.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

8.1. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

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

9.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

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

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

- 2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- 2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- 3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- 4.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- 5.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 5.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- 6.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- 7.1. Capacitar 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.
- 8.1. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.
- 9.1. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
- 9.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
- 9.3. Capacitar os ACS para captação de idosos.
- 9.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Para cumprir as ações estipuladas para o objetivo qualidade do atendimento, pretendo instituir na unidade básica de saúde um atendimento específico e totalmente voltado para a saúde do idoso e suas necessidades, sendo que este atendimento será realizado por toda a equipe: enfermeiro, médico, dentista. Durante a consulta de saúde do idoso que poderá ocorrer em um dia da semana ou mais, isso vai depender da organização dos atendimentos com o restante da equipe e disponibilidade de cada um, será aplicada a Avaliação Multidimensional Rápida, será realizado exame clínico adequado, aplicada Avaliação Funcional, mas isso tudo não ocorrerá em apenas um momento, existirá um cronograma de atividades que será

desenvolvido sucessivamente á cada consulta, sendo que após uma consulta o idoso deverá sair do serviço com o próximo atendimento agendado.

Durante as consultas será realizada também orientação e educação em saúde individual dos idosos acerca das doenças mais prevalentes nessa faixa etária e sanadas possíveis dúvidas dos mesmos. Idosos acamados receberão visita domiciliar realizada pela enfermeira, médico e ACS da equipe, nesse momento também será realizado o cadastro no programa.

Todos os idosos cadastrados e acompanhados deverão ter cadernetas de saúde do idoso para o registro de suas informações, como uma forma de facilitar o monitoramento da PA, vacinas realizadas, hospitalizações e etc. Cada paciente terá as informações dos atendimentos registrados em prontuário clínico e também em livros de cadastro e acompanhamento, o que tornará viável a avaliação das ações realizadas.

A consulta inicial será realizada pela enfermeira que, caso verifique a necessidade, encaminha esse paciente para o atendimento médico e/ou odontológico, assim como também poderão ser encaminhados para a realização de exames ou consultas especializadas. O material para a realização das atividades será custeado pela Secretária Municipal de Saúde que já foi informada sobre todo o projeto.

O treinamento, principalmente dos agentes comunitários da saúde, será realizado para que os mesmos possam identificar situações de risco, necessidade de consulta odontológica, casos de maus tratos e etc.

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

#### Meta 3

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

#### Ações 3

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- 1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- 1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- 1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- 1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- 1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Para garantir as ações da adesão o monitoramento é essencial, e como já mencionado os atendimentos subsequentes sempre serão agendados, porém caso haja livre demanda ela será atendida no mesmo dia, para isso não serão agendadas um número grande de consultas por dia de atendimento, e será realizada a busca ativa dos faltosos pela enfermeira e ACS da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4

- 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.

Ações 4

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- 1.1 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.
- 2.1 Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- 1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.
- 1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.
- 1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.
- 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- 1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1.1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Para manter a qualidade dos registros os mesmos deverão ser revisados mensalmente ou semanalmente, isso dependerá da demanda de atendimento, a fim de garantir a completude dos dados e atualização de cadastros, para facilitar essa atividade teremos a caderneta de saúde da pessoa idosa, que o idoso sempre deverá trazer consigo nos atendimentos tanto da unidade básica de saúde como também em outros níveis do serviço, o idoso será orientado para tal, assim como também a equipe para o correto preenchimento.

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

Metas 5

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

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos.

5.3 Avaliar a rede social em 100% dos idosos.

#### Ações 5

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1.1 Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1.1 Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.

2.1 Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

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

3.2 Estimular 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:

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

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

3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

A avaliação de risco terá como grande aliada para a sua efetivação a avaliação da funcionalidade que servirá como instrumento para identificar fragilização e risco de morbimortalidade e priorização de atendimento destes, além de orientar profissionais, familiares e rede social sobre a situação de alto risco. A visita domiciliar também auxiliará nesta avaliação, pois a observação do ambiente de convívio do idoso já nos dá uma ideia das suas necessidades e da sua real situação de vida.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Metas 6

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% dos idosos.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

#### Ações 6

##### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1.1 Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

1.2 Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

3.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

##### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

3.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

##### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

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

##### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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



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

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

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

A promoção da saúde focará três pontos principais que são: os hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e a higiene bucal. Para a efetivação dessas ações utilizaremos o momento da consulta para realizar orientações individuais e esclarecimento de dúvidas e também de atividades educativas em grupo, todas deverão ser trabalhadas de forma bem dinâmica envolvendo brincadeiras que estimulem a participação de todos e realizadas em datas e horários oportunos, como por exemplo, em alusão à datas festivas, o que facilita a adesão da população de idosos. Essas atividades serão previamente planejadas com a equipe e poderá contar também com a participação e apoio dos profissionais do NASF do município.

### **2.3.1 Detalhamento das ações de saúde bucal**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

#### Metas

1.1 Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 70% dos idosos da área de abrangência.

1.2 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

#### Ações 1

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1.1 Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os idosos da área de abrangência da UBS.

1.2 Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência da UBS.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.1 Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.

- Atualizar dados do SIAB.

- Organizar a agenda para reservar horário para atendimento odontológico aos idosos da área da UBS de acordo com a meta proposta.
- Identificar o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa.

#### 1.2 Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Atualizar dados do SIAB.

- Definir quais ações coletivas serão realizadas.
- Estabelecer o número total de ações coletivas em X meses, bem como sua periodicidade.
- Identificar os profissionais da equipe que participarão das ações coletivas.
- Organizar temas de interesse para os idosos.
- Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### 1.1 Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS.

#### 1.2 Identificar na comunidade pontos para melhor divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

- Estabelecer com a comunidade estratégias de divulgação das ações coletivas em saúde bucal.
- Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas.
- Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### 1.1 Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

- Capacitar a equipe no acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade sobre a necessidade do idoso de realizar consulta odontológica.
- Capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa.

#### 1.2 Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

- Capacitar a equipe para realização das ações coletivas em saúde bucal.

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

### Metas

2.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

2.2. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

2.3. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

2.4. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

### Ações 2

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento.

2.2 Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído.

2.3 Monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos.

2.4 Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS.

2.5 Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

2.1 Organizar sistemas de alertas para identificar idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática e que necessitarão de tratamento.

2.2 Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

- Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.
- Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

2.3 Disponibilizar protocolo impresso do atendimento da primeira consulta odontológica programática.

- Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

2.4 Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico.

- Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.
- Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

2.5 Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.

- Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

2.1 Esclarecer para a comunidade que a primeira consulta odontológica programática definirá a necessidade ou não de tratamento subsequente.

2.2 Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas.

2.3 Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.

- Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.

2.4 Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento odontológico de idosos acamados.

- Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

2.5 Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

- Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta do serviço.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

2.1 Capacitar a equipe de saúde bucal no protocolo da primeira consulta odontológica programática.

2.2 Capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz.

- Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (Ver Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Cap. 3).

2.3 Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

- Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

2.4 Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares.

- Capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares.
- Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios.
- Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.

2.5 Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

- Capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

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

#### Metas

3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

#### Ações 3

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.1/3.2 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

3.1/3.2 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

3.1/3.2 Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

3.1/3.2 Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

#### Metas

4.1. Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

#### Ações 4

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

4.2 Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

4.1 Implantar planilha/registro específico de acompanhamento odontológicos dos idosos da área da UBS

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

4.2 Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

4.1 Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

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

#### Meta

5.1. Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

#### Ações 5

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

5.1 Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

5.1 Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

5.1 Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

5.1 Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

#### Metas

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

6.2. Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3 Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

6.4. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

#### Ações 6

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1 Monitorar a realização de orientação nutricional entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

6.2 Monitorar a realização de orientação a prática de exercícios físicos entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

6.3 Monitorar as orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

6.4 Monitorar as orientações sobre higiene da saúde bucal.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

6.1/6.2 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

6.3/6.4 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

- Disponibilizar material ilustrativo (se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

6.1/6.2 Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo.

6.3 Esclarecer a comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

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

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

6.1/6.2 Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos.

6.3 Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

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

#### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70%.



### 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

Metas 2

2.1 Realizar avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos da área de abrangência.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

2.3 Realizar solicitação de exame complementar em 100% dos idosos.

2.4 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.5 Realizar visita domiciliar em 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.6 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.7 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 para diabetes.

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

2.9 Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos.

### Indicadores

**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** Proporção de idosos com exame clínico 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** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exame complementar periódico 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** 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.

**2.5** 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.

**2.6** Proporção de idosos rastreados para hipoertensão 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.

**2.7** 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 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

**2.8** 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.

**2.9** Proporção de idoso 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

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas.

Indicador

**3.1** Proporção de idosos faltosos as 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

Metas 4.

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.

Indicadores

**4.1** Proporção de idoso com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

**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

Metas 5.

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

5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos.

5.3 Avaliar a rede social em 100% dos idosos.

Indicadores

**5.1** Proporção de idosos com avaliação de risco de 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 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 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

Metas 6.

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% dos idosos.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicadores

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 Proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática 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 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.

### **2.3.2 Indicadores de saúde bucal**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

#### Metas 1

1.1 Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 70% dos idosos da área de abrangência.

1.2 Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 70% dos idosos da área de abrangência.

#### Indicadores 1

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

Numerador: Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa.

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

1.2 Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência.

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas da UBS

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

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

#### Metas 2

2.1 Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

2.2. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

2.3. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

2.4. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

## Indicadores 2

### 2.1 Proporção de idosos com necessidade de tratamento.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

### 2.2 Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

### 2.3 Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

### 2.4 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

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

### Metas 3

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

3.2 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

### Indicadores 3

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

Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

3.2 Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa.

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

Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

#### Metas 4

4.1. Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

#### Indicadores 4

4.1 Proporção de idosos com registro na adequado.

Numerador: Número de registros específicos atualizado.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

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

#### Meta 5

5.1. Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

#### Indicador 5

5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

#### Metas 6

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

6.2. Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

6.4. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

#### Indicadores 6

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 total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

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 total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

6.4. 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 com primeira consulta odontológica programática.



### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde do idoso estou embasando-me na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e vamos adotar o Caderno do Envelhecimento-Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde, 2006.

Utilizaremos uma ficha específica para o cadastro dos idosos no programa e também instrumentos já validados em outras pesquisas científicas para realizar a avaliação e coleta de dados (Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa e MEEM-Mini Exame do Estado Mental), conforme apêndice B e anexos C e D respectivamente. Terá de ser elaborada uma ficha de cadastro e acompanhamento com dados complementares às já existentes, para permitir a coleta de todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será utilizada também para o monitoramento a ficha espelho da caderneta do idoso (Anexo A). Estimamos alcançar com a intervenção 124 idosos, esse valor é 70% da população total. O gestor municipal está ciente de que será de sua responsabilidade o custeio do material necessário ao desenvolvimento da intervenção (impressão de fichas e fornecimento de cadernetas) estas cadernetas, o gestor irá busca-las junto à Secretaria Estadual de Saúde já que no momento o município não dispõe das mesmas. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo F).

Para organizar o registro específico do programa, eu revisarei o livro de registro identificando todos os idosos que compareceram à consulta, durante os três meses de intervenção, dentre aqueles cadastrados no programa. As informações do livro serão confrontadas com os registros do prontuário e nesse momento será realizado o monitoramento realizando anotações na ficha espelho da caderneta do idoso, verificando falta de consulta odontológica, avaliações, exames e vacinas em atraso.

Após a discussão do projeto de intervenção com a equipe da UBS, foi verificada a necessidade de capacitação sobre o protocolo e impressos que serão utilizados, esta será a primeira atividade da intervenção a ser realizada, essa capacitação ocorrerá no dia específico reservado para reuniões de equipe (quarta-feira à tarde), onde após o estudo do manual pelo grupo, serão apresentados os impressos e sanadas as dúvidas.

Os agentes de saúde realizaram o cadastro dos idosos e estes realizaram consultas para acompanhamento na unidade que serão previamente agendadas, o

acolhimento será realizado pela recepcionista da equipe e serão reservadas vagas de atendimento para livre demanda. Para divulgar a importância da realização do acompanhamento de saúde do idoso será apresentado o projeto esclarecendo a sua importância, isto será realizado nos dias das reuniões do HIPERDIA que agrega a presença de boa parte da população com mais de 60 anos de idade, os agentes de saúde também divulgarão a ação nas residências.

Durante a realização da primeira consulta de atendimento serão preenchidos os dados de identificação do paciente, será entregue a caderneta de saúde do idoso, caso ainda não tenha, será também aplicada a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e o MEEM (Mini Exame do Estado Mental), além de já ser encaminhado para 1º consulta odontológica. Na consulta odontológica (que será realizada pelo dentista da equipe) será realizada avaliação de saúde bucal e caso seja constatado a necessidade de algum tratamento, o idoso já terá sua próxima consulta agendada para iniciar o tratamento, durante essas consultas será realizada orientação individual sobre a higiene bucal e serão organizadas palestras educativas sobre esse assunto sempre nos dias de atendimento à saúde do idoso, serão ministradas na sala de espera e envolverá a participação do dentista, da enfermeira, da nutricionista e do educador físico, pois será trabalhado também a promoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física. Esse tipo de orientação também será realizada pela enfermeira durante sua consulta com a entrega de folhetos informativos sobre os assuntos, como por exemplo, os dez passos para uma alimentação saudável. As atividades de promoção da saúde foram planejadas dessa forma para garantir uma grande participação do público, afinal como já é dia de consulta todos irão à unidade de saúde. A nutricionista e o educador físico que são profissionais do NASF e dão suporte à equipe e gostam bastante de trabalhar a saúde do idoso sugeriram um dia de atividades ao ar livre, incluindo também palestras educativas, estamos pensando de realiza-lo antes de iniciar os atendimentos, pois já serviria como divulgação da ação.

A cada semana as fichas espelho serão revisadas pela enfermeira para se verificar falta de dados, pendências e faltosos, para que estes sejam contactados à comparecer à unidade, não creio que exista um grande número de faltosos às ações, pois a população idosa é bastante assídua aos atendimentos que lhe são programados. Ao final de cada mês esses dados alimentarão a planilha eletrônica.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades da Intervenção	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde e ACS da UBS	X	X										
Divisão de tarefas entre a equipe	X											
Divulgação do programa entre a população	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento dos idosos da área no programa	X		X		X							
Atendimento clínico dos idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palestras educativas			X				X				X	
Busca ativa de idosos faltosos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão dos registros				X				X				X
Visita domiciliar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação das atividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização do SIAB				X				X				X

### **3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Antes mesmo de a intervenção iniciar, foram realizadas algumas tarefas que constavam no cronograma para a primeira semana de atendimento, isso se fez necessário para garantir uma maior efetividade das ações.

Uma semana antes e também durante a primeira semana de atendimento foi realizado capacitação da equipe e dos ACS, foi feita a divisão das tarefas de cada profissional, dizendo qual seria a sua função à desenvolver para implementar o atendimento de saúde do idoso, a divulgação dos atendimentos entre a população também iniciou-se antes através dos ACS e durante a primeira semana foi divulgado também através de carro de som mediante um texto criado falando sobre a implantação desse novo atendimento no município, essa divulgação sonora continuou pelas duas semanas seguintes, o cadastramento dos idosos também foi iniciado uma semana antes da intervenção, com o objetivo de adiantar os atendimento da primeira semana, mas nem todos os ACS o realizaram. O gestor do município já havia tomado conhecimento da implantação da ação à algum tempo atrás, pois era necessária a ajuda da gestão municipal para colocar o projeto em prática e assim, essa foi a primeira providência tomada antes de iniciar qualquer ação.

