

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL  
Departamento de Medicina Social – Turma 04  
Especialização em Saúde da Família**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO NA UBSF HELMA  
CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA, IRECÊ - BAHIA**

**Kelly Cristina da Silva Morais**

**Pelotas – RS, 2014**



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da  
Saúde



**Kelly Cristina da Silva Morais**

**QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO NA UBSF HELMA  
CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA, IRECÊ - BAHIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL /UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mariana Cristina Moraes Xavier Duarte

Pelotas – RS, 2014



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



Especialização em  
Saúde da Família



Ministério da  
Saúde



Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M827q Morais, Kelly Cristina da Silva

Qualificação das ações de saúde do idoso na UBSF  
Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, Irecê - BA / Kelly  
Cristina da Silva Morais ; Mariana Cristina Moraes Xavier  
Duarte, orientadora. — Pelotas, 2014.

124 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em  
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,  
Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. 5. Assistência domiciliar. I.  
Duarte, Mariana Cristina Moraes Xavier, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693



Dedico aos Profissionais de Saúde que acreditam no SUS e na melhoria da Atenção Primária à Saúde e que trabalham com amor e respeito ao próximo.



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em  
Saúde da Família**



Ministério da  
Saúde



## Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter me dado saúde para superar os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho e por me conceder à graça de compartilhar este momento tão especial com as pessoas que eu amo.

Aos meus pais, João Batista e Maria do Carmo, que sempre estiveram ao meu lado, pedindo a Deus em suas orações por minha vida e pelo exemplo de cumplicidade e honestidade que contribuiu para a construção do meu caráter.

Aos meus demais familiares, amigos e namorado pelo amor, companheirismo e satisfação da convivência. Deus sabe o quanto são preciosos para mim.

A minha orientadora Mariana Cristina Moraes Xavier Duarte pela dedicação, disponibilidade e contribuições com seus conhecimentos que culminaram nesse trabalho. Serei sempre grata!

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira pelo envolvimento e compromisso que demonstraram durante todo o processo.

À comunidade do Bairro Vila Esperança, em especial aos idosos, pela confiança no trabalho da equipe e pelo carinho constante.

À Secretaria Municipal de Saúde e Área Técnica de Saúde do Idoso da 21ª DIRES pelo apoio nas ações através da divulgação e disponibilização de estrutura física, aquisição de materiais e equipamentos necessários.

À Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas por acreditar na melhoria da Atenção Primária à Saúde através da qualificação dos seus profissionais.

Estendo meus agradecimentos a todos que, de alguma forma, me ajudaram nesta conquista.



*“O fácil se faz logo, o difícil demora um pouco, o impossível entrega nas mãos de Deus, porque para Ele tudo é possível.”*

*Marcos Feliciano da Silva*



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em  
Saúde da Família**



Ministério da  
Saúde



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACD	Auxiliar De Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CA	Câncer
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Lista de Figuras

Figura 1:	Indicadores de Qualidade - Saúde da Criança (%).....	25
Figura 2:	Indicadores de Qualidade do Pré-Natal (%).....	27
Figura 3:	Indicadores de Qualidade - CA de Colo (%).....	29
Figura 4:	Indicadores de Qualidade - CA de Mama (%).....	30
Figura 5:	Indicadores de Qualidade - Hipertensos (%).....	32
Figura 6:	Indicadores de Qualidade - Diabéticos (%).....	33
Figura 7:	Indicadores de Qualidade - Saúde do Idoso (%).....	35
Figura 8:	Média de Procedimentos Clínicos Odontológicos por habitante / mês.....	36
Figura 9:	Proporção de usuários atendidos em primeira consulta programática de Saúde Bucal de acordo com o grupo (%).....	37
Figura 10:	Proporção de usuários com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas de acordo com o grupo (%).....	37
Figura 11:	Razão de primeiras consultas programáticas sobre atendimentos não programados.....	38
Figura 12:	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	73
Figura 13:	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	74
Figura 14:	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	74
Figura 15:	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	75
Figura 16:	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	76
Figura 17:	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	77
Figura 18:	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	78



Figura 19:	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	79
Figura 20:	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia....	79
Figura 21:	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	80
Figura 22:	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.....	81
Figura 23:	Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.	81
Figura 24:	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.....	82
Figura 25:	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.....	83
Figura 26:	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	83
Figura 27:	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	84
Figura 28:	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	85
Figura 29:	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	85
Figura 30:	Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.....	86
Figura 31:	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	87
Figura 32:	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	87
Figura 33:	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	88
Figura 34:	Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.....	89

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>12</b>
<b>1 Análise Situacional.....</b>	<b>13</b>
1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Atenção Primária à Saúde (APS) - Texto Inicial.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	39
<b>2 Análise Estratégica.....</b>	<b>40</b>
2.1 Justificativa.....	40
2.2 Objetivos e Metas.....	41
2.3 Metodologia.....	43
2.3.1 Ações.....	44
2.3.2 Indicadores.....	54
2.3.3 Logística.....	61
2.3.4 Cronograma.....	63
<b>3 Relatório da Intervenção.....</b>	<b>66</b>
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	66
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	69
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	70
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	70
<b>4 Avaliação da Intervenção.....</b>	<b>72</b>
4.1 Resultados.....	72
4.2 Discussão.....	89

4.3	Relatório da Intervenção para Gestores.....	90
4.4	Relatório da Intervenção para Comunidade.....	92
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..	95
	Bibliografia.....	97
	Anexos.....	98
	Apêndices.....	106



## Resumo

MORAIS, Kelly Cristina da Silva; DUARTE, Mariana Cristina Moraes Xavier. **Qualificação das Ações de Saúde do Idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, Irecê - Bahia.** 2014. 124p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas.

Com a mudança da estrutura etária brasileira, resultado da redução do número de jovens e do aumento da população idosa, o Brasil tem passado por mudanças nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade, com destaque para a preocupação com um envelhecimento ativo e saudável. Sabendo que é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, o objetivo do presente estudo foi melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, município de Irecê – BA. Para isso, foi realizada uma intervenção entre os meses setembro de 2013 a janeiro de 2014, na qual foram realizadas ações distribuídas em quatro eixos temáticos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Estas ações proporcionaram, ao final da intervenção, um aumento da cobertura de Atenção aos Idosos na UBSF de 42% para 89,1%. Além disso, a Intervenção permitiu reestruturar o serviço, no sentido de facilitar o acesso do idoso à UBSF; reorganizar a agenda da unidade, a fim de ofertar turnos específicos para o atendimento ambulatorial do idoso (médico, odontológico e de enfermagem); desenvolver uma rotina de visitas domiciliares aos acamados, faltosos e idosos em situação de doença e outras condições especiais; realizar ações em saúde bucal; ampliar as atividades de educação em saúde para a comunidade e educação permanente para a equipe de saúde; melhorar os registros da UBSF, com destaque para a implantação da ficha-espelho do idoso; e aprimorar as atividades de monitoramento e avaliação. Dessa forma, a implantação do Programa de Saúde do Idoso na unidade deu visibilidade a uma ação programática típica da atenção primária à saúde, ao passo que a maioria dos idosos cadastrados já reconhece a importância do acompanhamento periódico de sua saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Saúde Bucal; Assistência Domiciliar.



## Apresentação

O presente trabalho trata-se do produto final das atividades realizadas no Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS - UNASUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Este volume engloba documentos produzidos durante todas as unidades de estudo do curso, tais quais: análise situacional, análise estratégica – projeto de intervenção, relatório da intervenção, avaliação da intervenção e reflexão pessoal sobre o processo de aprendizagem. A ação programática trabalhada na intervenção foi a Saúde do Idoso e o trabalho teve como objetivo melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, localizada no município de Irecê – BA. Importante salientar que no início do curso a especializanda atuava como enfermeira desta UBSF e que posteriormente a mesma foi transferida para a Coordenação da Atenção Básica do município.



## 1 Análise Situacional

### 1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Atenção Primária à Saúde (APS) - Texto Inicial

Inaugurada no dia 10 de maio de 2012, a UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira localiza-se no bairro Vila Esperança, Irecê - BA, área de expansão do município. Recebeu este nome em homenagem a enfermeira Helma Cristiane Cardoso de Oliveira (1978 - 2011) que pertenceu ao quadro de servidores da saúde, prestando relevantes serviços à Atenção Básica no Município.

Além dos usuários do bairro Vila Esperança, atende as comunidades dos Povoados Cocão I e II e fazendas circunvizinhas, totalizando 03 microáreas (16 ruas, 02 travessas, fazendas e povoados), o que corresponde a 374 famílias (1341 usuários), segundo relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A equipe é composta de 14 profissionais: 01 enfermeira, 01 médico, 01 dentista, 03 técnicas de enfermagem; 03 agentes comunitárias de saúde; 03 vigilantes; 01 auxiliar de serviços gerais e 01 recepcionista.

É a maior e mais moderna UBSF do município. Possui uma boa estrutura física, adaptada aos portadores de necessidades especiais, salas bem distribuídas, além de um ambiente confortável, ventilado e com boa iluminação, contando com: sala de espera, recepção, sala de vacina, sala de coleta, sala de observação, sala de curativo, sala de inaloterapia, farmácia, consultórios (médico, enfermagem e odontológico), banheiros de funcionários e de usuários, vestiários, copa, administração, expurgo, sala de esterilização, almoxarifado e auditório e uma ampla área externa.

Além da UBSF, o bairro conta com outros equipamentos sociais, tais como Associação de Moradores; IFBA (Instituto Federal da Bahia); Creche-Escola (em



construção); Igrejas; Aeroporto; Estufa de Mudanças; Mercados; Lazer (bares e campo de futebol); CONAB (Companhia Nacional de Abastecimento); Fábricas de logurte e de Biodiesel. Destaca-se o São João e os festejos da Santa Terezinha como momentos de comemoração e integração da comunidade.

A unidade funciona de segunda a sexta pela manhã das 07:30h às 11:30h e pela tarde das 13:30h às 17:00h, sendo que na quarta-feira a tarde a unidade é fechada para realização da Reunião de Equipe.

Os serviços oferecidos pela unidade incluem: acolhimento; atendimentos médico, odontológicos e de enfermagem; visitas domiciliares; imunização; dispensação de medicamentos; teste do pezinho; pequenos procedimentos de enfermagem (ex. inalações, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas, administração de medicamentos; curativos, etc.); marcação de exames e encaminhamentos para especialidades; atividades educativas. No momento não são realizadas pequenas cirurgias.

A agenda da enfermeira atende aos programas de Pré-Natal, Hipertensão, Planejamento Reprodutivo, Prevenção de Câncer de Colo do Útero e de Mama, Saúde da Criança e possui turnos de Visita Domiciliar e Educação em saúde e em serviço.

O médico não estabelece atendimentos por ciclo de vida, atendendo, dessa forma, todas as demandas agendadas e imediatas, além de também realizar visita domiciliar e educação em saúde. O mesmo possui um dia de folga por semana.

A dentista organiza sua agenda de modo a oferecer vagas estabelecidas aos grupos prioritários, tais como gestantes, crianças e idosos. Realiza ações de educação em saúde, porém não faz visita domiciliar.

Importante ressaltar que, apesar da Unidade não possuir uma agenda compartilhada, os profissionais realizam com frequência a Clínica Ampliada.

A unidade possui um Grupo de Gestantes e um Grupo de Hipertensão, além de já existir no bairro um Grupo de Idosos ativo.

A marcação de exames e procedimentos é realizada de acordo com as vagas disponibilizadas pela Central de Regulação, de modo que cada unidade do município possui uma cota semanal de marcação.



A maior parte das casas é de alvenaria e não possui rede de esgoto; as ruas não são pavimentadas; em relação à iluminação, as residências possuem energia elétrica; o abastecimento de água se dá por rede pública; o bairro possui coleta de lixo três vezes na semana, porém observa-se a presença de lixo jogado a céu aberto; a maioria das famílias cadastradas na área possui fossa para armazenamento de dejetos; os meios de transporte disponíveis para o bairro são os ônibus que fazem linha para Lapão (município vizinho) e moto táxi, além de transportes particulares, tais como carro, moto, bicicletas e carroças; a religião predominante é a católica, possuindo um crescente número de evangélicos no bairro; há poucos espaços públicos de lazer para a família, sendo reuniões de grupos religiosos / comunitários, bares e campos de futebol considerados as principais opções de lazer.

Com relação aos ciclos de vida e condições de saúde a unidade atende a 144 crianças menores de 05 anos; 09 gestantes; 55 idosos; 74 hipertensos, 17 diabéticos, segundo relatório do SIAB de janeiro/2013. Possui alguns acamados e deficientes físicos que necessitam de assistência domiciliar e um número considerável de portadores de transtornos mentais, atendidos na UBSF e no CAPS (Centro de Apoio Psicossocial).

Sobre a situação socioeconômica das famílias, observa-se que a maioria dos usuários é de classe baixa, predominando ocupações como do lar, autônomos, domésticas, comerciantes, estudantes, aposentados e motoristas;

A equipe, em geral, mantém uma relação muito boa com a comunidade. Esta já compreende o processo de trabalho da equipe e respeita os profissionais e os fluxogramas da unidade. O acolhimento à demanda espontânea é realizado principalmente pela enfermeira e recepcionista, porém todos buscam realizar escuta qualificada dos usuários. É perceptível o carinho e confiança que os mesmos têm pela equipe, apesar de frequentemente existirem críticas individualizadas a alguns funcionários. Atualmente a UBSF está em processo de Implantação do Conselho Local, de modo que já foi elaborado o Projeto de Implantação e realizada uma Reunião Comunitária para apresentação do projeto.

As principais dificuldades encontradas referem-se à localização da Unidade em área de risco, próximo a pontos de tráfico de drogas; à falta de transporte para levar





os funcionários à UBSF e para realizar visita domiciliar; à insuficiência de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para atender as necessidades do serviço; à demora da entrega de resultados das lâminas coletadas no preventivo ginecológico; e à cota de marcação de exames e procedimentos insuficiente.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O presente relatório aborda as características do município de Irecê – BA, bem como da UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, na qual serão descritos aspectos sobre a estrutura física, atribuições dos profissionais da equipe, população adscrita, demanda espontânea, saúde da criança, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, controle do câncer de mama, atenção aos hipertensos e diabéticos e saúde do idoso.

O Município de Irecê - BA situa-se na Chapada Diamantina Setentrional, inserido totalmente no polígono das secas. Possui uma área territorial de 319 km<sup>2</sup>, estando distante da capital Salvador 478 km. Caracteriza-se como polo econômico e sede da microrregião de Irecê, composta por dezenove municípios: América Dourado, Barra do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Central, Gentio do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu da Bahia, João Dourado, Jussara, Lapão, Mulungu do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel, Souto Soares e Uibaí (IRECÊ, 2013).

De acordo com dados do IBGE (2013), segundo o Censo 2010, a população do Município de Irecê totaliza 66.181 habitantes, sendo predominantemente Urbana e do sexo feminino.

Para atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, o município conta com um sistema de saúde composto por uma rede de serviços públicos e privados (municipal e estadual) que totalizam 107 estabelecimentos de saúde (CNES, 2013).

Funcionando sob Gestão Direta do Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, encontram-se a Farmácia Básica, Farmácia Popular, Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, Almoxarifado Central, Centro de Especialidade



de Odontologia – CEO, Unidade de Fisioterapia, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Especialidades Médicas – CEM, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Centro de Referência em Atenção Integral à Saúde da Mulher, Laboratório Municipal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Centro de Parto Normal, Unidade de Tratamento Fora do Domicílio, Central de Regulação de Serviços de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Educação Permanente – NEP e a Atenção Básica, que corresponde a maior rede de saúde do município.

Segundo o Departamento da Atenção Básica / MS (2013), o município de Irecê implantou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNASC) em 1998, através da admissão de 34 ACS (hoje o município conta com 154 agentes). A implantação do Programa de Saúde da Família teve início em 2003 e atualmente o município conta com uma cobertura estimada de 87,71%, sendo composto por dezessete Unidades de Saúde da Família (USF), oito Unidades Satélites, dez equipes de saúde bucal em funcionamento e duas equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), compostos por Fisioterapeuta, Farmacêutico, Educador Físico, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social.

Sob Gestão Estadual, o município possui a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA); o Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho, terceirizado às Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e a Vigésima Primeira Diretoria Regional de Saúde (21ª DORES), órgão vinculado à estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia que tem sua sede em Irecê e é responsável pela coordenação de atividades de saúde de 19 municípios da microrregião.

A Rede Privada de Saúde é composta por 66 unidades de atendimento, dentre elas, Hospitais, Policlínicas, Consultórios Médicos, Laboratórios, Consultórios Odontológicos e Centros de Fisioterapia. Destaca-se como prestador privado sem fins lucrativos a Fazenda Nova Canaã, projeto social da Igreja Universal do Reino de Deus.

Dessa forma o município de Irecê segue o padrão de oferta de serviços da maioria dos municípios brasileiros, no qual, de acordo com Paim et al (2011), as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os



hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados.

O município de Irecê foi habilitado na Gestão Plena de Saúde Municipal (GPSM) no ano de 2001, segundo Portaria GM 317, 20/03/01, sendo este compromisso de gestão reafirmado posteriormente através da adesão ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009). Com isso o município assume o compromisso de garantir assistência integral, tanto ambulatorial quanto hospitalar de sua população, recebendo para tanto recursos financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB) e da Assistência de Média e Alta Complexidade.

Além destes Blocos de Financiamento, o Fundo Municipal de Saúde de Irecê recebe recursos destinados à saúde através dos Blocos de Assistência Farmacêutica, Investimento na Rede de Serviços de Saúde e Vigilância em Saúde, além de repasses referentes ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Importante destacar que o município de Irecê apresenta-se como um importante Polo Regional, sendo Referência em oferta de serviços de saúde para sua microrregião, que compreende 19 municípios com um total de 396.556 habitantes.

A UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveiralocaliza-se no bairro Vila Esperança, área de expansão do município de Irecê - BA. Inaugurada no dia 10 de maio de 2012, recebeu este nome em homenagem a enfermeira Helma Cristiane Cardoso de Oliveira (1978 - 2011) que pertenceu ao quadro de servidores da saúde, prestando relevantes serviços à Atenção Básica.

Além dos usuários do bairro Vila Esperança, atende as comunidades dos Povoados Cocão I e II e fazendas circunvizinhas, totalizando 03 microáreas (16 ruas, 02 travessas, fazendas e povoados), o que corresponde a 374 famílias (1341 usuários).

A UBSF é de responsabilidade municipal e não possui vinculação com nenhuma Instituição de Ensino, porém possibilita o acolhimento de estudantes dos cursos técnicos do município e já recebeu visita de universitários de diversos cursos



da área da saúde participantes do Estágio de Vivência do SUS.

É a maior e mais moderna USF do município. Possui uma excelente estrutura física, em cumprimento às Regulamentações e Normas Técnicas que dispõe sobre Projetos Físicos de estabelecimentos de saúde.

Possui salas bem distribuídas, além de um ambiente confortável, ventilado e com boa iluminação, contando com: sala de espera, SAME, sala de vacina, sala de coleta, sala de observação, sala de curativo, sala de inaloterapia, farmácia, consultórios (médico, enfermagem e odontológico), banheiros de funcionários e de usuários, vestiários, copa, administração, expurgo, sala de esterilização, almoxarifado e auditório, além de uma ampla área externa.

Os pisos e paredes são laváveis de superfície lisa, porém não possuem antiderrapantes. A recepção comporta em média 25 pessoas sentadas, além de bancos de madeira na área externa que acomodam mais cerca de 10 pessoas. Apesar de possuir uma população pequena, os arquivos possuem espaço para mais de 6.000 prontuários.

Sobre a acessibilidade, a unidade proporciona, em partes, adaptações para portadores de necessidades especiais, através de rampas de acesso, banheiros adaptados, corredores e portas largas, barras de segurança, porém não dispõe de corrimão na entrada, nem identificações sonoras, em braile ou por meio de figuras (algumas salas possuem gravuras de sinalização).

A equipe é composta de 13 profissionais: 01 enfermeira, 01 médico, 01 dentista, 03 técnicas de enfermagem; 03 agentes comunitárias de saúde; 01 auxiliar de consultório dentário; 03 vigilantes e 01 auxiliar de serviços gerais. Dessa forma, observa-se presença de equipe mínima completa e equipe de saúde bucal, além dos demais funcionários tais como auxiliar de serviços gerais e vigilantes, necessitando, no momento, apenas de uma auxiliar administrativa. A UBSF também conta com o suporte das apoiadoras institucionais da Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

No processo de previsão e provisão de materiais a enfermeira da unidade conta com o apoio da equipe e de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde que realizam visita técnica quinzenalmente para auxiliar no levantamento das



necessidades e entrega dos materiais.

Apesar de ser uma unidade nova, alguns equipamentos e instrumentais ainda estão ausentes e/ou insuficientes. Determinados materiais de consumo, de expediente e gráfico também faltam frequentemente na Unidade, o que dificulta o andamento do serviço. Apesar disso a gestão tem acompanhado a previsão e provisão desses materiais para garantir a reposição dos mesmos.

Com relação a medicamentos, o município vem tendo dificuldade de suprir a real necessidade das UBSF. O pedido da Farmácia é realizado mensalmente, observando-se o consumo médio mensal, porém a distribuição dos medicamentos, em sua maioria, é insuficiente, estando à unidade recebendo menos do que de fato é solicitado. Além disso, a unidade não recebe medicamentos psicotrópicos, sendo estes distribuídos no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para os usuários de todo município.

Sobre vacinas, o município conta com o apoio da 21ª Dires e da Central de Imunização que mantém uma rotina organizada com relação a solicitações de vacinas para o município e reposições das mesmas nas USF.

Quanto ao acesso a exames complementares e a atendimento especializado, atualmente este tem sido o maior problema da Atenção Básica, tanto no que se refere à dificuldade de encaminhamento para especialidades, quanto na disponibilidade de exames e procedimentos. Dessa forma, os profissionais de saúde, estão trabalhando no sentido de ser o mais resolutivo possível dentro da UBSF, evitando sobrecarga em outros setores da Rede e acúmulo de solicitações de exames e procedimentos desnecessários. A marcação de exames e procedimentos é realizada de acordo com as vagas disponibilizadas pela Central de Regulação, de modo que cada unidade do município possui uma cota mensal de marcação.

Com relação ao acesso a material bibliográfico na UBS a Unidade dispõe de poucos materiais educativos e livros didáticos. Com a instalação do computador e da internet os profissionais vem tendo acesso a informações com maior facilidade e, no momento, o Estado da Bahia, encontra-se em fase de Implantação do Telessaúde que irá contribuir bastante para o aprendizado e a tomada de decisões dos profissionais.



