

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção a Saúde dos idosos na Unidade Básica Móvel fluvial  
Juruá cruzeiro do Sul, Acre**

**Saul Matos Matos**

**Pelotas, 2015**

**Saul Matos Matos**

**Melhoria da atenção a saúde dos idosos na Unidade Básica móvel fluvial  
Juruá, Cruzeiro do Sul, AC**

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

Orientador: Lenise Meneze Seereg

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M433m Matos, Saul Matos

Melhoria da Atenção a Saúde dos Idosos na Unidade Básica Móvel Fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, AC / Saul Matos Matos; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa que luta dia a dia junto a mim. A meus filhos que são o motor de meu futuro. A minha mãe que reza por minha prosperidade todos os dias. A minha professora que com muita paciência arruma meus erros no português. A todos aquele que de alguma forma ou outra ajudaram no fim de meu trabalho, a todos muito obrigado

## **Agradecimentos**

À Deus que sempre me acompanha e ilumina em meu caminho.

A minha querida esposa que sempre fica comigo nas horas boas e  
maus.

A minha professora Lenise que com muito amor nos guia na  
especialização

## Resumo

Matos Matos Saul. **Melhoria da atenção a saúde dos idosos na Unidades Básica Móvel Fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre.** 2015. 97f. trabalho de conclusão de Curso. Especialização em Saúde de Família-Modalidade a distância Universidade Federal de Pelota, pelota, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Devido uma crescente expectativa de vida e redução das taxas de natalidade evidenciadas globalmente, a população idosa representará uma parcela cada vez maior na sociedade,. O presente trabalho é fruto da necessidade de melhoria da Saúde do Idoso na Unidade Básica de Saúde Móvel Fluvial Juruá, localizada no município de Cruzeiro do Sul, AC. Utilizando como base as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção à Saúde do Idoso, IV-Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e Cadernos de Atenção Básica (Obesidade), foram instauradas pela equipe algumas mudanças na rotina da Unidade de Saúde, como capacitação da prática clínica para a equipe de saúde, adesão de métodos de gestão de prontuários e ficha-espelho, distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, priorização do atendimento ao idoso, conscientização para prática de hábitos de vida saudáveis, busca a idosos pertencentes à área da Unidade de Saúde, tanto para visitas domiciliares quanto atendimentos ambulatoriais, incentivo ao cuidado da saúde bucal, verificação da disponibilidade de medicamentos e rotinas de exames. Foi possível observar que após a intervenção, 100% dos idosos da área foram cadastrados no programa de saúde do idoso, também igual porcentagem teve na verificação da pressão arterial na última consulta e foram registrados com ficha espelho em dia. A proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia foi 97,3%. Atingimos 94,6% de hipertensos e diabéticos idosos com solicitação de exames laboratorial realizados. Destes, 62,2% tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim a primeira consulta odontológica programática agendada com suas respectivas orientações individuais de cuidados de saúde bucal. Na intervenção houve uma melhora na adesão dos tratamentos na farmácia populares priorizadas em 77,0% dos idosos, ocorreu também um aumento na demanda de consultas médicas e odontológicas. Conclui-se que houve uma melhora geral na qualidade do serviço prestado.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; (complementar com as outras 3 relacionadas à ação programática).

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idosos na unidade móvel de saúde fluvial	66
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	67
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	68
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	69
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada	70
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	70
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	71
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabete mellitus	72
Figura 10	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	74
Figura 12	Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa.	75
Figura 13	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	76
Figura 14	Proporção de idosos com Caderneta de saúde da pessoa Idosa	77
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de risco para mobilidade em dia	78

Figura 16	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	78
Figura 17	Proporção dos idosos com avaliação de rede social em dia	79
Figura 18	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudável.	80
Figura 19	Proporção de idosos que receberam orientação sobre pratica de atividade física regular	81
Figura 20	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	82



### Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AB	Atenção básica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## **Apresentação**

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção intitulado “Melhoria da Atenção à Saúde dos idosos, na UBS móvel fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul/AC”. O volume está organizado em cinco capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional - fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho. O Capítulo 2 – Análise Estratégica - trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção - fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 12 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldade, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção - descreve os resultados obtidos ao longo do Projeto e inclui os relatórios de intervenção para o gestor e para a comunidade. Por fim, o Capítulo 5 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem - traz ao leitor a impressão do autor sobre a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e também sua opinião sobre o Projeto de Intervenção implantado na unidade de saúde.

## **1 Análise Situacional**

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

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (1)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades de infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil, único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha.

A Unidade em que atuo é a Unidade básica de saúde da família fluvial, com população de 2381 usuários, deles 1141 são homens e 1240 mulheres, e que atende de acordo com o projeto Saúde Atuar Fluvial do Cruzeiro do Sul, projeto implantado pelo Ministério da Saúde (MS), em outras regiões do país. O atendimento a ribeirinhos é utilizado como estratégia para ampliar o acesso da população à saúde pública. O portal do MS destaca que a Saúde Atuar Fluvial cumpre com o objetivo do Governo Federal, de fazer a

saúde chegar cada vez mais perto da população. A Organização Mundial de Saúde destaca ainda que vem implantando um sistema de saúde ousado no município de Cruzeiro do Sul.

O modelo de atendimento ao ribeirinho implantado a partir de 2012, no Juruá, só alcançou êxito graças a persistência de sua equipe. Segundo O Prefeito Vagner Sales de Cruzeiro do Sul “Esta dedicação foi essencial para o projeto se tornar referência nacional e ser aplicado nas demais regiões do país”. O projeto supriu as necessidades dos trabalhadores rurais, que teriam sido praticamente esquecidos anteriormente, criou-se uma equipe de saúde que percorre os principais rios, levando atendimento a todas as comunidades ribeirinhas.

A Unidade de Saúde da Família Móvel Fluvial conta com um médico, um dentista, um enfermeiro, uma microscopista, uma vacinadora, um técnico de enfermagem e de farmácia. Os profissionais prestam serviços nos rios e igarapés. O atendimento que dura em média 15 dias todos os meses do ano. Os ribeirinhos recebem a mesma atenção básica que os moradores da zona urbana. A equipe oferece extração dentaria, consultas, coleta de preventivos, exames pré-natal, testes de diabetes, curativos, inalação, vacinação, exames de malária, tuberculose, hanseníase e leishmaniose. Os casos mais complexos são analisados pela equipe e encaminhamento à cidade de Cruzeiro do Sul. O atendimento da equipe de saúde itinerante é agendado e os moradores dos rios e igarapés são comunicados por mensagem de rádio. Os ribeirinhos sabem a diferença de receber um médico na porta de casa sem ter que se deslocar à cidade, em busca de uma consulta ou exame, o atendimento é realizado nas escolas municipais e estaduais, assim como na UBSF por serem locais de fácil acesso e localização. Assim estamos mudando a forma de levar saúde ao povo do Vale do Juruá.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cruzeiro do Sul, no estado brasileiro do Acre, teve sua fundação oficializada em 28 de setembro de 1904. Localiza-se na região noroeste do estado, na margem esquerda do rio Juruá, estando 648 km distantes da capital Rio Branco, pela rodovia BR 364. Faz divisa ao norte com o estado do Amazonas; ao sul com o município de Porto Walter; a leste com o município Tarauacá e a oeste com os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves e com o território Peruano (a Oeste). A cidade de Cruzeiro do Sul é banhada pelo Rio Juruá e conta com um relevo formado por uma série de colinas e uma vegetação predominantemente amazônica. A área do município é de 7 924,94 km<sup>2</sup>. O extrativismo da borracha foi, até o início do século XX, a principal atividade econômica desenvolvida no município. Além da borracha, a economia da região gira em torno da exploração da madeira. Atualmente, a farinha é o principal produto da atividade econômica municipal, sendo uma das melhores da região e muito apreciada no sul do país.

Nos últimos anos as atividades econômicas do município estão voltadas para atividades extrativistas, de agronegócios que visam produzir e comercializar bens e serviços. Estas atividades econômicas são fundamentais para o desenvolvimento sustentável da região e do homem que há décadas tenta sobreviver nesta parte remota do país e através delas as pessoas pode obter as coisas que precisam para a sua vida. Cruzeiro do Sul, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, tem um total de 78.444 habitantes, deles 39.185 são homens e 39.259 mulheres, com população rural de 23.185 pessoas.

O sistema de saúde tem registrado 51 estabelecimentos, sendo 46 deles públicos, entre eles: hospitais, pronto socorro e postos de saúde. A cidade tem 220 leitos para internação hospitalar, sendo 138 públicos e 82 privados. Existe na cidade um grande hospital geral, o Hospital Regional do Juruá, que se tornou centro de referência na região em casos de maior complexidade. No final de 2008 começou a ser construído o Hospital Materno-Infantil de Cruzeiro do Sul, na estrutura do antigo hospital geral do município. Cruzeiro do Sul tem 23 UBS deles um misto, os demais são Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 34 equipes de ESF, o que facilita um bom

atendimento da população. Dispõe também de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde.

A unidade básica de saúde móvel fluvial Juruá como seu nome indica fica no rio Juruá e trabalha com a equipe fluvial de ESF integrada por um médico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de dentista, um técnico de farmácia, uma vacinadora, uma cozinheira, uma microscopista, um gestor e quatro barqueiros. Viajamos para assistir as nossas comunidades durante dois dias de barco, uma vez por mês. Dentro três grupos comunitários na margem do rio Juruá e seus igarapé afluentes: (Alto de Juruá) o rio principal a dois dias da cidade de Cruzeiro do Sul, com suas comunidades: Fazenda São Geraldo, Simpatia, Tanajubas, Uruburetama, Lago do Muju. Outros grupos comunitários que ficam no Igarapé Valparaíso que fica na porção esquerda do rio Juruá a um dia de viagem de barco desde a distância de um dia pelo rio Juruá, com as comunidades seguintes: Terra Firme, Tartaruga, Patoá, Três Bocas, Santa Lucia e Foz de Valparaíso. Os últimos grupos comunitários na margem do Igarapé Mirim com localização na porção direita do rio Juruá a um dia de barco de igual porção de saída para Igarapé Valparaíso, com suas comunidades: prainha, Santo Antônio, Periquito, Extrema, Vista Alegre, Cachoeira de Açaí. Todas essas comunidades se caracterizam por ter suas moradias perto do rio, ter como trabalho pescaria e trabalho na rosa o lavora, não tem comunicação telefônica, poucos disfrutam de televisão parabólica, a rádio e o meio de informação. Assim também o único meio de comunicação ou transporte e barcos a través do rio. Os assentamentos populacionais estão formados por turmas familiares muito bem estabelecidos.