Ao 11º dia do mês de agosto de 2014 iniciou-se na UBS Mãe Dita a intervenção do projeto de Atenção à Saúde do Idoso, pela manhã foi realizado o primeiro turno de atendimento. Após semanas de planejamento, esperava-se que cada agente comunitário de saúde já houvesse realizado o cadastro dos idosos que seriam atendidos nesta primeira semana, porém não aconteceu como previsto, pois apenas um idoso apareceu para a consulta, dentre os cinco que deveriam ter sido agendados pelos agentes de saúde.

De certo modo, era previsível tal acontecimento, pois como mencionado na checagem de prontidão, existem agentes de saúde bastante dedicados que já haviam realizado o cadastro de idosos suficientes para o primeiro mês de atendimento e outros que ainda não haviam nem começado, e como por dia de atendimento são agendados um idoso por agente comunitário de saúde, acabou vindo apenas este único idoso, pois um dos cinco agentes de saúde estava de férias e os outros três, embora tenham sido avisados e orientados sobre o cadastro e agendamento da consulta junto ao idoso, não o realizaram. Mesmo assim, o primeiro atendimento foi muito satisfatório, o idoso gostou bastante, pois logo que soube do que se tratava o atendimento começou a relatar suas queixas e problemas antes mesmo que os pesquisasse, e dessa forma a avaliação multidimensional rápida foi totalmente realizada sem que houvesse a necessidade de indagar separadamente cada tópico, todos os pontos da ficha de atendimento foram alcançados.



Figura 5: Primeiro idoso a ser atendido pelo programa Fonte: Arquivo do autor, 2014

No decorrer da primeira semana de atendimento houveram frustrações devido a ausência de demanda, não houve comparecimento de idosos ao segundo dia de atendimento, foi desmotivador ver a falta de engajamento do agente comunitário de saúde que havia se comprometido a encaminhar os pacientes ao atendimento. Durante a primeira semana de atendimento ainda havia agentes de saúde sem receber o material para cadastro devido terem faltado à reunião de equipe realizada anteriormente ao início da intervenção.

### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a primeira semana de atendimento de saúde do idoso não houve atendimento odontológico devido o cirurgião-dentista estar de férias. Seus atendimentos iniciaram-se apenas no mês de setembro, após um mês de intervenção, mas apesar do atraso no início do atendimento de saúde bucal o mesmo aconteceu de forma efetiva, apresentando indicadores ascendentes, mesmo a cobertura dessas ações tendo sido pouca, isto porque alguns dos pacientes que passavam pelo atendimento de saúde do idoso diziam não querer passar pelo dentista, então isto também contribuiu de forma direta para a baixa cobertura desta meta, que apresentou ao final da intervenção um percentual de 18,6%.



Figura 6: Atendimento odontológico

Fonte: Arquivo do autor, 2014

O atendimento clínico sempre foi realizado pela enfermeira do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), quando era verificada a necessidade de atendimento especializado ou algo que não fosse da competência da enfermeira, o paciente era encaminhado para consulta com o médico da equipe, ainda no mesmo dia ou no próximo dia de atendimento. Durante a consulta de saúde do idoso é realizado anamnese e exame físico do paciente, sempre levando em conta as principais queixas referidas pelo paciente durante a anamnese, em seguida é aferido o peso e altura para a realização do Índice de Massa Corporal (IMC), então é aplicada a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e posteriormente, caso haja necessidade, são aplicados outros instrumentos de avaliação mais

detalhada, isto quando se verifica alguma alteração significativa no primeiro teste. É realizada orientação do paciente para que mantenha uma alimentação saudável e realize alguma atividade física regular, além de outras orientações pertinentes ao caso, como por exemplo, sobre o uso correto da medicação anti-hipertensiva e cuidados com a segurança no domicílio. E realizado então a aferição da pressão arterial no final da consulta como forma de garantir que os níveis pressóricos estejam normais, pois neste momento o paciente não estará mais ansioso devido a consulta, finalmente é realizado o preenchimento da caderneta de saúde do idoso e feito a solicitação de exames, quando necessário.

Ao final da intervenção, o percentual de cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi de 32,8%, sendo que o índice de realização da Avaliação Multidimensional Rápida foi de 94,8% entre os idosos da área cadastrados.



Figura 7: Idosa de 102 anos atendida pelo programa Fonte: Arquivo do autor, 2014

Dentre aquelas atividades que foram programadas para a intervenção, todas foram cumpridas, algumas totalmente, outras não, como por exemplo, o cadastramento dos idosos, que foi realizado, mas não ao mesmo tempo por todos os ACS da equipe, então não foi cumprida totalmente, com o andamento da

intervenção e por orientação da especialização, foi decidido que o cadastro só seria realizado pela enfermeira, quando o idoso comparecesse à unidade de saúde para o atendimento, assim os ACS deveriam apenas encaminhar os idosos para a consulta, isto serviu também como uma pequena estratégia para aumentar a demanda, pois sem ter o trabalho de realizar o cadastro do paciente, o ACS estava sendo motivado à encaminhar mais idosos para o atendimento, por um certo período de tempo a estratégia funcionou, mas não tardou para que se acomodassem novamente e a demanda diminuísse mais uma vez. Foi então colocado em prática mais uma tentativa para aumentar a demanda, realizar a entrega de convites já datados para que o idoso comparecesse à UBS para o atendimento, funcionou, porém nem mesmo assim conseguimos atingir a meta de cobertura pactuada nos objetivos, houve sim um aumento da cobertura e este valor foi sempre ascendente ao longo da implantação da estratégia, porém não atingimos o valor de 70%. A capacitação e divisão das tarefas entre os profissionais foi algo fácil de realizar, pois se aproveitou os dias em que a equipe tinha reuniões para realizar tal tarefa.

Todas as outras metas previstas no projeto obtiveram um gráfico ascendente, conforme descrito nos resultados, portanto mesmo que uma ou outra não tenha atingido a porcentagem pactuada, pode-se dizer que obtivemos um resultado positivo.

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

A divulgação das ações é algo que não se pode afirmar com certeza que foi realizado completamente, pois a enfermagem (enfermeira PROVAB) cumpriu sua parte, agora não se tem como afirmar que os ACS tenham cumprido a sua, sempre era indagado aos idosos que frequentam a UBS se o ACS havia lhe informado sobre os atendimentos, alguns diziam que sim, outros que não. Então entre as atividades planejadas a que mais deixou à desejar na execução, durante o início da intervenção foi a divulgação e o cadastramento dos idosos.

Com o decorrer das semanas outra atividade não foi cumprida conforme o cronograma, as ações educativas, as duas primeiras foram realizadas, pequenos grupos foram reunidos entre os atendimentos para reuniões onde eram discutidos assuntos indicados pelos próprios idosos, porém a atividade educativa que foi programada para a 11ª semana de atendimento, por conta da incompatibilidade de horário entre os profissionais que foram convidados à participar, e também por



pequenos contratempos administrativos e outros surgidos com os atendimentos semanais, não foi possível realizá-la na data prevista, tendo sido adiada então, para a última semana de intervenção, sendo realizada com sucesso.



Figura 8: I Encontro de Saúde do Idoso

Fonte: Arquivo do autor, 2014



Figura 9: Palestra educativa com a Nutricionista

Fonte: Arquivo do autor, 2014

Outra atividade que não foi cumprida conforme o cronograma foram as visitas domiciliares, devido, principalmente, a falta de suporte físico, mas também falta de comprometimento por parte dos ACS da equipe para a realização das mesmas, os mesmos também haviam sugerido que as visitas fossem realizadas apenas nas semanas finais da intervenção para que pudessem se programar para essa atividade. Estas atividades não foram cumpridas à época que estavam programadas, porém foram cumpridas posteriormente, mesmo que de forma parcial.

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

A coleta de dados transcorreu tranquilamente, com a revisão dos registros e monitoramento constantes da intervenção, tornou-se fácil realizar uma avaliação contínua das atividades realizadas a cada semana, possibilitando um acompanhamento dos indicadores gerados e correção imediata de possíveis erros. A facilidade de manejo das planilhas também foi outro fator que influenciou positivamente a coleta de dados, além do apoio constante da orientadora.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço**

Ao final do período de doze semanas de intervenção pode-se dizer que houve sim uma incorporação das ações de Saúde do Idoso à rotina do serviço e está havendo uma continuidade dessas ações após o fim do período de coleta, sendo que o propósito é de que as mesmas mantenham-se ao final do curso, a expectativa para que isso aconteça é mediana, pois de um lado temos, a favor, a boa aceitação da população alvo da intervenção, porém, por outro lado, temos o pouco engajamento de alguns profissionais da equipe o que poderia comprometer a continuidade dessas ações.

Seria preciso que os profissionais da equipe, como por exemplo, a enfermeira titular da equipe, tivesse um maior empenho em desenvolver essas ações, pois com a vigência do curso as ações de enfermagem junto à intervenção eram desenvolvidas totalmente pela enfermeira do PROVAB. O médico também poderia contribuir bem mais com as ações, principalmente no que diz respeito às atividades educativas. Para melhorar ainda mais o atendimento odontológico, problemas estruturais e administrativos deveriam ser sanados antes de qualquer coisa, pois o compartilhamento de uma única cadeira odontológica por três equipes de saúde

compromete bastante o atendimento da demanda, e também a questão desse atendimento ser realizado apenas em três dias da semana e em apenas um turno.

A gestão da secretária de saúde poderia garantir um maior suporte às atividades educativas e de grupo programadas, pois isto tem sido uma grande falha observada durante todo o período de vigência da intervenção e também do programa (PROVAB), como um todo. A solicitação de materiais para os eventos sempre era realizado com antecedência e através de ofícios, porém era frequente chegar ao dia do evento e não ter o que foi solicitado, mesmo quando se tratava de materiais simples, como um notebook para conectar ao data show, isso foi também um dos motivos que contribuiu bastante para o não cumprimento do cronograma de atividades educativas.

No momento estamos dando continuidade às ações do projeto na UBS Mãe Dita com o intuito de intensificar ainda mais a intervenção e estendemos o atendimento de saúde do idoso a mais uma equipe de saúde, pretendemos implantar esta ação à rotina de mais esta equipe para que as chances de manutenção da intervenção aumentem ao final de vigência do PROVAB e assim alcancem todas as outras UBS do município.

## **4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

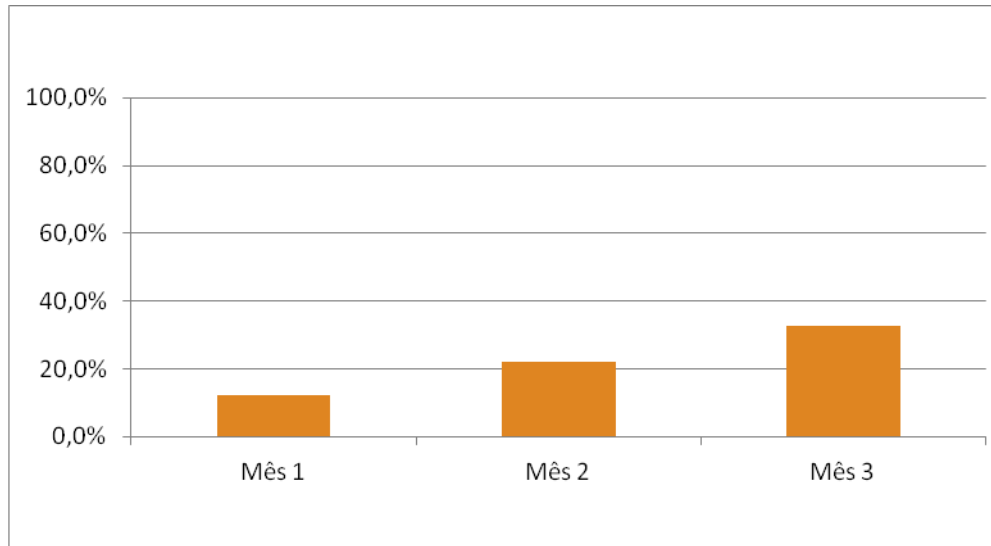
### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada na UBS mãe Dita tratou da melhoria/implantação da atenção à saúde do idoso, pessoas com 60 anos completos ou mais foi o público alvo. Na área adstrita à UBS existem 177 pessoas nesta faixa etária, segundo dados da atenção básica do município (SIAB).

Entre estes idosos, 58 foram cadastrados no programa, porém apenas 55 deles receberam atendimento em saúde do idoso, o que correspondeu ao final da intervenção a um percentual de cobertura de 32,8% (Figura 10). Logo a meta estipulada para cobertura da intervenção de saúde do idoso, que era de 70% não foi atingida totalmente, porém, como antes não havia nenhuma ação voltada especificamente para a saúde do idoso na UBS e o modelo de atendimento da unidade era centrado no processo de doença, ou seja, a população, principalmente a de idosos, era acostumada a buscar a unidade apenas para receber receitas médicas e encaminhamentos para consultas especializadas, não querendo participar de nenhum outro tipo de atividade. Dessa forma acredito que a meta atingida foi totalmente positiva, pois demonstra a implantação de uma nova ação à rotina da UBS e de uma ação diferenciada que trabalha mais com a promoção da saúde do que com a medicalização do paciente, fazendo assim com que a unidade melhore as suas ações de prevenção de agravos, que é o seu papel principal como porta de entrada da atenção primária a saúde.

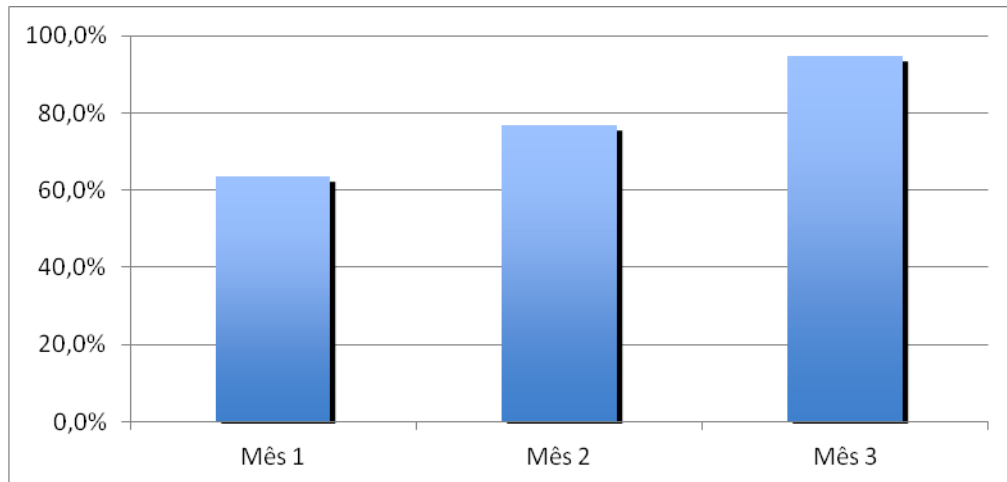
A ação que mais propiciou a implantação da intervenção de saúde do idoso foi, no primeiro momento o cadastro da população alvo por parte dos ACS e em um segundo momento a entrega de convites à esses pacientes, os quais já informavam sobre o atendimento o convidando a participar, essa segunda ação aumentou bastante a demanda. Essa distribuição de convites à população foi uma forma

encontrada para tentar aumentar a cobertura do programa, depois que percebi que alguns ACS não estavam cumprindo o seu papel de realizar o cadastro dos idosos, esse inclusive, foi um dos motivos que contribuiu bastante para o não atingimento da meta de cobertura.