O município de Irecê não possui um Manual de Atividades, Rotinas e Procedimentos, o que dificulta a normatização das ações. Muito tem sido discutido sobre a elaboração do mesmo, porém até então são utilizadas apenas Normativas e Manuais do Ministério da Saúde, atualizados e válidos em todo território Nacional.

A unidade funciona de segunda a sexta pela manhã das 07:30h às 11:30h e pela tarde das 13:30h às 17:00h, sendo que na quarta-feira a tarde realiza-se Reunião de Equipe.

Os serviços oferecidos pela unidade incluem: acolhimento; atendimentos médico, odontológicos e de enfermagem; visitas domiciliares; imunização; dispensação de medicamentos; teste do pezinho; pequenos procedimentos de enfermagem (ex. inalações, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas, administração de medicamentos; curativos, etc.); marcação de exames e encaminhamentos para especialidades; atividades educativas. No momento não se realizam pequenas cirurgias.

A agenda da enfermeira atende aos programas de Pré-Natal, Hipertensão, Planejamento Reprodutivo, Prevenção de Câncer de Colo do Útero e de Mama, Saúde da Criança e possui turnos de Visita Domiciliar e Educação em saúde e em serviço.

O médico não estabelece atendimentos por ciclo de vida, atendendo, dessa forma, todas as demandas agendadas e imediatas, além de também realizar visita domiciliar e educação em saúde. O mesmo possui um dia de folga por semana.

A dentista organiza sua agenda de modo a oferecer vagas estabelecidas aos grupos prioritários, tais como gestantes, crianças e idosos. Realiza ações de educação em saúde, porém não faz visita domiciliar.

Além da UBSF, os cuidados em saúde, até então, são expandidos apenas para os domicílios. Ainda não são realizadas atividades na associação de moradores, igrejas, escolas, indústrias ou outros espaços, no entanto estes locais divulgam e participam das atividades promovidas pela UBSF.

Com relação às atividades de educação em saúde a USF possui um Grupo de Gestantes e um Grupo de Hipertensão; realizam sempre antes do Preventivo Ginecológico orientações sobre o procedimento e medidas de prevenção do Câncer



do Colo do Útero e da Mama; já foram realizadas atividades com o grupo de Idosos existente no bairro e com crianças. Além disso, são realizados grupos promovidos pelo NASF e a gestão, juntamente com o Núcleo de Educação Permanente do município, também promove atividades de qualificação para gestão em saúde e para as equipes de saúde da família.

Quanto à notificação compulsória de doenças e agravos, apenas a enfermeira e uma técnica de enfermagem participam desse processo. Na busca ativa dos casos notificados, observa-se a colaboração das ACS e da Vigilância Epidemiológica.

Com relação à área de abrangência, a maior parte das casas é de alvenaria e não possui rede de esgoto; as ruas não são pavimentadas; em relação à iluminação, as residências possuem energia elétrica; o abastecimento de água se dá por rede pública; o bairro possui coleta de lixo três vezes na semana, porém observa-se a presença de lixo jogado a céu aberto; a maioria das famílias cadastradas na área possui fossa para armazenamento de dejeções; os meios de transporte disponíveis para bairro são os ônibus que fazem linha para Lapão (município vizinho) e moto táxi, além de transportes particulares, tais como carro, moto, bicicletas e carroças; a religião predominante é a católica, possuindo um crescente número de evangélicos no bairro; há poucos espaços públicos de lazer para a família, sendo reuniões de grupos religiosos / comunitários, bares e campos de futebol considerados as principais opções de lazer.

Além da UBSF, o bairro conta com outros equipamentos sociais, tais como Associação de Moradores; IFBA (Instituto Federal da Bahia); Creche-Escola (em construção); Igrejas; Aeroporto; Estufa de Mudanças; Mercados; Lazer (bares e campo de futebol); CONAB (Companhia Nacional de Abastecimento); Fábricas de logurte e de Biodiesel. Destacam-se o São João e os festejos da Santa Terezinha como momentos de comemoração e integração da comunidade.

Com relação aos ciclos de vida e condições de saúde, segundo o Relatório do SIAB referente ao mês de abril/2013, a unidade atende a 127 crianças menores de 10 anos, 07 gestantes, 60 idosos, 82 hipertensos, 18 diabéticos e nenhum caso notificado de tuberculose e hanseníase. Possui alguns acamados e deficientes físicos que necessitam de assistência domiciliar e um número considerável de



portadores de transtornos mentais, atendidos na UBSF e no CAPS.

Sobre a situação sócio-econômica das famílias, observa-se que a maioria dos usuários é de classe baixa, predominando ocupações como do lar, autônomos, domésticas, comerciantes, estudantes, aposentados e motoristas.

O número / tamanho da equipe da UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira é adequado à população da sua área de abrangência, considerando que cada equipe de ESF deve atender uma população de no máximo 4.000 pessoas, sendo que a média deve ser de 3.000, e que a equipe desta unidade atende um total de 1.314 pessoas (SIAB, abril/2013).

Atualmente, a UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira realiza o acolhimento durante todo o dia, não havendo nem um local, nem uma equipe específica para realizar tal atividade. Dessa forma, os locais mais utilizados são a recepção, o consultório de enfermagem e a sala de procedimentos, sendo realizado principalmente pela Enfermeira e Técnicas de enfermagem, ficando o Médico na retaguarda para atender os casos de demanda imediata. O acolhimento às demandas de Saúde Bucal é realizado pela Dentista.

Em geral, durante o período de atendimento, não há excesso de demanda espontânea, porém quando a mesma surge normalmente é diretamente encaminhada à enfermeira da unidade ou, como acontece frequentemente, o usuário já chega à unidade procurando este profissional para conversar, não havendo uma escuta adequada dos outros profissionais.

Visando reorganizar o serviço e melhorar o processo de trabalho, no final do ano passado, foi elaborado o “Projeto de Implantação do Acolhimento na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira”, porém, apesar de ter discutido em equipe e apresentado ao Apoio Institucional da Diretoria da Atenção Básica (DAB), o projeto ainda não foi colocado em prática conforme planejado, principalmente pelo fato de ter ocorrido mudanças dos profissionais da equipe, havendo descontinuidade do processo de implantação. Faz-se necessário retomar as discussões sobre o tema em reuniões de equipe e com a comunidade, na tentativa de prosseguir com as ações planejadas.

As análises das Ações Programáticas foram realizadas através dos livros de





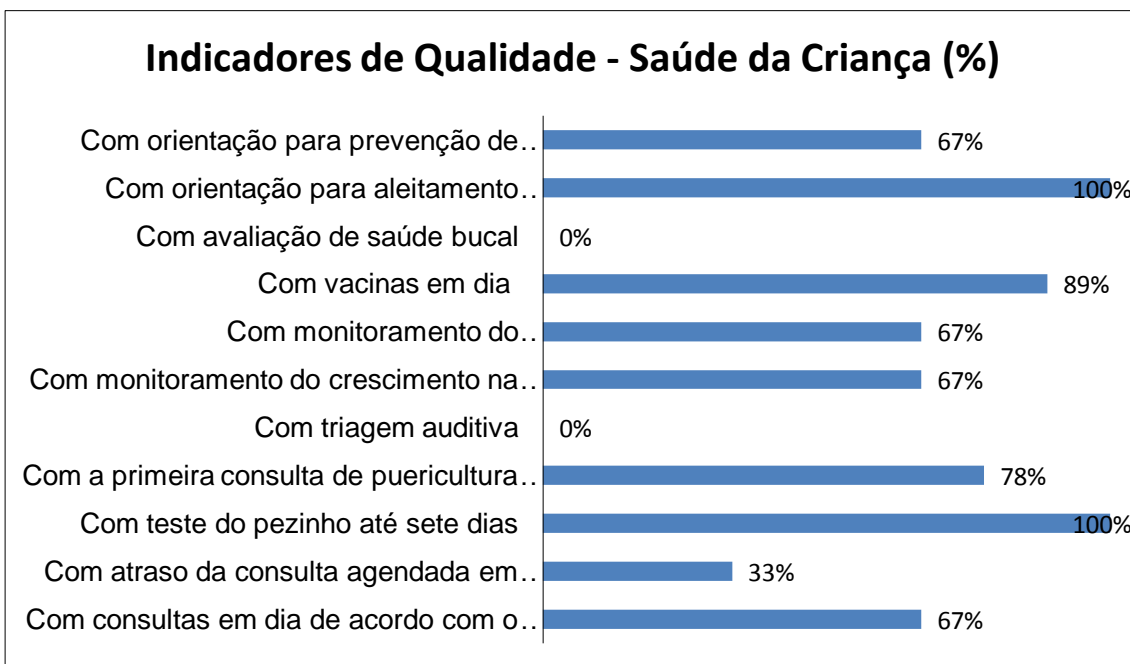
registros das atividades da USF, dos formulários específicos dos programas, dos relatórios do SIAB, das listas de ciclos de vida elaboradas pela equipe e da revisão de prontuários clínicos.

A cobertura de Puericultura (Saúde da Criança) encontra-se insatisfatória, visto que, tratando-se de uma ação prioritária e fundamental na Estratégia de Saúde da Família, é importante garantir cobertura de Puericultura para todas as crianças residentes na área de abrangência da Unidade. Infelizmente a própria população desconhece a importância dessa prática, de modo que, na maioria das vezes, o que motiva os responsáveis das crianças a procurarem o serviço é a garantia do acompanhamento das mesmas no Programa Bolsa Família ou a busca por tratamento de agravos. As estratégias utilizadas para que os responsáveis compreendessem a importância do acompanhamento de Puericultura foi orientar as mães desde o pré-natal e realizar a consulta mediante apresentação obrigatória do Cartão da Criança.

Avaliando alguns indicadores da qualidade da atenção à Puericultura percebeu-se que com relação à realização do teste do pezinho e orientação sobre aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida, a avaliação atingiu os 100%, considerando que as mães são orientadas sobre a importância da triagem neonatal desde o pré-natal e reforçadas na visita domiciliar da primeira semana após o parto. Com relação à orientação sobre o aleitamento, apesar do investimento da equipe para tal, a maioria das mães insere outros tipos de alimentos precocemente. Os indicadores “Orientação de prevenção de acidentes”, “Monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento na última consulta” e “Consultas em dia de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde” atingiram uma avaliação de 67%, analisando que um terço (33%) das crianças estão com atrasos nas consultas e que algumas mães levam seus filhos apenas diante de um agravo, esquecendo-se muitas vezes do cartão da criança. No que diz respeito à garantia da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida atingimos uma média de 78%, sabendo que algumas mulheres vão para a casa de suas mães após o parto o que dificulta a realização da visita domiciliar na primeira semana e conseqüentemente a realização da primeira consulta. Além disso, no caso de alguma intercorrência, a criança pode precisar de acompanhamento hospitalar prolongado. Com relação à vacinação, a UBSF ainda não atingiu a totalidade da



cobertura, visto que algumas mães ainda não se responsabilizam pela vacinação de seus filhos e não enxergam isso como uma prioridade, tendo que a equipe realizar busca ativa dos faltosos. Sobre a avaliação auditiva o município não disponibiliza esse exame gratuitamente, sendo os responsáveis orientados a, se possível, realizá-lo particular, assim como o Teste do Olhinho. Por fim, a avaliação de Saúde Bucal de menores de um ano realizada pela dentista ainda não é rotina na Unidade, sendo o exame e as devidas orientações realizadas de forma simplificada pela enfermeira.



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Diante disso, para garantir uma Puericultura mais eficaz, alguns aspectos podem ser melhorados, tais como estimular a equipe a realizar atividades de educação em saúde com temas relacionados à Saúde da Criança; Facilitar a realização da primeira consulta através da captação do RN em sua ida a UBSF para realizar as primeiras vacinas e o teste do pezinho; Incentivar a dentista a realizar atendimentos em crianças menores de um ano; Estimular cada vez mais o aleitamento exclusivo; Disponibilizar insumos e equipamentos que possibilitem a atenção adequada ao crescimento e desenvolvimento das crianças, tais como balança pediátrica (que necessita de manutenção há mais de seis meses), sulfato ferroso, vitamina A, vacinas do calendário básico de vacinação, objetos que

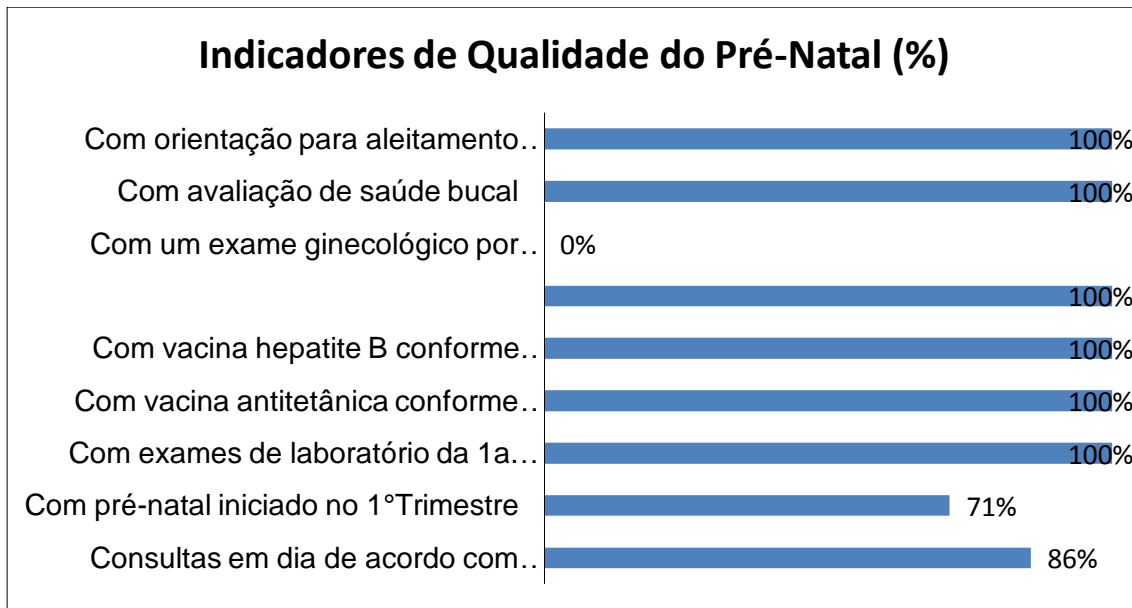
estimulam a cognição das crianças, etc.; Socializar para toda a equipe o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção Básica nº 33), disponível na Unidade; Incentivar que todos os profissionais participem do planejamento, avaliação e monitoramento das ações de Puericultura; e Estimular os responsáveis das crianças a comparecerem à Unidade para as consultas de Saúde da Criança conforme agendamento proposto pelo Ministério da saúde e a conhecerem a caderneta e levá-la sempre que saírem com a criança, reforçando que se trata de um documento importante.

Com relação ao Pré-Natal, analisando o número estimado de gestantes residentes na área de abrangência (20) com o número de gestantes residentes na área e acompanhadas na USF (7), segundo informações dos ACS através do SSA2, a cobertura de Pré-Natal da Unidade encontra-se baixa. Apesar de considerar o número estimado pela Planilha bastante diverso da realidade da Vila Esperança, percebe-se que apenas sete gestantes pode ainda representar omissão de informações, tanto pelas próprias gestantes, quanto pela família, principalmente quando se trata de uma gestação na adolescência. O fato é que a equipe tem investido bastante nesse programa e a partir do momento que os ACS sinalizam uma nova gestante na área a mesma é imediatamente convidada a comparecer a USF para realizar a 1ª Consulta de Pré-Natal e caso ela não compareça são feitas buscas ativas para sua captação, incluindo vistas domiciliares realizadas pela enfermeira da unidade.

Ao avaliar alguns indicadores da qualidade da assistência ao pré-natal observou-se que os dados sobre gestantes com exames de laboratórios da 1ª consulta solicitados; com vacina antitetânica e hepatite B, conforme protocolo; com prescrição de suplementação de sulfato ferroso, conforme protocolo; com avaliação de saúde bucal e orientação sobre Aleitamento Exclusivo, alcançaram uma avaliação de 100%; o que não quer dizer que todos estes indicadores reflitam em ações e práticas adquiridas pelas gestantes, já que observa-se, por exemplo, a dificuldade encontrada pela gestante na realização dos seus exames, ainda que os mesmos sejam solicitados no período correto. Voltando aos indicadores, os dados de Consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e de Pré-Natal iniciado no 1º trimestre, representam, respectivamente, 86% e 71% das gestantes. Um destaque negativo deve ser dado ao indicador de Gestante com



1exame ginecológico realizado por trimestre, no qual o número de gestantes foi zerado, visto que, segundo o Caderno da Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, “o exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal” e infelizmente o município não está realizando preventivo ginecológico devido a ausência de rede de apoio laboratorial.



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

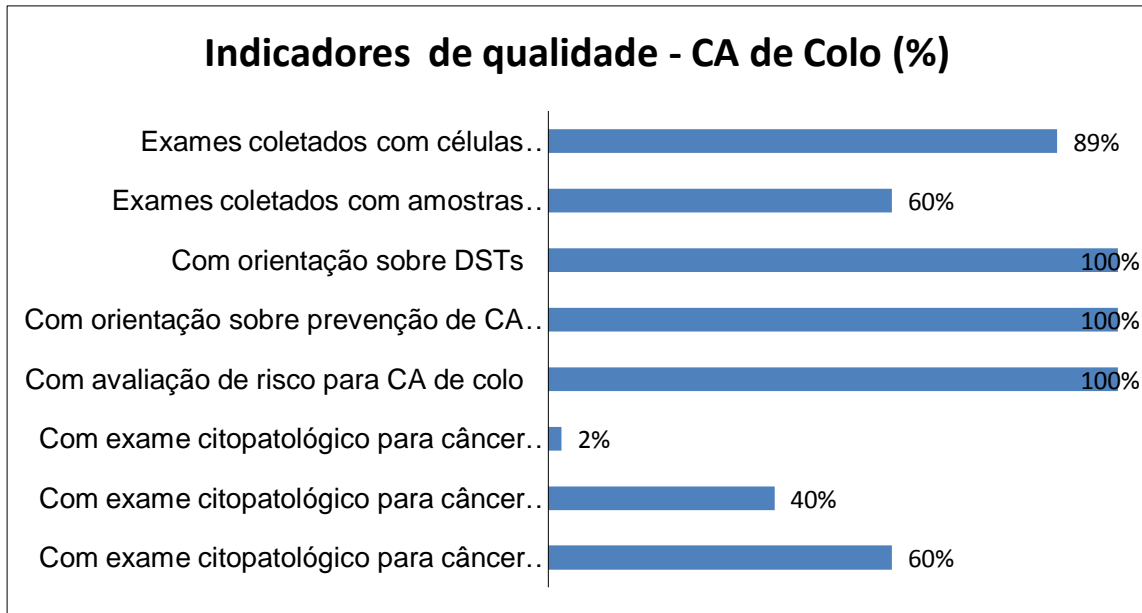
Buscando um Pré-Natal mais resolutivo, a equipe multiprofissional deve compreender a importância deste atendimento e de todas as etapas e processos que envolvem uma atenção adequada às gestantes. Deve-se investir cada vez mais em educação em saúde; Garantir a captação precoce das gestantes; Facilitar o acesso da usuária à USF de tal forma que a mesma se sinta acolhida e se corresponsabilize pelo cuidado ao binômio mãe-filho; Disponibilizar os instrumentos e insumos necessários à atenção ao Pré-natal de qualidade, tais como balança, sonar, fita métrica, sulfato ferroso, ácido fólico, imunobiológicos, etc.; Investir em uma Rede de Apoio de qualidade que garanta a realização dos exames laboratoriais e ultrassonografia de todas as gestantes e que ofereça um bom atendimento ao Pré-Natal de Alto Risco; Estimular todos os profissionais a participarem do planejamento, avaliação e monitoramento das ações de Pré-natal; Socializar com a equipe o Caderno da Atenção Básica nº 32, disponibilizado a todas as unidades do município,

a fim de que todos falem a mesma língua.

Referente à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, considerando a relação entre mulheres de 25 a 64 anos acompanhadas na unidade para prevenção de câncer de colo de útero e o número de mulheres nessa faixa etária estimado, a UBSF está com uma cobertura insatisfatória do Programa (38%). Esse resultado já era de se esperar, visto que desde que a unidade foi inaugurada (maio - 2012) só realizou-se coleta citopatológica durante cinco meses (maio a setembro), devido a descontinuidade de apoio laboratorial para a análise das lâminas.

Em relação a alguns indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados, partindo do indicador Exame Citopatológico para câncer de colo uterino em dia, observou-se que 60% das mulheres que são acompanhadas pelo programa na Unidade estão com seus exames em dia, ao tempo em que 40% delas estão com mais de seis meses de atraso do exame. Esses dados foram obtidos através da quantidade de resultados de exames que recebemos do Laboratório no ano passado, de tal forma que, se todos os materiais coletados tivessem sido analisados, 100% das mulheres acompanhadas estariam com seus preventivos em dia, já que a UBSF só tem um ano de funcionamento. Em relação aos exames citopatológicos alterados, três mulheres (2%) apresentaram resultados de NIC II e III e já estão sendo acompanhadas pelo Centro Estadual de Oncologia (CICAN) em Salvador – BA. Considerando os resultados recebidos (60% dos exames coletados), todos tiveram amostras satisfatórias. Quanto aos exames coletados com células representativas da junção escamocolunar, em 89% das usuárias essa amostra foi obtida; os 11% restantes representam gestantes e mulheres hysterectomizadas. Dentre os indicadores que atingiram a cobertura de 100% estão “Avaliação de risco para CA de colo”, feita com todas as usuárias antes da realização do exame e durante outras consultas de Saúde da Mulher; “Orientação sobre prevenção de CA de colo uterino” e “Orientações sobre DST”, realizadas durante as consultas e antes delas, por meio das atividades de educação em saúde feitas pela enfermeira abordando esses temas, sempre antes das consultas individuais.