Iniciamos os atendimentos às 7 da manhã até 17 h da tarde. Ficamos na comunidade de 8 a 15 dias. Damos atenção médica a uma população de aproximadamente 2381 usuários, deles 1141 são homens e 1240 mulheres, que moram em comunidades muito longe uma da outra e precisamos de quatro até 5 horas de viagem entre uma e outra. No seguinte quadro pode se olhar a distribuição de usuário por sexo e grupo de idade.

Idades	Homens	Mulheres	Total
< 1 ano	20	11	31
1 e 4 anos	220	235	455
5 e 9 anos	242	270	512
15 e 19 anos	59	63	122
20 e 39 anos	204	191	395
40 e 49 anos	79	84	163
50 e 59 anos	102	92	194
>60	25	49	74
Total	1141	1240	2381

A estrutura da UBSF de minha unidade de saúde, por ser itinerante, não possui as condições próprias de uma UBS permanente e fixa da atenção básica, no entanto permite levar atendimento de saúde a essa população tão longe e esquecida do Brasil, sendo uma grande conquista do SUS). Esta faz 60 meses em funcionamento, não são desenvolvidas atividades de ensino, geralmente inclui fins de semana em nosso atendimento. Temos uma área de abrangência muito extensa geograficamente, por isso ainda não temos o cadastro de toda população. A última atualização do cadastro foi em 2014, onde contávamos com 2381 pessoas, representando 80% do território, não foi concluído por falta de agentes comunitários. Nossa UBSF tem janelas para circulação de ar e iluminação natural, as paredes internas e externas podem ser laváveis, O piso é lavável e tem superfície lisa e antiderrapante, temos pequeno almoxarifado, só temos uma sala para curativos e nebulização, temos farmácia, temos uma equipe de odontologia e educação em saúde de como escovar os dentes e evitar cárie, temos sanitários para funcionários e usuários não deficientes, temos cozinha, Não temos sala para recepção nem para reuniões, não temos consultório com sanitário, não temos escovódromo, mas

não temos área para o compressor por isso o dentista somente realiza extrações não temos depósito de limpeza, lavagem e descontaminação, esterilização, lixos. Não têm sala para coleta clínica, não têm telas mosquiteiras, não têm armário, prateleiras. Então as características são peculiares a uma UBSF dentro de um barco, mas garantem o atendimento a uma população espalhada no rio Liberdade e Juruá.

Nossa UBSF tem equipamentos e instrumentos como: autoclave, balança de adulto, estetoscópio, glicosímetro, tensiometro, muito utilizado em nosso dia a dia. Não dispomos de aparelhos de otoscópio, rinoscópio e oftalmoscópio, estas ausências repercutem na qualidade do atendimento. Mesmo tendo atendimento odontológico sua qualidade fica afetada por falta de consultório e aparelho adequado como cadeira odontológica e amalgamador. O atendimento fica reduzido à promoção de saúde bucal e extração dentaria, sendo realizado em salas de aulas das escolas da prefeitura e outras vezes no barco.

Não temos sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliários, também não temos sistema de revisão da calibragem para esfigmomanômetros, balanças. Temos um sistema de reposição de material de consumo. Não dispomos de nenhum equipamento de comunicação e informática, por isso não dispomos de prontuários eletrônicos, esse é um elemento muito importante já que pessoalmente afeta o desenvolvimento de nossa especialização, permanecemos muitos dias no rio e as tarefas acabam atrasando. O estoque de medicamentos está deficiente, havendo falta de alguns como: expectorante, antibióticos, antifungo, musculo-relaxantes, vitaminas, e outras necessárias. Temos muito ainda a fazer para melhorar o atendimento da população, mudar modos e estilos de vida para promover saúde, o que é desafiador, mas com bom empenho da equipe podemos alcançar sucesso.

Em nossa UBSF o acolhimento é feito por toda a equipe de saúde, (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, vacinador, técnico de farmácia, agentes comunitários da área e gestor da equipe fluvial), seguido de uma palestra de promoção de saúde, com ênfase em doenças mais frequentes da região de abrangência. Mais que uma palestra, fazemos um intercâmbio de conhecimento tentando fixar de maneira positiva e



mudando os conhecimentos errados sobre doenças da área como: malária, leishmaniose, amebíase, enterocolite, verminose, doença diarreica aguda, gripe e outras, onde participam todos os integrantes da equipe fazendo ênfases em seu tema de saúde de abrangência. Posteriormente um pessoal da equipe (técnico de enfermagem) que faz a triagem continua sua distribuição para cada serviço de saúde oferecido. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento.

As Equipes de Saúde da Família devem acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população da área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios. O trabalho se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, demonstrando melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados.

Na nossa UBSF todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, o qual consiste em identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, as sinalização das instituições sociais como escolas, igrejas, assim como, grupos de agravos, entre eles hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase garantindo a participação de integrantes da equipe como são: médico, enfermeira, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, e agentes comunitários.

Além de realizar pequenas cirurgias em atendimentos de emergências, realizamos também a busca ativa de usuários faltosos que precisam de atendimento e cuidado ao domicílio, que podem ser feitos por: médico, enfermeira, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários. Fazemos curativos, educação e cuidados de saúde, aferimos a pressão arterial, realizamos consulta médica e de enfermagem, fornecimento de medicamentos, aplicação de medicação pela via tópica e injetável, vacinação, realizamos revisão puerperal, fazemos encaminhamentos ao hospital municipal de Cruzeiro do Sul, notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis e fazemos busca ativa destas doenças.

Para todas as ações procuramos respeitar os protocolos do MS. Realizam-se atividades de grupo com adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, atividade com aleitamento materno, combate de tabagismo, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, fazemos atividade de controle social, participamos de atividade de qualificação profissional, de fortalecimento de controle social, que são multiprofissionais, temos gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBSF. Realiza-se reunião quinzenal onde discute os problemas da unidade.

A saúde das crianças é abordada como um tema de suma importância na atenção primária, pois poderá refletir na redução da mortalidade infantil e garantir o correto desenvolvimento e crescimento das crianças. A atenção à criança é realizada uma vez ao mês de forma itinerante, participam dos atendimentos o médico, a enfermeira, o vacinador, o técnico de enfermagem e o dentista. Os agentes de saúde colaboram neste atendimento dando palestras e fazendo visitas domiciliares aos recém-nascidos. Acompanhamos de 31 crianças com menos de um ano, representando 66% de cobertura. Destas, 15 (50%) das crianças receberam a consulta antes de sete dias. Nossa área ribeirinha tem cantos que são de difícil acesso e muitas mães não têm possibilidade de viajar a cidade de Cruzeiro do Sul, em razão disso é frequente o parto domiciliar. Como não temos agentes comunitários suficientes, não temos controle da zona de abrangência e não conseguimos realizar as consultas em tempo. As consultas são realizadas uma vez ao mês, em todos os turnos do atendimento. Não utilizamos protocolo de atendimento, todas as ações são desenvolvidas na UBSF entre elas temos: entrevista, exame físico, avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor, avaliação do funcionamento familiar, diagnóstico psicológico da mãe.

As consultas são registradas em prontuário clínico, em formulário especial da puericultura, com controle de evolução pondo-estatural, todos os dados são atualizados na caderneta de saúde da criança. Fazemos avaliação de risco da criança considerando os fatores pré-natais, pós-natais, ambientais e sociais. Há demanda para doenças agudas das crianças, sendo as mais frequentes infecção respiratória, verminose e doenças da pele. Fazemos reuniões quinzenais para o planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura. O atendimento à criança na comunidade tem que melhorar em

alguns pontos como realizar a primeira consulta e o teste do pezinho antes de sete dias, atualmente só conseguimos realizar estas ações para 70% das crianças. Para isso, um dos pontos a serem buscados são a estabilização e estímulo ao trabalho das ACS, além da adoção do protocolo do MS.

Em relação à atenção pré-natal, cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador da qualidade dos cuidados maternos. Neste sentido ainda temos muito que fazer já que temos 22 gestantes cadastradas e somente 15 (68%) iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre. Os exames complementares foram solicitados a 100% na primeira consulta, assim como a prescrição de sulfato ferroso, também tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo, 77% das gestantes estavam vacinadas contra hepatite B e tétano conforme protocolo de vacinação. Temos muito a fazer em relação a atenção da saúde bucal das grávidas, pois apenas 59% tinham a primeira consulta odontológica. Atenção especial deverá ser dispensada à gravidez de risco, onde as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª e 36ª semanas e semanais a partir da 37ª até o nascimento.

A consulta de pré-natal de baixo risco é realizada pela enfermeira, que tem boa capacitação para oferecer esse atendimento, realiza-se mensalmente, se for preciso atenção médica em gestantes que demandam atendimento para problemas de saúde agudos, este atendimento é realizado imediatamente. Da mesma forma, nesta ação programática temos problemas com o cadastramento, conhecemos apenas 22 (68%) das gestantes da área da abrangência pela falta de agentes comunitários de saúde por isso só fazemos o acompanhamento destas, as demais estimadas estão em áreas não cadastradas. As gestantes cadastradas têm bom seguimento, tratamos de fazer a captação no primeiro trimestre, fazemos exame físico completo com exame de mamas e citologia, todas ficam com a data da próxima consulta agendada, são vacinadas e imunizadas, se faz promoção de aleitamento materno assim como há estímulo aos hábitos alimentares saudáveis, se faz planejamento familiar e entrega de anticoncepcional.

A atenção ao puerpério foi de 25 puérperas (100%), dela 12(48%) consultaram antes dos 42 dias e tiveram suas consultas puerperais registradas, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido,

orientações sobre aleitamento materno e planejamento familiar, ainda de ter feito exame de abdômen, nenhuma teve o exame ginecológico feito. Temos que trabalhar para conseguir que 100% das puérperas realizem a consultas antes dos 42 dias pós-parto. A melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério que podem reduzir a mortalidade infantil e materna. Ainda temos que trabalhar para melhorar a cobertura e conseguir cadastrar o 100% das mulheres em idade fértil. Outras ações desenvolvidas pela UBS são o controle dos cânceres de colo de útero e de mama. Temos 376 mulheres de 25 a 64 anos, delas 60% estão com exame de colo de útero em dia, com só um caso de exame alterado. Assim, dos 225 exames realizados obtivemos 100% de amostras satisfatórias. O exame preventivo de colo de útero é feito uma vez por mês, a enfermeira e médico executam essas ações, além de investigar os fatores de risco com a ajuda de agente comunitário e da técnica de enfermagem. O atendimento às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico é registrado em prontuário clínico e livro de registro, existe arquivo para registro dos resultados dos exames, nas reuniões quinzenais de equipe realizamos a avaliação deste programa. Nos grupos com as mulheres, fazemos atividades de promoção e prevenção de saúde, orientamos sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais, tabagismo e realização do exame preventivo de colo de útero, estimulamos à prática da atividade física.

O rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos acontece em todos os atendimentos, temos 92 mulheres, com cobertura de 78% da população estimada, apenas 16 mamografias foram realizadas este ano, já que a usuária não faz o agendamento de exame. Temos 74 usuárias (84%) com mamografia atrasada em mais de três meses, assim somente 17% mantêm sua mamografia em dia. O exame clínico de mama é efetuado pela enfermeira e pelo médico como parte de exame físico geral do usuário e registrado nos prontuários clínicos. Também estamos fazendo promoção do autoexame de mama e da sua importância, uma técnica muito simples onde a usuária pode detectar aparição de nódulos pequenos. Ainda temos muito por fazer para ter melhores resultados na pesquisa de câncer de colo e mama e nosso trabalho está planejando mudar esta realidade.

A UBSF em quanto a usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de uma estimativa pelo CAP de 480 usuários só temos um total de 61 usuários cadastrados (15% de cobertura da população estimada), todos acompanhados pela UBS, esta baixa prevalência pode refletir os hábitos alimentares da população ribeirinha, longe da grande cidade com uma alimentação a base de peixes. Todos têm estratificação de risco cardiovascular, somente três tem consultas atrasadas com mais de sete dias, somente 30 tem exames complementares em dia, todos receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional. Avaliação de saúde bucal foi realizada em 46 (62,2%) usuários.

O programa de diabetes mellitus na unidade, que tem uma estimativa de 120 pela CPA só temos 9 usuários para o 6% da cobertura estabelecida, todos têm estratificação de risco cardiovascular, seis deles (66.6%) tem exame complementar realizado, temos sete com exame físico dos pés e com orientações nutricionais para conseguir uma alimentação saudável, seis (77,7%) tem avaliação odontológica. Devemos trabalhar na busca ativa de usuários assintomáticos, visando identificar mais portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus não diagnosticados, que não assistem às consultas e que apresentam fatores de risco para desenvolver estas doenças, intensificar a fala sobre os danos provocados por o consumo excessivo de álcool, tabagismo e outros fatores de risco, além dos sinais de complicações destas doenças crônicas.

O atendimento é realizado pelo profissional da equipe de maior experiência em atenção a hipertensos e diabéticos (médico). Também são atendidos todos os problemas de saúde agudos dos usuários e são ofertados atendimentos especializados quando precisar. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos.

Assim em quanto à atenção à saúde do idoso, é realizado atendimento todo mês pelo médico e enfermeiro. Após a consulta o idoso sai da UBSF com a próxima consulta programada agendada. Neste momento temos 74 idosos acompanhados de forma irregular, representando 100% de cobertura, além destes atendemos alguns de fora da área que nos procuram. São desenvolvidas ações em cuidado aos idosos como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da

saúde bucal, da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, obesidade, sedentarismo, tabagismo e se necessário, são encaminhados para tratamento.

Realizam-se visitas domiciliares com avaliação e monitoramento das ações dispensadas mais não se produzem relatórios, dificuldade a ser superada pela equipe. Fazemos atividades com os idosos com participação deles, temos ainda que melhorar a avaliação de saúde bucal, que 90% não estão avaliados. Os 74 idosos (100%) não tem caderneta de saúde, nenhum deles tem avaliação multidimensional rápida, deles 66 tem acompanhamento em dia. Temos um total de 58 usuários (78%) com hipertensão arterial e 9 (12%) são diabéticos, nenhum tem investigação de indicadores de fragilização na velhice. Ainda temos muito que trabalhar para melhorar os atendimentos às pessoas idosas, eles são mais vulneráveis às doenças crônicas que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. A equipe tem que identificar por meio de visitas domiciliares estas doenças, fazendo um processo diagnóstico multidimensional.

A UBS tem alcançado melhores indicadores de saúde por ter um médico e um dentista estabelecido e fixo, mas ainda temos que tentar melhorar para conseguir indicadores de qualidade que cheguem a 100% no atendimento dos grupos populacionais: mulheres em idades férteis, mulheres com risco pré-concepcionais, adolescentes, idosos, grávidas, menores de um ano, hipertensão arterial, diabetes mellitus. O atendimento odontológico tem que ser melhorado, assim acrescentar a realização de exames citopatológico a todas as mulheres de 25 a 64 anos, ter um melhor controle pré-natal que seja iniciado no primeiro trimestre.

Esta equipe de saúde faz trabalho itinerante em populações de difícil acesso para melhorar os indicadores de saúde, para garantir a uma população quase esquecida atenção médica, com visão preventiva, incrementar os exames citopatológico e mamografias em mulheres com avaliação de risco e com mulheres que estão com exames em atraso é uma meta desta equipe, trabalhar na pesquisa ativa de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus faltosos é outra tarefa, sem esquecer o usuário idoso que precisa envelhecer acompanhado por uma atenção de qualidade a sua saúde

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

A UBSF Juruá apresenta características diferentes a outras unidades, com uma população da área de abrangência ampla (2381 habitantes), com condições de vida muito difícil, hábitos e costumes diferentes a nossa população urbana, assim o Análise Situacional foi a ferramenta ideal para conhecer melhor a população ribeirinha, possibilitando compreender melhor onde estão as principais dificuldades, para desenvolver uma melhora dos serviços, e garantindo assim a qualidade da atenção a essa população esquecida. Também o Análise Situacional permitiu definir dificuldades dentro da equipe que precisava ser resolvida, muitas pela primeira vez foram abordadas como: necessidade de aumentar o número de ACS da área de abrangência que prejudica também o acesso ao atendimento dos pacientes a UBSF. Outra foi a falta de organização no manejo com os pacientes idosos outro fator que dificulta a acessibilidade às consultas, já que não tinham prioridade nos agendamentos. Não há a adoção de protocolos de atendimento, o que prejudica a qualidade do serviço prestado sendo de suma importância imediata intervenção neste quesito, também é visível a necessidade de qualificação clínica por parte da equipe, para que aja uma padronização de condutas e manejo dos pacientes, o comprometimento das ACS na busca por pacientes da área e na identificação de necessidade de visita domiciliar também necessita de avaliação e padronização.

#### **Análise Estratégica**

##### **2.1 justificativa**

O envelhecimento é considerado um problema de saúde pública, com previsão de aumento nas próximas décadas, não só pelo próprio envelhecimento em si, mas porque a par deste existe um sistema de saúde e proteção social que não está preparado para enfrentar os problemas e necessidades das pessoas idosas e das suas famílias, por isso, a atenção básica de saúde precisa estar preparada para lidar com estes usuários.

Na análise situacional descreve-se a cobertura de 100% de idosos da área de abrangência que tinham seguimento irregular com acompanhamento inadequado pela metodologia preconizada pelo ministério de saúde para atenção dos idosos, as mudanças frequentes do pessoal, as condições de difícil de trabalho, assim como as necessidades de agentes de saúde na região faziam acreditar que não tinham outro jeito de melhorar a atenção ao paciente idosos, situação que justificou a realização do trabalho em essa população com características de vida muito diferentes ao resto das comunidades urbanas e rurais.

A capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos usuários idosos precisa ser pensada, pois há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação. Pode-se demonstrar que o atendimento ao idoso, de forma fragmentada, sem avaliação de sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença repercute negativamente na sua saúde, entendida como o maior bem-estar biopsicossocial. Os idosos utilizam número elevado de consultas que acarretam o grande consumo de medicamentos e ainda uma maior realização de exames complementares e procedimentos médicos especializados. O protocolo de atendimento ao idoso produz melhores resultados e qualifica a assistência.

Esta é a situação da UBSF Juruá, a qual por ser itinerante para prestar atenção à família ribeirinha, não possui as condições estruturais próprias de uma UBS permanente e fixa da atenção básica. No entanto, esta é uma maneira factível de levar atendimento a essa população longínqua e esquecida do Brasil e é uma grande inovação do SUS. Encontra-se há 60 meses em funcionamento, conta com uma equipe de saúde composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, técnico de farmácia, vacinador, dentista, auxiliar de dentista, cozinheira, além de quatro ou cinco barqueiros. Não dispomos de número suficiente de ACS em nossa área de abrangência. Nossa UBSF tem janelas para circulação de ar e iluminação natural, as paredes internas e externas podem ser laváveis, O piso é lavável e tem superfície lisa e antiderrapante, temos pequeno almoxarifado, só temos uma sala para curativos e nebulização, temos farmácia, temos uma equipe de odontologia e educação em saúde de como escovar os dentes e evitar cárie, temos sanitários para



funcionários e usuários não deficientes, temos cozinha, Não temos sala para recepção nem para reuniões, não temos consultório com sanitário, não temos escovódromo, mas não temos área para o compressor por isso o dentista somente realiza extrações não temos depósito de limpeza, lavagem e descontaminação, esterilização, lixos. Não têm sala para coleta clínica, não têm telas mosquiteiras, não têm armário, prateleiras. Então as características são peculiares a uma UBSF dentro de um barco, mas garantem o atendimento a uma população espalhada no rio Liberdade e Juruá.

A população desta área ribeirinha é de 300 famílias, com uma população idosa de 74 usuários cadastrados na UBS, representando 49% da população idosa estimada. Fazemos atividades educativas com este grupo, com participação do total de 74 idosos cadastrados, 9% tem avaliação de saúde bucal, 1% possuem caderneta de saúde, 0% tem avaliação multidimensional rápida, 66 tem acompanhamento em dia. Destes, 78% tem hipertensão arterial e 12% tem diabetes mellitus.

Realizamos grupos com esta população, com participação de todos, no entanto precisamos trabalhar para melhorar os atendimentos e as atividades educativas, afinal esta população é mais vulnerável às doenças crônicas que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de ambulação, o que determina também redução da autonomia. A equipe tem que estar capacitada a identificar por meio de visitas domiciliares estas doenças, fazendo diagnóstico multidimensional.

Ainda temos muito que trabalhar para melhorar os atendimentos às pessoas idosas, nossa intervenção tentará focar seus objetivos em garantir à integralidade de atenção a estes usuários, melhorando a qualidade das consultas e propiciando maior expectativa de vida aos mesmos e, por consequência, à comunidade em que estão inseridos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade Básica de Saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre.

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

1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso da UBSF Juruá.

2- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

3- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde

4- Melhorar registros das informações

5- Mapear os idosos de risco da área de abrangência

6- Promover a saúde da população idosa.

#### 2.2- Objetivos específicos:

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso da UBS Itinerante Da Família Fluvial Juruá.