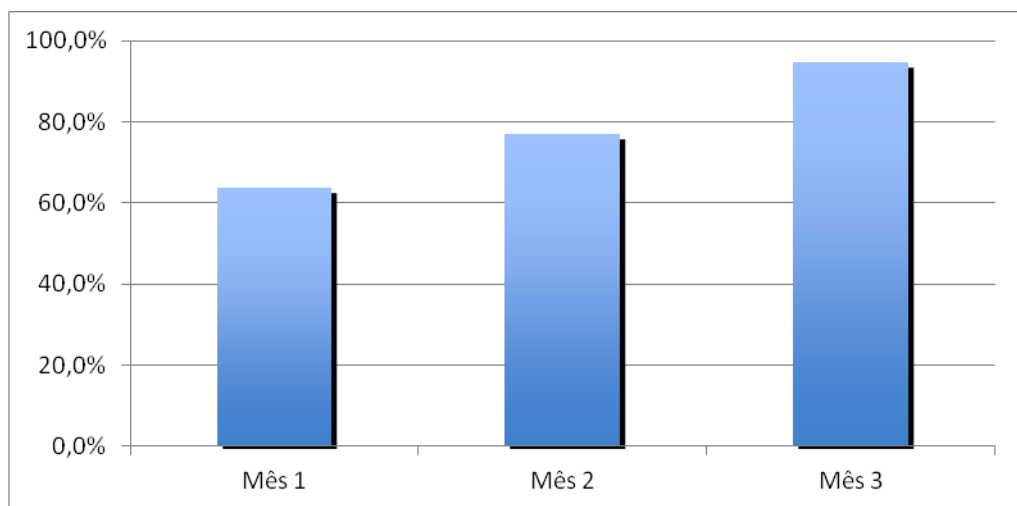


**Figura 10:** Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Entre a população de 58 idosos cadastrados, 55 realizaram a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, conforme a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, o que correspondeu a um percentual de 94,8% (Figura 11), os outros três (03) idosos jamais compareceram ao atendimento, por isso não atingimos 100% da meta, afinal esta avaliação era realizada no momento da consulta de saúde do idoso. Esta foi uma meta fácil de ser atingida, pois o atendimento de saúde do idoso tinha como base esta avaliação, a partir dela tínhamos subsídio para a aplicação de outros instrumentos para a verificação do envelhecimento saudável da pessoa, todos que compareceram ao atendimento à realizaram, a não ser por três idosos que foram cadastrados pelo ACS mais jamais compareceram ao atendimento, mesmo após receber busca ativa. Conforme a figura 12, 94,8% desses idosos também estão com exame clínico apropriado em dia, pois não existe uma consulta sem avaliação clínica, logo todos que compareceram ao atendimento foram examinados.

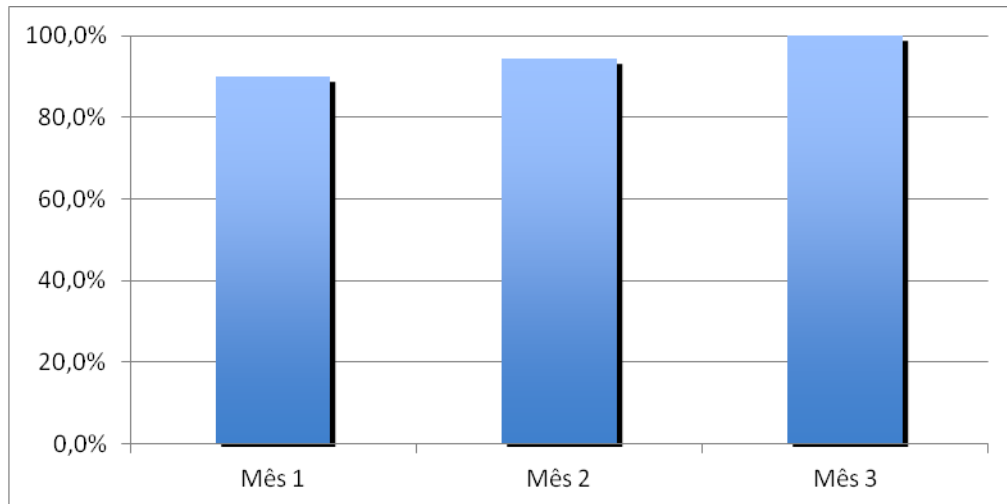


**Figura 11:** Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia



**Figura 12:** Gráfico da proporção de idosos com exame clínico em dia

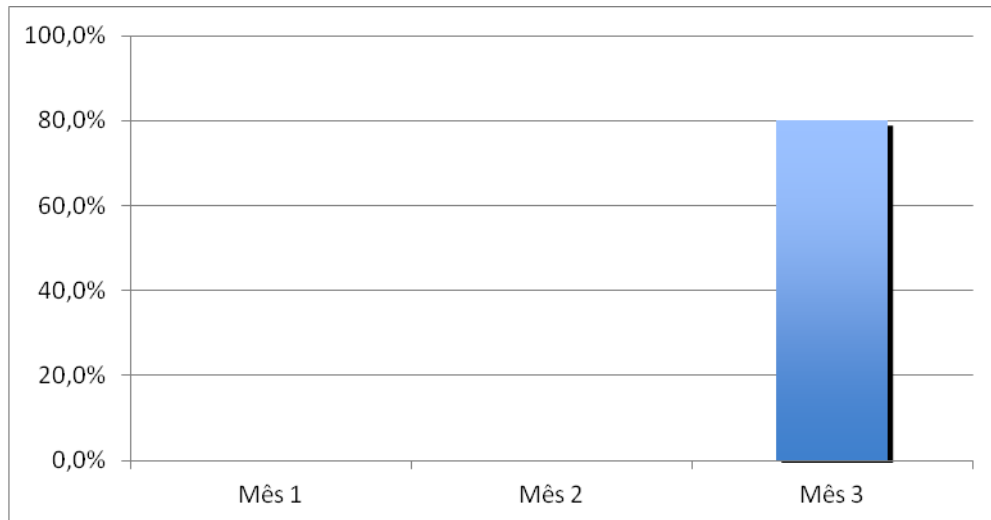
Na população cadastrada havia 36 idosos hipertensos e diabéticos, dentre estes todos (100%) estavam com a solicitação de exames complementares periódicos em dia, o que corresponde ao atingimento total da meta (Figura 13). Durante as consultas, sempre indagava sobre a data dos últimos exames, alguns já os trazia, quando era verificada a necessidade de realização de exames, o mesmo já saía da consulta (médica ou de enfermagem) com sua requisição e era agendada consulta de retorno para apresentar o resultado desses exames.



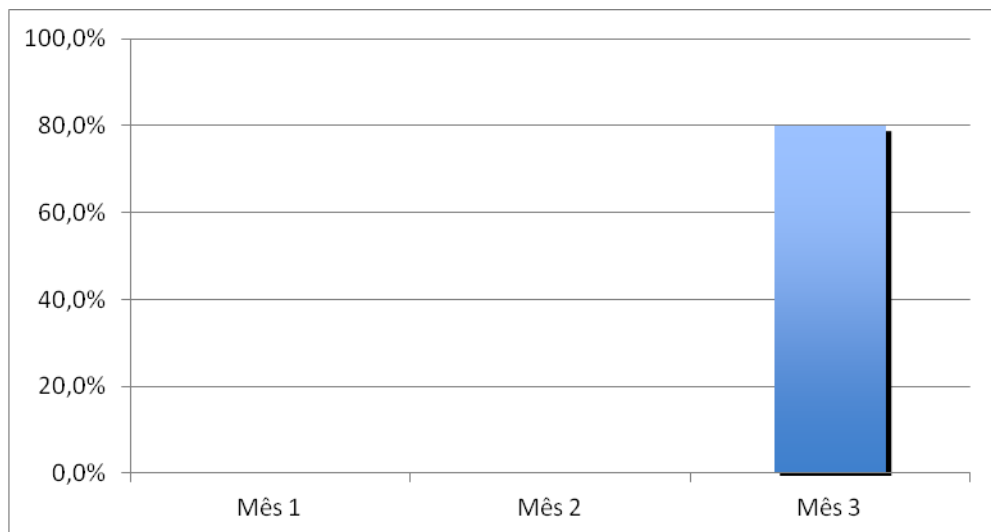
**Figura 13:** Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Devido burocracias no cadastramento do programa Farmácia Popular e mau atendimento da população pelo único estabelecimento que dispunha do programa no município, entre os idosos cadastrados no programa de saúde do idoso nenhum deles recebia medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes através do referido programa. Referiam preferir comprar a medicação, que passar pelas dificuldades de cadastro e demora no atendimento, atrasando assim o recebimento da medicação.

O cadastramento de idosos acamados, bem como a realização de visitas domiciliares, infelizmente, não acompanhou o cronograma de atividades proposto, tendo sido realizado apenas no último mês de intervenção. Isto em decorrência de problemas físicos e administrativos, mas também por falta de engajamento profissional. Assim entre os 20 (que tive conhecimento) acamados, 16 foram cadastrados e receberam visitas domiciliares, apresentando um percentual de 80% tanto para a realização de cadastro como de visitas (Figuras 14 e 15).



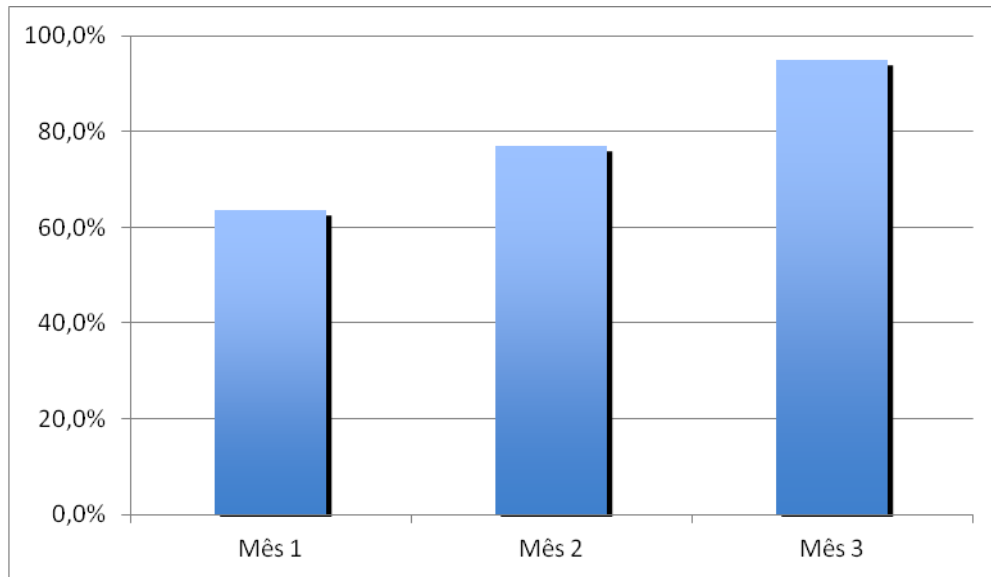
**Figura 14:** Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção



**Figura 15:** Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

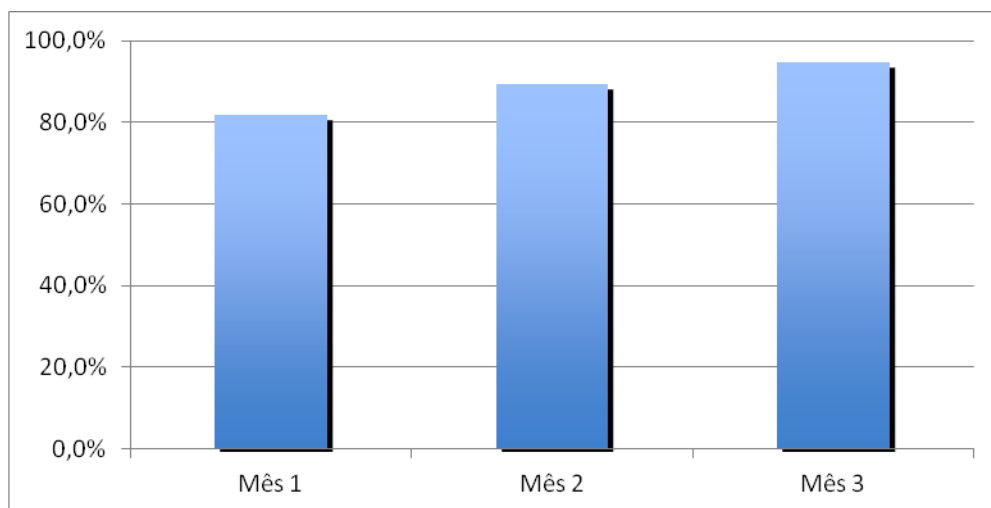
Todos os idosos participantes do atendimento (55 deles), dentre aqueles cadastrados (58), tiveram sua pressão arterial (PA) verificada, o que corresponde a um percentual de 94,8% (Figura 16), pois nem todos os idosos cadastrados compareceram à consulta. Foi uma meta também fácil de ser atingida, pois o próprio idoso já tinha interesse de verificar a PA, além de ser uma atividade de rotina nos atendimentos.





**Figura 16:** Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

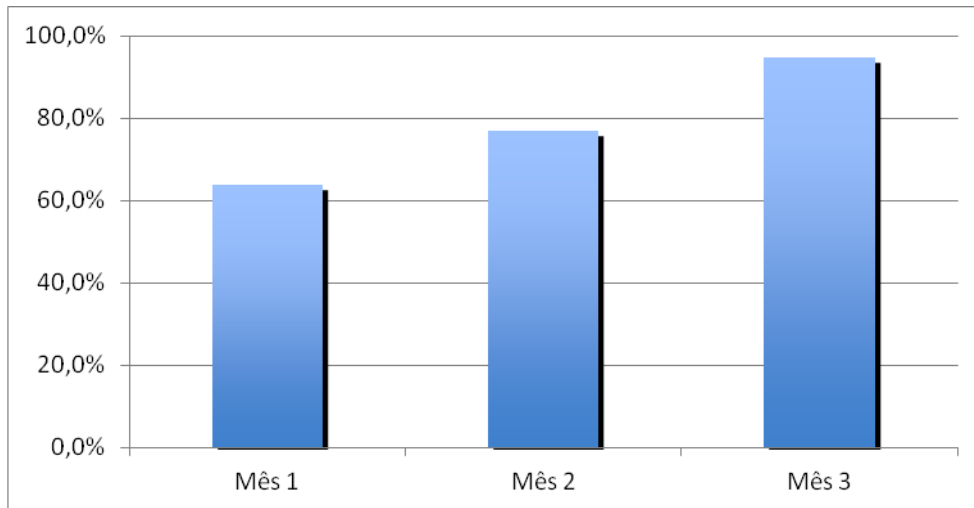
A proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes foi de 94,7% (Figura 17), totalizando 36 idosos entre os 38 hipertensos cadastrados na intervenção. Como não dispunha de fitas-teste para glicômetro sempre solicitava glicemia de jejum, pois o município conta com um laboratório conveniado com o SUS para a realização de exames laboratoriais e de imagem simples.