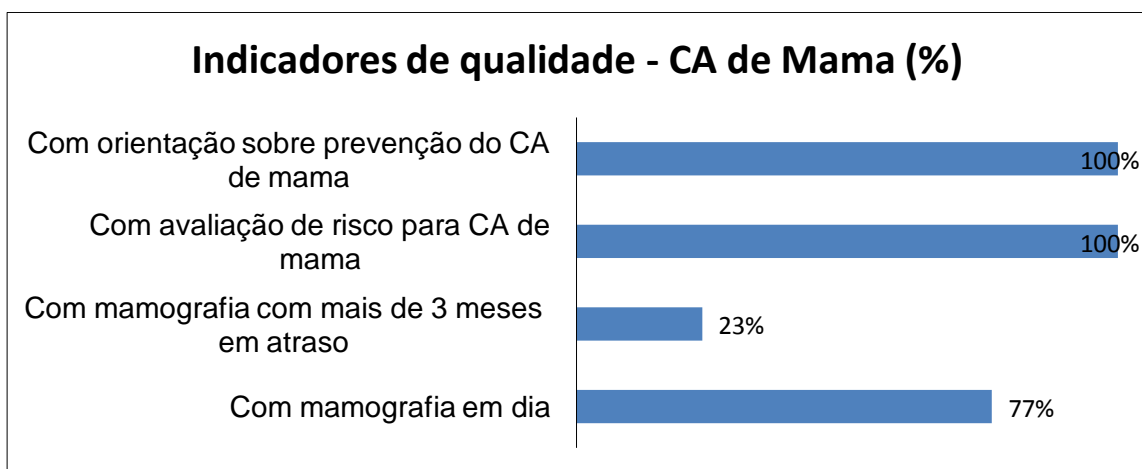
**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Percebe-se que o grande problema do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino está associado à Ausência de Laboratório de Referência para análises das lâminas coletadas. Este problema que parte da Gestão, no que se refere ao contrato de prestadores de serviços, gera muitas consequências para a UBSF, dentre elas, descontinuidade do serviço, privando a unidade de realizar detecção precoce de câncer de colo uterino; insatisfação das usuárias, tanto em relação às mulheres que estão a meses aguardando o resultado dos exames realizados, quando àquelas que estão com seus exames atrasados; além da insatisfação do profissional, que fica desmotivado ao observar avaliação negativa deste serviço em sua unidade. Diante disso faz-se necessária a contratação imediata do Laboratório de Análises Clínicas que ficará responsável por avaliar as lâminas coletadas nas Unidades. Enquanto isso, a equipe multiprofissional deve investir em Educação em Saúde sobre câncer de colo uterino, abordando fatores de risco, medidas de prevenção, importância da detecção precoce e do rastreamento. Após o retorno das atividades, a equipe deverá facilitar o acesso da usuária às consultas de prevenção do câncer de colo uterino, por meio de mutirão e/ou reorganização da agenda médica e de enfermagem; além de estimular que as usuárias que estão com exames atrasados compareçam à UBSF para atualização dos mesmos. Outros aspectos a serem melhorados dizem respeito à disponibilidade de material utilizado durante as

coletas e participação de todos os profissionais no planejamento, avaliação e monitoramento das ações de Pré-natal.

Quanto ao Controle do Câncer de Mama, apesar de considerar que, por a unidade não ter um livro específico para o programa, alguns registros de mulheres acompanhadas, provavelmente foram perdidos, a cobertura atingida foi avaliada como regular, já que essas usuárias na grande maioria não vão à unidade para procurar por atendimento de prevenção de CA de Mama, de modo que os profissionais aproveitam a oportunidade durante outras consultas para abordar o tema, fazer avaliação clínica e/ou solicitar o exame de mamografia.

Sobre os indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama, avaliando a quantidade de mulheres que receberam orientações e encaminhamentos dos profissionais e retornaram à unidade para mostrar o resultado da mamografia o resultado de 77% é satisfatório, visto que as mulheres queixam-se de dificuldades em realizar o exame através do serviço público e de fato a cota de exames disponibilizados às unidades é muito baixa para suprir a demanda. Muitas realizam com recurso próprio. Com relação às mulheres com mais de 03 meses de atraso, 23% das mulheres não retornaram a unidade após orientação e solicitação do exame. Os demais dados de Avaliação de risco para CA de mama e orientações para prevenção do CA de mama faz parte da rotina das consultas correspondendo, portanto, a 100% das mulheres acompanhadas no programa.



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Diante do exposto, é necessária a abertura de um Livro de Registro específico para Prevenção de CA de mama, a fim de realizar um melhor controle do programa. Toda a equipe deve se envolver nas ações de planejamento, avaliação e monitoramento e reforçar a educação em saúde que aborde essa temática. Realizar busca ativa de mulheres que se enquadrem nas características do programa, a fim de trazê-las à unidade para realização de avaliação clínica e solicitação de mamografia e exames complementares (se necessário). O município deve disponibilizar os recursos necessários para funcionamento adequado do programa, principalmente a mamografia para todas aquelas que necessitam.

Para que não haja perda de seguimento de mulheres com exame alterado, as mesmas medidas citadas acima em relação à prevenção de CA de colo uterino devem ser tomadas, ressaltando a importância do acompanhamento destas usuárias, através de consultas periódicas de reavaliação e visitas domiciliares para busca ativa dos casos.

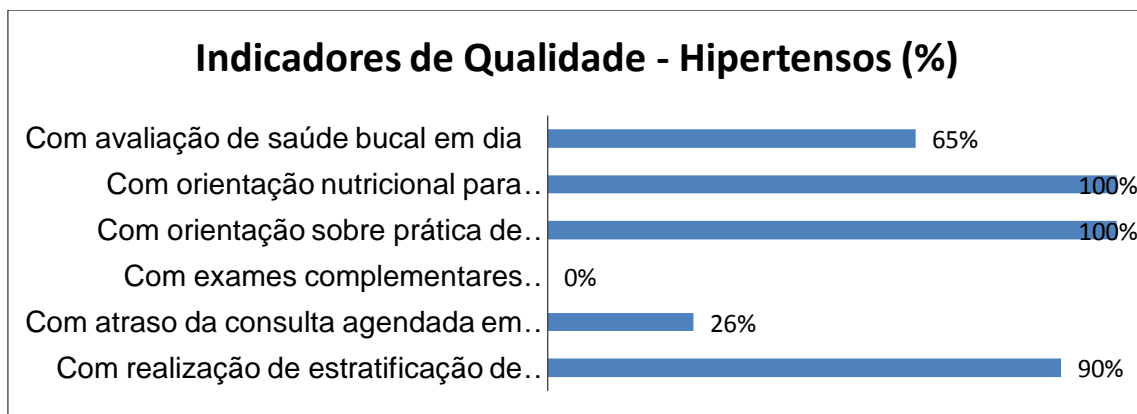
Com relação à Atenção aos Hipertensos, apesar de acreditar que existam muitos casos de hipertensos não diagnosticados no bairro, o trabalho que a unidade vem desempenhando, desde o ano passado, de educação em saúde em salas de espera e no grupo hiperdia, além da busca ativa realizada principalmente pelos ACS tem aproximado os usuários da equipe e possibilitado o acompanhamento regular dos portadores de HAS e a investigação e orientações para os demais.

Considerando os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, o item “realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico” atingiu 90% dos usuários acompanhados, considerando que foi realizada investigação em todos os usuários que realizaram uma ou mais consultas no último ano pelo médico e/ou pela enfermeira. Com relação ao “atraso da consulta agendada em mais de sete dias”, observou-se que 26% dos hipertensos não compareceram às consultas agendadas, sendo que as mesmas são programadas já na última consulta. Esta ausência é fruto tanto do descaso de alguns usuários, como da impossibilidade de comparecer a unidade, por ser acamado (situação em que são programadas visitas) ou por trabalhar durante os horários de funcionamento da unidade, por exemplo. O item “exames complementares periódicos em dia” não pôde ser obtido, devido à impossibilidade de realizar revisão de prontuário para





coletar esse dado e os poucos registros feitos nas observações do Livro de Hiperdia não representa todos os usuários que realizaram esses exames. Os itens “orientação sobre prática de atividade física regular” e “orientação nutricional para alimentação saudável” atingiram 100% dos hipertensos acompanhados no último ano, visto que mesmo aqueles que não comparecem a Unidade são orientados pelos profissionais em atividades de Educação em Saúde ou em visitas domiciliares, principalmente os agentes comunitários de saúde. A “avaliação de saúde bucal” é feita em 65% dos hipertensos (dado obtido através do Livro de registro da dentista), o que sugere uma atenção regular.



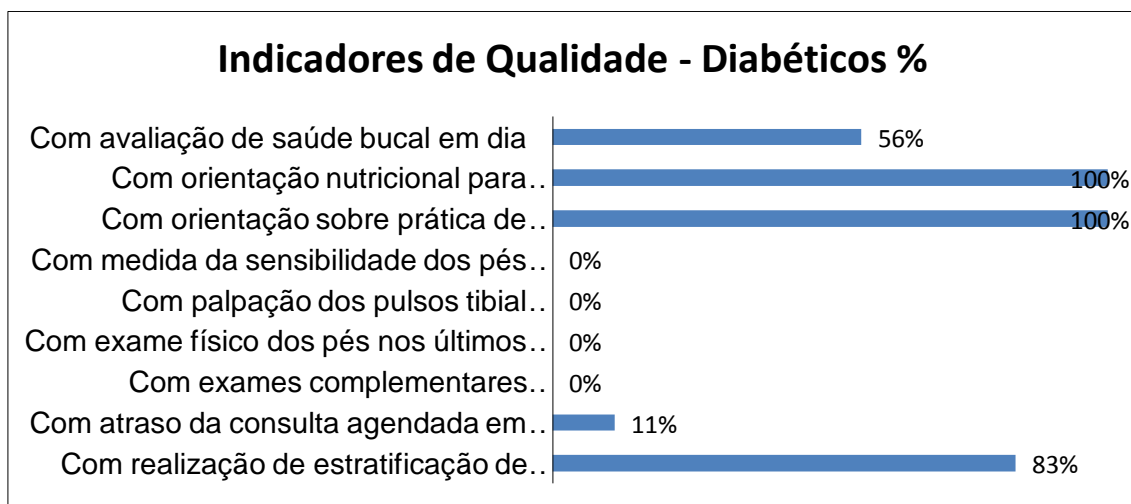
**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Visando a melhoria do Programa podemos avançar em vários aspectos, tais como: Fortalecer o Grupo Hiperdia e estender suas atividades para outros locais, além da UBS; Envolver os profissionais do NASF nas ações realizadas pela equipe da UBS; Investir em salas de espera abordando a temática a fim de atingir outros grupos; Disponibilizar o protocolo do MS para conhecimento e utilização dos outros profissionais; Envolver a equipe e outros profissionais nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação do programa; Reforçar à importância do cadastro e acompanhamento no Hiperdia e continuar contribuindo na alimentação do programa, tanto no que se refere ao preenchimento, quanto ao envio à SMS.

Com relação a Atenção aos Diabéticos, embora possam ter diabéticos não diagnosticados no bairro, o trabalho que a UBSF vem desenvolvendo na unidade tem surtido efeito e tem aumentado a procura de usuários que apresentam algum

sinal de DM e/ou daqueles que mesmo sem sinais se preocupam com sua saúde.

Sabendo que em todos os diabéticos acompanhados na Unidade é realizada “estratificação de risco cardiovascular por critério clínico”, este item atingiu 83% referente ao número de usuários que compareceram à consulta no último ano. Em relação ao “atraso da consulta agendada em mais de sete dias”, 11% dos usuários não compareceram à última consulta agendada, segundo informações colhidas através dos agentes comunitários de saúde. Os itens “exames complementares periódicos em dia”, “exame físico dos pés nos últimos três meses”, “com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses” e “com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses” não foram contabilizados devido à impossibilidade de coletá-los a partir de revisão de prontuário e muitos dos diabéticos só tiveram consulta com o médico que não tem um livro específico para o registro de consultas de hiperdia. Os dados de diabéticos “com orientação sobre prática de atividade física regular” e “com orientação nutricional para alimentação saudável” atingiram 100%, considerando a mesma justificativa para os hipertensos, na qual mesmo aqueles que não comparecem a Unidade são orientados pelos profissionais em atividades de Educação em Saúde ou em visitas domiciliares, principalmente os agentes comunitários de saúde. Os usuários com “avaliação de saúde bucal em dia” representou 56%, o que sugere a necessidade de mais investimento na atenção a este grupo.



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

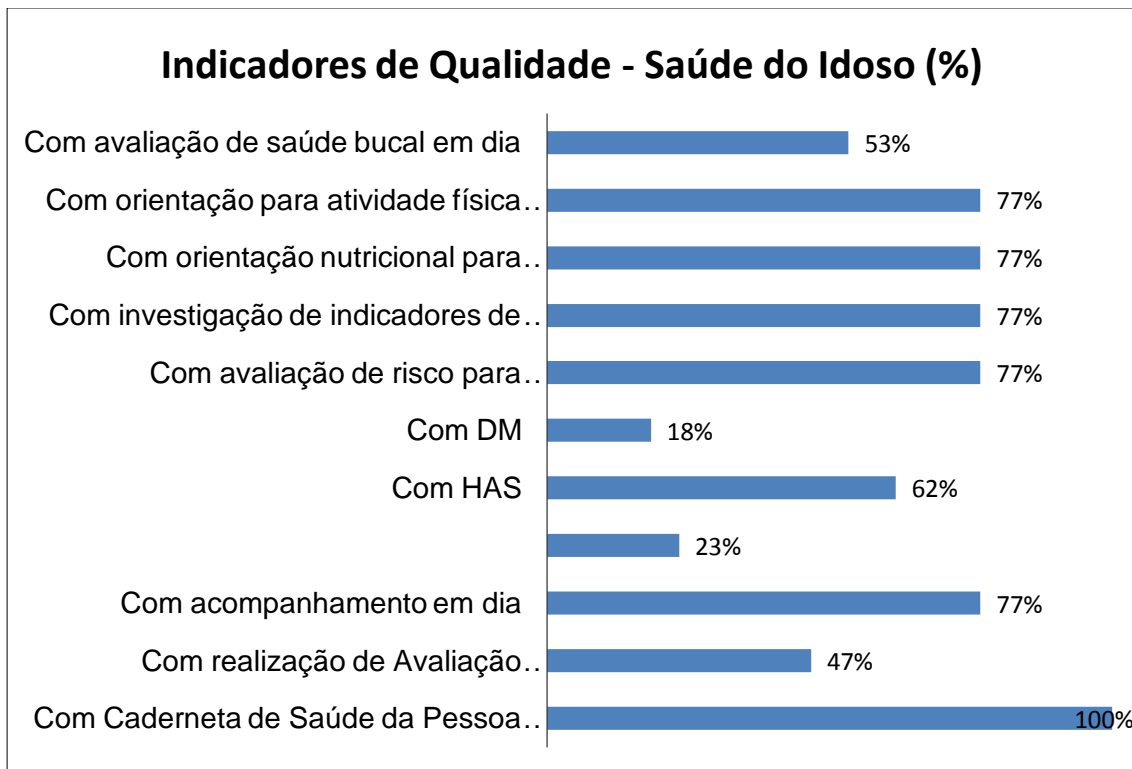
Considerando que se trata de morbidades que estão intimamente relacionadas e que normalmente as ações direcionadas a esses dois grupos (hipertensos e diabéticos) não são realizadas individualmente, os aspectos citados anteriormente para a melhoria da atenção aos hipertensos podem ser direcionados à melhoria da atenção aos diabéticos, acrescentando para ambos a importância de envolver a gestão, a fim de que a mesma disponibilize materiais, medicamentos e outros insumos necessários à prestação do cuidado com qualidade.

Analisando a Atenção à Saúde do Idoso, a quantidade de idosos residentes na área é menor que o número estimado pelo IBGE. Isso se deve ao fato da Vila Esperança ser um bairro novo e ter originado a partir da distribuição de casas populares, na qual a maior parte dos beneficiados foram adultos jovens. Além disso, muitas casas existentes no bairro atualmente foram construídas após invasão dos terrenos vizinhos, em sua maioria, também por pessoas mais jovens. Dessa forma, a maior parte dos idosos vive com seus familiares.

Com relação à cobertura de saúde desse grupo, a UBSF vem mantendo uma cobertura regular. Dos poucos indicadores de qualidade da atenção à Saúde do Idoso, pode-se citar algumas considerações. Sabendo que em março deste ano a UBS recebeu 90 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e que as mesmas foram distribuídas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante visita domiciliar e na Unidade durante as consultas e campanha de vacinação, 100% dos idosos possuem este documento, porém nem todos utilizam adequadamente. O item “realização de Avaliação Multidimensional Rápida” alcançou 47% dos idosos, representados por aqueles que participaram da Oficina de Avaliação da Saúde do Idoso realizada na Unidade. Os idosos com acompanhamento em dia atingem 77%, incluindo também os atendimentos domiciliares. Em contrapartida aqueles que estão com mais de 3 meses de atraso no acompanhamento representa 23% dos idosos, o que sugere que seja feita uma nova busca ativa dos faltosos. Analisando que todos os idosos com acompanhamento em dia são avaliados quanto ao risco para morbimortalidade; são investigados sobre os indicadores de fragilização na velhice; recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular; todos esses itens também representam 77% dos idosos cadastrados na UBS. Com relação à presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos idosos cadastrados, 62% possuem HAS e 18% DM, assim



uma atenção especial deve ser dada no cuidado a esses usuários. Quanto à avaliação de saúde bucal, este item representa 53% dos idosos, o que desperta para uma necessidade de acompanhamento odontológico não só durante as consultas ambulatoriais, mas também por meio de práticas de Educação em Saúde.



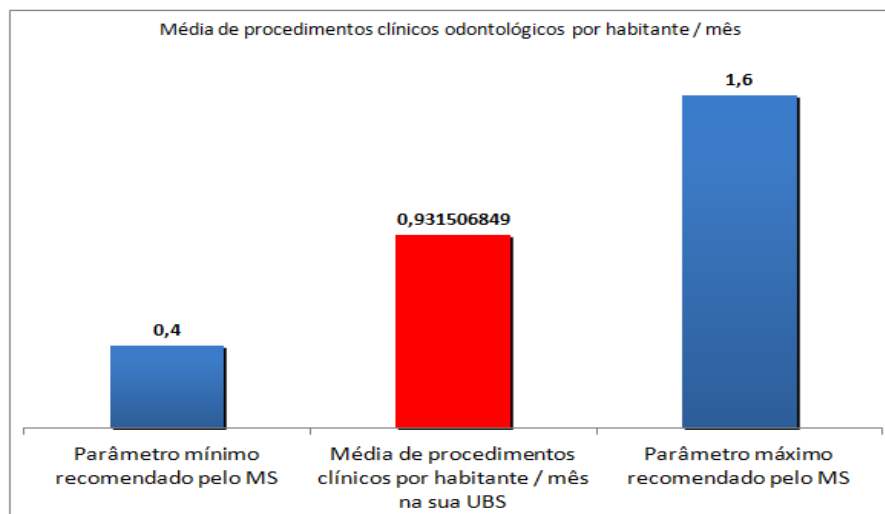
**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

A fim de promover a melhoria na Atenção à Saúde do Idoso na UBS algumas medidas podem ser tomadas como: Ampliar as ações educativas com os idosos e promover uma aproximação entre a Equipe da UBS e o grupo de idosos já existente no bairro; Incentivar a participação dos profissionais do NASF nas atividades realizadas na UBS; Disponibilizar o Protocolo do Ministério da saúde para todos os profissionais e cuidadores de idosos; Promover capacitação para cuidadores de idosos; Estimular práticas de saúde bucal promovidas pela dentista da unidade; Discutir sobre a importância da elaboração de um protocolo de regulação do acesso de idosos a outros níveis do sistema de saúde; Esclarecer os idosos sobre a importância da utilização e conservação da Caderneta do Idoso, bem como estimular ou demais profissionais a preenchê-la corretamente; Estimular o

cuidado domiciliar por todos os integrantes da equipe; Envolver a equipe e outros profissionais nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação do programa.

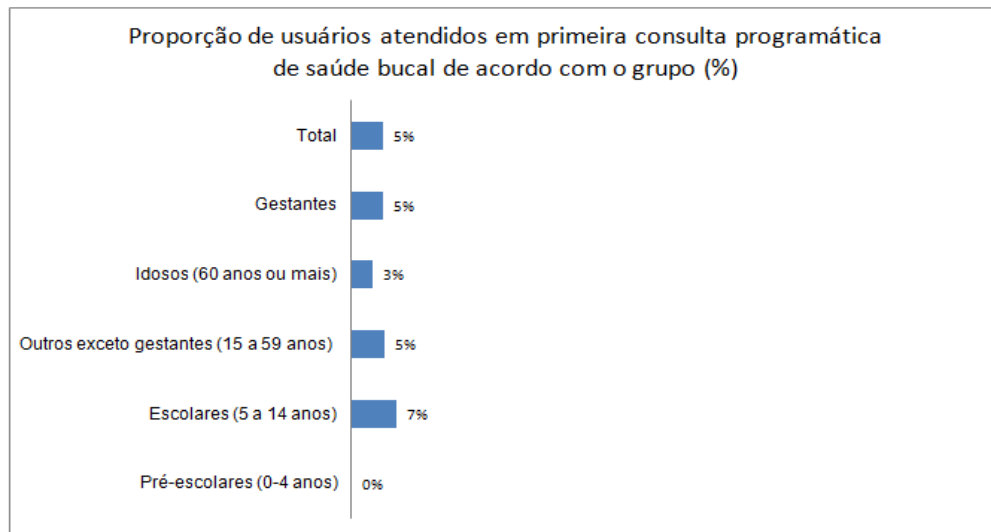
Com relação à Saúde Bucal, a unidade possui um consultório odontológico para uma equipe de saúde bucal (01 cirurgiã dentista e 01 ACD). A dentista atende 06 turnos por semana de quatro horas cada, realizando, em média 10 procedimentos por turno, porém não realiza visita domiciliar. As ações educativas voltadas para Saúde Bucal ainda não são realizadas como recomendado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Geralmente a dentista realiza uma atividade a cada três meses para, em média, 15 habitantes com duração de 02 horas.

Com relação aos procedimentos clínicos por habitante mês, levando-se em consideração que o parâmetro mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde é de 0,4 e o parâmetro máximo de 1,6, a média de procedimentos clínicos na unidade está dentro do esperado (0,93).