Meta1- Garantir o cadastro a 80% dos idosos da área de abrangência

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde  
Meta 2.1- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

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

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

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

Meta 2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVO 4- Melhorar o registro das informações

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

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

Meta 4.3- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

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

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

META 5.2- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, fragilização na velhice, responsabilidade do médico de UBS.

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

OBJETIVO 6. Promover a saúde dos idosos

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

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

META: 6.3- Garantir orientações sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção terá duração de quatro meses, na Unidade Básica de Saúde Fluvial Juruá, em Cruzeiro do Sul-Acre. Terá como população alvo todos os idosos com mais de 60 anos da área de abrangência, com uma estimativa em 150 em correspondência com o 6.2% da população total, mas essa estimativa não se pode aplicar em relação a nossa população ribeirinha, que como seu nome indica mora na ribeira do rio, em condições especiais de risco para a vida dos idosos pela enchente, alagamentos, doenças transmissíveis pelas águas do rio, ainda de ter muitas migração para cidades, garantindo sua tranquilidade e seguridade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**OBJETIVO 1.** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso da UBS Itinerante Da Família Fluvial Juruá.

Meta. Garantir o cadastro a 80% dos idosos da área de abrangência

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

-Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde;

Detalhamento: Será estruturada a cobertura adequadamente em próximos três meses, através da verificação do cadastro das ACS e agenda da UBS, será de responsabilidade do médico.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.**

-Ação. Acolher a todos os idosos da área de abrangência.

Detalhamento: Será realizado por os integrantes da equipe de saúde em todo os horários de funcionamento da UBSF, garantindo prioridade para usuários de 60 anos ou mais.

-Ação. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde nas visitas domiciliar.

Detalhamento: Os ACS farão esta ação nas visitas domiciliares e toda a equipe de saúde da UBS estará apta a informar à comunidade.

-Ação. Atualizar as informações do SIAB

Detalhamento: mensalmente através do cadastro ao idoso, que será de responsabilidade do médico.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento: os ACS farão esta ação nas visitas domiciliares semanal e terá supervisão pela enfermeira mensalmente, e não só durante o período estabelecido pelo programa, também será estabelecido nas atividades do dia a dia da equipe, esta ação terá uma planilha de atividades a idosos.

-Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Será feito nos quatro meses, durante as visitas domiciliares que ocorrem diariamente, ação de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde e será supervisionado pelo médico nas comunidades em cada visita domiciliária.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: Estas ocorrerá nas reuniões semanais da equipe e será de responsabilidade do médico sua realização todas segundas-feiras a 4h da tarde.

-Ação: Capacitar os ACS na busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço de saúde,

Detalhamento: Que será de responsabilidade da enfermeira e médico da equipe, que será feito nas reuniões da equipe semanal na segunda feira a 4h da tarde.

-Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização para evitar desinformação e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade.

Detalhamento: a capacitação da equipe será feita de 15 em 15 dias, fazendo palestras e conversa de toda a equipe, será feito pelo médico da equipe nas reuniões da segunda-feira.

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

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

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

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

Detalhamento: durante a primeira consulta ou em outras sem for preciso, através da escala multidimensional de avaliação, será responsabilidade do médico da equipe.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.**

-Ação- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos como balança, antropômetro, Tabela de Snellen.

Detalhamento: o médico da unidade será o responsável de combinar com o gestor da unidade os aparelhos para garantir a atividade, será combinada na primeira reunião da equipe.

Ação- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: o médico da unidade será o responsável da distribuição das atividades de cada integrante da equipe, garantindo sua capacitação da referida atividade, será combinada na primeira reunião da equipe.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO.**

-Ação- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: nas visitas domiciliares, nas consultas agendadas, nas palestras e conversa com a população, será durante o período de implementação do projeto e responsabilidade do médico da equipe e colaboração de toda a equipe da UBS.

-Ação - Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: toda a equipe tem a responsabilidade de compartilhar condutas positivas que garantem o controle social, nas consultas agendadas, nas visitas domiciliares programadas, durante o desenvolvimento do projeto.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação - Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBSF.

Detalhamento: durante a reunião da equipe na segunda-feira terá planejado conversas e palestras de capacitação, compartilhada a responsabilidade do médico e enfermeira da equipe.

-Ação-Treinar a equipe em aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida,

Detalhamento: responsabilidade do médico da equipe, nas reuniões da segunda-feira, mostrar como interroga, examina e avalia o usuário idosos.

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

Detalhamento: responsabilidade do médico da equipe, nas reuniões da segunda-feira mostrar que elementos que devemos ter presentes para encaminhar idosos com patologias mais complexas.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: será feito através do prontuário individual do usuário e ficha espelho pelo médico, mensalmente na consultas e visitas domiciliares.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

-Ação-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos no período da consulta,

Detalhamento: Os gestores da UBSF junto com o médico da equipe distribuíram as atribuições de cada membro da equipe, diariamente antes do início das consultas e serão responsáveis da realização da mesma.

-Ação-Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, no período maior de três meses.

Detalhamento: os ACS que visitaram todos idosos faltosos, o dia seguinte a sua falha a consulta agendada e a enfermeira terá responsabilidade como cumprimento desta tarefa.

-Ação-Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, em o período inferior a quinze dias.

Detalhamento: responsabilidade de todos os integrantes da equipe o acolhimento ótimo de idosos hipertensos e diabético em agendas prioritárias em período inferior a quinze dias, o médico da equipe terá máxima responsabilidade com nesta ação.

-Ação-Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, no período menor a treita dias.

Detalhamento: responsabilidade do médico da equipe combinar no início do projeto avaliação de idosos que precisaram especialidade de neurologia e angiologia em período menor a treita dias.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe que em cada consulta programada e em cada visita domiciliaria orientará sobre essas doenças e sua frequência em idosos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação- Qualificação da Prática Clínica:

O treinamento da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas será realizado pelo médico, com base no manual do Ministério da Saúde Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.



Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe em reunião semanal a través de conversa e palestra sobre exame clínico com base no manual do Ministério da Saúde Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

-Ação-Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe e enfermeira semanalmente nas reuniões das segundas feiras, determinar os erros no registro de procedimento e capacitar a equipe pelas conversas e palestras orientadoras.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: será feito através do prontuário individual do usuário e ficha espelho, se monitorará pela equipe semanalmente na segunda feira, ficará de responsabilidade da enfermeira e médico o controle da tarefa.

-Ação-Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: se monitorará com prontuário individual do usuário e ficha espelho será de responsabilidade do médico e fara em cada atendimento nas consultas como em visitas domiciliares.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Garantir a solicitação dos exames complementares a 100% dos idosos da área de abrangência.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em cada atendimento diário nas consultas assim como em visitas domiciliares.

-Ação-Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, durante o período da intervenção.

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões municipais mensal dos gestores, responsabilidade do médico fazer seguimento diário nas consultas como em visitas domiciliares.

-Ação-Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, mediante registros nos prontuários e cadernetas individuais.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em cada atendimento diário nas consultas como em visitas domiciliares, a traves do registro no prontuário y ficha espelho.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação-Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: será efetivado pôr os ACS em visitas domiciliares. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas.

-Ação-Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: será efetivado pôr os ACS em visitas domiciliares. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de atendimento a idosos.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: o gestor da UBSF em visitas mensais a farmácia popular vai concretizar o acesso dos usuários idosos, responsabilidade do médico supervisionar dita atividade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Realizar controle de estoque assim como revisão de validade de medicamentos.

Detalhamento: atividade que vai ser feita por o técnico da farmácia da equipe da UBS, semanalmente e informara na reunião da equipe mudanças no fornecimento, responsabilidade do gestor o controle dessa atividade.

-Ação-Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como outros medicamentos controlados como antidepressivos, soníferos, e outros,

Detalhamento: atividade que vai ser feita por o técnico da farmácia da equipe da UBS, semanalmente e informara na reunião da equipe mudanças no fornecimento, responsabilidade do gestor o controle dessa atividade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação-Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular para Hipertensão e diabete, e possíveis alternativas para obter este acesso de forma gratuita, responsabilidades de todo a equipe da UBS.

Detalhamento: atividade que vai ser feita por todos os integrantes da equipe, semanalmente e informara na reunião da equipe mudanças na conduta dos idosos, responsabilidade do gestor o controle dessa atividade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, responsabilidades do médico da equipe.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de atendimento a hipertensão e diabete.

-Ação-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular de Hipertensão e diabete, responsabilidades do médico da equipe.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de informação atualizada do fornecimento semanal a dita instituição de saúde.

Meta 2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: será efetivado a través prontuário individual do usuário e ficha espelho pôr ACS em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento na comunidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, para sua atenção domiciliar.

Detalhamento: será efetivado pôr os ACS em visitas domiciliares. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de atendimento a idosos acamados e com problema de locomoção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação-Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde a través de prontuário individual do usuário e ficha espelho em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento na comunidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção no período menor a três meses.

Detalhamento: Atividade realizada por os ACS, enfermeira e médico da equipe na reunião semanal da equipe o responsável da concretização e organização será o médico da equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares, também será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento nas consultas e em visita domiciliar semanal

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: será efetivado a través prontuário individual do usuário e ficha espelho e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento na consultas e visitas domiciliar a trave do protocolo brasileiro de atendimento a hipertensão arterial sistólica.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde, em consultas e em visitas domiciliares será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento e em visita domiciliar semanal

-Ação-Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica na unidade de saúde.

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões municipais mensal dos gestores, responsabilidade do médico fazer seguimento diário nas consultas como em visitas domiciliares

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento e em visita domiciliar semanal.

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento semanal

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação- A capacitação da equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, será realizada pelo médico e pela enfermeira, durante a reunião de equipe, e será utilizado como referência a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.8- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 MMHG ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: será efetivado a través prontuário individual e ficha espelho pôr o médico sua avaliação em cada atendimento em consultas e visitas domiciliaria a trave do protocolo brasileiro de atendimento a hipertensão arterial sistólica.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM da área de abrangência.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento.

-Ação-Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões municipais mensal dos gestores, responsabilidade do médico fazer seguimento de sua realização.

-Ação-Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em prontuários e fichas espelho do idosos.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação-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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário assim como também em visita domiciliar semanal

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de hipertensão arterial sistólica.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde a través do prontuário individual e ficha espelho que será preenchida, com responsabilidade do odontologista.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, tanto nas consultas agendadas como em demandas espontâneas.

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal.

-Ação-Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal.

-Ação-Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal.

-Ação-Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.



Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares. E será responsabilidade do odontologista sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar quinzenal.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do odontologista sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar quinzenal.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação-Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de atendimento odontológico a idosos.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação-Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período de três meses.

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde a través do prontuário individual e ficha espelho onde será preenchida seus dados em consultas e visitas domiciliaria com responsabilidade do odontologista.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal.