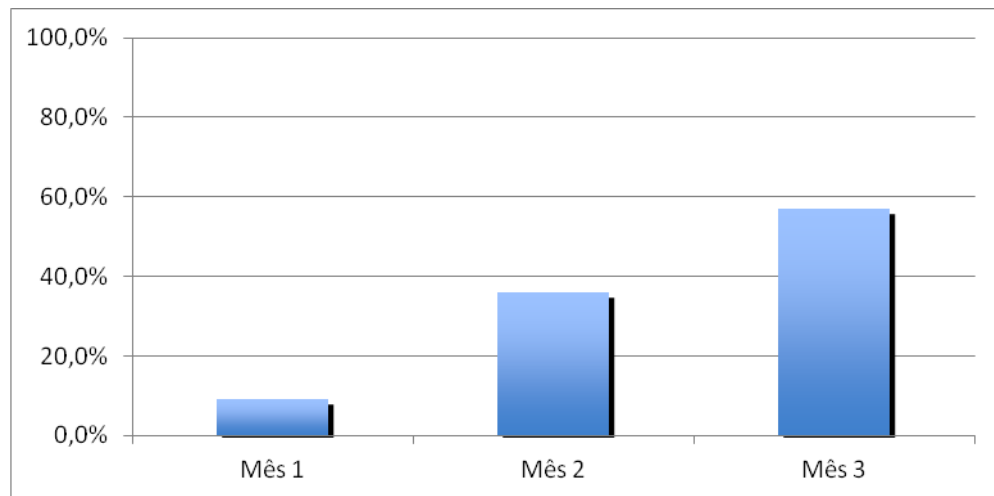
**Figura 17:** Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Entre os atendidos, 55 deles ou 94,8% (Figura 18) foram avaliados quanto a necessidade de receber atendimento odontológico e 33 destes ou 56,9% (Figura 19) realizaram a primeira consulta odontológica programática, este valor só não foi um pouco maior porque o cirurgião-dentista da equipe estava de férias quando do início da intervenção, tendo iniciado seus atendimentos apenas durante o segundo mês de

intervenção. Mas também alguns poucos pacientes disseram não necessitar de atendimento odontológico e não quiseram receber a consulta. Quando o paciente tinha necessidade de consulta odontológica, sua ficha de cadastro era preenchida e a consulta agendada no mesmo dia, os pacientes nunca precisaram esperar mais que uma semana para receber sua consulta.

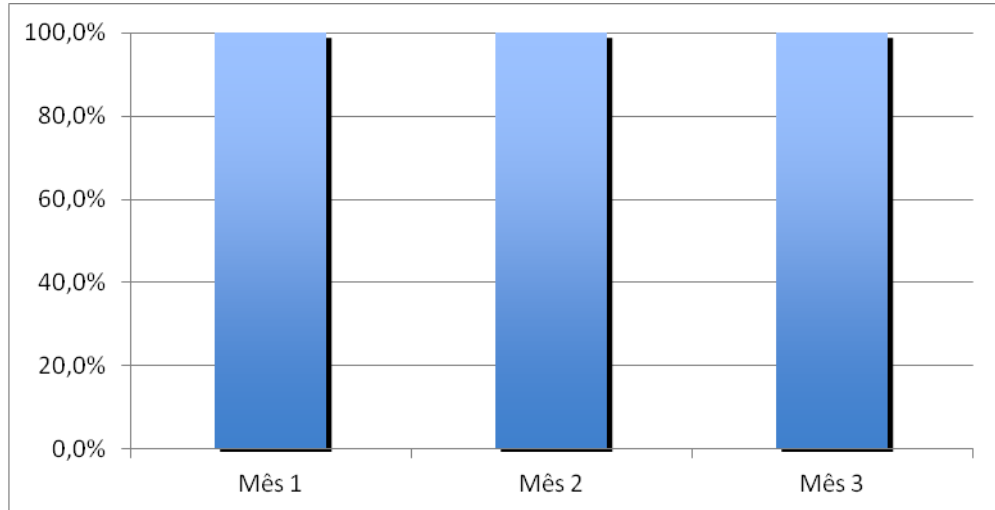


**Figura 18:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico



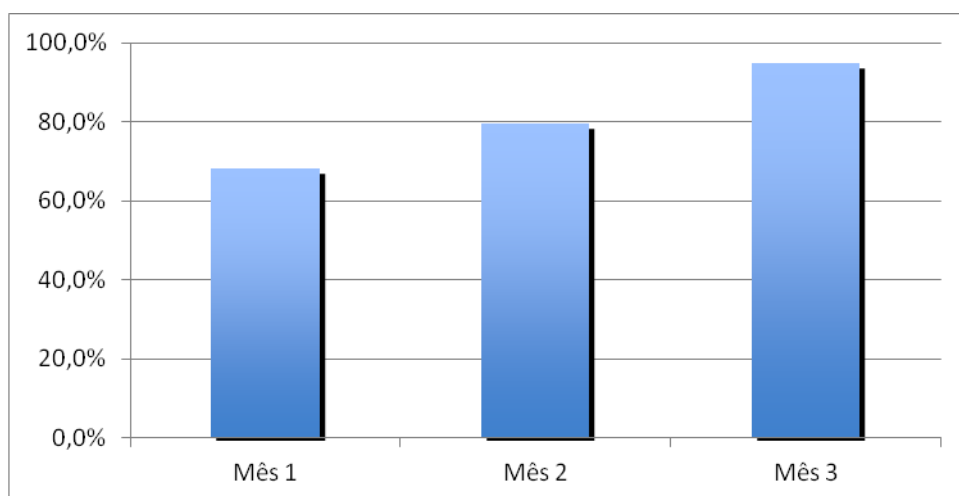
**Figura 19:** Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Alguns dos primeiros pacientes cadastrados faltaram à consulta programada, sendo necessário a realização de busca ativa, nesta meta também obtive êxito atingindo 100% dos idosos faltosos, o que correspondeu a 9 faltosos que foram buscados (Figura 20). A busca ativa geralmente era realizada nas horas finais do expediente, pois dependia da disponibilidade do ACS e também de um carro da secretária de saúde que pudesse nos levar, pois a área era próxima da UBS, mas não o suficiente para irmos a pé.

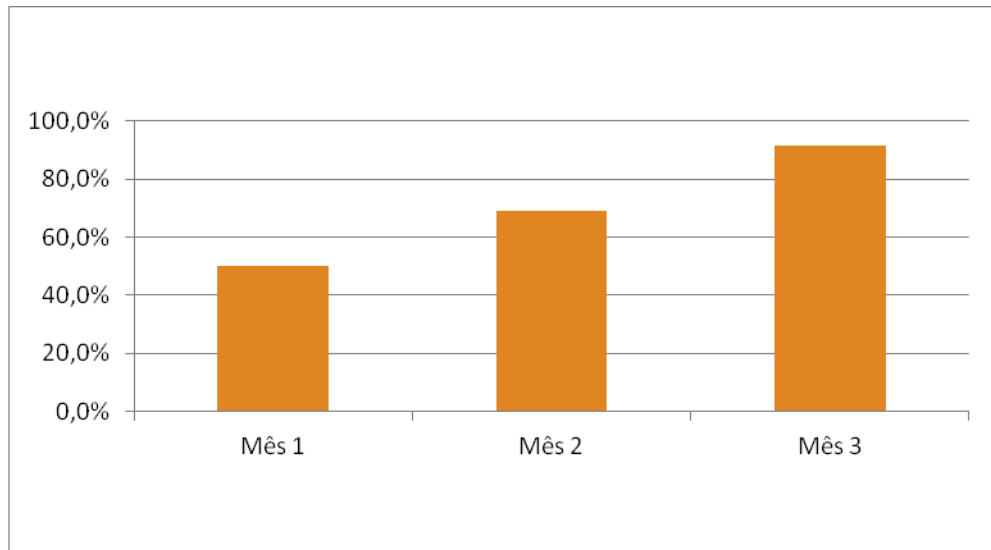


**Figura 20:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Entre os idosos que participaram do atendimento 94,8% (55) deles (Figura 21), estão com o registro na ficha espelho em dia, sendo que 91,4% (Figura 22) (53) dessa população recebeu a caderneta de saúde da pessoa idosa, durante os atendimentos do HIPERDIA, mas não tinham o hábito de leva-la aos atendimentos, por isso continham pouquíssimos dados preenchidos. Passei a orienta-los a leva-la a qualquer atendimento. Da população cadastrada apenas dois pacientes não possuem a caderneta de saúde e infelizmente o município não dispunha de mais delas para distribuir, tentei busca-las na secretária do estado, porém se alegou também não dispor das mesmas, devido um incêndio ocorrido no prédio da secretária, este seria o motivo para a falta das cadernetas não só neste mas em outros municípios vizinhos.

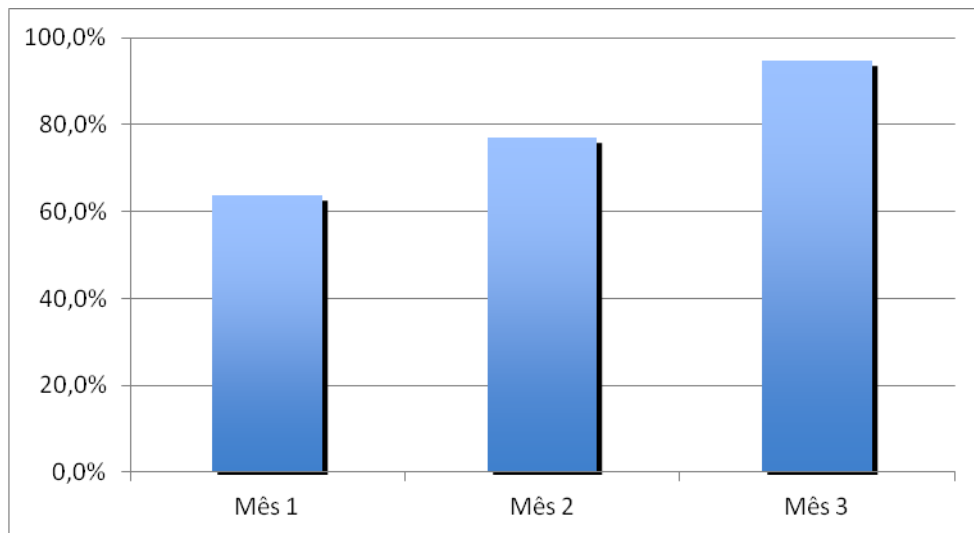


**Figura 21:** Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

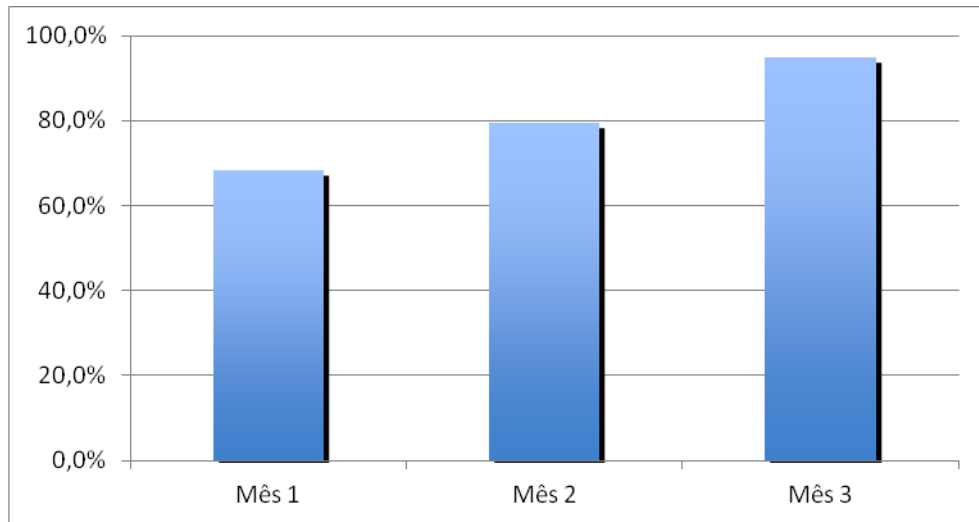


**Figura 22:** Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

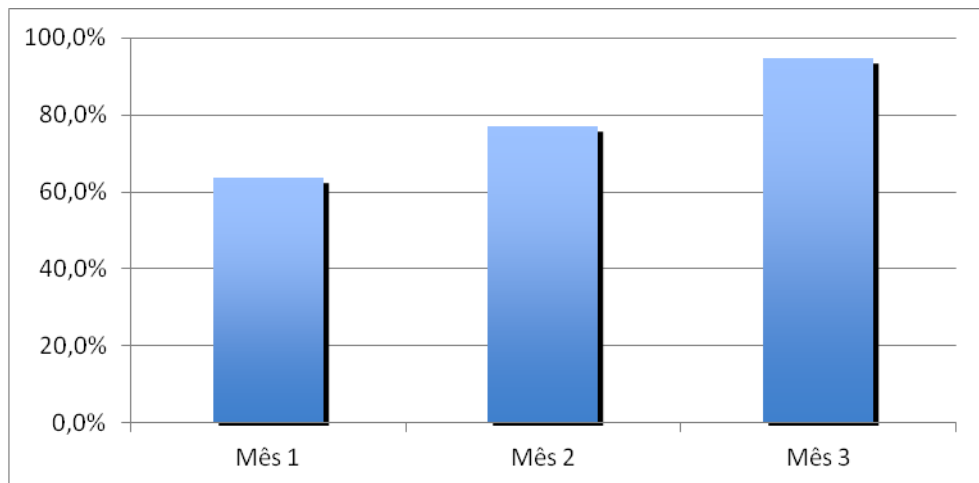
Todos os pacientes que participaram da intervenção, realizando a consulta de saúde do idoso, receberam avaliação de risco para morbimortalidade 94,8% (55) (Figura 23), avaliação para fragilização na velhice 94,8% (55) (Figura 24) e avaliação da existência de uma rede social que pudesse lhe amparar 94,8% (55) (Figura 25). Essas avaliações eram aplicadas através de instrumentos validados pelo protocolo para saúde do idoso do Ministério da Saúde, a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida garantia a base para a aplicação desses instrumentos.