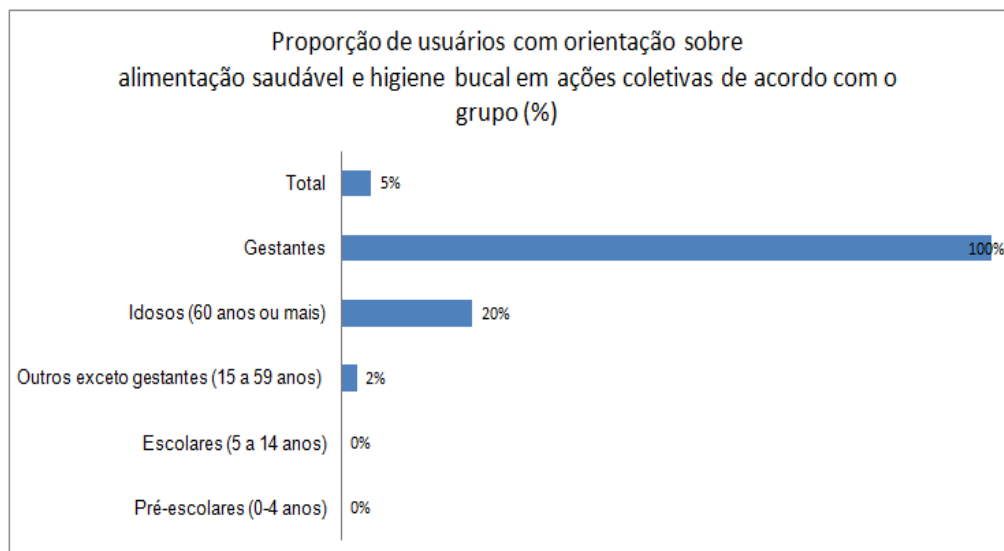
**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Sobre a atenção à primeira consulta odontológica, foi identificado que em junho/2013, a UBS realizou 65 atendimentos de primeira consulta programáticos, o que representa 5% do total de usuários cadastrados na unidade. Não houve nenhuma consulta de pré-escolares (0 a 4 aos), de modo que foram feitos atendimentos em 7% dos escolares (5 a 14 anos); 5% dos usuários de 15 a 59 anos; 3% dos idosos e 5% das gestantes.



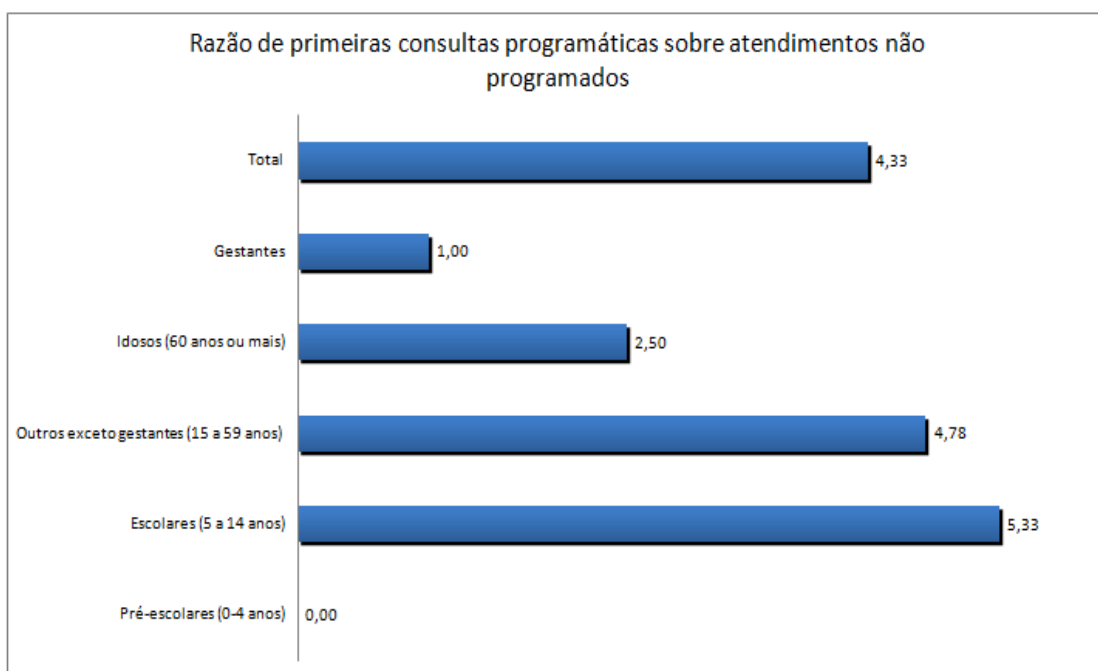
**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Conforme citado anteriormente, as ações educativas em Saúde Bucal ainda são insuficientes. No último ano foram realizadas apenas 03 atividades educativas, sendo 01 para usuários de 15 a 59 anos; 01 para idosos e 01 para gestantes. Não foi realizada nenhuma atividade educativa para pré-escolares (0 a 4 anos) e escolares (5 a 14 anos).



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Como é esperado que ocorram mais atendimentos de primeira consulta do que de atendimentos não programados, o ideal é que este resultado seja maior do que 1. Sendo assim, os resultados obtidos na razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados da USF foram satisfatórios, com exceção dos pré-escolares, devido à falta de atendimentos para esta faixa etária. Os escolares (5 a 14 anos) resultaram um indicador de 5,33; os usuários de 15 a 59 anos - 4,78; os idosos - 2,50 e as gestantes - 1,00.



**Fonte:** Caderno de Ações Programáticas, UFPel, 2013.

Diante do exposto, faz-se necessário uma maior participação da dentista, bem como da ACD, em outras ações da UBSF, tais como atividades de educação em saúde (que serão intensificadas através das atividades do Programa Saúde na Escola), visita domiciliar, reuniões de equipe e ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos programas, buscando trabalhar conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

### 1.3 Comentário comparativo entre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

A Análise Situacional da UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira contribuiu para conhecer melhor as características da unidade, identificar problemas e dificuldades que a mesma vem enfrentando e apontar soluções de melhorias, tratando-se, dessa forma, de uma excelente ferramenta para elaboração do Planejamento em Saúde.

Ao compará-la com o texto inicial elaborado na Semana de Ambientação do curso observa-se que enquanto este apresentou uma visão generalizada dos pontos positivos e negativos encontrados, principalmente em relação às ações programáticas, a Análise Situacional trouxe uma abordagem mais ampla e fidedigna da realidade, discutindo com mais detalhes o funcionamento da Unidade e os serviços ofertados.

Dessa forma, a UBSF realmente possui uma excelente estrutura física; dispõe de uma equipe completa e comprometida com o serviço; e os profissionais no geral mantêm uma boa relação com a comunidade. No entanto, as dificuldades enfrentadas vão além das identificadas inicialmente (falta transporte para os funcionários, carência de insumos e dificuldades com marcação de exames e procedimentos). Os maiores problemas encontrados após a análise foram relativos às ações programáticas, que precisam se reorganizar no sentido de garantir a cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde aos seus usuários.

É imprescindível, portanto, que esta prática diagnóstica faça parte do cotidiano de trabalho de todos os âmbitos da saúde, a fim de que sejam tomadas as decisões corretas, definam-se as prioridades e viabilize o desenvolvimento de ações pautadas na responsabilidade e compromisso com o cidadão.



## 2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

### 2.1 Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras com 60 anos ou mais. Dessa forma, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2006).

Na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira o Programa Saúde do Idoso encontra-se desestruturado, de tal modo que os idosos atendidos são oriundos de outros programas ou de demanda espontânea. Além dos atendimentos ambulatoriais de enfermagem, médico e odontológico e dos serviços oferecidos na unidade, como imunização, administração de medicamentos, curativos, visitas domiciliares, entre outros, são realizadas ações de educação em saúde com o grupo de idosos do bairro. Atualmente a UBSF possui 60 idosos, segundo relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), alcançando uma cobertura de 42% do programa na área. Percebe-se, assim, uma necessidade de ampliação da Atenção à Saúde do Idoso na Unidade.

Os objetivos e metas propostos e as atividades sugeridas para a melhoria desta ação programática possuem viabilidade e contarão com o apoio da equipe de saúde desde o planejamento à avaliação dos resultados. Porém algumas



dificuldades foram identificadas no que se refere ao curto tempo para a implementação do projeto, a adesão dos idosos às atividades propostas, bem como a garantia da continuidade das ações. Buscando superar estas dificuldades e considerando o número pequeno de idosos na área de abrangência é possível que as ações atinjam a grande maioria deles.

Vale salientar que a Vila Esperança é um bairro afastado do centro da cidade, não possui muitas opções de atividades socioculturais e a maior parte dos usuários passa o dia todo dentro de suas residências. Dessa forma, o trabalho possibilitará acima de tudo a aproximação dos idosos com a equipe e despertará neles a preocupação com a preservação de sua saúde e com a busca por qualidade de vida e envelhecimento ativo.

## 2.2 Objetivos e Metas

### Objetivo Geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, Irecê – BA.

### Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
- Melhorar registros das informações;
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- Promover a saúde.

### Metas

A fim de atingir os objetivos específicos foram traçadas as Metas a serem alcançadas com a intervenção.



**Relativas ao objetivo 01 Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos pretende-se:**

- Meta 1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 75%;
- Meta 1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Meta 1.3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- Meta 1.4. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Meta 1.5. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- Meta 1.6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% dos idosos;
- Meta 1.7. Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

**Relativa ao objetivo 02 Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso espera-se:**

- Meta 2.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Relativas ao objetivo 03 Melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde deseja-se:**

- Meta 3.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde;
- Meta 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos;
- Meta 3.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- Meta 3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos;
- Meta 3.5. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com

primeira consulta odontológica programática;

- Meta 3.6. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados;
- Meta 3.7. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

**Relativas ao objetivo 04 Melhorar registros das informações pretende-se:**

- Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;
- Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Relativas ao objetivo 05 Mapear os idosos de risco da área de abrangência espera-se:**

- Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;
- Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;
- Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos;
- Meta 5.4. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

**Relativas ao objetivo 06 Promover a Saúde deseja-se:**

- Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas;
- Meta 6.2. Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos;
- Meta 6.3. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.
- Meta 6.4. Garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados.

## 2.3 Metodologia

A Intervenção em Saúde do Idoso da UBSF Helma Cristiane Cardoso de



Oliveira será realizada através de quatro Eixos Estruturantes, baseados nos campos disciplinares da Saúde Coletiva (Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas e Planejamento, Política e Gestão) e da Prática Clínica. São eles: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

### 2.3.1 Ações

Visando alcançar os objetivos e as metas propostas para a Implantação do Programa de Saúde do Idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, as ações foram organizadas nos quatro eixos supracitados.

#### **Objetivo 01 - Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:**

Para alcançar a meta 1.1. (Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 75%) pretende-se no eixo Organização e Gestão do Serviço acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente); no eixo Engajamento Público esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitar equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Visando atingir a meta 1.2. (Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção), serão realizadas as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; no eixo Engajamento Público informar a comunidade sobre



a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

A fim de obter a meta 1.3. (Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção), a equipe irá realizar as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; no eixo Engajamento Público orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; e no eixo Qualificação da Prática Clínica orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Para alcançar a meta 1.4. (Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica) espera-se realizar as ações a seguir: no eixo Organização e Gestão do Serviço melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente); no eixo Engajamento Público orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Visando o alcance da meta 1.5. (Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus), a equipe irá realizar as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; no eixo Monitoramento e



Avaliação monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente); no eixo Engajamento Público 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 e orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe da UBSF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Para obter a meta 1.6. (Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% dos idosos) pretende-se no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e oferecer atendimento prioritário aos idosos; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e monitorar número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período; no eixo Engajamento Público informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde, esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, capacitar os ACS para captação de idosos e capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

A fim de alcançar a meta 1.7. (Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção), serão realizadas as ações a seguir: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico e organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares e garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; no eixo



Monitoramento e Avaliação monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde; no eixo Engajamento Público ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento e esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares; e no eixo Qualificação da Prática Clínica 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 e capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.

### **Objetivo 02 - Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso:**

A fim de alcançar a meta 2.1. (Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas), deseja-se: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde; no eixo Engajamento Público informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; e no eixo Qualificação da Prática Clínica treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

### **Objetivo 03 - Melhorar a qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde:**

Para alcançar a meta 3.1. (Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde) a equipe de saúde irá realizar as seguintes ações:





no eixo Organização e Gestão do Serviço garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de snellen) e definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a realização de avaliação multidimensional rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde; no eixo Engajamento Público orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBSF, treinar a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida e treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Com a finalidade de obter a meta 3.2. (Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos) espera-se: no eixo Organização e Gestão do Serviço definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde; no eixo Engajamento Público 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; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e capacitar a equipe da UBSF para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Visando atingir a meta 3.3. (Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos) serão



realizadas as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada; no eixo Engajamento Público orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBSF para solicitação de exames complementares.

Para alcançar a meta 3.4. (Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos), a equipe de saúde pretende realizar as ações a seguir: no eixo Organização e Gestão do Serviço realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular / hiperdia; no eixo Engajamento Público orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular / hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; e no eixo Qualificação da Prática Clínica realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular / Hiperdia.

Para atingir a meta 3.5. (Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática) serão adotadas ações como: no eixo Organização e Gestão do Serviço 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 e garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento



odontológico concluído e avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico; no eixo Engajamento Público esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico; e no eixo Qualificação da Prática Clínica treinar 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 e capacitar a equipe de saúde para monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico.

A fim de alcançar a meta 3.6. (Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados) espera-se realizar as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados e disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos, identificar as alterações de mucosa bucal mais prevalentes nos idosos e estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal; no eixo Engajamento Público esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca e sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e 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.

Visando atingir a meta 3.7. (Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica) pretende-se realizar as ações a seguir: no eixo Organização e Gestão do Serviço demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses e solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos com necessidade de prótese, avaliar a necessidade de substituição de próteses e avaliar os tipos de próteses necessárias; no eixo Engajamento Público esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias e sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a



equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias e capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

#### **Objetivo 04 - Melhorar registros das informações:**

Para alcançar a meta 4.1. (Manter registro específico de 100% das pessoas idosas) espera-se realizar as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros e 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; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade de saúde; no eixo Engajamento Público orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; e no eixo Qualificação da Prática Clínica treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Para atingir a meta 4.2. (Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados) serão adotadas ações como: no eixo Organização e Gestão do Serviço solicitar ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa; no eixo Engajamento Público orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa.

#### **Objetivo 05 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência:**

A fim de alcançar a meta 5.1. (Rastrear 100% das pessoas idosas para risco



de morbimortalidade), a equipe de saúde deseja no eixo Organização e Gestão do Serviço priorizar o atendimento de idosos de maior risco de morbimortalidade; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; no eixo Engajamento Público orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Para atingir a meta 5.2. (Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas) espera-se desenvolver as seguintes ações: no eixo Organização e Gestão do Serviço priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; no eixo Engajamento Público orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Visando alcançar a meta 5.3. (Avaliar a rede social de 100% dos idosos), as seguintes ações serão realizadas: no eixo Organização e Gestão do Serviço facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice e monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; no eixo Engajamento Público orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde e 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; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Para atingir a meta 5.4. (Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos) serão adotadas ações como: no eixo Organização e Gestão do Serviço priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições



sistêmicas como diabetes e hipertensão); no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar todos os idosos com rede social deficiente e monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência; no eixo Engajamento Público orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

### **Objetivo 06 - Promover a Saúde:**

A fim de alcançar a meta 6.1. (Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas) pretende-se: no eixo Organização e Gestão do Serviço definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição; no eixo Engajamento Público orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis; e no eixo Qualificação da Prática Clínica 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" e capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Visando alcançar a meta 6.2. (Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos), a equipe irá realizar as ações a seguir: no eixo Organização e Gestão do Serviço definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular; no eixo Engajamento Público orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Para obter a meta 6.3. (Garantir orientações individuais sobre higiene bucal



(incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática) pretende-se: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar as atividades educativas individuais; no eixo Engajamento Público orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

E para atingir a meta 6.4. (Garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados) espera-se: no eixo Organização e Gestão do Serviço organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal e elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação; no eixo Monitoramento e Avaliação monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados; no eixo Engajamento Público informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas e identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras; e no eixo Qualificação da Prática Clínica capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal e identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.

### 2.3.2 Indicadores

A seguir serão apresentados os Indicadores expressando o numerador e o denominador da proporção que permitirá o monitoramento das metas estabelecidas.

**Referente à meta 1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 75%:**

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa;



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

**Referente à meta 1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:**

**Indicador 1.2.** 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.

**Referente à meta 1.3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:**

**Indicador 1.3.** 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.

**Referente à meta 1.4. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):**

**Indicador 1.4.** Proporção de idosos com verificação da pressão arterial 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.

**Referente à meta 1.5. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM):**

**Indicador 1.5.** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes:





Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus;

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

**Referente à meta 1.6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% dos idosos:**

**Indicador 1.6.** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática:

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

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

**Referente à meta 1.7. Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção:**

**Indicador 1.7.** Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica:

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção, cadastrados na unidade de saúde.

**Referente à meta 2.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas:**

**Indicador 2.1.** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa:

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Referente à meta 3.1. Realizar avaliação multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde:**

**Indicador 3.1.** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em



dia:

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida;

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

**Referente à meta 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos:**

**Indicador 3.2.** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia:

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado;

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

**Referente à meta 3.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos:**

**Indicador 3.3.** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia:

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos;

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

**Referente à meta 3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos:**

**Indicador 3.4.** Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos:

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos;

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

**Referente à meta 3.5. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática:**

**Indicador 3.5.** Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído:

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Referente à meta 3.6. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados:**

**Indicador 3.6.** Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia:

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa;

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

**Referente à meta 3.7. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica:**

**Indicador 3.7.** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia:

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

**Referente à meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas:**

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

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado;

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

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

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

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

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

**Referente à meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de**



**morbimortalidade:**

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

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

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

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

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

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

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

**Referente à meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos:**

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social;

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

**Referente à meta 5.4. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos:**

**Indicador 5.4.** Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia:

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal;

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

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

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

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

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

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

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

**Referente à meta 6.3. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática:**

**Indicador 6.3.** Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia:

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal;

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

**Referente à meta 6.4. Garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados:**

**Indicador 6.4.** Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal:

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal;

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

### 2.4.3 Logística

Para a realização da Intervenção em Saúde do Idoso a equipe da UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira utilizará o Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Ministério da Saúde, 2006. Dessa forma será necessário providenciar um exemplar do mesmo, bem como um Estatuto do Idoso para serem expostos na recepção da USF, para consulta da equipe e da comunidade. Também serão providenciadas Cadernetas de Saúde do Idoso que devem ser distribuídas aos idosos na medida em que os mesmos compareçam à unidade.

No início da Intervenção será realizada uma reunião com a equipe da Unidade de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira para apresentação da Matriz de Intervenção, discussão sobre as atividades propostas, definição das atribuições dos profissionais nestas atividades e do Cronograma de Monitoramento das ações realizadas.

Em seguida a equipe realizará revisão dos prontuários dos idosos cadastrados durante o turno de Reunião da Unidade. Para isso será utilizado um instrumento de coleta de dados em prontuário elaborado pela equipe, que contem informações como data da última consulta; dados demográficos e socioeconômicos; condições de saúde; hábitos de vida; tipos de atendimentos realizados; visitas domiciliares; e realização de avaliação multidimensional.

A equipe entrará em contato com a Coordenação da Atenção Básica / Secretaria Municipal de Saúde para solicitar apoio no que se refere à aquisição de materiais e equipamentos necessários, bem como à disponibilidade dos profissionais do NASF nas atividades educativas e nas situações em que for necessária a intervenção de um saber específico.

A Área Técnica de Saúde do Idoso da 21ª Dires também será informada sobre o Projeto de Intervenção e convidada a participar de reuniões com a equipe e de eventos com a comunidade.

Os dados do programa serão registrados em Livro Específico e em Ficha Espelho, contendo informações que possibilitem a coleta de todos os indicadores



necessários ao monitoramento da intervenção. E para acompanhamento mensal dos dados será utilizada a Planilha de Coleta de Dados de Saúde do Idoso + Saúde Bucal disponibilizada pelo curso. Assim, será preciso solicitar ao gestor municipal materiais como Livros Atas para a abertura do Livro de Consultas do Programa de Saúde do Idoso e do Livro de Atividades Educativas de Saúde do Idoso e a reprodução, em número suficiente, de impressos necessários à realização dessas atividades, tais como, Fichas espelhos de saúde do idoso e saúde bucal; Formulário de Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa; Instrumentos de elaboração do Familiograma com as legendas específicas, do Ecomapa dos Idosos e do Apgar Familiar; Instrumento de revisão de prontuário; Instrumentos de avaliação das atividades educativas; Sinalizações de prioridades de atendimentos; e cartazes, cartilhas, folders informativos e convites que serão confeccionados.

Além desses instrumentos deverão ser providenciados formulários do SIAB, formulários de solicitação de exames e procedimentos, receituários, fichas de Evolução Clínica, e a Lista de Idosos da Unidade para realizar atualização. Também será solicitado um quadro branco para ser utilizado como mural de eventos e exposição de fotos.

Para promover as reuniões com a equipe e as atividades educativas (capacitações e grupos) será feita a reserva do auditório da USF; bem como do aparelho de data-show, notebook, caixas de som e manequins odontológicos da Secretaria Municipal de Saúde. As aulas (em slides) a serem utilizadas no processo de capacitação da equipe serão planejadas e elaboradas pelos profissionais responsáveis e as datas para realização das mesmas estão sendo definidas.

Com relação aos atendimentos clínicos dos idosos, haverá uma reorganização da agenda médica, odontológica e de enfermagem, de modo que será pactuada na equipe a disponibilização de turnos semanais para que cada profissional (médica, dentista e enfermeira,) atenda os Idosos cadastrados no Programa Saúde do Idoso. Os idosos com Rede Social Fragilizada serão atendidos na UBS, juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, à medida que forem identificadas situações de vulnerabilidade social, a equipe entrará em contato com os profissionais do NASF e/ou com o serviço de Regulação Municipal para agendamento de consultas.



As visitas domiciliares serão planejadas e discutidas em Reunião de Equipe e serão realizadas pela equipe de saúde quinzenalmente para os idosos acamados e mensalmente para busca ativa de idosos faltosos. Para isso, será preciso elaborar um cronograma de visitas para que a Secretaria de Saúde disponibilize o veículo e materiais necessários.

As Agentes Comunitárias de Saúde realizarão um trabalho de busca ativa de todos os idosos da Área de Abrangência (em especial dos acamados) para atualização da Ficha A, alteração dos dados do SIAB no Setor de Digitação da SMS (se necessário) e para o levantamento dos principais motivos que levam os idosos a não procurarem a UBSF.