-Ação-Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares a través do prontuário individual e ficha espelho onde

será preenchida seus dados, e será responsabilidade do odontologista sua avaliação

-Ação-Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: nas terças e quintas feiras na UBSF serão oferecidas dez consultas a esse grupo prioritários dos idosos, que será de responsabilidade do gestor.

-Ação-Oferecer atendimento prioritário aos idosos

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar quinzenal

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação- 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.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares, será responsabilidade do odontologista sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar quinzenal

-Ação- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares e será responsabilidade do odontologista sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar quinzenal

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

Detalhamento: A equipe toda fará esta ação nas visitas domiciliar e em horários de funcionamento da UBSF e o responsável pela concretização da estratégia será o odontologista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo odontológico do Brasil.

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso que fara em reunião da equipe semanal na segunda feira.

-Ação-Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso com palestra e conversas que fara em reunião da equipe semanal.

-Ação-Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista capacitar os ACS para realizar captação dos idosos com palestra e conversas que fara em reunião da equipe semanal.

-Ação-Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista capacitar o cirurgião dentista para realização de primeira consulta odontológica dos idosos, que fara em reunião da equipe semanal na segunda feira.

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

-METAS-Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: a través do prontuário individual e ficha espelho onde será preenchida as datas, será responsabilidade do médico sua avaliação semanal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Ao final de cada semana se revisarão os prontuários dos idosos com consultas agendadas que não vieram as mesmas, o agente comunitário de saúde realizará a busca ativa do idoso faltos, supervisionará esta atividade pela enfermeira.

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

Detalhamento: será realizada o atendimento nas quintas feiras, no horário da tarde pelo médico.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO.

-Ação-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde. E será responsabilidade do médico sua avaliação em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal

-Ação-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde nas visitas domiciliares e em reuniões agendadas em as comunidades para divulgação do projeto, será responsabilidade do médico.

- Ação-Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde nas visitas domiciliares e em reuniões agendadas em as comunidades para divulgação do projeto, será responsabilidade do médico.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Treinar os ACS para a orientação de idosos e sua periodicidade.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, em reunião semanal nas segundas fazer conversa e palestra sobre consultas e periodicidades em os usuários idosos.

-Ação-Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, em reunião semanal nas segundas feira, fazer conversa e palestra sobre consultas e periodicidades em os usuários idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: monitoração semanal a través do prontuário individual e ficha espelho onde será preenchida os dados de qualidades, e responsabilidades do médico da equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, em reunião semanal nas segundas feiras, fazer conversa e palestra sobre SIAB atualizado.

-Ação-Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: será fornecimento de material necessário para o acompanhamento com planilha e registro dos usuários idosos, responsabilidades do gestor da equipe que semanalmente fará entregue nas reuniões da equipe.

-Ação-Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: será feito semanalmente em reuniões com responsabilidades do médico da equipe.

-Ação-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, definir o responsável do monitoramento dos registros, fará controle através prontuários e fichas espelho semanalmente.

-Ação-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.

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, definir o responsável do monitoramento dos registros, fará controle através prontuários e fichas espelho semanalmente

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será realizado pôr todo a equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares a traves de palestras e conversa mensal para divulgação do projeto.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, na primeira reunião da equipe, com encontros práticos semanais, fará controle através prontuários e fichas espelho semanalmente.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

-Ação-Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, será feito a cada consulta do idoso.

Detalhamento: responsabilidades do técnico de enfermagem, semanalmente informara das cadernetas fornecidas, fará controle através prontuários e fichas espelho semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões municipais mensal dos gestores e informará para todo a equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde nas visitas domiciliares e em reuniões agendadas em as comunidades para divulgação do projeto.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, ocorrerá nas reuniões de equipe

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe, na primeira reunião da equipe, com encontros práticos semanais, fará controle semanalmente das cadernetas preenchidas.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fará controle através prontuários e fichas espelho em consultas mensal a trave do protocolo brasileiro de atendimento a idosos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação-Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em consultas mensal agendadas a trave do protocolo brasileiro de atendimento a idosos.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em consultas mensal agendadas a trave do protocolo brasileiro de atendimento a idosos

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de palestras e conversas orientadoras.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe o monitoramento dos idosos para indicadores de fragilização na velhice, a traves de registros, fará controle através prontuários e fichas espelho mensalmente em consultas e visitas domiciliares.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação-Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: será feito pôr todo a equipe de saúde em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do médico sua avaliação

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do médico sua avaliação.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de palestras e conversas orientadoras.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe o monitoramento dos idosos para avaliação nas redes sociais, a traves de registros fará controle preenchendo o prontuários e fichas espelho mensalmente em consultas e visitas domiciliares fará sua avaliação.

-Ação-Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: será efetivado o monitoramento dos idosos para avaliação na rede social deficiente pôr o médico, a traves de registros fará controle preenchendo o prontuários e fichas espelho mensalmente em consultas e visitas.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

-Ação- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosa com rede social deficiente.

Detalhamento: será feito pelos Agentes Comunitários de Saúde em todas quartas fêrias, no horário da tarde e será responsabilidade do médico sua avaliação.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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



Detalhamento: será efetivado por toda a equipe de saúde em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do médico sua avaliação.

-Ação- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa tanto nos trabalhos, igrejas, escolas, grupos de apoio a grupos especial és e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em cada atendimento diário nas consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do médico sua avaliação.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Ação-Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de palestras e conversas orientadoras

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Semanalmente a equipe examinará as fichas espelho dos idosos no ambiente da unidade para identificar as orientações nutricionais e será de responsabilidade do médico e da enfermeira.

-Ação-Monitorar o número de idosos com obesidade ou desnutrição.

Detalhamento: será feito pelo médico da equipe que registrará e fará controle dos prontuários e fichas espelho, com uma periodicidade semanal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: responsabilidades do médico da equipe definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis fara dita definição em reunião semanal da equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento Atividade que realizaram os ACS na comunidade em visitas domiciliares, responsável da concretização e avaliação a enfermeira da equipe de forma semanal nas reuniões semanais

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

-Ação-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".

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de palestras e conversa com a equipe.

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave do protocolo brasileiro de hiperdia em idosos.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: será feito por toda a equipe de saúde a traves da análise dos prontuários e fichas espelho dos idosos, semanalmente, com responsabilidade e do médico e enfermeira.

-Ação-Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: será realizado pôr toda a equipe de saúde a traves da análise dos prontuários e fichas espelho dos idosos, semanalmente, com responsabilidade e do médico e enfermeira.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões semanal da equipe. Responsabilidade do médico fazer seguimento diário nas consultas como em visitas domiciliares.

-Ação- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: será feito pelo gestor da UBS, nas reuniões municipais mensal dos gestores, responsabilidade do médico fazer seguimento da tarefa.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO;

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

Detalhamento: será efetivado pôr todo a equipe de saúde em cada atendimento das consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do médico sua avaliação

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: será de responsabilidade do médico e fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a trave de palestras e conversa com a equipe.

META 6.3- Garantir orientações sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação-Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: toda a equipe de saúde registrará nas fichas espelho e prontuários individuais as atividades educativas fornecidas durante as semanas e o médico e enfermeira serão os responsáveis de atividade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: será responsabilidade do odontologista organizar o tempo médio de consultas fara em reunião da equipe semanal na segunda feira a traves de conversa com a equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO;

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

Detalhamento: será efetivado pôr toda a equipe de saúde em cada atendimento das consultas e em visita domiciliar semanal e será responsabilidade do odontologista sua avaliação

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: será responsabilidade do dentista capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias na reunião da equipe semanal na segunda feira a traves de conversa com a equipe.

### **3.2 Indicadores**

**Para monitorar o alcance das metas, utilizaremos os seguintes indicadores.**

Meta-1. Estruturar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.

Indicador-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.

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

Indicador-2 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

-Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Meta-2.2 realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos:

Indicador-3 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

-Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

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

Meta-2.3 realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados:

Indicador-4 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

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

Indicador-5 Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

-Numerador- Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

-Denominador-Número de idosos cadastrados no programa pertencente

na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta-2.5 cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

Indicador-6 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

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

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

Indicador-7 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

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

Indicador-8 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.

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

Indicadores-9 Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

-Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador-10 Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador-11 Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

-Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

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

Meta-3.1- buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas:

Indicador-12 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.

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

Indicador-13 Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

- Denominador: Número de idosos cadastrados nos programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta-4.2 distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados:

Indicador-14 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

Meta-5.1- rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas para risco de morbimortalidade:

Indicador-15 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

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

Indicador-16 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3- avaliar a rede social de 100% dos idosos:

Indicador-17 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

Meta-6.1- garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas:

Indicador-18 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta-6.2- garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos:

Indicador-19 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

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-20 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 consulta odontológica.

### **2.3.3 logística**

Para a implementação deste projeto de intervenção, com início previsto para dezembro de 2014, com duração de quatro meses, más pelos afastamentos prolongados durante as férias, o que determinaram a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semana para seja possível ajustar a situações do calendário estabelecido com a universidade. Inicialmente será realizada a qualificação da prática clínica nas reuniões de equipe, que ocorrerão na primeira segunda-feira de cada semana após os atendimentos dos usuários. Esta capacitação utilizará como base a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o

Caderno de atenção básica do MS: Diabetes, o manual do MS: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. O médico será o responsável por esta atividade e disponibilizará cópias de todos os documentos necessários para a equipe.

Para o registro das informações utilizaremos a ficha espelho y lós prontuários disponíveis na UBSF. Como o prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento aumento da saúde bucal, será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo curso para coleta destas informações. As cópias de todo este material estão disponíveis na UBSF.

A UBSF não dispõe de internet ou computador, assim os dados serão extraídos manualmente. Serão anotados os atendimentos clínicos, visitas domiciliares, atividades de promoção e prevenção de saúde, atendimentos odontológicos entre outros.

O material necessário para que a intervenção ocorra serão balanças e antropômetro para as consultas clínicas, material impresso utilizado para a divulgação da intervenção e para os registros, além dos recursos humanos já disponíveis na equipe. Cópias de ficha espelho, também serão necessárias. Solicitaremos à gestor, material como cartazes, folders e panfletos para serem afixados e distribuídos na UBS e em locais da comunidade, onde haja grande trânsito da população. Faremos o levantamento das fichas dos idosos cadastradas.

Para a realização deste projeto precisaremos de transporte fluvial para fazer visitas domiciliares, pois se trata de uma população ribeirinha onde as casas são muito distantes umas das outras.

Para melhorar a adesão ao programa de Saúde dos idosos vamos capacitar aos agentes comunitários de saúde para que saibam identificar idosos em atraso, através da caderneta de idosos. Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal. Capacitar as ACS para realização de buscas a idosos faltosos ao tratamento odontológico. Estas ações também serão realizadas pelo médico e enfermeira na UBSF.