**Figura 23:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

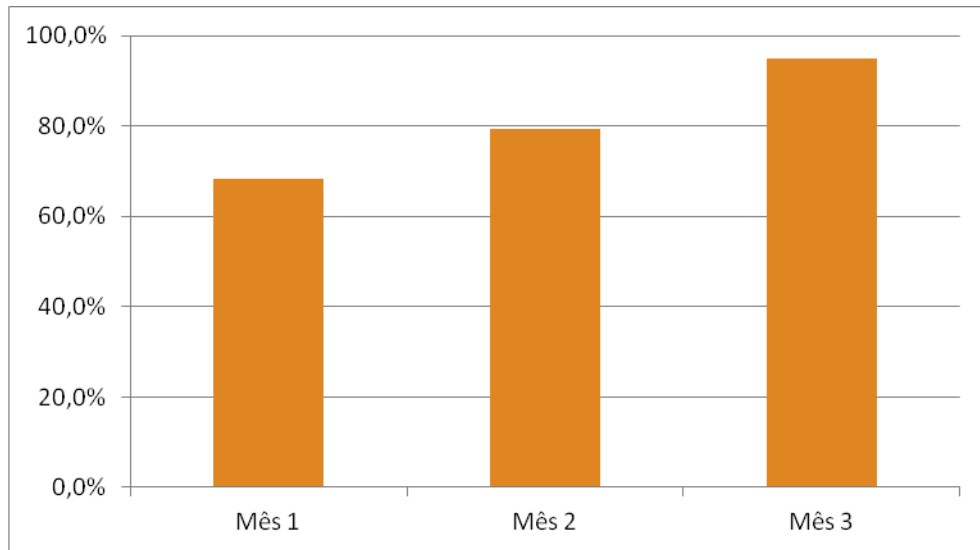


**Figura 24:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

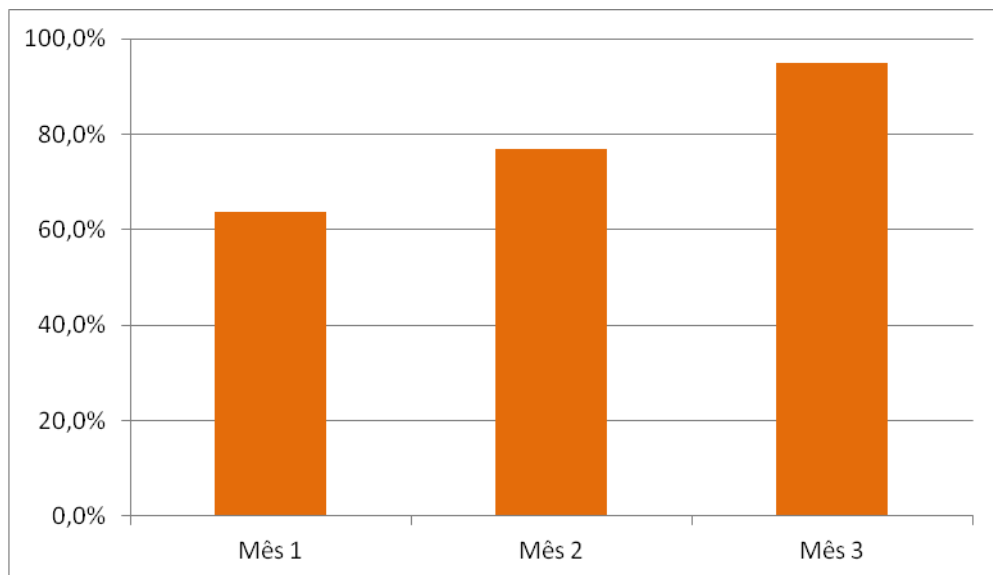


**Figura 25:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Durante as consultas também era realizada educação em saúde, prestando orientações ao indivíduo sobre hábitos alimentares saudáveis 94,8% (55) (Figura 26) e sobre a importância da prática de uma atividade física regular 94,8% (55) (Figura 27). As orientações individuais são bastante proveitosas, pois permitem uma maior assimilação da informação por parte do cliente, mas mesmo assim também é preciso incentivar a criação de grupos e eventos voltados para a orientação e educação continuada, e foi dessa forma que atingimos esta meta de educação em saúde.

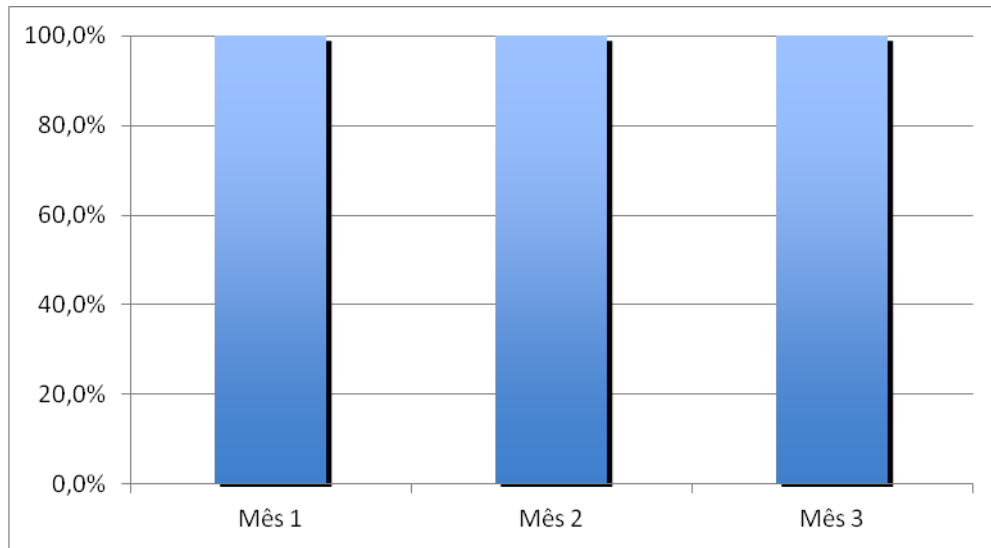


**Figura 26:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis



**Figura 27:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

A orientação individual sobre os cuidados com a saúde bucal também foram realizados individualmente durante as consultas odontológicas, logo todos os pacientes que realizaram a consulta receberam orientação, totalizando um percentual de 100% (33) conforme a figura 28, e atingindo assim mais uma das metas propostas.

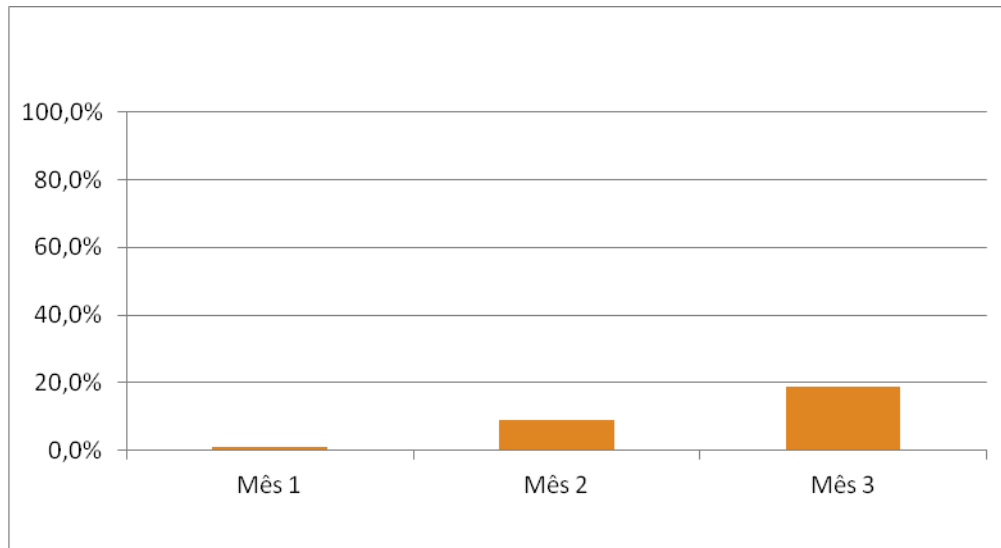


**Figura 28:** Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

### Resultados de saúde bucal

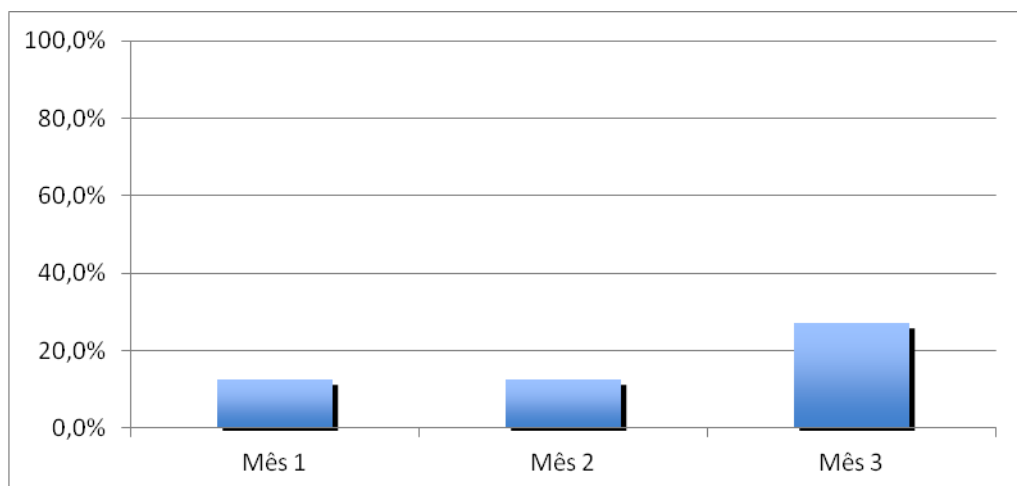
Durante a intervenção de saúde do idoso também foram realizados os atendimentos em saúde bucal pelo cirurgião-dentista da equipe, o qual gerou também seus próprios resultados e indicadores, conforme veremos a seguir.

A cobertura do atendimento em saúde bucal do idoso atingiu um percentual de 18,6% (Figura 29), o que correspondeu aos 33 pacientes atendidos durante o período de intervenção. Este percentual de cobertura ficou muito abaixo do planejado pela meta, porém isto é facilmente justificado pelo fato desses atendimentos não terem se iniciado juntamente com as consultas de saúde do idoso, devido este período corresponder às férias do odontólogo, sendo que a equipe ficou desfalcada, pois nenhum outro profissional foi colocado para substituí-lo durante a sua ausência. A consulta de saúde bucal só teve início no segundo mês de intervenção. Ainda tivemos pacientes que disseram não necessitar do atendimento odontológico, não realizando a consulta.



**Figura 29:** Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde

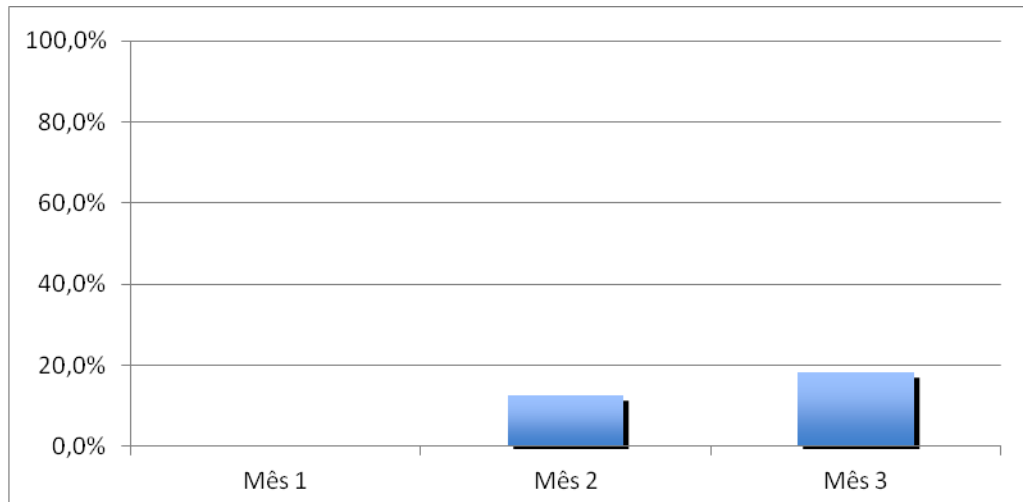
A cobertura das ações coletivas em saúde bucal já se mostrou um pouco melhor, apresentando um percentual de 27,1% (48) (Figura 30), pois o odontólogo aproveitou para realizar essa ação no dia das consultas de saúde do idoso, na recepção, assim conseguiu atingir até mesmo alguns daqueles que não quiseram o atendimento odontológico.



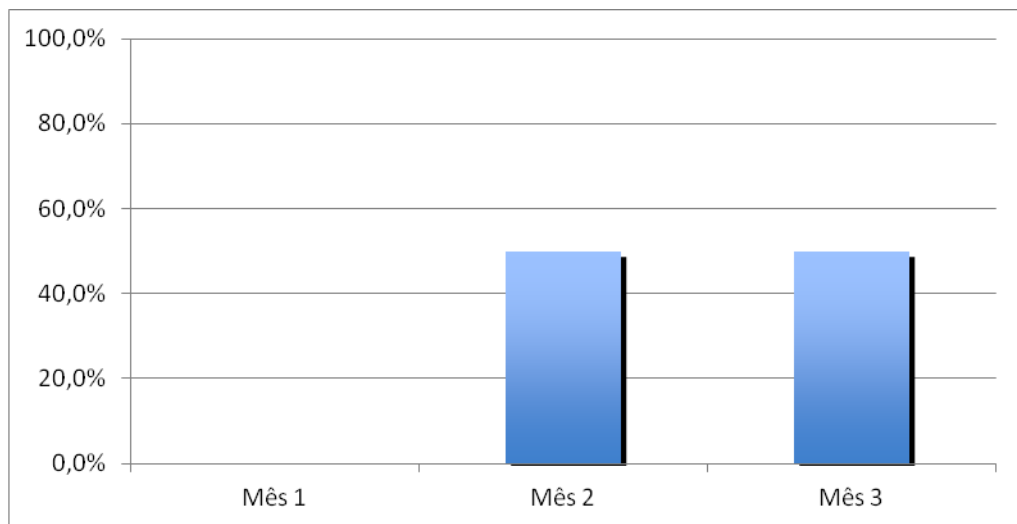
**Figura 30:** Gráfico da cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência

Poucos idosos entre os atendidos necessitaram de tratamento odontológico, apenas 18,2% (6) deles (Figura 31), e destes 50% (3) tiveram seu tratamento concluído ao final da intervenção (Figura 32). Pode-se considerar que estas metas foram cumpridas, afinal todos que necessitaram de tratamento o receberam, e os que ainda não haviam concluído seu tratamento não foi por falta de atendimento.