A Avaliação Multidimensional Rápida com os idosos acompanhados pela unidade será realizada através de Oficinas organizadas pela Equipe de Saúde e distribuídas em 06 encontros (02 encontros por microárea).

A Avaliação da Família acontecerá por meio da elaboração do Familiograma e do Ecomapa dos idosos e da Aplicação do Apgar Familiar pela Equipe de Saúde. Poderão acontecer durante as Visitas Domiciliares e/ou no Atendimento do Idoso na UBSF.

As ações de Saúde Bucal serão planejadas e realizadas pela dentista da USB e Auxiliar de Consultório Odontológico (ACD), com apoio da equipe.

E, por fim, o Monitoramento e a Avaliação do Programa serão feitos a cada três meses na UBS pela Equipe de Saúde.

#### 2.4.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Revisão de prontuário de todos os idosos cadastrados na USF																
Cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.																







### **3 Relatório da Intervenção**

O presente relatório contém as ações que foram realizadas durante as dezesseis semanas de intervenção, como foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, além de sugestões de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

A equipe de saúde utilizou o cronograma elaborado no projeto de intervenção e semanalmente as atividades foram relatadas em texto no diário da intervenção e registradas em planilha eletrônica de coleta de dados.

As atividades para implantação do Programa Saúde do Idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira começaram a ser realizadas no dia 23.09.13, quando foram feitas orientações à equipe sobre o Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, o preenchimento da planilha de coleta de dados e o registro em livros específicos, prontuário clínico, ficha-espelho e caderneta do idoso.

Neste início de intervenção também foi feita a atualização da Lista de Idosos da Unidade; a organização dos livros de registros; a programação das atividades educativas; a definição de papéis dos profissionais da equipe; a reorganização da agenda médica, de enfermagem e odontológica; revisão de prontuário de todos os idosos cadastrados na UBSF; além da impressão de folders, materiais para confecção de cartazes, fichas-espelhos e instrumento de revisão de prontuário.

Ainda como etapas iniciais foram realizadas atividades de educação em saúde pela equipe, abordando o Projeto de Intervenção, a Política Nacional de



Saúde da Pessoa Idosa e dicas e sugestões para o envelhecimento ativo.

O Projeto também foi apresentado no primeiro Encontro sobre o Programa Saúde do Idoso, promovido pelo Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) da 21ª DORES, em comemoração ao Dia do Idoso. Este encontro contou com a participação de trabalhadores da DORES e profissionais de saúde da microrregião de Irecê.

Durante a intervenção os atendimentos clínicos foram realizados predominantemente pela enfermeira e pela médica da UBSF. As ações de saúde bucal ficaram comprometidas devido ao afastamento da dentista que pediu exoneração do cargo no início da intervenção. No entanto, a unidade contou com o apoio de outra dentista do município que realizou algumas ações com a equipe e a comunidade.

As visitas domiciliares foram realizadas conforme a agenda da Unidade, principalmente pelas enfermeiras, técnicas de enfermagem e ACS. Nestas ocasiões os usuários foram examinados e orientados sobre higiene, alimentação e adesão medicamentosa e seus familiares foram informados sobre cuidados com os idosos, tais como administração das medicações, preparo dos alimentos, mudança de decúbito, importância da interação com os mesmos, dentre outros. As visitas foram registradas em prontuário e livro específico e os casos passaram a ser discutidos nas reuniões de equipe.

As Avaliações Multidimensionais da Pessoa Idosa foram realizadas em três momentos e contaram com a participação da equipe de saúde, dos idosos e acompanhantes. Os idosos foram examinados através de formulário específico, receberam orientações de saúde e aqueles que apresentaram alterações foram encaminhados para consulta com a médica da Unidade e/ou para especialidades (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Psicologia).

As atividades de educação em saúde foram feitas pela equipe de saúde, em especial enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS, em diversos momentos e buscaram abordar a Política Nacional de Saúde do Idoso, e apresentar o estatuto do idoso e a caderneta de saúde da pessoa idosa, além de relatar as ações realizadas na UBS desde a implantação do Programa, a fim de estimular a comunidade a



apoiar à equipe na continuidade dessas ações.

Com relação ao processo de Educação Permanente, a equipe de saúde recebeu capacitações sobre Visitas Domiciliares, na qual foram discutidos conceitos fundamentais, como visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar, planejamento e registro das visitas, critérios de elegibilidade, atribuições da equipe multiprofissional, do cuidador e da família, busca ativa de idosos sem acompanhamento de saúde e acolhimento aos idosos na UBSF; Avaliação Multidimensional Rápida, na qual foi apresentado o passo a passo da avaliação e os instrumentos utilizados (Mini-Mental, Escala de Depressão, Cartão de Jaeger, Escala de Barthel, etc.); Saúde Bucal, onde foram apresentadas as principais características da Saúde Bucal em crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos e os profissionais foram orientados sobre o que fazer diante das queixas mais frequentes dos usuários; e Avaliação do Idoso com enfoque em Rede Social, no Apgar Familiar e na elaboração do Familiograma e Ecomapa, onde foram apresentados os conceitos; os formulários e símbolos utilizados na elaboração destes instrumentos de avaliação e exemplos de aplicação dos mesmos. Além dessas capacitações realizadas na UBSF, houve um treinamento sobre o Telessaúde para os profissionais das Unidades de Saúde da Família de Irecê, onde foi discutido o processo histórico da implantação do telessaúde no país, a sua importância e como utilizar a plataforma. Apesar de não estar descrito no Projeto de Intervenção, esse momento foi importante, pois o telessaúde será uma ferramenta a mais de qualificação da equipe, bem como de discussão de casos.

Referente às atividades coletivas, a unidade realizou dois Grupos de Idosos. No primeiro foram desenvolvidas dinâmicas de grupo, brincadeiras, palestra sobre Prevenção de Quedas na Terceira Idade e por fim foi servido o café da manhã. Já no segundo grupo a dentista convidada realizou uma palestra sobre Saúde Bucal dos Idosos, abordando as principais patologias que atingem essa faixa etária e como preveni-las e tratá-las. Além disso, os idosos foram orientados sobre como realizar o autoexame da boca, a importância do acompanhamento odontológico periódico e os cuidados com as próteses e, em um segundo momento, a dentista realizou a avaliação odontológica individual dos idosos presentes, onde foram identificadas algumas situações que necessitaram de encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tais como: avaliação para inserção de prótese



superior; exodontia; realização de raspagem e reavaliação de prótese mal adaptada.

As atividades de monitoramento das ações voltadas aos idosos com acompanhamento na unidade foram realizadas periodicamente em reunião com as ACS, por meio de avaliação do livro de agendamento e dos livros de registro. Nestas oportunidades foram preenchidas fichas espelho, atualizada a lista de idosos, discutida a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na UBSF e feita revisão do cronograma para verificar as ações realizadas e reagendar as atividades que tiveram que ser adiadas. Além disso, mensalmente, as ACS realizaram a atualização das informações das famílias cadastradas em suas microáreas no setor de digitação da Secretaria Municipal de Saúde, através da alimentação dos dois sistemas de informação (SIAB e E-SUS).

Durante algumas semanas a equipe teve dificuldades para implementar as ações conforme cronograma devido à algumas intercorrências. Uma delas foi à mudança climática no município de Irecê, já que como o bairro Vila Esperança não possui pavimentação, as fortes chuvas provocaram alagamento das ruas, impossibilitando a passagem de veículos e dificultando o acesso dos funcionários e dos usuários. Outra intercorrência foi um tiroteio próximo à UBSF envolvendo traficantes do bairro que provocou um clima de tensão entre os profissionais da equipe, despertou o medo na comunidade e deixou a UBSF em uma situação de vulnerabilidade.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

As atividades caminharam dentro das possibilidades da especializanda e da equipe. Algumas ações tiveram que ser adiadas durante o período da intervenção, principalmente devido ao trabalho da especializanda na Coordenação da Atenção Básica, porém a flexibilidade do cronograma possibilitou a reorganização das mesmas. Infelizmente, ainda assim, algumas atividades ficaram prejudicadas, tais como a elaboração do Familiograma e do Ecomapa, a aplicação do APGAR Familiar e, conseqüentemente, o atendimento de idosos com Rede Social Fragilizada. Todavia, a equipe recebeu o treinamento e poderá realizá-las em outro momento,



dando continuidade às ações do Programa, mesmo após o término da Intervenção.

Outra atividade que não pôde ser realizada foi a visita domiciliar odontológica já que, como relatado anteriormente, a UBSF ficou sem dentista durante a intervenção, contando com o apoio de outra unidade para realizar algumas atividades de saúde bucal. Dessa forma, para dar continuidade a essas ações, é necessário que a gestão municipal contrate um novo profissional.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores**

A coleta e a sistematização dos dados relativos à intervenção foram realizadas através das informações registradas em Prontuário, nos Livros de Registro e nas fichas-espelho dos idosos disponíveis na UBSF. A partir desses dados foi possível realizar o fechamento das planilhas e o cálculo dos indicadores.

Uma dificuldade encontrada se refere à implantação da ficha-espelho como rotina do serviço, visto que os profissionais queixaram-se por ser mais um formulário a ser preenchido na UBSF, que demandaria conseqüentemente de mais tempo para as consultas. Para solucionar este problema os demais funcionários da equipe receberam treinamento para auxiliar no preenchimento dos dados.

Outra dificuldade está relacionada à ausência da especializanda na unidade em algumas semanas, devido ao seu trabalho na Coordenação, o que apesar de, por vezes, atrasar o acesso aos dados, não comprometeu o fechamento das planilhas e os cálculos dos indicadores.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra**

As ações contaram com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, da



Coordenação da Atenção Básica e da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Idoso da 21ª Dires, o que deu visibilidade às mesmas. Por tudo isso e pelo interesse demonstrado pela equipe durante a intervenção há viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. No entanto, é importante continuar divulgando o Programa de Saúde do Idoso e motivando os idosos a frequentarem a UBSF. Também é necessário que haja um momento para apresentação dos resultados obtidos com a Intervenção à comunidade e aos gestores e para a sensibilização dos novos profissionais da Unidade.

Assim, o trabalho realizado na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira poderá estimular outras equipes de saúde da família de Irecê, bem como os municípios da microrregião, a investirem na implantação do Programa de Saúde do Idoso.





## 4 Avaliação da Intervenção

A seguir serão apresentados os Resultados, a Discussão e os Relatórios da Intervenção para Gestores e para a Comunidade.

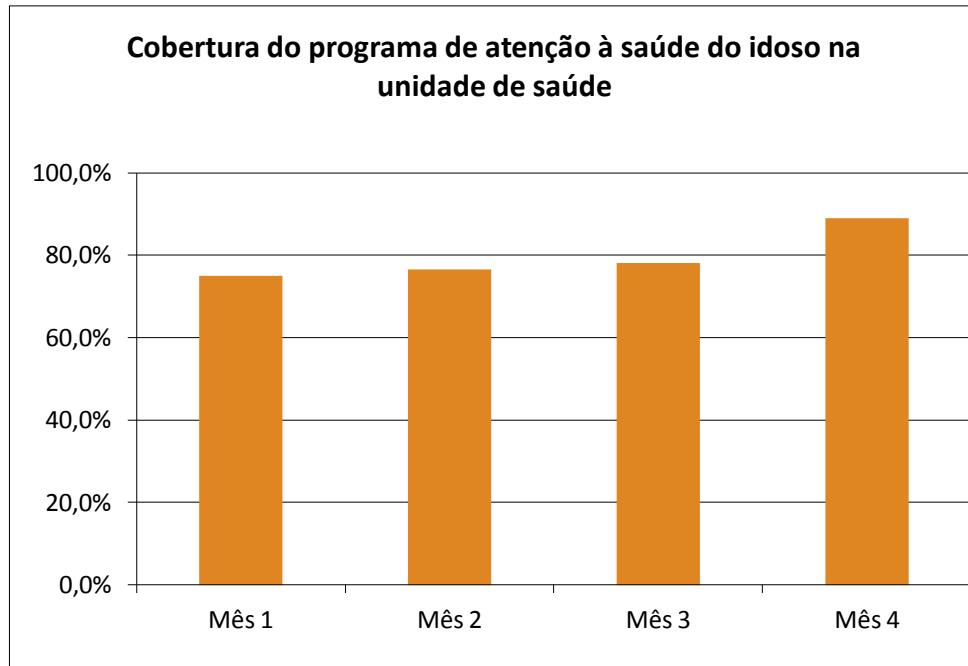
### 4.1 Resultados

A Intervenção tratou da melhoria da Atenção à Saúde do Idoso (pessoas de 60 anos ou mais) na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, situada no município de Irecê – BA. Na área adstrita à UBSF existem 64 idosos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Na primeira semana da intervenção 26 desses idosos foram cadastrados no Programa de Saúde do Idoso, o que representa uma cobertura de 43%. Ao final do primeiro mês, a equipe havia cadastrado 48 (75%) idosos, número que cresceu nos meses seguintes para 49 (76,6%) no segundo mês, 50 (78,1%) no terceiro, até alcançar 57 idosos no quarto mês, o que representa ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 89,1%.

Considerando que foi traçada uma meta de ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 75%, a Intervenção conseguiu superar as expectativas, já que desde o primeiro mês a cobertura já se encontrava em 75%, evoluindo nos meses subsequentes.

A abordagem feita aos idosos desde o início da Intervenção e o envolvimento da equipe nas ações propostas contribuiu favoravelmente para o alcance da meta. As principais justificativas dos idosos que não compareceram à unidade e/ou não participaram de nenhuma ação proposta pela Intervenção foram a distância entre o domicílio e à UBS de alguns e a classe social de outros que são acompanhados em serviços de saúde particulares.

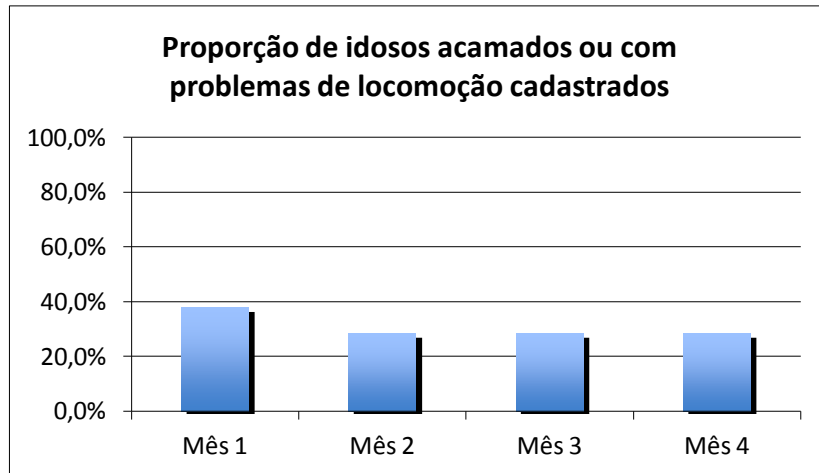




**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

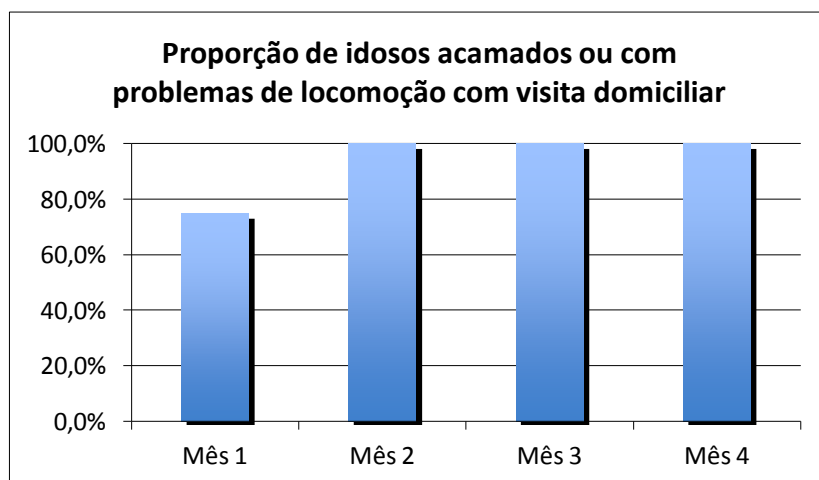
Avaliando o indicador proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, verifica-se ao final dos quatro meses, que a equipe não atingiu a meta traçada de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Assim, a unidade acompanhou 04 idosos (38,1%) que apresentavam essas condições no primeiro mês e 03 idosos nos três últimos meses, indicando uma proporção de 28,5%.

Considerando que para calcular este indicador é necessário utilizar um denominador que corresponde à estimativa do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde (equivalente a 10,5 idosos), esta proporção pode não representar a realidade, já que a equipe realizou a busca ativa dos idosos nessas condições durante toda a intervenção e só foram identificados 04 idosos, sendo que 01 mudou-se no segundo mês.



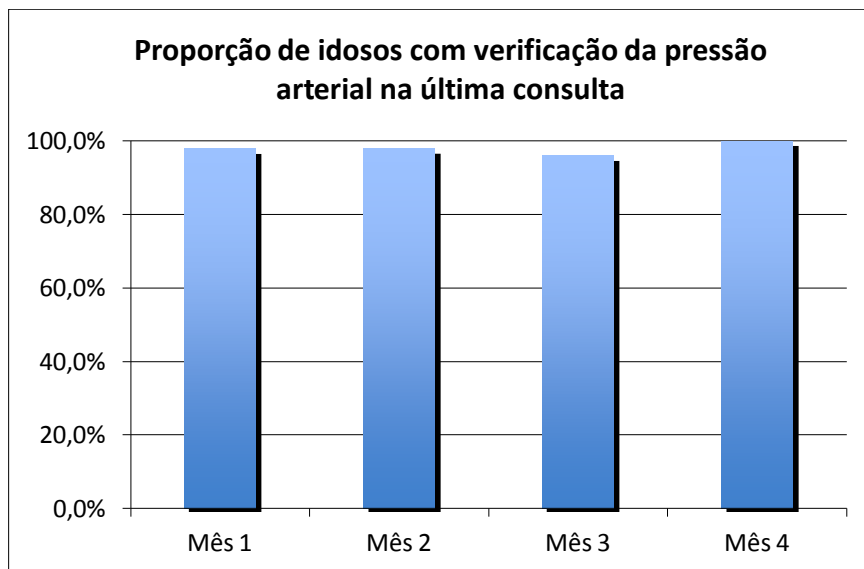
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

Referente à realização de visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, a intervenção possibilitou o alcance da meta de 100% proposta. Neste caso, deve-se destacar que o denominador utilizado refere-se aos 04 idosos identificados pela equipe no primeiro mês e aos 03 dos meses seguintes. Dessa forma, a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar no primeiro mês foi de 75%, já que dos 04 idosos, 03 foram visitados, enquanto que no segundo, terceiro e quarto mês foi de 100%, considerando que todos os 03 idosos receberam visita da equipe. Importante destacar que a sensibilização da equipe sobre a importância da visita domiciliar por meio da Educação Permanente também contribuiu para o bom êxito do indicador.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

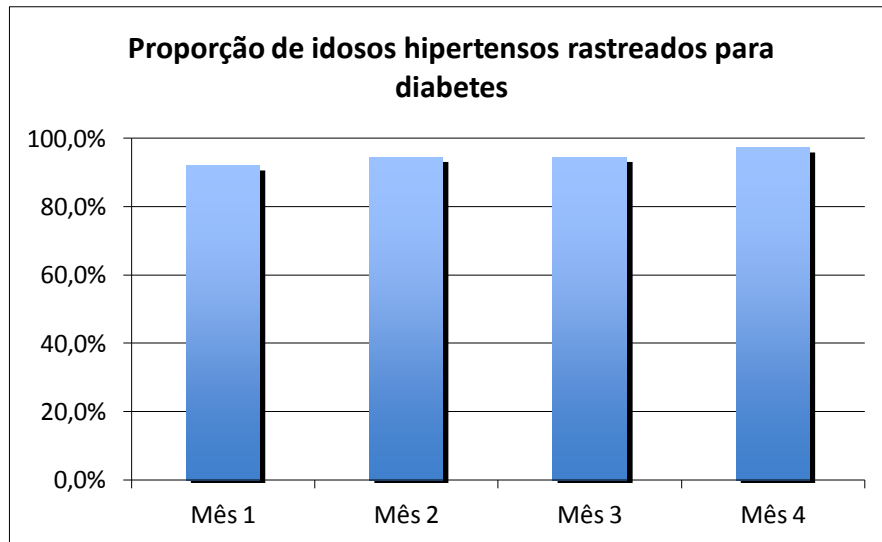
Com relação ao indicador proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, a Intervenção garantiu o rastreamento de 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), alcançando a meta proposta. Assim, no primeiro mês, dos 48 idosos cadastrados no programa, 47 (97,9%) tiveram sua pressão arterial verificada. No segundo mês, dos 49 cadastrados, 48 (98%) foram aferidos. No terceiro mês, dos 50 idosos, 48 (96%) aferiram a PA. E no quarto mês, todos os 57 idosos cadastrados (100%) tiveram sua pressão arterial verificada na última consulta. Isto se deve ao fato de rotineiramente a UBSF realizar a aferição da pressão arterial de todos os usuários que comparem à Unidade para ser consultado.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

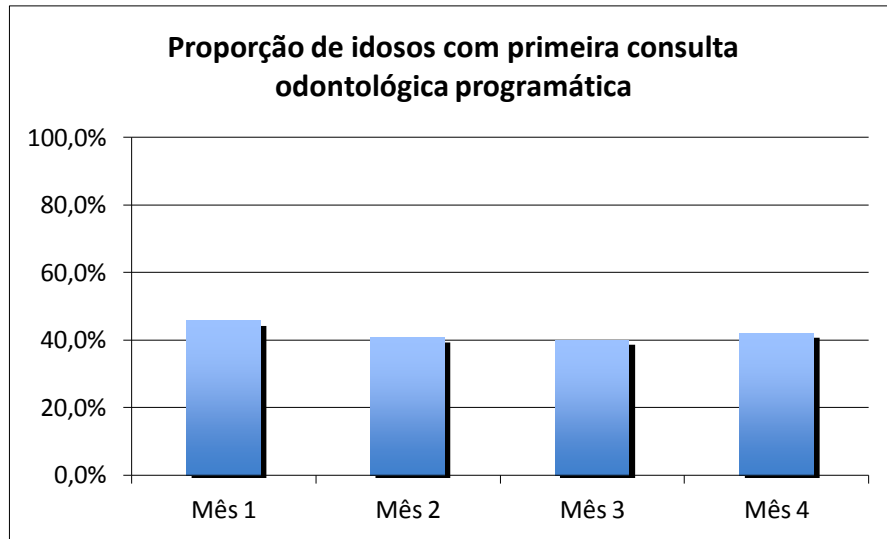
A proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes ao final dos quatro meses de intervenção aproximou-se da meta de 100% traçada no Projeto. Assim, no primeiro mês, 35 dos idosos 38 hipertensos foram rastreados para diabetes, o que representa 92,1%. No segundo e terceiro mês permaneceram 35 idosos rastreados, porém o indicador aumentou para 94,6%, já que o número de hipertensos caiu para 37 nesses meses. No quarto mês foram identificados novamente 38 idosos hipertensos e destes, 37 (97,4%) foram rastreados para diabetes. Dessa forma, apenas 01 hipertenso cadastrado na Unidade não foi

rastreado para diabetes, visto que o mesmo não aderiu ao Programa de Saúde do Idoso e não possui nenhum registro de ida a UBS. O rastreamento foi feito através da realização de Glicemia Capilar e/ou Glicemia em Jejum.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