A busca ativa dos idosos será realizada pelos ACS, assim como a orientação em saúde programada no projeto para a comunidade, estas visitas dos ACS ocorrerão diariamente. E serão cadastrados pela técnica de

enfermagem no cadastro geral da unidade, e terão consultas imediatas e agendadas para acompanhamento.

Ao chegar à UBS o idoso receberá orientações sobre sua prioridade na vacinação, atenção imediata e agendamento de consultas médicas e odontológicas, que vai ser oferecida pelos ACS de saúde de cada comunidade, serão fornecidas 5 consultas de atendimentos imediato para altos riscos para a saúde em idosos.

As consultas domiciliares serão agendadas com a enfermeira, através dos registros dos ACS. A busca dos usuários faltosos se fará pelo ACS e pela enfermeira, inicialmente através de contato pessoal, tentando uma conscientização da necessidade da atenção médica, e quando isso não for possível, o médico fará visitas domiciliares para averiguar a causa da falta. As visitas domiciliares serão realizadas na primeira segunda-feira do mês pela manhã, há canoas disponível na UBS para este fim já que nossa população mora na ribeira do rio.

Nas consultas clínicas, os usuários e seus acompanhantes receberão orientação de hábitos de vida saudáveis, prática regular de atividade física e Orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias serão realizado em todos os horários de atendimento da UBSF, realizadas por todos os membros da equipe, fazendo consultas integrais para promover saúde na população idosa.

Serão encaminhados para a avaliação odontológica onde será preenchida a ficha espelho. A caderneta de saúde da pessoa idosa será solicitada a unidade municipal por não ter na UBSF. Nos prontuários dos usuários constarão: data de nascimento, data da consulta, pressão arterial, glicemia capilar (se diabético), peso, altura, medicamentos em uso, queixas agudas e crônicas, resultados de exames e condutas tomadas.

Serão providenciadas uma quantidade de 100 cópias de todas estas fichas ao gestor. Neste momento também serão solicitados retornos trimestral para idosos sem morbidades, e a cada mês os idosos hipertensos e/ou diabéticos, se indicará exames laboratoriais rotineiros que serão feitos no centro diagnóstico do município, conforme a sua necessidade que vai ser agendada pela enfermeira na unidade de saúde de referência.

O gestor da UBSF (O profissional com formação em Gestão em Saúde, atua nos três níveis políticos e administrativos do SUS) conveniará com o gestor da unidade de saúde 25 de agosto a realização de exames para idosos que agendará de 15 a 15 dias. Além dos medicamentos existentes no estoque para o atendimento da população ribeirinha, o gestor da unidade UBS fluvial conveniará com a secretaria municipal a quantidade de medicamentos necessários pela população idosa da área de abrangência. Também serão incluídas atividades de promoção de saúde semanal na comunidade, que terão apoio áudio visual sobre o cuidado dos idosos, que serão solicitados pela enfermeira ao departamento da educação continuada do município. Serão entregues informação escrita para usuários e familiar mensalmente nas consultas agendadas, os ACS farão entrega domiciliar a usuários acamados, assim como a usuários faltosos.

A dentista fará a avaliação odontológica inicial de todos idosos, e suas respectivas orientações e planos de tratamento, que será registrado no prontuário, carteirinha e fichas odontológicas. Serão agendadas cinco consultas diárias para idosos, assim também se realizará visitas domiciliares trimestrais a idosos acamado pelo odontólogo e auxiliar de dentista com a finalidade de uma atenção integral ao usuário idoso.

Semanalmente a equipe examinará as fichas espelho dos idosos no ambiente da unidade para identificar: obesidade ou desnutrição, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	SEMANAS															
Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x











### **3 Relatório da Intervenção**

A projeto de intervenção centrado em Melhoria da atenção à saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde móvel fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre. Com uma programação de 16 semanas, só terá uma duração de 12 semana, devido a reajuste do curso pela universidade federal de pelota, buscando cumprir os objetivos propostos no projeto dentro dos quatro eixos (qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão), buscou-se dar andamento às seguintes ações:

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

Para qualificar a prática clínica houve capacitação da equipe para o acolhimento aos idosos e dos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como treinamento dos ACS e da equipe para a orientação de idosos quanto a realização das consultas e sua periodicidade e estabelecer junto a equipe a periodicidade das consultas. Foram realizadas orientações nas duas primeiras reuniões da equipe, nas segundas-feiras à tarde, após o atendimento da população, reforços nestas orientações ocorreram nas reuniões mensal da equipe.

Os ACS foram orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, e orientados para o reconhecimento das necessidades de acompanhamento domiciliar em cada caso. A equipe de saúde foi capacitada também para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo utilizado a VI Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão (2010e o Caderno de Atenção Básica para Diabetes Mellitus).

Foi pactuado com a equipe, durante as reuniões, o meio de registro das informações, estabelecendo o uso de fichas-espelho, prontuários e da Caderneta de Saúde do Idoso. Nesta oportunidade a equipe foi treinada para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e também para fornecer orientações para a comunidade das alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular a todos os usuários no grupo de Hipertensão e diabete. A capacitação para orientações de saúde bucal foi realizada pelo dentista da UBS.

Para fortalecimento do engajamento público os ACS faziam esclarecimento a comunidade em suas visitas sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, utilizando as orientações realizadas nas reuniões de equipe. A enfermeira, o médico e o dentista faziam os esclarecimentos das pessoas que compareciam na UBS. Além disso, a informação sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, foi dada no decorrer da intervenção por toda a equipe.

A comunidade também foi orientada pela equipe sobre a importância de controles de fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, DM, pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, consultas e a periodicidade recomendada, necessidade de exames complementares, acesso aos medicamentos em Farmácia Popular, os idosos de alto risco eram orientados sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

No eixo de monitoramento e avaliação foi monitorada a cobertura e cadastro dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, esta ação foi realizada pelo médico, utilizando a planilha de coleta de dados. O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção e a realização de visitas domiciliares a eles também foi monitorada, em nossa área idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, algumas visitas foram prejudicadas pelas enchentes e recuperadas após. Todos os idosos que compareciam para consulta na UBS e nas visitas domiciliares tiveram a pressão arterial aferida, as consultas de

idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg foi feita a cada mês, a periodicidade era garantida por agendamento de consultas.

Os idosos cadastrados no programa foram orientados e submetidos a exames laboratoriais, que foram a cada três meses para hipertensos e a cada dois meses para diabéticos.

Os idosos foram registrados pelo recepcionista, seus dados foram transcritos para o registro específico dos idosos, que é renovado anualmente, os idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilidade da velhice foram identificados pelo médico e receberam facilitações para agendamento de consultas. As orientações para hábitos de vida saudável foram realizadas pela equipe ESF. Todos os idosos que a equipe teve contato, tanto na UBS, onde eram recebidos pela enfermeira, quanto por meio das ACS, tiveram suas consultas (ambulatoriais ou domiciliares) agendadas, ou, atendimento imediato quando foi necessário.

As informações para o registro eram coletadas pelas ACS, que as transferiam para a recepção da UBSF, que, por sua vez, fazia o cadastro. Na terça-feira pela manhã eram realizadas as visitas domiciliares, incluindo as dos usuários faltosos quando não foi possível o contato telefônico. A enfermeira e o dentista solicitaram junto aos gestores os materiais necessários para o desenvolvimento do projeto. Durante as consultas foram realizados os exames físicos adequados e a solicitação de exames. O acompanhamento da demanda de medicamentos na farmácia ficou a encargo do auxiliar de farmácia, este registrava e solicitava efetivamente as medicações de acordo com a necessidade da população idosa.

Os registros de atendimentos foram nos prontuários, nas fichas-espelho e na caderneta de saúde da pessoa idosa e os idosos de maior risco de morbimortalidade eram atendidos no mesmo dia, se comparecessem na UBSF, ou, tinham visitas domiciliares agendadas. O papel dos membros da equipe na orientação para hábitos de vida saudável, prática regular de atividade física e Orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias serão realizado em todos os horários de atendimento da UBSF, realizadas por todos os membros da equipe como foi determinado em comum acordo durante as reuniões de equipe. Foram realizadas as consultas que demoravam um tempo variado, dependendo das

necessidades de cada usuário. A capacitação da 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 foi realizada, porém contamos com um número limitado de fitas glicêmicas fornecidas pelos gestores e só foi possível realizar esta ação parcialmente.

A agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo foi prejudicada por um período de dois meses (janeiro e fevereiro) devido ao deficiente fornecimento dos reativos químicos do laboratório central, após este período, a situação foi parcialmente normalizada.

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

A visita domiciliar odontológica não foi realizada pela indisponibilidade de canoas e doença do dentista, não assim no caso da visita domiciliar do médico e enfermeira onde solucionou-se por meios próprios e a pé.

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

As coletas de dados precisavam de computador, durante o período final de trabalho ficou estragado a fonte de energia por um raio que caiu durante uma chuva, foi utilizado notebook particular do médico para o preenchimento das planilhas durante a intervenção. A necessidade do uso da ficha-espelho, caderneta de saúde da pessoa idosa e exame físico mais detalhado aumentaram o tempo das consultas, mas todas foram preenchidas.

As assistências as consultas foram dificultadas pelos fatores climáticos da região como enchente, alagação e chuvas contínuas, mas todas foram recuperadas com seu acompanhamento durante o projeto.

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

As ações que foram realizadas com sucesso são implementadas no serviço, como são: manutenção dos medicamentos na farmácia, a agilização dos exames, o fornecimento de materiais necessários para coletas de informação, a contratação de profissionais comprometido com sua profissão, fogem do nosso alcance. A questão do engajamento público assim o respeito a programas de orientação populacional, o agendamento das consultas a idosos foi melhorado com o aumento de recursos humanos em nossa UBSF, assim como a responsabilidade da equipe num atendimento integral a uma população de risco de doença como a população idosa que cada dia aumenta no Brasil.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

#### 4.1 Resultados

Finalizada a Intervenção na Equipe de Saúde Móvel fluvial Juruá do município Cruzeiro do Sul, Acre, apresento os resultados alcançados ao longo de três meses de realização do Projeto de Intervenção em melhoria da saúde do idoso.

1. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%:

Indicador: Proporção de idosos pertencentes à área de abrangência cadastrada no programa.

O cadastro dos idosos teve avanços e mudanças progressivas, em concordância as consultas agendadas e estabelecidas pelos agentes comunitários de saúde a cada idosos. No primeiro mês foram cadastrados 54 idosos, representando 73% do total dos idosos. Foi um período de conscientização da equipe na busca de idosos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde.