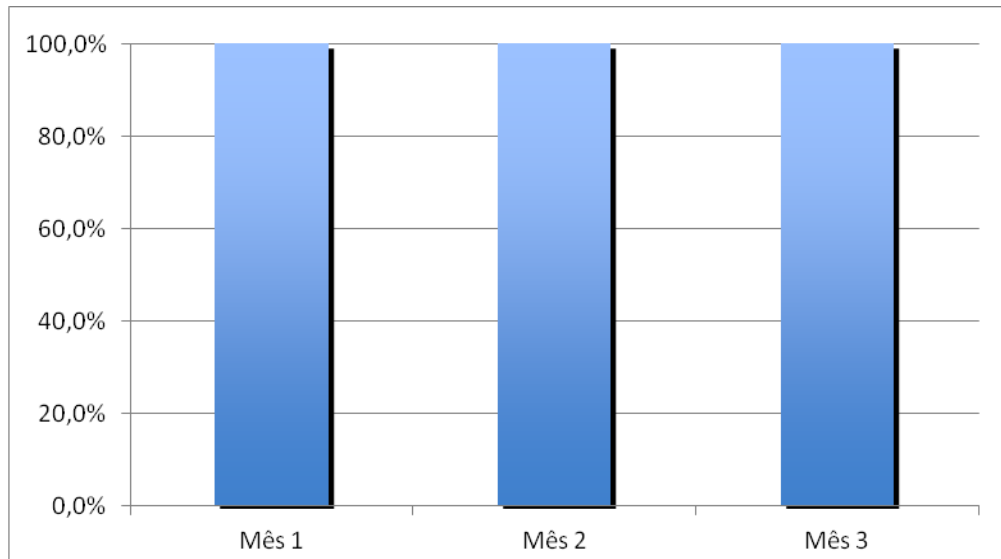


**Figura 31:** Gráfico da proporção de idosos com necessidade de tratamento

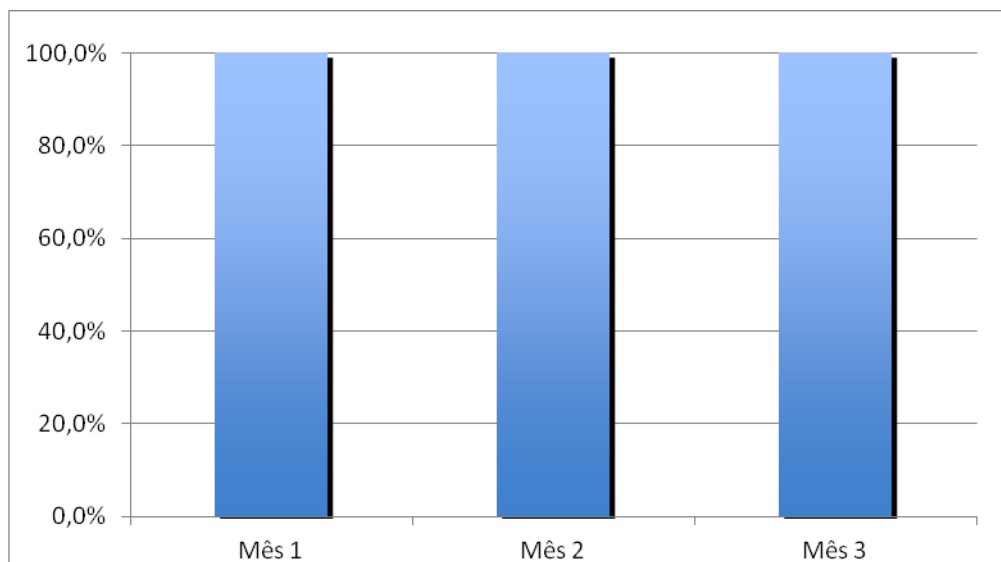


**Figura 32:** Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Todos os pacientes que participaram das consultas odontológicas receberam avaliação de alteração da mucosa bucal 100% (33) (Figura 33) e avaliação da necessidade do uso de prótese dentária 100% (33) (Figura 34). Apesar da pouca população, estas metas foram atingidas com êxito, pois era algo inerente àqueles que realizavam a consulta. Bem diferente do que ocorreu com a meta de realização de visita domiciliar odontológica, que não foi possível de ser cumprida, devido a falta de suporte e estrutura física, como também da falta de disponibilidade do odontólogo da equipe para realizar tal ação.

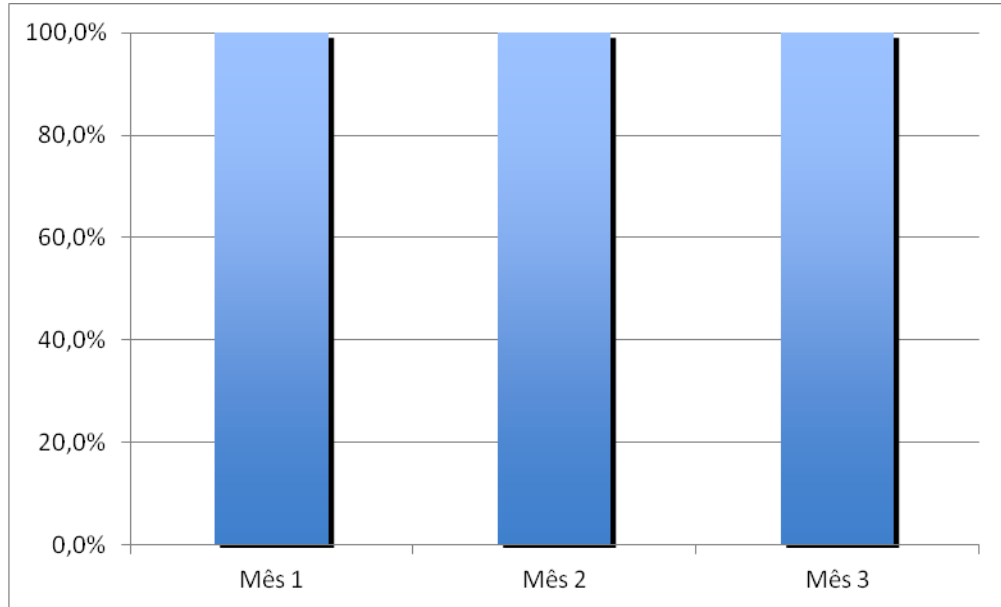


**Figura 33:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia



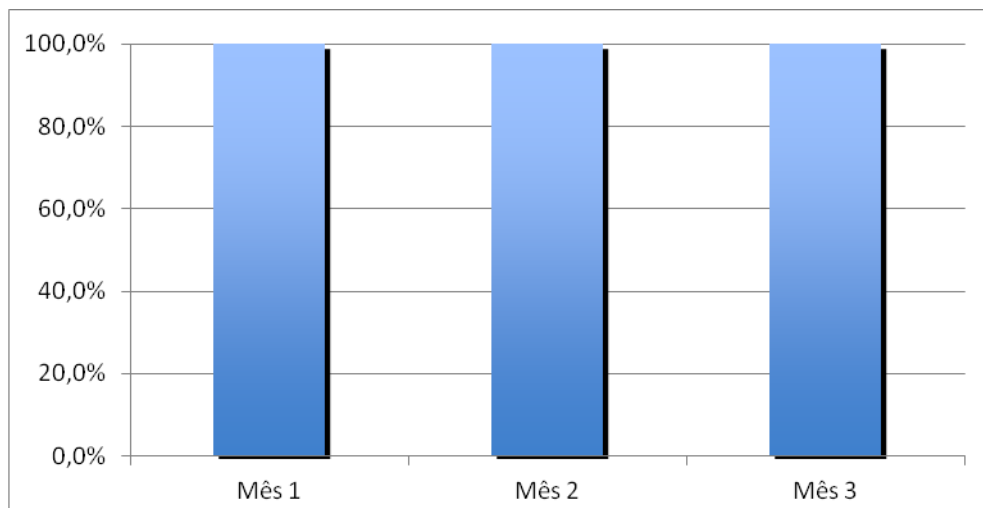
**Figura 34:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia

Entre os cadastrados para receber consulta odontológica também tivemos alguns faltosos, porém todos foram buscados, atingindo mais uma meta completamente, com o percentual de 100% (10) (Figura 35). Porém após receberem a busca ativa pela falta na primeira consulta odontológica programática, três idosos ainda faltaram à consulta subsequente, porém desta vez não foi realizada nova busca, pois além da equipe ter julgado desnecessário, já estávamos na reta final da intervenção e não havia mais tempo hábil para esta ação.

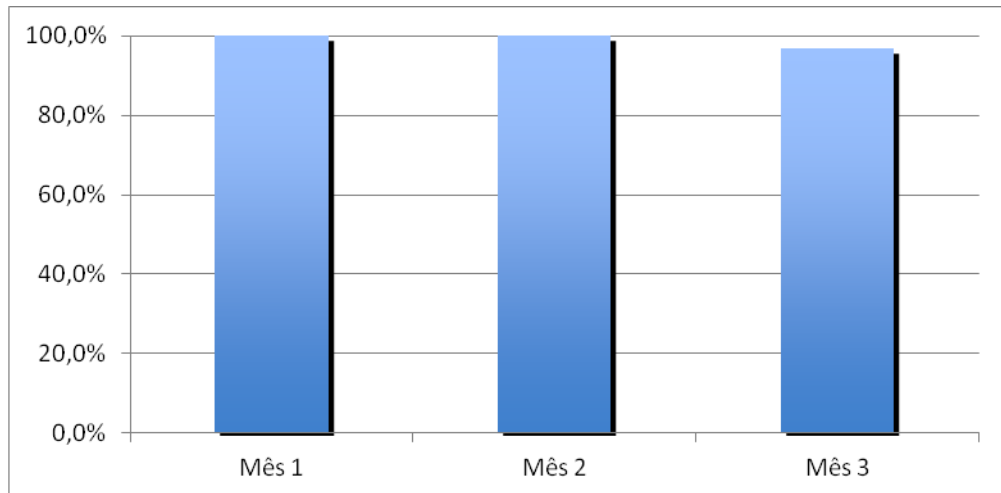


**Figura 35:** Gráfico da proporção de busca ativa realizada aos idosos que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram

Devido ter uma pequena população cadastrada neste atendimento foi fácil manter o registro dos idosos atualizado, atingindo um percentual de 100%(33) (Figura 36), e entre estes pacientes 97% (Figura 37) (32) deles tinham a caderneta de saúde do idoso, a maioria havia recebido a caderneta durante os atendimentos do HIPERDIA. Para manter cada um dos registros atualizados, sempre entre os turnos de trabalho, era feita uma revisão dos mesmos para verificar a completude dos dados.

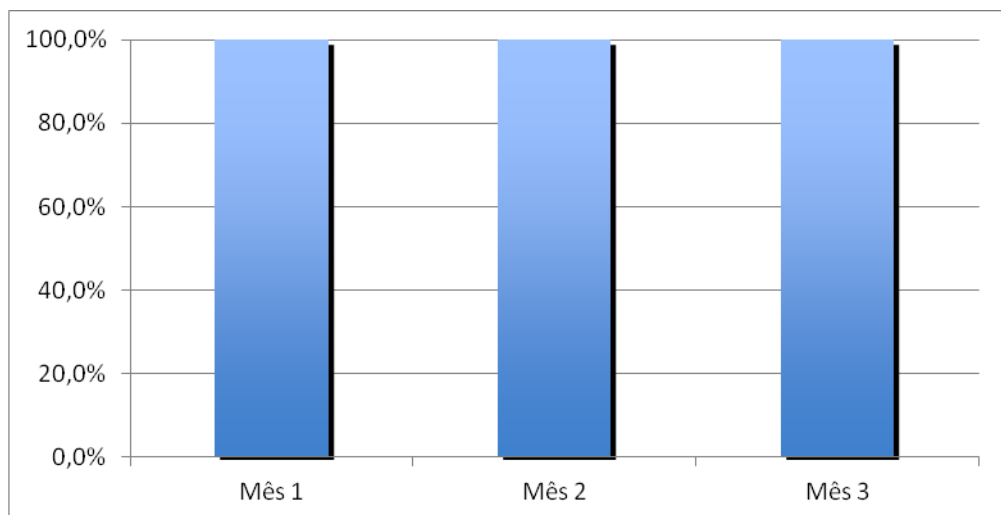


**Figura 36:** Gráfico da proporção de idosos com registro atualizado

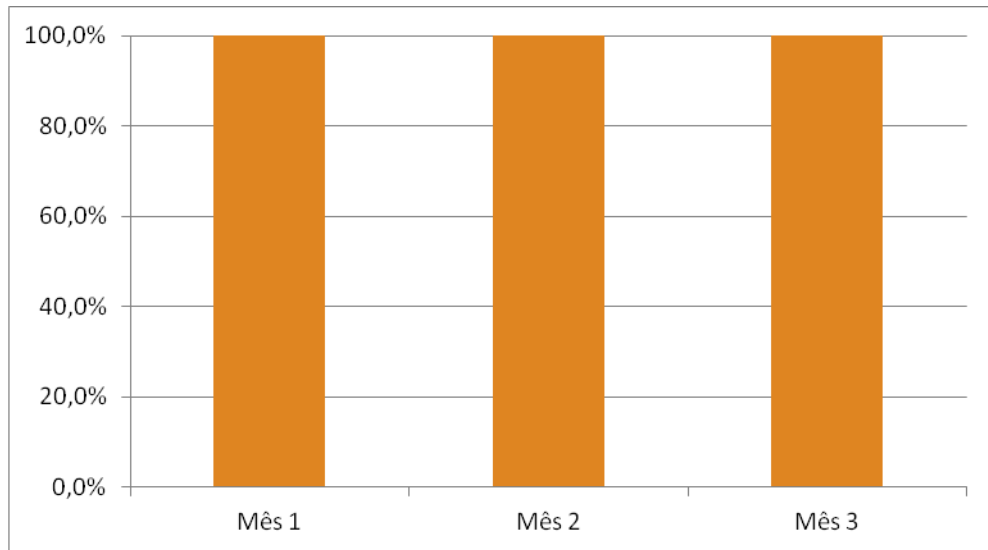


**Figura 37:** Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

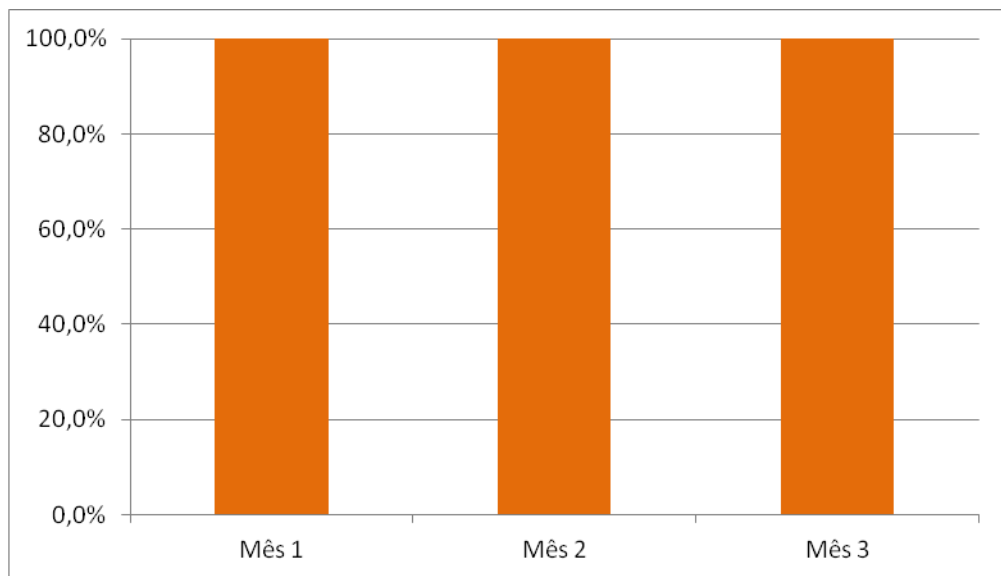
Todos os pacientes receberam também avaliação de risco em saúde bucal 100% (33) (Figura 38), orientação para hábitos alimentares saudáveis 100% (33) (Figura 39), orientação sobre a importância de se manter uma atividade física regular 100% (33) (Figura 40), sobre os malefícios do uso de tabaco, álcool e outras drogas 100% (33) (Figura 41) e principalmente orientação sobre higiene bucal 100% (33) (Figura 42). Foram metas fáceis de serem atingidas, pois são também pontos indissociáveis da consulta odontológica, além de ter sido tema frequente no grupo de idosos mantido no município, o qual é coordenado pelo educador físico do NASF e que sempre cedia espaço para estas orientações.