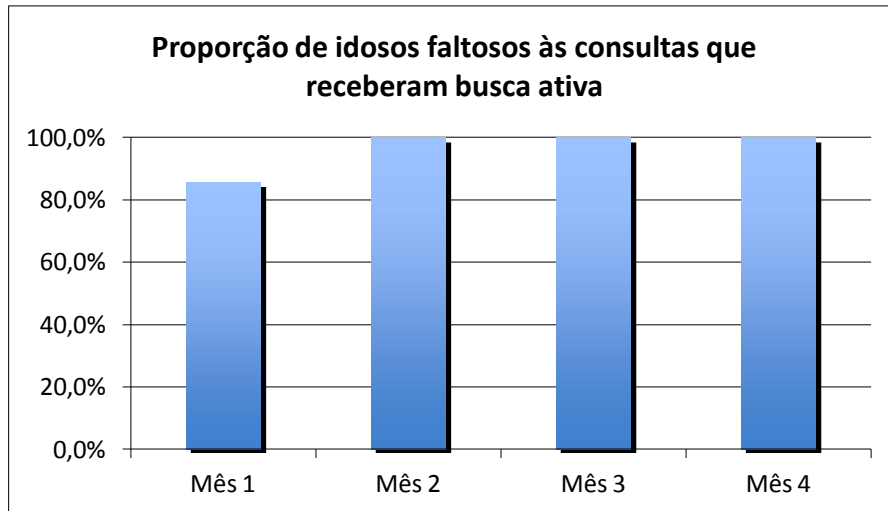
A Intervenção também buscou ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 50% dos idosos, no entanto, ao final dos quatro meses a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática alcançou 42,1%, o equivalente a 24 idosos. Este indicador foi prejudicado devido ao afastamento da dentista da Unidade nas primeiras semanas da Intervenção e a não substituição da mesma até o final dos quatro meses. Assim, apesar do pequeno aumento de idosos com primeira consulta do primeiro ao quarto mês, passando de 22 para 24 idosos, a proporção caiu de 45,8% para 42,1%, já que o denominador (número de idosos cadastrados no programa) aumentou de 48 para 57 idosos. As ações de saúde bucal ficaram paradas no segundo e terceiro mês de intervenção, voltando apenas no último mês, graças ao apoio da dentista de outra UBSF.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

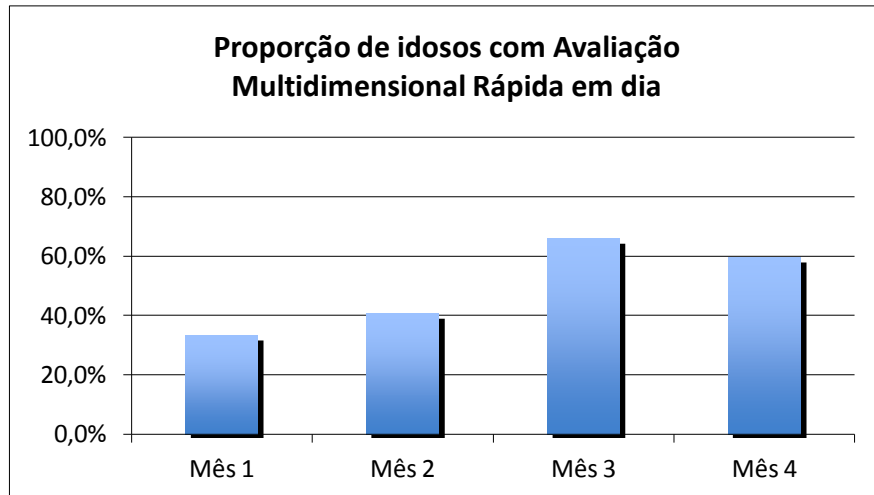
O indicador proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica ficou prejudicado pelo mesmo motivo citado acima (ausência do dentista). Dessa forma, nos quatro meses de Intervenção não foi realizada nenhuma Visita Domiciliar a esses idosos, ou seja, nenhum idoso acamado ou com dificuldade de locomoção teve avaliação de Saúde Bucal.

Sobre a proporção de idosos faltosos às consultas programadas que receberam busca ativa, durante os quatro meses de intervenção, essa atividade foi realizada especialmente pelas agentes comunitárias de saúde, conforme sinalização da equipe. Dessa forma, no primeiro mês, dos 07 idosos que haviam faltado à consulta, 06 (85,7%) receberam busca ativa. No segundo e terceiro mês os 03 idosos que não compareceram foram contatados, o que representa 100%. E no quarto mês, os 07 idosos faltosos receberam busca ativa, correspondendo aos 100% traçados na Meta. Importante destacar que os idosos que receberam a busca ativa procuraram a unidade para reagendar as consultas.



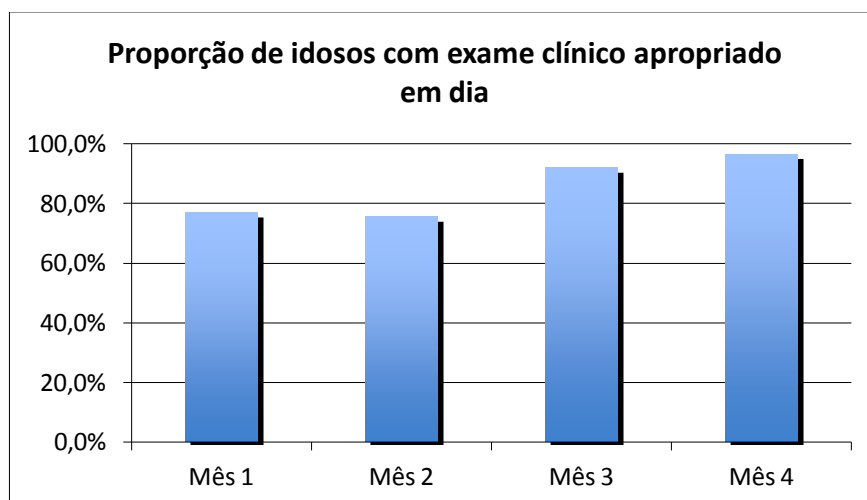
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa foi realizada em 34 idosos, o equivalente a 59,6% dos cadastrados no Programa. Sabendo que a meta era avaliar 100%, a proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia não alcançou o número esperado, porém deve-se considerar que as avaliações foram realizadas através de Oficinas divididas por microárea e nem todos os idosos puderam comparecer nos dias agendados. No primeiro mês 16 idosos (33,3%) estavam com a avaliação em dia. Esse número aumentou nos meses seguintes para 20 (40,8%) no segundo mês, 33 (66%) no terceiro mês, até chegar aos 34 idosos (59,6%) avaliados, onde se pode observar que apesar do aumento do número de idosos avaliados, houve uma queda no indicador, visto que o denominador (total de idosos cadastrados) aumentou. Dessa forma, apesar de não ter atingido a meta traçada, a atividade proposta foi importante para identificar a necessidades de alguns encaminhamentos para a médica da Unidade, para consultas com especialidades médicas, como oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, e para avaliação com psicólogo.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

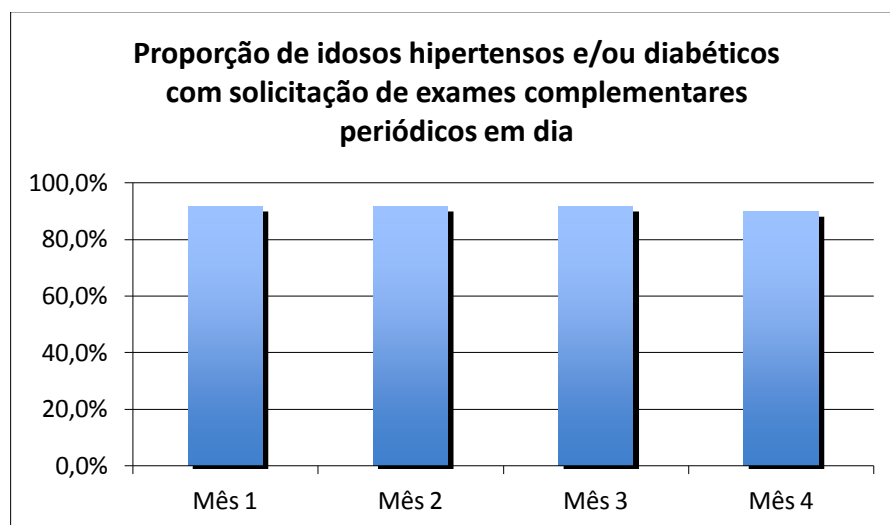
Com relação à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia observa-se uma melhora do primeiro ao quarto mês. Assim, nos dois primeiros meses 37 idosos (75,5%) haviam recebido exame clínico apropriado. No terceiro mês esse número aumentou para 46 (92%) e no quarto mês alcançou 55 idosos, o equivalente a 96,5%. Ou seja, dentre os idosos cadastrados no Programa, ao final da intervenção, apenas 02 não passaram por exame clínico apropriado, dado que foi identificado através da análise dos registros dos atendimentos em prontuário. Considerando que a meta era de 100%, esse indicador pode ser avaliado satisfatoriamente.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

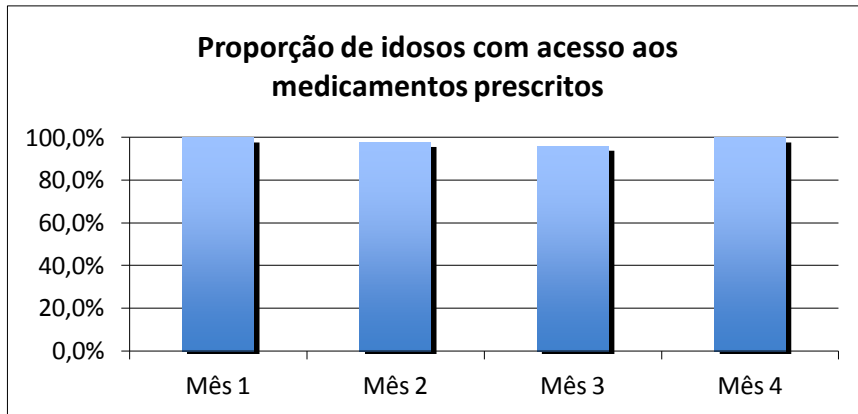


Referente à meta Realizar solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, a análise do indicador apontou que nos três primeiros meses, dos 35 idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBSF, 32 (91,4%) estavam com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Já no quarto mês dos 39 idosos hipertensos e/ou diabéticos, 35 (89,7%) estavam com essa solicitação em dia. Das 04 pessoas que não receberam solicitação de exames complementares, 01 é acamada, 02 não aderiram ao Programa e 01 realizou estes exames há mais de um ano.



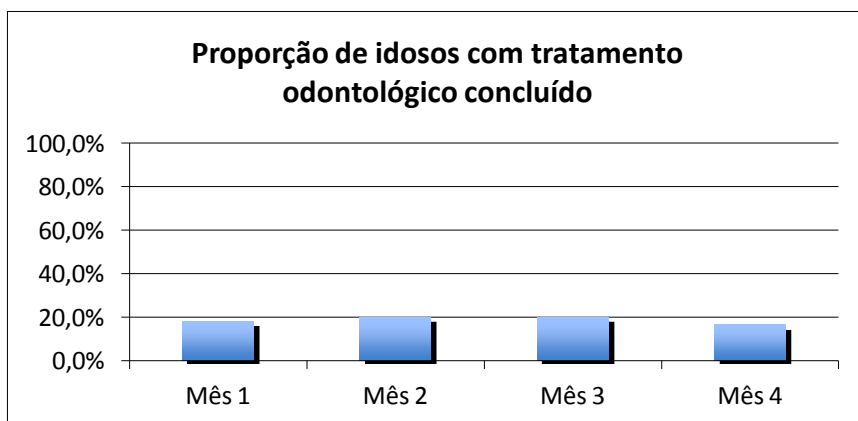
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

A proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos foi de 100% ao final dos quatro meses, o que significa que todos os idosos cadastrados no Programa (57 idosos) tiveram acesso aos medicamentos. No primeiro mês, todos os 48 idosos (100%) cadastrados já possuíam acesso, porém no segundo e terceiro mês, apesar de 48 idosos estarem com acesso aos medicamentos, houve uma pequena alteração na proporção para 98% e 96%, respectivamente, devido ao aumento no denominador (número de idosos cadastrados no programa), retornando aos 100% no último mês. A dispensação de medicamentos no município acontece de forma descentralizada, de modo que cada UBSF faz a previsão e provisão dos fármacos visando garantir o acesso facilitado aos seus usuários.



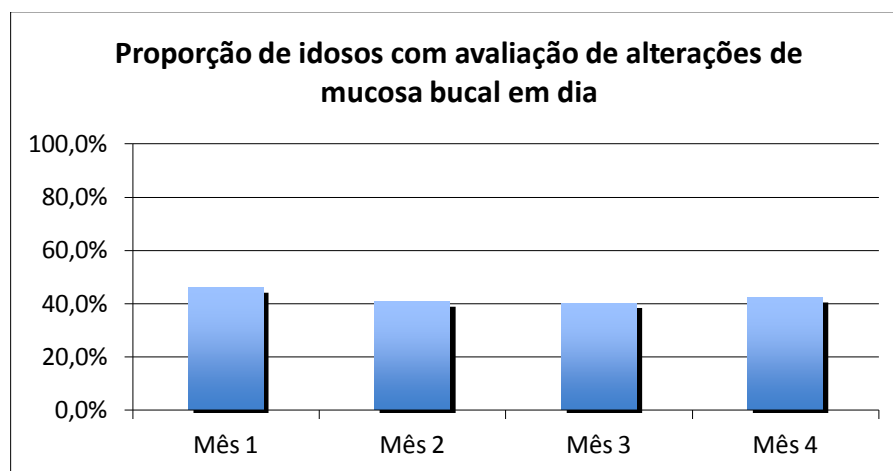
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

Avaliando a proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, observa-se que durante os quatro meses de intervenção, dos 24 idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática, apenas 04 concluíram o tratamento, o que representa 18,2% no primeiro mês, 20% no segundo, 20% no terceiro e 16,7% no quarto mês. Essa variação ocorre porque, apesar do numerador (número de idosos com tratamento odontológico concluído) se manter constante, o denominador (número de idosos com primeira consulta odontológica programática) muda ao longo dos quatro meses. A mesma justificativa dada anteriormente sobre a ausência do profissional odontólogo na UBSF pode ser utilizada neste caso. A presença da dentista de outra Unidade foi importante para orientar a equipe sobre o que fazer diante das queixas mais comuns dos idosos e para realizar alguns encaminhamentos ao Centro de Especialidades Odontológicas do município.



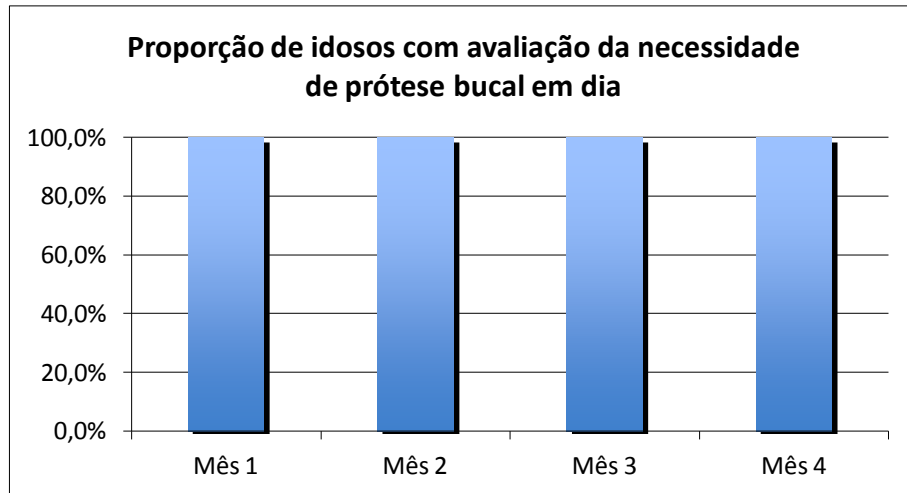
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

O indicador proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia aparece com 42,1%, o que significa que, ao final dos quatro meses, dos 57 idosos cadastrados no Programa, 24 foram avaliados, os mesmos que realizaram a primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês havia 22 idosos (45,8%) com avaliação em dia, enquanto que no segundo e terceiro mês esse número caiu para 20 idosos (40,8%), já que dois mudaram-se do bairro. Também neste caso, a ausência do profissional de referência na UBS dificultou a obtenção de um resultado favorável.



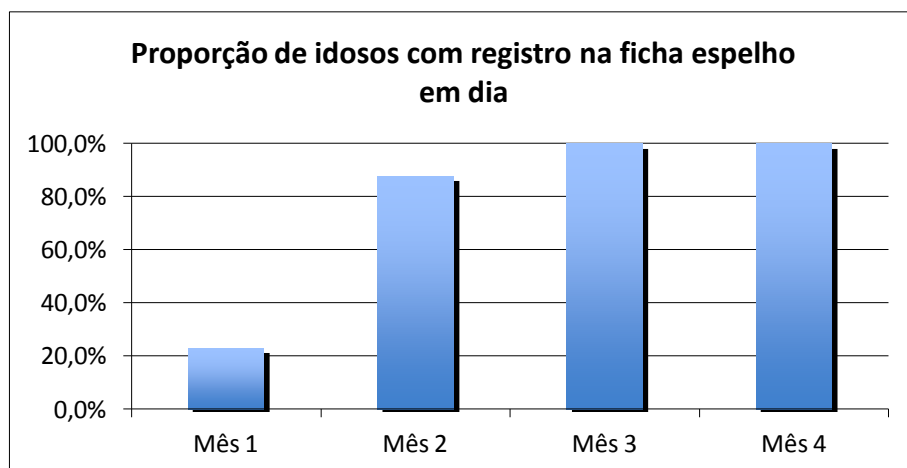
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

No que se refere à proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia, o indicador alcançou a meta de 100% nos quatro meses de intervenção. Dessa forma, considerando como denominador o número de idosos com primeira consulta odontológica programática, no primeiro mês foram avaliados para necessidade de prótese dentária os 22 idosos que realizaram a primeira consulta; no segundo e terceiro mês 20 idosos e no quarto mês 24 idosos. Destaca-se o fato de a maior parte dessas avaliações terem sido registradas no primeiro mês, antes da saída da dentista, não havendo um crescimento significativo nos meses subsequentes.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

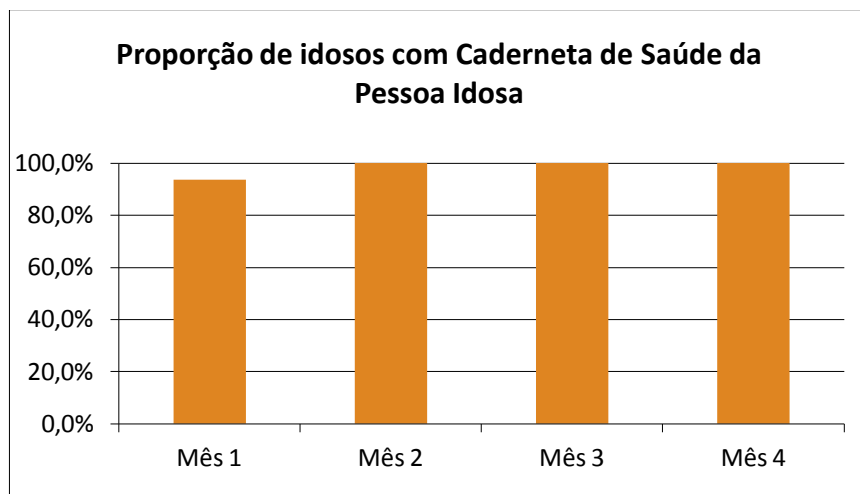
Analisando a evolução do indicador proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia percebe-se que do primeiro para o segundo mês houve um aumento significativo desses registros de 11 (22,9%) a 43 idosos (87,8%), atingindo 100% dos idosos cadastrados no programa no terceiro e quarto mês da intervenção. Assim, ao final da intervenção todos os 57 idosos cadastrados tiveram suas informações registradas em ficha específica, o que facilita o trabalho de monitoramento e avaliação da equipe. O pequeno número de idosos com registro no primeiro mês reflete a dificuldade inicial que a equipe encontrou de inserir esse novo instrumento de registro em seu processo de trabalho.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

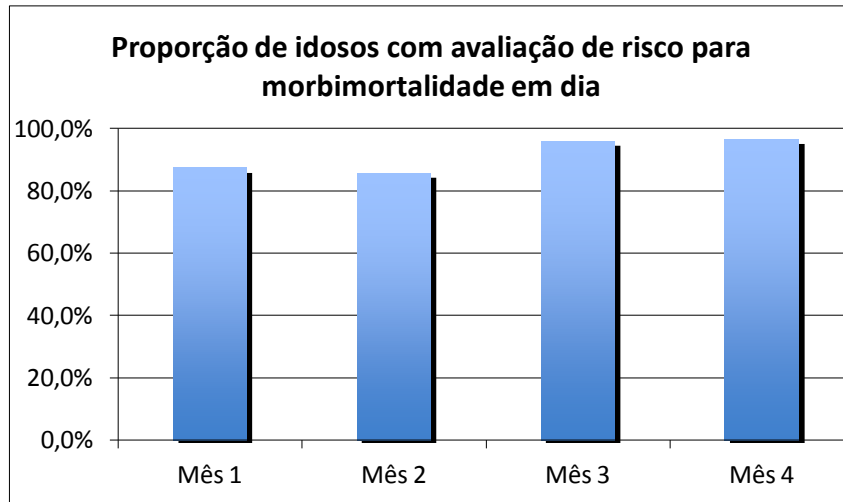
Com relação ao indicador proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, percebe-se que desde o primeiro mês de Intervenção a equipe buscou fazer a distribuição e orientação adequada deste instrumento. Assim, no primeiro mês de intervenção 45 idosos (93,8%) receberam a caderneta do idoso, enquanto que do segundo ao quarto mês todos os idosos cadastrados no Programa (100%) possuíam a Caderneta do Idoso, corretamente preenchida, o que representa respectivamente 49, 50 e 57 idosos. As cadernetas foram disponibilizadas pela 21ª DIRES, após contato da equipe com a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Idoso.