No segundo mês já tínhamos cadastrados 74 idosos, conseguindo 100% dos idosos da área de abrangência. No terceiro mês mantivemos o cadastro em 100%, conforme figura 1.

**Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBSF Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

## 2. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a qualidade do Programa de Saúde do Idoso

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos em acompanhamento:

Indicador: Proporção de idosos com avaliação multidimensional em dia

Este indicador ainda não temos os resultados esperados de 100%, ele alcança um desenvolvimento progressivo sendo que no primeiro mês foi realizado em 15 usuários (27,8%), resultado do tempo de realização dessa escala funcional que dificultava o tempo de atendimento para outros usuários da demanda espontânea, no segundo mês foi realizada a avaliação multidimensional rápida em 46 usuários 62,2% da meta proposta, já no terceiro mês foi realizado 61 idosos para um 82,4% da meta, conforme figura 2. Este resultado ainda pode melhorar no atendimento dia a dia da população alvo.

**Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

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

Este indicador teve dificuldades no primeiro mês pela própria demanda de pessoas na unidade de saúde no período de epidemia da dengue, só conseguindo realizar exame clínico apropriado em dia a 17 usuários (31%) dos cadastrados, no segundo mês a quantidade de usuários foi de 44(59,9%), no terceiro mês que foi examinado 72 (97,3%) usuários, conforme figura 3. Este indicador é muito sensível a demandas de usuários em períodos de epidemia, pois é necessário o agendamento adequado das consultas programadas.

**Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

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

Na solicitação de exames complementares periódicos em idosos foi dificultoso no princípio pela situação de epidemia da dengue no município onde o laboratório central de referência ficava com a demanda em excesso. Ficamos no primeiro mês com 6 (26,1%) usuários com exame, no segundo mês 23 (62,2%) usuários realizaram seus exames alcançando-se no terceiro mês 35 usuários para 94,6% dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no projeto de idosos conforme figura 4.

**Figura4: proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos com prescrição de remédios da farmácia popular

Durante o período a proporção de idosos com prescrição de medicamento para a farmácia popular teve um aumento considerável durante os três meses. Durante o primeiro mês tivemos 11 (20,4%,) usuários no segundo mês foi de 31 (41,9%) e no terceiro mês 57 idosos, totalizando 77,0% dos idosos com tratamentos controlados, conforme figura 5. Alguns dos idosos tiveram dificuldades com algum remédio controlado já que eles não acreditam em sua composição genérica e só utilizam seu jeito comercial. Também alguns



dos remédios de amplo uso não são fornecidos na farmácia popular sistematicamente.

**Figura 5: proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. A proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados comportou-se no primeiro mês de forma insatisfatória já que os fatores climáticos como as enchentes, alagação e chuvas contínuas impediu busca ativa efetiva dos idosos acamados e com problemas de locomoção, somente cadastrou-se 4 idosos que representou 66,8%, no segundo mês e no terceiro mês já tínhamos cadastrado 6 idosos, representando 100% dos idosos acamados da área de abrangência, conforme figura 6.

**Figura 6: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita

Durante este período do primeiro mês de 4 usuários cadastrados foi visitado o 100% dos acamados como tínhamos na proposta da meta. No

segundo mês que de 6 usuários cadastrados só 4 (66,8%) idosos foram visitados, e isso foi pelas mudanças climáticas da região como enchente, alagamentos e chuvas constantes, já no terceiro mês onde foi visitado os 6 usuários cadastrados para um 100% das visitas domiciliares, conforme figura 7.

**Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos a verificação da pressão arterial na última consulta

O rastreamento de 100% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica foi cumprido já no primeiro mês, onde todos os 54 usuários cadastrados foram rastreados (100%). Esse rastreamento foi feito pelo médico tanto nas consultas diárias a idosos como na visita domiciliar, na busca de hipertensos. Objetivamos incorporar os idosos pela primeira vez no grupo de risco para hipertensão arterial sistêmica elevada, no segundo e terceiro mês onde uma quantidade de 74 usuários foi cadastrada o 100% foi rastreado com o objetivo de buscar ativamente hipertensão arterial descompensada em usuários hipertensos e em aqueles com risco de hipertensão arterial sistêmica.

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

Indicador: Proporção de Idosos hipertensos rastreados para o diabetes.

O rastreamento de 100% dos idosos hipertensos para diabetes mellitus foi realizada da seguinte forma no primeiro mês de 13 hipertensos cadastrados 4 (30,8%) idosos foram rastreados para diabetes mellitus dos hipertensos cadastrados no primeiro mês, no segundo mês já tínhamos 5 (35,7%) usuários rastreados para diabetes mellitus dos hipertensos cadastrados, no terceiro mês de 18 idosos com hipertensão arterial cadastrados 10 foram rastreados para diabetes mellitus constituindo 55,6% dos hipertensos, conforme figura 9.

É muito importante enfatizar que o rastreamento foi feito com glicemia que foi um exame rotineiro dos acompanhamentos dos idosos.

**Figura 9: proporção de idosos hipertensos rastreados para diabete mellitus, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

A realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos foi uma meta não alcançada em nossa intervenção já que a mesma se comporta do seguinte jeito, no primeiro mês de 54 usuários 16 (29,6%) foram avaliados. No segundo mês foram avaliados 36 (48,6%), idosos no terceiro mês foram avaliados 46 (62,2%) dos idosos cadastrados, conforme figura 10. Também houve agendamento de consultas para o acompanhamento odontológico dos idosos.

**Figura 10: proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de Idosos com primeira consulta odontológica programática em dia

A realização das primeiras consultas odontológicas programáticas em dia realizadas para idosos teve uma proporção similar das consultas de avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Já que foi o momento propício para o início do acompanhamento dos idosos. No primeiro mês foram realizadas as primeiras consultas só para 16 usuários representando 29,6% dos idosos cadastrados. No segundo mês foram avaliados 36 (48,6%), e no terceiro mês foram avaliados 46 (62,2%) usuários conforme figura 11. A equipe entende que deve continuar melhorando no dia a

dia, para alcançar o acompanhamento de 100% dos idosos com necessidades de atendimento odontológico.

**Figura 11: proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

3.Resultados relativos ao objetivo de ampliar a adesão do Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas:

Indicador: Proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa

A proporção de idosos faltosos a consulta programada teve uma quantia relativamente aumentada na população da área de abrangência, o primeiro mês teve 10 usuários faltosos, deles foi feita sua busca ativa 6 idosos, representando 60% dos faltosos nesse período. No segundo mês de 13 usuários faltosos, 11 (84,6%) usuários tiveram busca ativa nesse outro período.

No terceiro mês de 8 usuários faltosos a consulta programada todos usuários foram levados pela busca ativa de agentes comunitários de saúde e enfermeira da equipe, representando 100%, conforme figura 12.

**Figura 12: proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

4.Resultados relativos ao objetivo de ampliar o registro do Programa de Saúde do Idoso

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

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

As fichas espelhos são um instrumento de trabalho que faz aumentar o tempo da consulta, situação que dificulta a demanda espontânea na unidade de saúde. As filas longas e o tempo de espera conspiravam contra uma coleta de dados minuciosa. A proporção de idoso com ficha-espelho em dia durante o primeiro mês foi de 28 usuários, representando 51,9% dos idosos cadastrados, no segundo mês ele foi de 59 (79,7%) e no terceiro mês teve 74 usuários, atingindo 100% do idosos cadastrados, conforme figura 13.

**Figura13: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

A proporção de idosos com caderneta de saúde teve uma proporção muito baixa em relação da meta esperada, teve uma distribuição baixa devido a pouca disponibilidade das cadernetas no município. Apesar das diversas solicitações feitas aos gestores, o nível de distribuição não forneceu a quantidade suficiente. Durante o primeiro mês distribuimos para 14 (25,9%) usuários, no segundo mês foi fornecido para 32 (43,2%) dos idosos cadastrados, no terceiro mês a quantidade de cadernetas aumentou e conseguimos fornecer para 53 (71,6%) da população cadastrada, conforme figura 14.

**Figura 14: Proporção de idosos com Caderneta de saúde da pessoa Idosa, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

5. Resultados relativos ao objetivo de ampliar a avaliação de risco do Programa de Saúde do Idoso

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

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

O rastreamento do risco de morbimortalidade foi realizado e dentro das mais comuns encontradas: cardiovascular, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade entre outras, observando-se que essas morbidades são previsíveis e pode evitar suas complicações futuras. Não foi atingido o resultado esperado, mas ainda continuamos na busca de risco de morbimortalidade no dia a dia da unidade. No primeiro mês tivemos 12 (22,2%) usuários avaliados da população cadastrada nesse período. No segundo mês 24 (32,4%) usuários foram avaliados e no terceiro mês 49 (66,2%) da população idosa da área, conforme figura 15.

**Figura15: Proporção de idosos com avaliação de risco para mobilidade em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da fragilização da velhice em dia

A proporção de idosos com avaliação da fragilização da velhice em dia que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. Nesta meta não se logra atingir a porcentagem esperado pela dificuldade na informação fornecida de familiares e idosos nas coletas de dados. No primeiro mês avaliamos 11 (20,4%) idosos cadastrados. No segundo mês tivemos 20 (27,0%) usuários avaliados. No terceiro mês tivemos 49, representando 66,2% dos idosos cadastrados na área de abrangência, conforme figura 16.

**Figura16: proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

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

Na avaliação da rede social teve uma importância o relacionamento afetivo e profissional entre seu grupo com igual interesse, sua contribuição a: estimular o processo de envelhecimento ativo, preparar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, lograr satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, assim garantir equilíbrio físico, psicológico e social, busca de idosos que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia ou vivam isoladas e sem apoio social e familiar, assim também em situação de insegurança. Ainda não ter o percentagem esperado continuamos aprofundando na pesquisas de risco nas redes social na comunidade.

No primeiro mês foram avaliados 11 (20,4%) usuários cadastrados, no segundo mês foi avaliado 20 (27,0%) usuários cadastrados, no terceiro mês teve um aumento significativo para 50 usuários, representando 67,6% dos idosos cadastrados na área de abrangência, conforme figura 17.

**Figura 17: proporção dos idosos com avaliação de rede social em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

6.Resultados relativos ao objetivo de ampliar a promoção de saúde do Programa de Saúde do Idoso

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional

Durante o desenvolvimento do projeto procuramos garantir a orientação sobre hábitos saudáveis de vida em todos os atendimentos a usuários idosos e familiares, assim como, nas capacitações com a equipe e nas conversas a nossa população alvo. Ainda de não atingir o 100% da meta ficamos perto dela e continuaremos na prevenção de doença a través da orientação nutricional da população. No primeiro mês em 24 (44,4%) dos idosos cadastrado neste período, no segundo mês foi de 46 (66,0%) dos idosos

cadastrados e no terceiro mês tiveram com orientação nutricional 66 (89,2%) da população cadastrada, conforme figura 18.