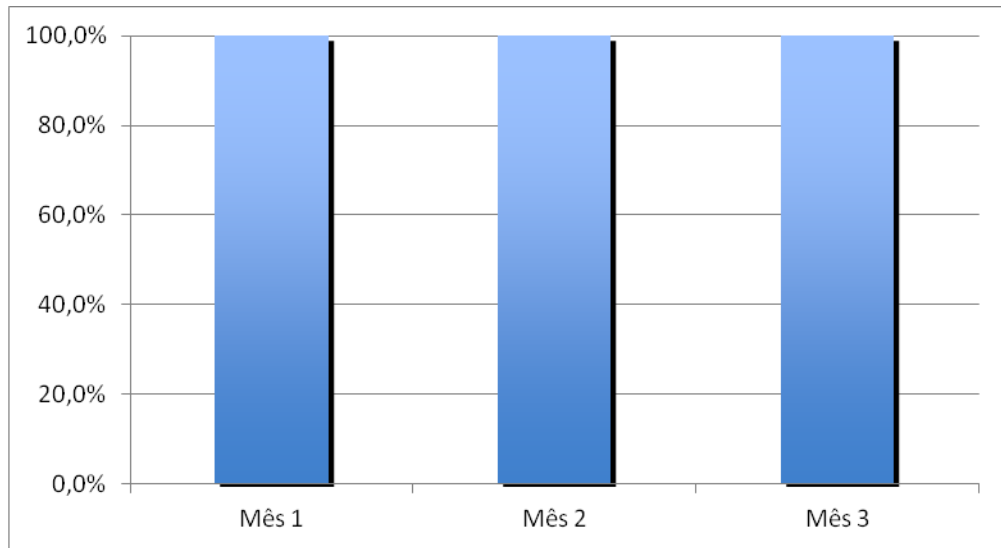
**Figura 38:** Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal



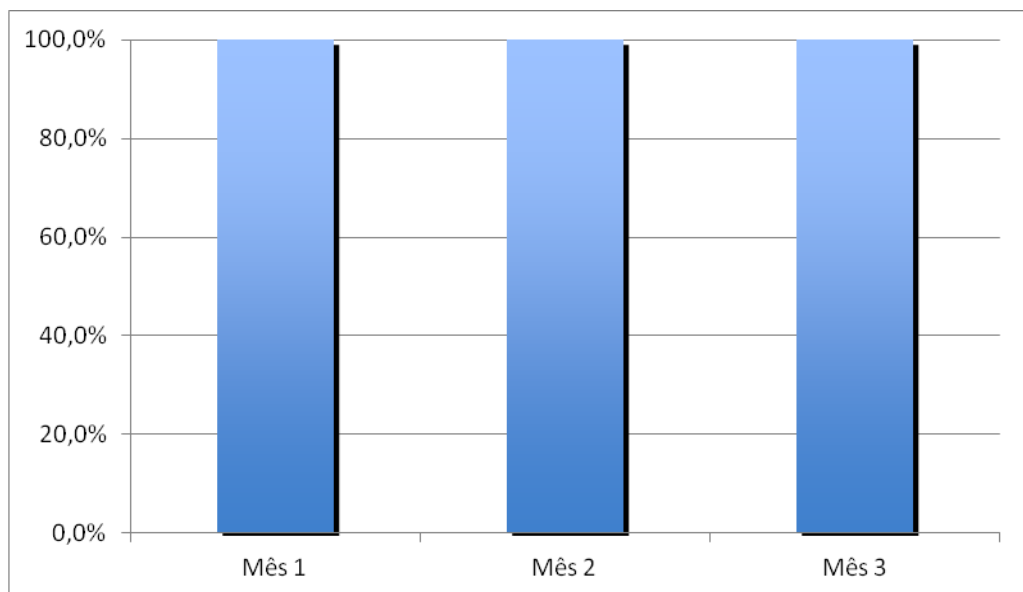
**Figura 39:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis



**Figura 40:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física



**Figura 41:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal



**Figura 42:** Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS propiciou a implantação de uma ação totalmente nova, antes jamais desenvolvida em qualquer UBS do município, o Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Por isso trato como implantação ao invés de aumento de cobertura, pois era uma ação inexistente. A ação permitiu a qualificação do atendimento de saúde prestado aos idosos do município, pois se tratou de um atendimento específico para pessoas com 60 anos completos ou mais,

instituindo melhoria dos registros, na classificação de risco, nas orientações individuais sobre a importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física e higiene bucal, no preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa e no atendimento odontológico desse público alvo.

A cobertura adquirida após os três meses de intervenção foi um valor considerável, levando-se em conta que era um atendimento novo e que não contou com total apoio de toda a equipe de saúde.

A intervenção exigiu algumas mudanças no processo de trabalho da equipe e isso não foi visto com tanta satisfação por todos, principalmente porque os profissionais já estavam habituados à uma rotina de trabalho que não era compatível com a implantação de qualquer ação diferente às que já existiam no momento. Houve a necessidade de capacitar toda a equipe para que as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao atendimento de saúde do idoso fossem conhecidas pela maioria e seguidas por todos.

O treinamento foi realizado por etapas, já que nunca foi possível reunir toda a equipe em um único dia, essa atividade se fez fundamental para promover a interação, principalmente entre a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, que foram os que mais se envolveram com o desenvolvimento das atividades da intervenção. O odontólogo da equipe também esteve bastante empenhado em realizar os atendimentos em saúde bucal da ação programática, tendo contribuído bastante para a sua efetividade.

A divisão das tarefas era necessária para situar melhor cada agente participante da ação a respeito do papel que iria desempenhar para que pudessemos alcançar os objetivos. Todos os membros da equipe receberam orientação sobre o que seria essa nova ação programática, os agentes de saúde foram orientados a realizar o cadastramento dos idosos, agendar sua consulta e os encaminhar para a UBS, a recepcionista foi orientada a identificar os idosos que chegassem para o atendimento e os conduzir até o consultório, a enfermeira ficou responsável pela maior parte do atendimento de saúde do idoso e encaminhamento para atendimento médico e odontológico (quando havia necessidade).

A intervenção não interferiu nas outras ações desenvolvidas na UBS, pois como todo o atendimento clínico era realizado pela enfermeira do PROVAB, a enfermeira “oficial” da equipe desenvolvia as outras ações programáticas normalmente.

Anteriormente ao início da intervenção, o único atendimento voltado para a saúde do idoso era aquele dispensado durante os atendimentos do HIPERDIA, a saúde do idoso era automaticamente vinculada ao tratamento e acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, como se essas fossem as únicas necessidades de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Foi dificultoso desvincular o termo “saúde do idoso” do atendimento do “HIPERDIA”, pois ela não era vista como uma ação programática independente. Até mesmo a própria população teve dificuldade para entender que este atendimento não era voltado para a medicalização e ações curativas, mas sim para as peculiaridades e necessidades da pessoa idosa, que tinha o objetivo principal de avaliar seu estado de saúde e não de doença. O impacto na população é muito tímido, ainda, mas a partir do momento em que os pacientes passaram a distinguir esta diferença e a disseminá-la entre a comunidade foi que houve um maior entendimento da intervenção e também aceitação da mesma, pois aqueles idosos que participavam demonstravam satisfação e estimulavam outros idosos a participarem do atendimento também.

Algo que poderia ter auxiliado o desenvolvimento da intervenção garantindo uma maior efetividade das ações desenvolvidas, seria o fato de a enfermeira da equipe adotar a ideia como um objetivo de trabalho para a UBS, mas como não vejo a possibilidade disto acontecer, as chances da intervenção ter continuidade após o fim do PROVAB são muito poucas. Existem outros pequenos aspectos que também poderiam ter melhorado a intervenção, como por exemplo, realizar o cadastramento de todos os idosos da população com certa antecedência, pois isso daria um conhecimento total da real população a ser atendida, melhorando os atendimentos diários. Porém a ação maior para tal seria a equipe de saúde se conscientizar da importância dessa ação programática e “abraçar a sua causa”.

As visitas domiciliares poderiam ter acontecido semanalmente, conforme o programado, mas isto não foi possível, então este é outro ponto que poderia ter melhorado a intervenção, contribuindo para uniformizar as ações, facilitando assim a sua incorporação.

Para dar continuidade ao atendimento da saúde do idoso na UBS e também estendê-lo a outras unidades de saúde seria necessário investir mais na conscientização da população em relação a importância dessa ação, mas principalmente que os próprios profissionais se empenhassem em realizar a



intervenção, dando a ela a devida importância. Seria preciso também, que a gestão do município tivesse mais compromisso para com os seus funcionários, pois muito dessa má vontade demonstrada pelos profissionais de saúde é o reflexo de falhas da gestão municipal, principalmente no que diz respeito à remuneração salarial.

Após o término do período de coleta de dados da intervenção, a ação programática foi mantida e estamos articulando uma maneira efetiva de estendê-la à outra UBS, os agentes de saúde desta outra equipe já foram comunicados sobre o início das atividades do programa em sua área de abrangência e orientados à realizar o cadastramento dos idosos. A próxima tarefa seria realizar uma reunião com todos os membros da equipe da UBS para elaborar um cronograma de atividades para um primeiro mês de atendimento e realizar também a divisão de tarefas de ambos e capacitá-los a receber essa nova população já a partir do mês de dezembro.

Avaliando de modo geral, pode-se dizer que houve uma melhoria significativa na qualidade da assistência à saúde prestada aos idosos do município de Demerval Lobão, uma vez que a população atendida, embora pouca aderiu ao programa, comparecendo as consultas odontológicas, consultas de retorno, comparecendo as reuniões educativas e disseminando o atendimento entre a população, resultado disso é que a UBS, ainda hoje, está recebendo idosos em livre demanda para o atendimento.

#### **4.3 Relatório para gestores**

Objetivando melhorar a atenção à população dos idosos do município de Demerval Lobão, foi realizada uma intervenção na UBS Mãe Dita enfocando a melhoria da saúde do idoso. A primeira providência para colocar o projeto em prática foi repassar para gestão municipal a implantação da ação para que fosse possível viabilizar esta intervenção. Foi então apresentado o projeto elaborado para a implantação do programa de Atenção à Saúde do Idoso em uma das UBS do município.

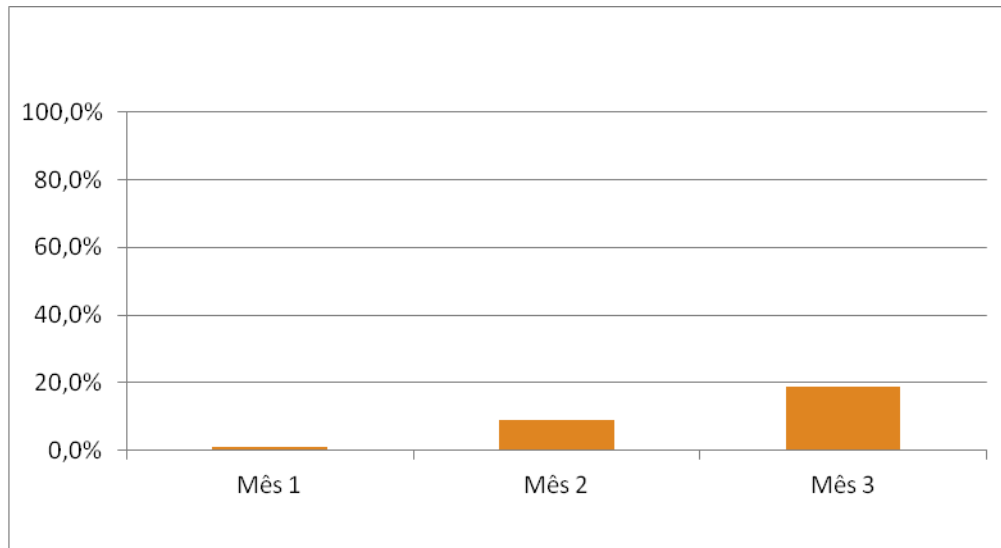
Na primeira semana de atendimento foi realizada capacitação da equipe e dos ACS, foi feita a divisão das tarefas de cada profissional, dizendo qual seria a sua função à desenvolver para implementar o atendimento de saúde do idoso, a divulgação dos atendimentos entre a população também iniciou-se antes através dos ACS e durante a primeira semana foi divulgado também através de carro de

som mediante um texto criado falando sobre a implantação desse novo atendimento no município, essa divulgação sonora continuou pelas duas semanas seguintes, o cadastramento dos idosos também foi iniciado uma semana antes da intervenção, com o objetivo de adiantar os atendimento da primeira semana, mas nem todos os ACS o realizaram.

Ao 11<sup>o</sup> dia do mês de agosto de 2014 iniciou-se na UBS Mãe Dita a intervenção do projeto de Atenção à Saúde do Idoso, pela manhã foi realizado o primeiro turno de atendimento. Após semanas de planejamento, esperava-se que cada agente comunitário de saúde já houvesse realizado o cadastro dos idosos que seriam atendidos nesta primeira semana, porém não aconteceu como previsto, pois apenas um idoso apareceu para a consulta, dentre os cinco que deveriam ter sido agendados pelos agentes de saúde.

De certo modo, era previsível tal acontecimento, pois como mencionado na checagem de prontidão, existem agentes de saúde bastante dedicados que já haviam realizado o cadastro de idosos suficientes para o primeiro mês de atendimento e outros que ainda não haviam nem começado, e como por dia de atendimento são agendados um idoso por agente comunitário de saúde, acabou vindo apenas este único idoso, pois um dos cinco agentes de saúde estava de férias e os outros três, embora tenham sido avisados e orientados sobre o cadastro e agendamento da consulta junto ao idoso, não o realizaram. Mesmo assim, o primeiro atendimento foi muito satisfatório, o idoso gostou bastante, pois logo que soube do que se tratava o atendimento começou a relatar suas queixas e problemas antes mesmo que os pesquisasse, e dessa forma a avaliação multidimensional rápida foi totalmente realizada sem que houvesse a necessidade de indagar separadamente cada tópico, todos os pontos da ficha de atendimento foram alcançados.

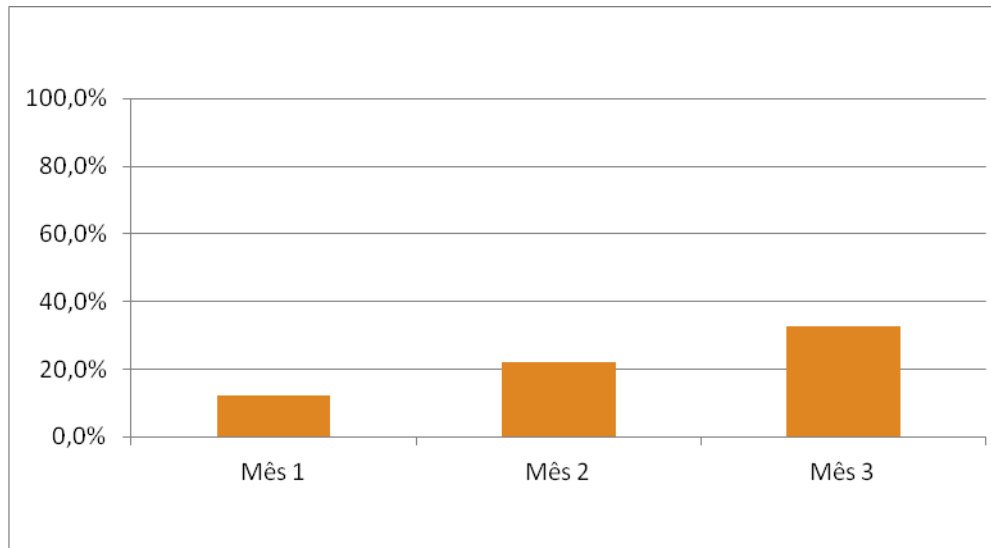
Durante a primeira semana de atendimento de saúde do idoso não houve atendimento odontológico devido o cirurgião-dentista estar de férias. Seus atendimentos iniciaram-se apenas no mês de setembro, após um mês de intervenção, mas apesar do atraso no início do atendimento de saúde bucal o mesmo aconteceu de forma efetiva, apresentando indicadores ascendentes, mesmo a cobertura dessas ações tendo sido pouca, isto porque alguns dos pacientes que passavam pelo atendimento de saúde do idoso diziam não querer passar pelo dentista, então isto também contribuiu de forma direta para a baixa cobertura desta meta, que apresentou ao final da intervenção um percentual de 18,6%.