Importante destacar que muitos idosos já estão apresentando as cadernetas ao comparecerem à UBSF, porém alguns profissionais precisam ser mais sensibilizados quanto à importância do preenchimento adequado.



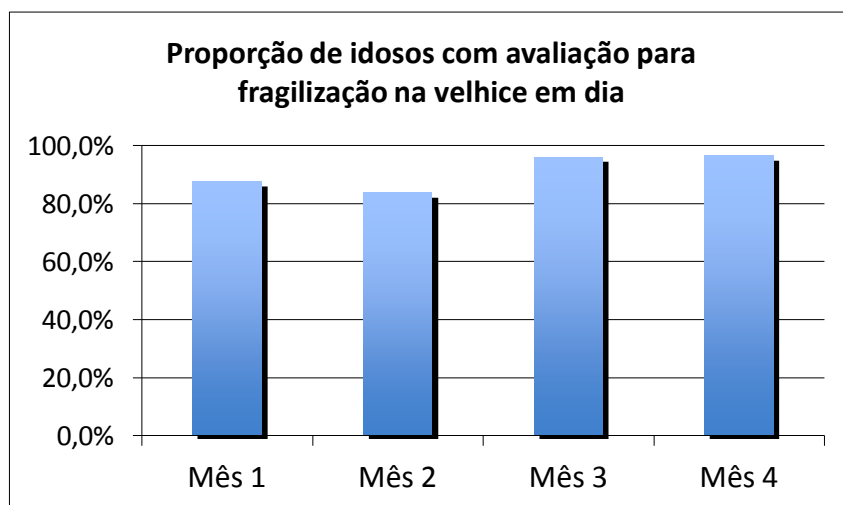
**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

A proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia foi de 87,5% no primeiro mês, 85,7% no segundo, 96% no terceiro e 96,5% no quarto, o que corresponde a 42, 42, 48 e 55 idosos respectivamente. Isso significa que, após os quatro meses de intervenção, dentre os 57 idosos cadastrados no Programa, apenas 02 não foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade. Esse dado foi identificado através da análise dos registros dos atendimentos em prontuário. Assim, considerando que a meta era de 100%, o indicador foi satisfatório.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

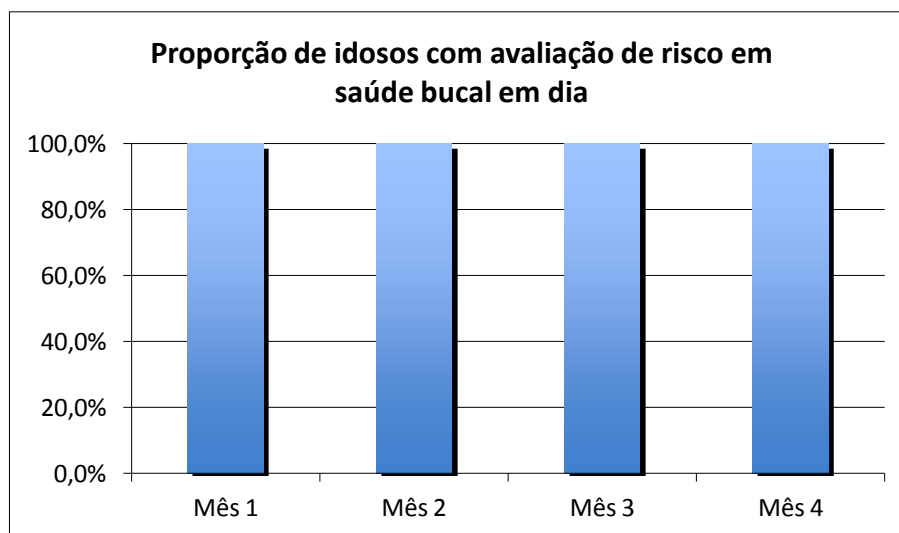
Referente à meta Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas percebe-se que, assim como o indicador anterior, dos 57 idosos cadastrados no Programa, apenas 02 ficaram sem avaliação para fragilização, o que indica uma proporção de 96,5% de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia no final da intervenção. Assim, no primeiro mês 42 idosos (87,5%) foram avaliados, no segundo 41 (83,7%), no terceiro 48(96%) e no quarto mês 55 (96,5%). Esses dados foram coletados através dos registros dos atendimentos em prontuário e das Avaliações Multidimensionais Rápidas da Pessoa Idosa.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

O indicador proporção de idosos com avaliação de rede social em dia foi prejudicado porque a equipe não conseguiu, dentro dos quatro meses, realizar as atividades planejadas, tais como a elaboração do Familiograma e do Ecomapa, a aplicação do APGAR Familiar e, conseqüentemente, o atendimento de idosos com Rede Social Fragilizada. Dessa forma, ao final da intervenção não foi realizada nenhuma avaliação de rede social, deixando o indicador zerado e contrariando a meta de avaliar a rede social de 100% dos idosos. No entanto, a equipe recebeu o treinamento e poderá realizá-la em outro momento, dando continuidade às ações do Programa.

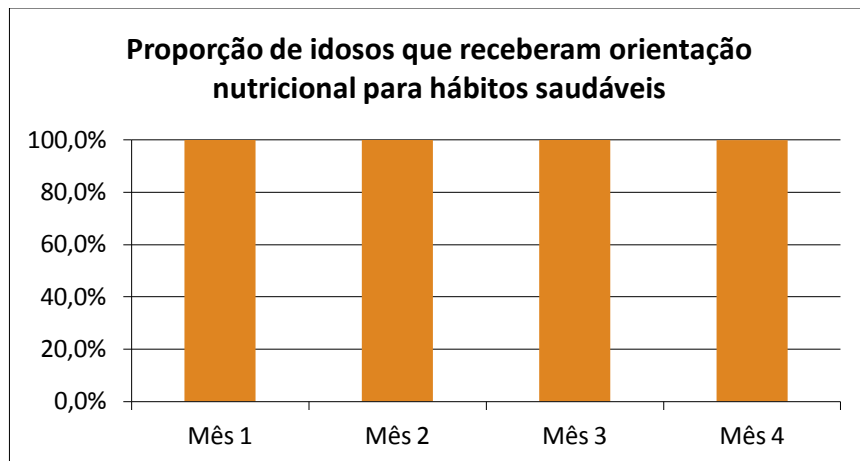
Com relação ao indicador proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia, percebe-se que desde o primeiro mês, todos os idosos com primeira consulta odontológica programática foram avaliados quanto ao risco em saúde bucal, alcançando dessa forma a meta de 100% nos quatro meses, o que corresponde a 22 idosos no primeiro mês, 20 idosos no segundo e terceiro mês e 24 idosos no quarto mês. Importante salientar que a maioria dessas avaliações foi realizada no primeiro mês, devido à presença da dentista, não tendo um crescimento significativo nos meses subsequentes.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

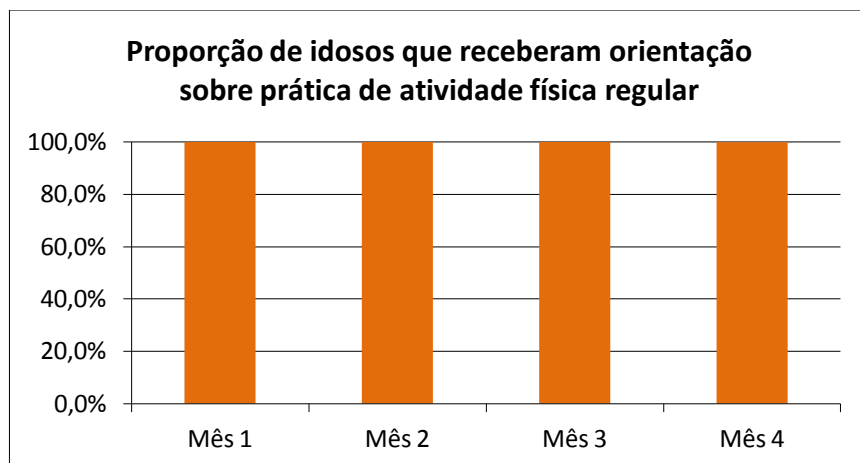
Analisando o indicador proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, percebe-se que durante os quatro meses de

intervenção esta atividade foi garantida a todos os idosos cadastrados no Programa (57), o que indica que 100% destes foram orientados quanto aos hábitos nutricionais saudáveis, especialmente pelas ACS, em Visita Domiciliar e durante os atendimentos ambulatoriais pela enfermeira e médica da Unidade.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

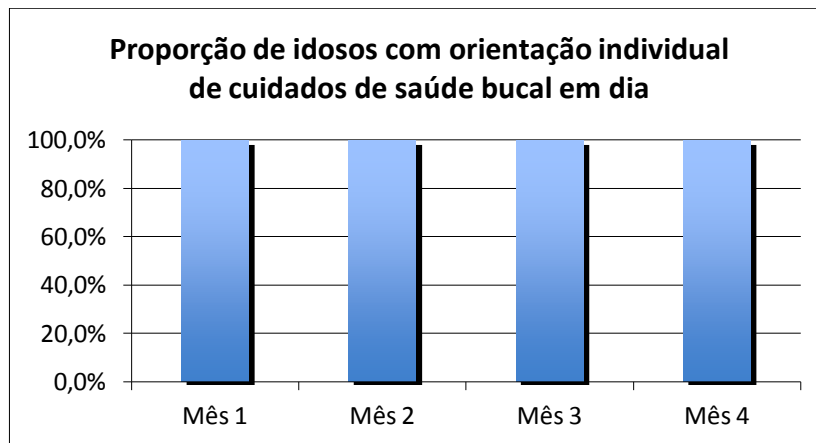
Da mesma forma que o indicador anterior, avaliando a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, verifica-se que durante os quatro meses de intervenção a equipe de saúde, em especial as ACS, garantiram esta atividade para todos os idosos cadastrados no Programa (57), o que indica que 100% das pessoas idosas foram orientadas adequadamente.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

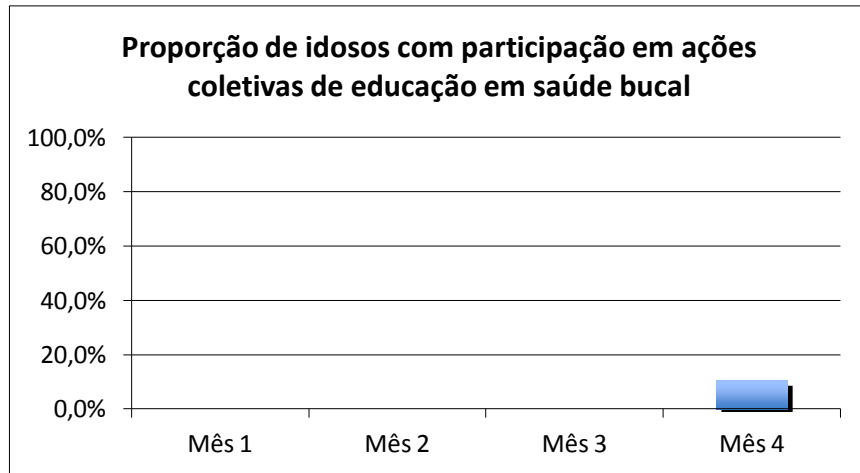


A respeito da meta de Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática, percebe-se que nos quatro meses de intervenção todos estes idosos foram orientados durante a consulta. Portanto, a proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia foi de 100% nos quatro meses, o equivalente a 22 idosos no primeiro mês, 20 idosos no segundo e terceiro mês e 24 idosos no quarto mês. Vale resaltar que, assim como as demais atividades que necessitavam da presença da dentista, a maioria dessas orientações foi dada no primeiro mês de intervenção, não havendo um aumento expressivo nos meses seguintes.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

Em relação ao último indicador avaliado, proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, nota-se que nos três primeiros meses não foi realizada nenhuma ação coletiva voltada para os idosos cadastrados no Programa. Apenas no quarto mês, com o auxílio da dentista de outra UBSF do município, foi possível desenvolver esta ação, que contou com a presença de apenas 06 idosos, o equivalente a 10,5% dos cadastrados no Programa. Sabendo que a meta era garantir ações coletivas de educação em Saúde Bucal para 100% dos idosos cadastrados, o indicador ficou muito longe do almejado, porém deve-se levar em consideração que a equipe ficou sem apoio de dentista na UBSF desde meados do primeiro mês de intervenção, o que dificultou o planejamento e execução das atividades.



**Fonte:** Planilha de coleta de dados UFPel, 2013-2014.

## 4.2 Discussão

A Intervenção possibilitou acima de tudo a Implantação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, já que antes dela os idosos só eram atendidos em demanda imediata ou durante outra ação programática. A seguir será discutido o significado dos resultados obtidos para a equipe de saúde, para o serviço e para a comunidade.

Durante todo processo de Intervenção, a equipe mostrou-se envolvida e entusiasmada. De alguma forma todos os profissionais contribuíram para a realização das atividades com os idosos, bem como tiveram a possibilidade de ampliar seus conhecimentos durante as capacitações. Assim, as ações desenvolvidas contaram com um trabalho integrado da enfermeira, médica, agentes comunitárias de saúde, auxiliar de limpeza, vigilantes e técnicas de enfermagem, o que permitiu que todos participassem do processo de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades.

Com relação ao serviço, a Intervenção permitiu uma reestruturação no sentido de facilitar o acesso dos idosos na UBSF e garantir que os mesmos fossem priorizados nos atendimentos. A consequência disso foi o aumento da cobertura de Atenção aos Idosos. A agenda foi reorganizada a fim de ofertar turnos específicos para o atendimento à saúde do idoso. Estabeleceu-se uma rotina de visitas domiciliares aos acamados, faltosos e idosos em situação de doença e outras

condições especiais. Cresceu o número de atividades de educação em saúde, bem como o interesse em desenvolver atividades de educação permanente nos mais diversos assuntos. Além de haver melhoria nos registros da UBSF e nas atividades de monitoramento e avaliação.

No caso da comunidade, a Intervenção aproximou, em especial, os idosos e suas famílias da UBSF. As salas de espera explicando o Programa de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso também tiveram grande importância no que se refere à adaptação dos usuários ao novo processo de trabalho da equipe, de modo que até o momento ninguém que se mostrou insatisfeito.

A intervenção poderia ter sido facilitada se a especializanda trabalhasse na UBSF, pois o seu contato mais próximo com a equipe, serviço e comunidade possibilitaria o monitoramento constante das atividades, bem como a implementação de todas as ações propostas no Projeto, conforme cronograma.

Pelo apoio da gestão e pelo interesse demonstrado pela equipe e comunidade durante a intervenção é possível incorporar as ações previstas no projeto à rotina do serviço. Para isso é necessário que a equipe permaneça integrada e envolvida no fortalecimento do Programa de Saúde do Idoso na UBSF, dando continuidade as ações iniciadas durante a intervenção, desenvolvendo as atividades que ficaram pendentes e motivando os idosos a continuarem frequentando a UBS.

Para garantir a melhoria da atenção à Saúde do Idoso na Unidade, bem como no município, os próximos passos seriam realizar uma pesquisa de satisfação do usuário para diagnosticar o impacto real da Intervenção para a comunidade; apresentar o Relato da Intervenção à gestão e à comunidade, além de estimular outras equipes de saúde da família de Irecê a investirem na implantação do Programa de Saúde do Idoso.

### 4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Entre os meses setembro de 2013 a janeiro de 2014 foi realizada uma intervenção para implantação do Programa Saúde do Idoso na UBSF



HelmaCristiane Cardoso de Oliveira, localizada no bairro Vila Esperança, Irecê – BA. Esta intervenção foi desenvolvida por meio do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e conduzida pela especializanda Kelly Cristina da Silva Moraes, sob orientação de Mariana Cristina Moraes Xavier Duarte.

O interesse por essa ação programática surgiu após a Análise Situacional realizada no início do curso, na qual se buscou avaliar a UBSF em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da unidade e os processos de trabalho. A partir desta análise foi possível identificar que havia uma desestruturação na atenção à saúde do idoso, de modo que a cobertura do programa encontrava-se em 42% e os idosos atendidos eram provenientes de outros programas ou de demanda espontânea. Além disso, levou-se em consideração o fato da população idosa da área de abrangência ser relativamente pequena, o que facilitaria o alcance das metas propostas.

A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde do idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, Irecê - BA e como objetivos específicos ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos; melhorar a adesão dos idosos ao programa de atenção à saúde do idoso; melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde; melhorar registros das informações; mapear os idosos de risco da área de abrangência; e promover a saúde.

As ações foram organizadas através de quatro eixos temáticos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica) e buscaram seguir o cronograma elaborado durante a análise estratégica (projeto de intervenção).

As atividades começaram a ser implementadas no dia 23.09.13 e proporcionou, ao final da intervenção, um aumento da cobertura de atenção aos idosos para 89,1%, o que corresponde a 57 idosos cadastrados no programa. Assim, verifica-se que a Intervenção permitiu reestruturar o serviço, no sentido de facilitar o acesso do idoso na UBSF, priorizando seu atendimento; reorganizar a agenda da unidade, a fim de ofertar turnos específicos para o atendimento à saúde do idoso; desenvolver uma rotina de visitas domiciliares aos acamados, faltosos e idosos em situação de doença e outras condições especiais; ampliar as atividades de educação em saúde para a comunidade e educação permanente para a equipe



de saúde; melhorar os registros da UBSF, com destaque para a implantação da ficha-espelho do idoso; e aprimorar as atividades de monitoramento e avaliação.

As ações em saúde bucal foram prejudicadas devido ao desligamento da cirurgiã dentista do município nas primeiras semanas da intervenção, situação que permaneceu até o final da intervenção, já que não houve contratação de um novo profissional neste período.

As ações desenvolvidas contaram com o trabalho integrado da equipe de saúde, o que permitiu que todos participassem do processo de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades. Além de contar com o apoio da Coordenação da Atenção Básica / Secretaria Municipal de Saúde no que se refere à disponibilização de estrutura física e aquisição de materiais e equipamentos necessários, e com a Área Técnica de Saúde do Idoso da 21ª DIRES.

A implantação do programa de saúde do idoso na unidade deu visibilidade a uma ação programática típica de atenção primária à saúde, ao passo que a maioria dos idosos cadastrados na unidade já reconhece a importância do acompanhamento periódico de sua saúde.

Dessa forma, a equipe entendeu que o trabalho realizado na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira pode ser estendido a outras equipes de saúde da família de Irecê, bem como aos municípios da microrregião. Para isto, a gestão da saúde municipal terá um papel fundamental no que se refere a: garantir o quadro completo de funcionários nas unidades; fornecer insumos em quantidade suficiente; estimular a realização do diagnóstico situacional, a fim de que cada UBSF planeje suas ações a partir de sua realidade; incentivar a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família; além de promover reuniões periódicas para troca de experiências, a começar pela socialização dos resultados da Intervenção realizada na Vila Esperança para as demais equipes de saúde.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Entre os meses de setembro de 2013 a janeiro de 2014 foram realizadas diversas ações para implantar o Programa Saúde do Idoso na Unidade Básica de



Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, localizada no bairro Vila Esperança, município Irecê – BA. Estas ações foram desenvolvidas pela enfermeira Kelly Moraes, junto com a equipe de saúde, durante seu curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

O interesse em trabalhar com os idosos surgiu depois de uma avaliação feita no início do curso, onde foram encontrados alguns problemas na atenção ao Idoso, como o pequeno número de idosos que estavam sendo atendidos e o fato deles só procurarem a unidade em casos de urgência e/ou para tratar de suas doenças crônicas. Assim, o trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na UBSF Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, Irecê – BA.

As atividades começaram a ser realizadas no dia 23.09.13 e contaram com o apoio da equipe de saúde, da comunidade, da Coordenação da Atenção Básica / Secretaria Municipal de Saúde de Irecê e da 21ª DIRES.

Além do importante aumento do número de idosos atendidos pela equipe de saúde da família, as ações contribuíram para:

- Facilitar o acesso do idoso na Unidade, garantindo a prioridade no atendimento e o agendamento de consultas durante todo horário de funcionamento da UBS;
- Reorganizar a agenda da médica, enfermeira e dentista, oferecendo dias específicos para o atendimento do idoso;
- Aumentar o número de visitas domiciliares aos acamados, faltosos e idosos em situação de doença e outras condições especiais;
- Distribuir a caderneta do idoso para todos os idosos da área;
- Aproximar a comunidade, em especial o idoso e sua família, da Unidade, através das palestras, grupos e orientações individuais;
- Treinar os profissionais para oferecer um melhor atendimento à comunidade.

Dessa forma, para que as ações realizadas façam parte da rotina da unidade e o idoso continue realizando o acompanhamento de sua saúde é importante que a equipe permaneça unida, que a gestão ofereça as ferramentas necessárias e acima de tudo que a comunidade esteja envolvida no fortalecimento do Programa de



Saúde do Idoso e dos demais serviços prestados pela UBSF. Para isso, é interessante que os usuários se mobilizem no sentido de implantarem, junto com a equipe da Unidade, o Conselho Local de Saúde, a fim de que a comunidade participe do planejamento das ações e colabore na melhoria da qualidade de vida dos seus moradores.



## 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A participação na Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas foi muito importante para meu crescimento pessoal e profissional, pois estabeleci vínculos de confiança e companheirismo com a equipe de saúde e a comunidade, ao mesmo tempo em que tive a oportunidade de desenvolver competências e habilidades necessárias à formação do especialista em saúde da família.

O estímulo à realização de práticas assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa foi indispensável no aprimoramento dessas competências e habilidades. Sendo assim, com relação às atividades assistenciais, tive a oportunidade de realizar a atenção integral à saúde do idoso e de prestar cuidados compatíveis com as necessidades apresentadas pelo indivíduo e/ou comunidade. Como ações educativas foram realizadas atividades de educação permanente com os trabalhadores e de educação em saúde com os usuários, em especial, os idosos. Das ações administrativas foram feitas reuniões de planejamento, supervisão, organização do serviço, monitoramento e avaliação das ações. E a pesquisa foi estimulada durante todo o curso através dos estudos de prática clínica e da elaboração dos Relatórios e do Trabalho de Conclusão do Curso.

A metodologia utilizada possibilitou um aprendizado constante, por meio de trocas de experiências nos Fóruns; discussões com a orientadora e apoio pedagógico; disponibilização de materiais didáticos de apoio; resolução de casos clínicos interativos; avaliação do conhecimento profissional através do Teste de Qualificação Cognitiva (TQC); e realização de atualizações por meio da Elaboração dos Estudos de Prática Clínica.

O fato de trabalhar na Coordenação da Atenção Básica do município contribuiu para que os aprendizados adquiridos na Gestão aperfeiçoassem as atividades propostas durante a Intervenção. Por outro lado, a impossibilidade de estar presente na UBSF durante todo o processo de Aprendizagem foi para mim,





enquanto especializanda, um grande desafio, superado através do apoio da equipe, que se mostrou prestativa e motivada com a realização das ações, e graças à flexibilidade do cronograma de entrega das atividades que permitiu cumprir com minhas responsabilidades sem tensionamentos ou cobranças.

Diante do exposto, considero que a especialização sem dúvida colaborou para a melhoria das práticas de saúde realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família Helma Cristiane Cardoso de Oliveira, já que através da atuação da equipe multiprofissional foi possível o desenvolvimento de uma prática centrada na Vigilância em Saúde e na atenção integral à saúde da família.

A Implantação do Programa de Saúde do Idoso na Unidade deu visibilidade a uma ação programática típica de atenção primária à saúde, de modo que a maioria dos idosos cadastrados na unidade já reconhece a importância do acompanhamento periódico de sua saúde.

No geral, estou muito satisfeita com o curso. Apesar das dificuldades encontradas, minhas expectativas foram alcançadas. A partir de agora fica o compromisso firmado pela Equipe de dar segmento às ações na UBS, buscando também a colaboração de outras categorias profissionais, e de divulgar os resultados alcançados após a Intervenção para as outras Unidades de Saúde da Família de Irecê – BA, visando à ampliação dessa Ação Programática no Município.



## Bibliografia

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

BRASIL. **Correlação entre GPSM (conforme a NOB 96 e a NOAS) x Adesão ao Pacto pela Saúde**. Secretaria Técnica-Comissão Intergestores Tripartite/Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/correlacao\\_gpsm\\_07012009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/correlacao_gpsm_07012009.pdf)>  
Acesso em: 02 de julho de 2013.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimentos de Saúde do Município Irecê**. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291460&NomeEstado=BAHIA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291460&NomeEstado=BAHIA)>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

IBGE, Cidades. **Irecê-BA: População**. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codigo=291460&idtema=>>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

IRECÊ. **Aspectos Geográficos**. Prefeitura Municipal de Irecê. 2013. Disponível em:  
<<http://www.irece.ba.gov.br/dados-geograficos>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

MS/SAS/DAB e IBGE. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB; 2013. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil – 1º fascículo;9 de maio de 2011.



## Anexos



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da  
Saúde



## Anexo I – Documento do Comitê de Ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo II – Planilha de Coleta de Dados (aba das perguntas)

Informações da sua unidade de saúde:	Marque com X	
	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção à saúde do idoso?	X	
É adotada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	X	
Existe registro específico para a atenção à saúde do idoso?	X	
É realizado aprazamento / agendamento das consultas de idosos?	X	
As informações são monitoradas regularmente?		X
É realizada busca ativa dos idosos que não comparecem?	X	
É feita avaliação periódica do programa de saúde do idoso?		X
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	X	

OBSERVAÇÕES
Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do Idoso ou Ficha de Saúde do Idoso.
Considere se os idosos são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).
Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os idosos faltosos.
Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os idosos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.
Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.
Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações de saúde.

DENOMINADOR PARA INDICADOR 1	Nº
Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	62

OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para as células C27 e C29.

DENOMINADORES PARA OS INDICADORES DE QUALIDADE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso	48	49	50	57

OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

*Estimativa de idosos no território	
População total	1314
Estimativa de idosos (10% da população total)	131
Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)	11

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idoso será calculada automaticamente e mostrada na célula C29. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.

Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 1.2.





SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º do doente/profissional: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Classificação de risco de cárie

Baixo risco		Risco moderado					Alto risco		
A: ausência de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cárie ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cárie ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: presença de cárie restaurado, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: presença de cárie restaurado, com placa/gengivite	C: uma ou mais de cárie inativas, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cárie inativas, com placa/gengivite	D: ausência de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cárie ativas	F: presença de dor ou abscesso
Data	Presença de placa	Presença de gengivite	Presença de mancha branca	História de tratamento	Cavidades inativas	Cavidades ativas	Dor ou abscesso	Código de risco	Classificação de risco de cárie

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco		Risco moderado			Alto risco			
D: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com cálculo supra-gengival	3: Sequela de doença periodontal anterior	6: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade rearsual I ou sem mobilidade	8: Elemento com mobilidade irreversível e perda de função		
Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 29)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal

Classificação de risco das alterações de mucosas

Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
D: Tecidos normais	1: Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2	2: Alterações com suspeita de malignidade. Úlcera com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritoplaxia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Avaliação de risco odontológico

Data									
Risco de cárie de vitalidade									
Risco de doença periodontal									
Risco de alteração de mucosa									
Condições das próteses									
Capacidade de adaptação da saúde bucal									
Fatores limitantes à consulta odontológica									
Necessidade de tratamento									
Necessidade de atendimento domiciliar em saúde bucal									

Avaliação clínica odontológica

Data									
Primeira consulta odontológica programática									
Número estimado de consultas odontológicas									
Alteração de mucosa oral (tipo)									
Examinado para C EO (esp. habilidades)									
Necessidade de confecção de prótese									
Tratamento concluído									
Data prevista para Retorno									

Mostrando o nível de atividades Educativas Individuais

Data									
Higiene bucal									
Cuidados e uso de prótese									
Orientações nutricionais									
Outras Q. tal?									
Outras Q. tal?									



## Anexo IV – Formulário de Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ ACS/MICRO: \_\_\_\_\_

### AValiação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

<b>VISÃO</b>	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: OD: _____ OE: _____
<b>AUDIÇÃO</b>	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido D: ___ Ouvido E: ___ Se não, verificar a presença de cerume. Ouvido D: ___ Ouvido E: ___
<b>FUNÇÃO DOS MMSS</b>	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se o paciente é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.
<b>FUNÇÃO DOS MMII</b>	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ___ Caminhar 3,5m: ___ Voltar e sentar: ___
<b>ESTADO MENTAL</b>	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: <b>MesaMaça Dinheiro</b> Após 3 minutos pedir que os repita. Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM.
<b>HUMOR</b>	O(A) Sr(a) se sente triste ou desanimado(a) <b>frequentemente?</b> Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
<b>DOMICILIO</b>	Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? ___ Quantas vezes? ___ Na sua casa há: Escadas? nº ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___
<b>ATIVIDADES DIÁRIAS</b>	<b>Sem auxílio</b> , o(a) Sr(a) é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___
<b>INCONTINENCIA</b>	O(A) Sr(a), às vezes, perde urina ou fica molhado(a)? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ___ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ___
<b>NUTRIÇÃO</b>	O(A) Sr(a) perdeu mais de 4 kg no último ano? _____ Peso atual: _____ kg      Altura: _____ cm      IMC = _____



<b>SUORTE SOCIAL</b>	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? ____
----------------------	--

\_\_\_\_\_  
**ASS. DO PROFISSIONAL**

**PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS QUANDO DO RASTREAMENTO  
POSITIVO PARA A PESSOA IDOSA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>RASTREAMENTO POSITIVO</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
<b>VISÃO</b>	Incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger	Encaminhar ao oftalmologista
<b>AUDIÇÃO</b>	Não responde à pergunta formulada no teste do sussurro	Verificar a presença de cerume pela otoscopia. Em caso positivo, remover. Em caso negativo encaminhar ao otorrinolaringologista
<b>MMSS</b>	Incapacidade de realizar o teste proposto	Exame completo dos MMSS (músculos, articulações e nervos). Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia.
<b>MMII</b>	Incapacidade de levantar-se ou mover-se	Avaliação neurológica e músculoesquelética completa. Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha. Considerar possibilidade de fisioterapia.
<b>ESTADO MENTAL</b>	Incapacidade de repetir todos os três nomes depois de 3 minutos	Aplicar instrumento de avaliação do estado mental (MEEM)
<b>HUMOR</b>	Resposta afirmativa	Aplicar Escala de Depressão Geriátrica

<b>RISCO DOMICILIAR</b>	Resposta afirmativa	Avaliar segurança domiciliar e instituir adaptações necessária.
<b>ATIVIDADES DIÁRIAS</b>	Resposta afirmativa	Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), corroborar a resposta com o que aparente a pessoa idosa, solicitar informações junto aos familiares. Instituir intervenções médicas, sociais e ambientais apropriadas.
<b>CONTINÊNCIA</b>	Resposta afirmativa	Definir quantidade e frequência. Pesquisar causas reversíveis, incluindo irritação local, estados poliúricos e medicações.
<b>NUTRIÇÃO</b>	Resposta afirmativa ou peso abaixo do aceitável	Fazer avaliação detalhada.
<b>SUORTE SOCIAL</b>	-	Identificar as pessoas no prontuário da pessoa idosa. Familiarizar-se com os recursos disponíveis na comunidade.
<b>ATIVIDADE SEXUAL</b>	Problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais	Fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.

## Apêndices



**Departamento de  
Medicina Social**  
Universidade Federal de Pelotas



**Especialização em  
Saúde da Família**



Ministério da  
Saúde



## Apêndice I - Instrumento de revisão de prontuário

USUÁRIO:
ENDEREÇO:
ACS/Microárea:

### INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	IDADE:	
SEXO:	COR:	ESCOLARIDADE:
ESTADO CIVIL:		
ARRANJO FAMILIAR:		
RENDA:	Menos de 01 salário mínimo	Entre 01 e 02 salários
	Entre 02 e 03 salários	Acima de 03 salários
FONTES DE RENDA:		
OCUPAÇÃO:		
RELIGIÃO:		

### INDICADORES DOS HÁBITOS DE VIDA

ATIVIDADE SOCIAL:			
SEDENTARISMO:	SIM	NÃO	
SITUAÇÃO VACINAL:	ATUALIZADA	NÃO ATUALIZADA	
VIDA SEXUAL:	ATIVA	NÃO ATIVA	
ETILISMO	TABAGISMO	QUEDAS	

### INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

#### AFERIÇÕES:

IMC:	TA:
------	-----

#### CIRURGIAS / EXAMES REALIZADOS:

EXAME	SIM	NÃO	DATA DA REALIZAÇÃO
MAMOGRAFIA			
PREVENTIVO			
PSA			

#### MORBIDADES:

DOENÇA	SIM	NÃO	ADESÃO MEDICAMENTOSA
HAS			
DM			
DOENÇAS OSTEOMIOARTICULARES			
DOENÇAS CARDIOVASCULARES			
DOENÇAS RENAIS			
PROBLEMAS DO TRATO URINÁRIO			
DISLIPIDEMIAS			
CÂNCER			
TRANSTORNOS MENTAIS			
DEPRESSÃO			
OBESIDADE			
DESNUTRIÇÃO			
DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL			
AFEÇÕES BUCAIS			

#### FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL / ABSENTEÍSMO

--

#### NÚMERO DE VISITAS REALIZADAS

--

**Apêndice II - Instrumento de avaliação atividades educativas****AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE:**

---

**1. DURAÇÃO**

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) RUIM

**2. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL**

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) RUIM

**3. CONTEÚDO APRESENTADO**

( ) BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM

**4. DIVULGAÇÃO**

( ) BOA ( ) REGULAR ( ) RUIM

**5. LOCAL DO EVENTO**

( ) BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM

**6. Deixe sua sugestão para a próxima atividade:**

---

---

---

### Apêndice III - Sinalizações de prioridades de atendimentos



## Apêndice IV - Lista de idosos da unidade

UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA

LISTAS DE IDOSOS  
(atualizada dia \_\_/\_\_/\_\_)

ACS SILVANIA:

NOME	ENDEREÇO	Nº FAMÍLIA	DATA DE NASC.	IDADE	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA	OBSERVAÇÕES

ACS TAISE:

NOME	ENDEREÇO	Nº FAMÍLIA	DATA DE NASC.	IDADE	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA	OBSERVAÇÕES

ACS CLEUZA:

NOME	ENDEREÇO	Nº FAMÍLIA	DATA DE NASC.	IDADE	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA	OBSERVAÇÕES

(MODELO DA TABELA UTILIZADA)

## Apêndice V - Convite individual e Cartaz de divulgação do 1º Grupo de Idosos

**Convidamos o Sr<sup>o</sup> (a)**

---

**a participar do 1º Encontro de Idosos da UBSF Vila Esperança.**



**ANIMAÇÃO E APRENDIZADO**

TEREMOS CAFÉ DA MANHÃ, DINÂMICAS,  
ATIVIDADES EDUCATIVAS E MUITO MAIS!!

**LOCAL: AUDITÓRIO DA UNIDADE**  
**DATA: 23/10/13 (QUARTA-FEIRA)**  
**HORÁRIO: 08:00h**  
**PARTICIPANTES: PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS**

---

UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA

**GRUPO DE IDOSOS**

---

**PARTICIPEM DO 1º ENCONTRO DE IDOSOS DA UBSF VILA ESPERANÇA!**



**ANIMAÇÃO E APRENDIZADO**

TEREMOS CAFÉ DA MANHÃ, DINÂMICAS,  
ATIVIDADES EDUCATIVAS E MUITO MAIS!!

**LOCAL: AUDITÓRIO DA UNIDADE**  
**DATA: 23/10/13 (QUARTA-FEIRA)**  
**HORÁRIO: 08:00h**  
**PARTICIPANTES: PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS**

---

UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA



## Apêndice VI - Convite para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Convidamos o Sr<sup>o</sup> (a)

---

a participar da atividade de  
**Avaliação de Saúde dos Idosos**  
da UBSF Vila Esperança.



LOCAL: AUDITÓRIO DA UNIDADE  
DATA: \_\_/\_\_/\_\_  
HORÁRIO: \_\_\_\_\_


*UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA*

## Apêndice VII - Convite individual e Cartaz de divulgação do 2º Grupo de Idosos

**Convidamos o Srº (a)**

---

**a participar do 2º Grupo de Idosos da UBSF Vila Esperança, no qual teremos café da manhã, dinâmicas e atividades educativas sobre SAÚDE BUCAL.**




LOCAL, AUDITÓRIO DA UNIDADE  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 HORÁRIO, 08.00h  
 PARTICIPANTES, PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS

---

UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA

**GRUPO DE IDOSOS**

**Convidamos os idosos da Vila Esperança para participarem do 2º Encontro de Idosos da UBSF, no qual teremos café da manhã, dinâmicas e atividades educativas sobre SAÚDE BUCAL.**



LOCAL, AUDITÓRIO DA UNIDADE  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 HORÁRIO, 08.00h  
 PARTICIPANTES, PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS

---

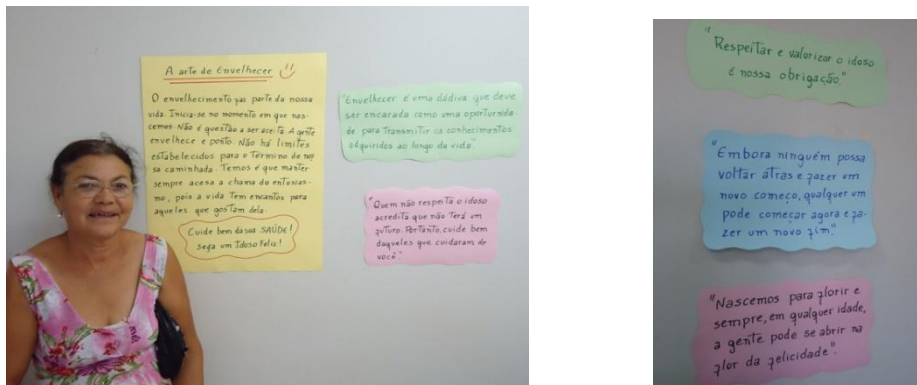
UBSF HELMA CRISTIANE CARDOSO DE OLIVEIRA

## Apêndice VIII - Registros Fotográficos

SALA DE ESPERA REALIZADA PELA ENFERMEIRA KELLY MORAIS



MENSAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO



MATERIAIS INFORMATIVOS DO PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO



INSTRUMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO



APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO 1º ENCONTRO SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO PROMOVIDO PELA 21ª DIRES.

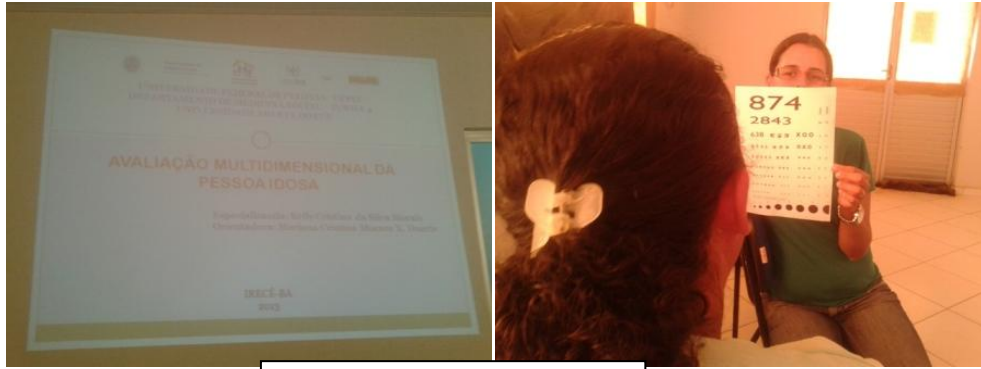


CAPACITAÇÃO SOBRE VISITAS DOMICILIARES COM A EQUIPE DE SAÚDE

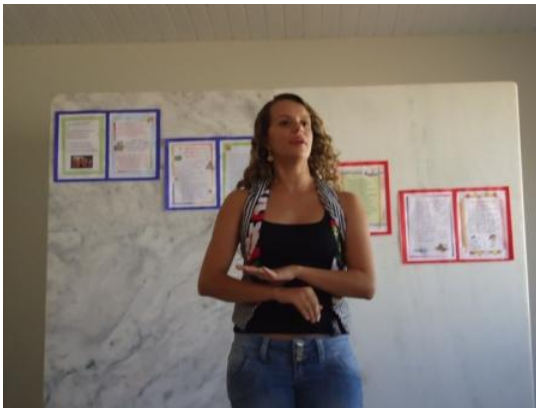


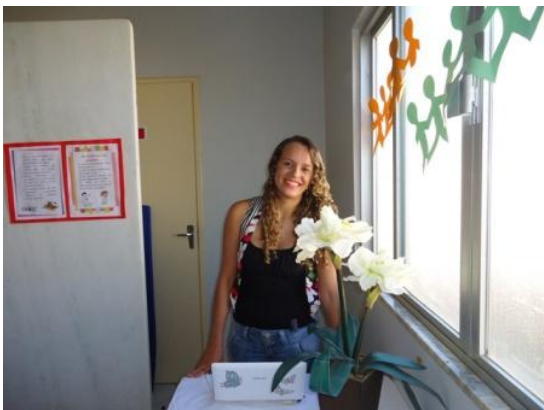
CAPACITAÇÃO SOBRE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA





GRUPO DE IDOSOS







MONITORAMENTO DAS AÇÕES E DOS REGISTROS DO PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO – UBSF VILA ESPERANÇA



1º DIA DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA







2º DIA DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA





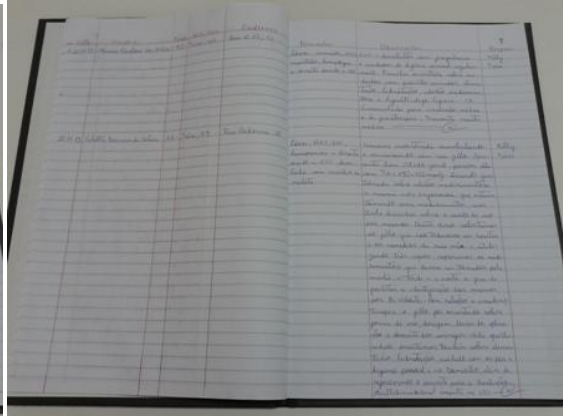
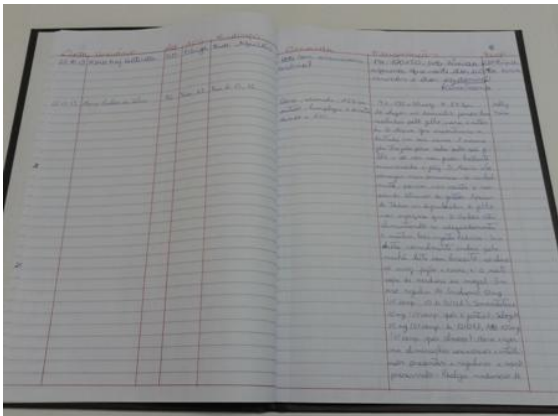
3º DIA DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA



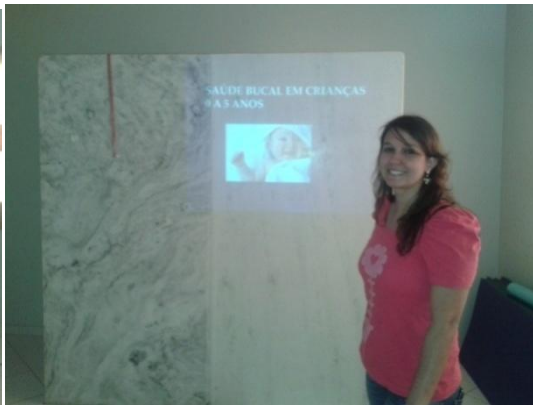
VISITA DOMICILIAR



REGISTRO DE VISITAS EM LIVRO ESPECÍFICO



CAPACITAÇÃO DA EQUIPE EM SAÚDE BUCAL



2º GRUPO DE IDOSOS