**Gráfico:** Cobertura do Programa de Saúde Bucal do Idoso

O atendimento clínico sempre foi realizado pela enfermeira (PROVAB), quando era verificada a necessidade de atendimento especializado ou algo que não fosse da competência da enfermeira, o paciente era encaminhado para consulta com o médico da equipe, ainda no mesmo dia ou no próximo dia de atendimento. Durante a consulta de saúde do idoso é realizado anamnese e exame físico do paciente, sempre levando em conta as principais queixas referidas pelo paciente durante a anamnese, em seguida é aferido o peso e altura para a realização do IMC, então é aplicada a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e posteriormente, caso haja necessidade, são aplicados outros instrumentos de avaliação mais detalhada, isto quando se verifica alguma alteração significativa no primeiro teste. É realizada orientação do paciente para que mantenha uma alimentação saudável e realize alguma atividade física regular, além de outras orientações pertinentes ao caso, como por exemplo, sobre o uso correto da medicação anti-hipertensiva e cuidados com a segurança no domicílio. E realizado então a aferição da pressão arterial no final da consulta como forma de garantir que os níveis pressóricos estejam normais, pois neste momento o paciente não estará mais ansioso devido a consulta, finalmente é realizado o preenchimento da caderneta de saúde do idoso e feito a solicitação de exames, quando necessário.

Ao final da intervenção, o percentual de cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi de 32,8%, sendo que o índice de realização da Avaliação Multidimensional Rápida foi de 94,8% entre os idosos da área cadastrados.



**Gráfico:** Cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade de Saúde

Ao final do período de doze semanas de intervenção pode-se dizer que houve sim uma incorporação das ações de Saúde do Idoso à rotina do serviço e está havendo uma continuidade dessas ações após o fim do período de coleta, sendo que o propósito é de que as mesmas mantenham-se ao final do curso, a expectativa para que isso aconteça é mediana, pois de um lado temos, a favor, a boa aceitação da população alvo da intervenção, porém, por outro lado, temos o pouco engajamento de alguns profissionais da equipe o que poderia comprometer a continuidade dessas ações.

Seria preciso que os profissionais da equipe, como por exemplo, a enfermeira titular da equipe, tivesse um maior empenho em desenvolver essas ações, pois com a vigência do curso as ações de enfermagem junto à intervenção eram desenvolvidas totalmente pela enfermeira do PROVAB. O médico também poderia contribuir bem mais com as ações, principalmente no que diz respeito às atividades educativas. Para melhorar ainda mais o atendimento odontológico, problemas estruturais e administrativos deveriam ser sanados antes de qualquer coisa, pois o compartilhamento de uma única cadeira odontológica por três equipes de saúde compromete bastante o atendimento da demanda, e também a questão desse atendimento ser realizado apenas em três dias da semana e em apenas um turno.

A gestão da secretária de saúde poderia garantir um maior suporte às atividades educativas e de grupo programadas, pois isto tem sido uma grande falha observada durante todo o período de vigência da intervenção e também do programa (PROVAB), como um todo. A solicitação de materiais para os eventos

sempre era realizado com antecedência e através de ofícios, porém era frequente chegar ao dia do evento e não ter o que foi solicitado, mesmo quando se tratava de materiais simples, como um notebook para conectar ao data show, isso foi também um dos motivos que contribuiu bastante para o não cumprimento do cronograma de atividades educativas.

No momento estamos dando continuidade às ações do projeto na UBS Mãe Dita com o intuito de intensificar ainda mais a intervenção e estendemos o atendimento de saúde do idoso a mais uma equipe de saúde, pretendemos implantar esta ação à rotina de mais esta equipe para que as chances de manutenção da intervenção aumentem ao final de vigência do PROVAB e assim alcancem todas as outras UBS do município. Para tanto o conhecimento da situação atual da intervenção pela gestão e o seu apoio, é de fundamental importância para alcançarmos este objetivo.

#### **4.4 Relatório para a comunidade**

O atendimento ou intervenção de saúde do idoso tem o objetivo de realizar consultas a pessoas que tenham 60 anos completos ou mais, para verificar o processo de envelhecimento saudável dos mesmos, para a partir dessa avaliação realizada, intervir em possíveis problemas de saúde, antes que esses problemas possam se tornar complicações graves que comprometam a qualidade de vida do idoso. Os idosos participantes desta nova ação também teriam preferência no atendimento odontológico.

Para a comunidade o atendimento de saúde do idoso teve início no 11º dia do mês de agosto de 2014. Ela não teve uma participação direta nas ações de planejamento que antecederam os atendimentos. Nem todos da população tinham o conhecimento adequado sobre esse novo atendimento e comentavam: “há, mais eu já fui pra reunião do HIPERDIA esse mês”, ou então “não estou sentindo nada, o que vou fazer na UBS”. Foi muito difícil diferenciar o atendimento do HIPERDIA do Atendimento de Saúde do Idoso para a população.

Durante o período de planejamento, que antecedeu os atendimentos, cada membro da equipe de saúde ficou responsável por uma função específica, para desempenhar durante o atendimento, mas nem tudo saiu como o planejado, pois apenas um idoso apareceu para a consulta do primeiro dia de atendimento, quando na verdade deveriam ter comparecido pelo menos cinco idosos encaminhados pelos

ACS. Mesmo assim, o primeiro atendimento foi muito satisfatório, o idoso gostou bastante, pois logo que soube do que se tratava o atendimento começou a relatar suas queixas e problemas antes mesmo que os pesquisasse, e dessa forma a avaliação multidimensional rápida foi totalmente realizada sem que houvesse a necessidade de indagar separadamente cada tópico, todos os pontos da ficha de atendimento foram alcançados.

No decorrer da primeira semana de atendimento houveram frustrações devido a ausência de demanda, não houve comparecimento de idosos ao segundo dia de atendimento, foi desmotivador ver a falta de comprometimento do agente comunitário de saúde que havia se comprometido a encaminhar os pacientes ao atendimento.

Durante a primeira semana de atendimento de saúde do idoso não houve atendimento odontológico devido o cirurgião-dentista estar de férias. Seus atendimentos iniciaram-se apenas no mês de setembro, após um mês de intervenção, mas apesar do atraso no início do atendimento de saúde bucal o mesmo aconteceu de forma efetiva, apresentando bons resultados, tendo atendido 33 idosos.

O atendimento clínico sempre foi realizado pela enfermeira (PROVAB), quando era verificada a necessidade de atendimento especializado ou algo que não fosse da competência da enfermeira, o paciente era encaminhado para consulta com o médico da equipe, ainda no mesmo dia ou no próximo dia de atendimento, sendo que ao longo dessa ação 55 idosos, entre os 58 cadastrados, participaram dos atendimentos.

O envolvimento da equipe teria facilitado bastante a adesão da população à ação, porém não se pode responsabilizar apenas a equipe de saúde pela pouca cobertura atingida, afinal tem que haver a coresponsabilização do paciente pelo seu estado de saúde. A própria população, antes de qualquer coisa, tem que demonstrar interesse e tomar responsabilidade pela sua saúde, o que não é muito observado no município. Este também foi um dos pontos que precisou ser melhor trabalhado na área, e seria uma atitude a ser tomada, por parte da população, que traria muito mais efetividade para a ação que está sendo implantada.

Ao final do período de doze semanas de intervenção pode-se dizer que houve uma melhora significativa no atendimento em saúde realizado aos idosos do município, pois alguns que já passaram pelo atendimento retornaram por conta

própria, porque perceberam alguma alteração na situação de saúde ou apenas para apresentação de exames de rotina. Então, mesmo que de forma ainda pouca, o atendimento funcionou e está havendo uma continuidade dessas ações, e a tendência é a de que melhore ainda mais.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

O período de vigência da especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas-UFPEL pôde me proporcionar inúmeros benefícios, tanto para a área profissional como também para a pessoal. Foi meu primeiro contato profissional com o campo de atuação escolhido, que desde o início trouxe vários desafios para uma recém formada e até então, sem experiência prática de atuação em qualquer setor da saúde.

Realizar a especialização significou bem mais que adquirir o título de pós-graduada, foi além da aprendizagem teórica, visto que sendo desenvolvida em conjunto com o trabalho diário propiciou um maior e mais efetivo conhecimento em relação ao tema estudado.

A vivência da atuação na atenção básica teve uma contribuição decisiva para o sucesso de todo o curso, o fato de poder aplicar os casos clínicos na prática diária de atendimento na UBS e também nas escolas do município, tornou-me mais segura para atuar e buscar sempre ir além daquele conhecimento, assim a atenção em saúde da população foi sendo qualificada e a APS adquirindo mais resolubilidade.

As tarefas constantes nos direcionavam para a descoberta da situação atual da APS local como uma forma de instigar o nosso senso crítico a indicar as falhas e elaborar maneiras de intervir sobre a situação geral encontrada. Dessa forma, aos poucos, as mudanças foram surgindo e mesmo que timidamente, elas se mostraram efetivas para a melhoria da APS do município e também para o meu aperfeiçoamento profissional.

Todo o conhecimento adquirido e principalmente a prática vivenciada pela intervenção em saúde foram e continuaram sendo, fatores decisivos para alavancar



uma carreira profissional promissora, afinal um profissional qualificado sente-se mais apto e confiante para promover mudanças em seu meio de atuação.

## 6 REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica Nº 19. Brasília, 2006. 192p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Caderno de Atenção Básica Nº 33. Brasília, 2012. 272p.

FERREIRA, C. L; SANTOS, L. M. O; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2012, 46 (2):328-334.

FIALHO, C. B, et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. 2014;30 (3):599-610.

GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo et al. **Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas**. Pelotas, 2006. 61p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: ≤ <http://www.ibge.gov.br/home/> >. Acesso em 15 jun. 2014.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: < <http://www.paho.org/bra/> >. Acesso em: 15 jun. 2014.

SCHIMIDT, T. C. G; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2012, 46 (3):612-617.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Convite aos Idosos

### *Convite aos Idosos*

A Secretaria Municipal de Saúde de Demerval Lobão, Piauí, tem a honra de convidá-lo a participar de um atendimento específico voltado à Saúde do Idoso e que visa o acompanhamento do seu envelhecimento saudável.

Nesse momento, será realizada uma consulta com a Enf.<sup>a</sup> Daniela Kelly e demais membros da sua equipe de saúde.

Compareça à unidade no dia e horário marcados pelo seu agente de saúde. E lembre-se: "Envelhecer não é adoecer"!



{ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local: SEMUSA  
Horário: a partir das 8:00 horas

### *Convite aos Idosos*

A Secretaria Municipal de Saúde de Demerval Lobão, Piauí, tem a honra de convidá-lo a participar de um atendimento específico voltado à Saúde do Idoso e que visa o acompanhamento do seu envelhecimento saudável.

Nesse momento, será realizada uma consulta com a Enf.<sup>a</sup> Daniela Kelly e demais membros da sua equipe de saúde.

Compareça à unidade no dia e horário marcados pelo seu agente de saúde. E lembre-se: "Envelhecer não é adoecer"!



{ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local: SEMUSA  
Horário: a partir das 8:00 horas

## Apêndice B – Ficha de Cadastro



### FICHA DE CADASTRO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:		
CNES DA UNIDADE:		Nº PRONTUÁRIO:
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: M ( ) F ( )	
NOME DA MÃE:		
Nº DO CARTÃO DO SUS:		
RAÇA/COR:	ESTADO CIVIL:	
<b>DOCUMENTOS (*PREENCHER COM APENAS UM)</b>		
IDENTIDADE Nº:	ORGÃO/UF:	DATA DE EMISSÃO: / /
CPF Nº:		
TÍTULO DE ELEITOR Nº:		
<b>ENDEREÇO</b>		
LOGRADOURO:		Nº
BAIRRO:	TELEFONE:	
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:		

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:		
CNES DA UNIDADE:		Nº PRONTUÁRIO:
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: M ( ) F ( )	
NOME DA MÃE:		
Nº DO CARTÃO DO SUS:		
RAÇA/COR:	ESTADO CIVIL:	
<b>DOCUMENTOS (*PREENCHER COM APENAS UM)</b>		
IDENTIDADE Nº:	ORGÃO/UF:	DATA DE EMISSÃO: / /
CPF Nº:		
TÍTULO DE ELEITOR Nº:		
<b>ENDEREÇO</b>		
LOGRADOURO:		Nº
BAIRRO:	TELEFONE:	
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:		

## **Anexos**











## Anexo C – Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

48

CADERNOS DE  
ATENÇÃO BÁSICA

### 8. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Este instrumento faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. Representa uma avaliação rápida que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, que estão em anexo.

No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa.

Os problemas identificados, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir à situações de incapacidade severa - imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco de iatrogenia.

**Quadro 4: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa**

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg      Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ___ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)

## Anexo C - continuação

120 cópias

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

49

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

## Anexo D – Mini Exame do Estado Mental

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

#### Identificação do cliente

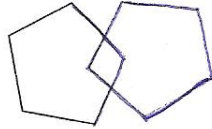
Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) **mais de 8 anos ( )**

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1  Dia do mês? _____ 1  Mês? _____ 1  Ano? _____ 1  Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1  Instituição (casa, rua)? _____ 1  Bairro? _____ 1  Cidade? _____ 1  Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa". _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>9. Faça o paciente <b>escrever uma frase</b> de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b> _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. <b>Estabeleça um</b> ponto para cada resposta correta.  -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo.  Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente. _____ 5</p>	
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	



**Anexo E – Carta de Aprovação**

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 Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### Anexo F - Planilha de Coleta de Dados do Idoso

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 acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	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?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1		65	1	1	1	1	NSA	NSA	NSA	1	1
	700											
<b>Soma automática</b>				14	14	10	9	0	0	0	14	11



## Anexo F - Planilha de Coleta de Dados do Idoso

O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	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?	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?	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?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	0	0	NSA	1	1	1	1	1	0	1	1	0
9	14	2	7	7	15	11	14	15	14	2	15	14	2

## Anexo G - Planilha de Coleta de Dados de Saúde Bucal do Idoso

## Indicadores de Saúde Bucal do Idoso - Mês 1

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso realizou primeira consulta odontológica programática?	O idoso está com necessidade de tratamento odontológico?	O idoso está com tratamento odontológico concluído?	O idoso foi avaliado quanto a alterações de mucosa?	O idoso está acamado ou com problema de locomoção?
<b>Orientações de preenchimento</b>	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
	1		65	0				
	700							
<b>Soma automática</b>				0	0	0	0	0

### Anexo G - Planilha de Coleta de Dados de Saúde Bucal do Idoso

O idoso acamado ou com problema de locomoção recebeu visita domiciliar do dentista?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de prótese?	O idoso faltou à primeira consulta odontológica programática?	O idoso que faltou à primeira consulta odontológica programática foi buscado?	O idoso faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	O idoso que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscado?
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	1		
0	0	1	1	0	0

### Anexo G - Planilha de Coleta de Dados de Saúde Bucal do Idoso

O idoso está com seu registro específico atualizado?	O idoso recebeu a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso recebeu avaliação de risco em saúde bucal?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis?	O idoso recebeu orientação para a prática regular de atividade física?	O idoso recebeu orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal?	O idoso recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
0	0	0	0	0	0	0