**Figura 18: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação para atividade física

Uma das atividades orientada para os idosos foi participar de atividades aeróbicas no grupo de caminhada da unidade, o mesmo ocorre com a participação de um educador físico, todas as quintas-feiras pela manhã, tendo como objetivo as práticas regulares da atividade física. Alguns idosos que moram longe da unidade de saúde são orientados a realizar caminhada diária perto de sua casa e mesmo dentro de casa, no caso de idosos com dificuldade na deambulação. Para aqueles usuários acamados orientamos seu familiar para mobilização e exercícios passivos de suas articulações melhorando circulação sanguínea. Nesta meta ainda de não atingir o 100% fica satisfeito pelo avanços e continuamos a orientação no dia a dia de nosso trabalho. No primeiro mês foram orientados 15 usuários (27,8%), no segundo mês 32 (43,2%) no terceiro mês foi 54, chegando a 73,0% da população idosa cadastrada, conforme figura 19.

**Gráfico 19: proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.**

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

Indicador: Proporção de idosos com orientação individual sobre cuidados em saúde bucal.

Uma das atividades mais importantes desenvolvidas pelo dentista e auxiliar de dentista e a equipe todo foi a orientação de saúde bucal, que foi feita individualmente para cada idoso consultado nas consultas agendadas, assim atividade de conversas e palestras desenvolvidas dentro do processo de



educação permanentes a população geral. Ainda continuamos trabalhando na orientação a nossa população já que a meta não foi atingida. Conforme o monitoramento das fichas odontológicas as orientações individuais no primeiro mês ficaram em 16 (29,6%) dos idosos cadastrados nesse período, no segundo mês 36 (48,6%) e no terceiro mês 46 (62,2%) usuários foram orientados, conforme figura 20.

Figura 20: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, na unidade móvel de saúde fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.

## **4.2 Discussão**

A intervenção foi feita na unidade básica de saúde fluvial, Juruá, onde o trabalho propiciou uma melhoria em relação à atenção à saúde dos idosos. Além disso, houve melhoria e adequação dos registros e uma qualificação maior da equipe de saúde da UBS na área de atenção aos idosos.

A intervenção na população conseguiu melhorar a qualidade dos atendimentos, o aprimoramento e ampliação do acesso a agendamentos de consulta médica e odontológica, avance no engajamento da comunidade, conscientização da importância do acompanhamento de saúde para o idoso, o correto tratamento conforme a recomendações feitas pelo Ministério da Saúde.

A equipe realizou capacitação para atenção integral aos idosos, na avaliação de hábitos saudáveis e sua implementação nesta população. Fizemos uma melhor distribuição das atividades entre os membros da equipe. Os ACS realizaram o mapeamento, busca e cadastro dos idosos que participaram da intervenção. Todas as semanas faziam levantamentos e faziam as buscas dos idosos faltosos às consultas.

Anteriormente à intervenção, não tínhamos estruturação do programa de atenção a idosos maiores de 60 anos, além disso, muitos familiares e cuidadores não conheciam a importância da avaliação com periodicidade dos idosos com doenças crônicas, nem uma alimentação saudável, exercícios físicos diários, assim como, evitar estresses na convivência familiar. Conseguiu-se quantificar e fazer avaliações sobre a qualidade dos serviços oferecidos a nossa população idosa, se estes possuíam algum efeito estimulador e se eram positivos para a comunidade e equipe de saúde.

As intervenções aumentaram as atividades de saúde para este grupo etário e desta forma uma melhoria da organização do serviço de saúde. Além disso, o atendimento aos idosos passou a ser uma atividade prioritária para a equipe e a comunidade envolvida ficou muito grata pelas mudanças.

Achamos que uma dificuldade foi a distância que tinham que viajar para o atendimento odontológico já que o consultório odontológico é fixo.

Além disso, as mudanças climáticas como enchentes, alagamentos e chuvas mantidas que dificultaram o trabalho, por ser uma unidade itinerante.

A intervenção já é percebida pela população e assim continua gerando satisfação já que conseguiu levar a atenção à saúde dos idosos acamados e com dificuldade de locomoção até suas moradias, além que, as atividades educativas na comunidade se tornou o centro da atenção para eles, elevando a importância da educação em saúde para prevenir doenças. Organizou-se atividades educativas no consultório, em escolas e outros grupos comunitários para realização do trabalho preventivo de doenças e promoção de saúde.

Sabemos que mesmo com a realização deste trabalho, temos ainda alguns idosos que não foram mapeados e encontram-se fora da área de forma transitória, devemos continuar fazendo buscas para que todos possam ser acompanhados.

A intervenção atingiu resultados satisfatórios pelo ótimo empenho por parte da equipe de saúde no mapeamento e cadastramento dos idosos, mas ainda achamos que o trabalho dia a dia pode elevar esses resultados obtidos. Alguns idosos não conseguimos mapear, apesar de todas as buscas feitas, orientações passadas aos vizinhos, familiares ou responsáveis. Acreditamos que repercute as dificuldades com o transporte de barco, condições da enchente do rio e que todo o trabalho foi desenvolvido no período do inverno com muitas chuvas. Além disso, conhecemos que essa população ribeirinha pode se classificar de especial pelos costumes, hábitos, forma de alimentação, e condições de vida muito difícil e afastada das cidades.

Com a melhoria na qualidade do atendimento na UBSF para o usuário idoso, cada vez mais esta população vem procurando o atendimento, muitos que há anos não compareciam receberam atendimento e exames adequados. Além disso, temos parte da população que conheceu a realização do acompanhamento ao idoso na UBSF e buscam seus familiares idosos de outras comunidades para solicitar seu acompanhamento. De uma maneira geral, estão bastante satisfeitos, e esta satisfação é uma recompensa do nosso esforço destes últimos três meses do trabalho com os idosos e constitui uma gratificação ao esforço feito pela equipe de saúde, além de ser um convite a melhorar dia a dia o trabalho do médico da atenção básica de saúde num momento que precisasse dar para o povo brasileiro uma atenção da melhor qualidade.

Por enquanto a intervenção foi desenvolvida em um período de tempo curto de três meses, pela adequação feita da universidade a o curso, se faz uma incorporação ao dia a dia das atividades de agendamento das consultas a pacientes idosos, acolhimento afetuoso pela equipe toda no momento de precisar atenção, priorização do atendimento médico e odontológico a idosos na UBSF. A realização de exames complementares de três em três meses a grupos de idosos com riscos de morbimortalidades para velhice, visitas domiciliares a 100% de pacientes acamados e com problemas de locomoção, se incorpora a rotina a realização de exame multidimensional anual a pacientes idosos que mostrem mudanças em seu estado de saúde.

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

No dia 2 de fevereiro de 2015 iniciou-se 12 semanas de intervenção focada na melhoria da atenção à Saúde do Idoso na UBS Fluvial Juruá, Cruzeiro do Sul, Acre. No decorrer deste tempo 74 pessoas pertencentes à área da unidade (incluindo acamados e com dificuldade de locomoção) foram cadastrados, representando 100% dos idosos da área. A intervenção consistiu no trabalho em conjunto de toda equipe da ESF, na qual foram acolhidos os idosos, realizados exames físicos e laboratoriais adequados, rastreio por hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência. Constatamos que 50% dos idosos são portadores de ao menos uma destas doenças. Também buscamos providenciar o acesso aos medicamentos prescritos, substituindo medicamentos faltosos na farmácia da UBS pelos que frequentemente temos na farmácia popular, assim se conseguiu que 57 usuários (77.0%) tivessem acesso aos medicamentos prescritos. Foi enfatizada a necessidade da avaliação e tratamento odontológico adequado em todos os idosos. Uma dificuldade foi a falta de visitas domiciliares odontológicas que é justificada pela sobrecarga de trabalho do dentista, realizando também pelas atividades de educação em saúde em escolas e outras áreas. Outro elemento importante foi a solicitação do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, que estava em falta no começo da intervenção, a qual foi progressivamente distribuída durante as consultas até atingir 53 idosos (71.6%) cadastrados. Através das consultas foi avaliado fatores que desenvolvem o risco e fragilidade da velhice, também conseguimos que cuidadores e idosos fossem devidamente orientados na importância dos cuidados da medicação correta do idosos. Receberam também orientação para hábitos alimentares saudáveis com ênfase em uso de frutas e hortaliças, evitar estresse e realização de atividade física diária. Seria muito importante disponibilizar de maiores quantidades de consultas odontológicas para idosos, realizar as atividades educativas que são tão importantes com caráter preventivo de doenças bucal. Outro fator que deve ser avaliado é uma maior atenção na demanda de medicamentos essencial no tratamento dos idosos na farmácia da UBS.

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

Nos meses de fevereiro a abril de 2015 desenvolveu-se na UBS fluvial Juruá um projeto de melhoria da Saúde do Idoso (maior de 60 anos), com uma duração de 12 semanas. Durante este tempo conseguimos cadastrar todos os 74 idosos da área da nossa UBSF, confirmando o 100% de cobertura para esta população ribeirinha.

A intervenção consistiu no trabalho em conjunto de toda equipe da ESF, na qual foram acolhidos todos os idosos da área de abrangência, realizados exames físicos e laboratoriais adequados, busca para detecção de hipertensão e diabetes em idosos pertencentes a nossa área de abrangência. Constatamos que 50% dos idosos são portadores de ao menos uma dessas doenças crônicas, as quais são controláveis.

Também buscamos providenciar o acesso aos medicamentos prescritos às doenças crônicas não transmissíveis, substituindo medicamentos faltosos na farmácia da UBS pelos que temos frequentemente na farmácia popular, assim conseguimos acesso aos remédios das doenças crônicas não transmissíveis para 54 usuários que atingiu 77% dos idosos. Foi enfatizada a necessidade da avaliação e tratamento odontológico adequado em todos idosos. Uma dificuldade nesta ação foi a falta de visitas domiciliares odontológicas, que foi justificada pela sobrecarga de trabalho do dentista em outras atividades de educação em saúde agendadas para escolas e outros grupos etários como adolescente e gestantes da área.

Outro elemento importante foi a solicitação do uso das cadernetas de saúde das pessoas idosas, que estava em falta no começo da intervenção, a qual foi progressivamente distribuída durante as consultas para 53 usuários atingindo 71.6% dos idosos cadastrados.

Através das consultas foram avaliados fatores que desenvolvem o risco e fragilidade da velhice, também se alcançou que cuidadores e idosos fossem devidamente orientados na importância dos cuidados da medicação correta dos idosos. Receberam também orientação para hábitos alimentares saudáveis com ênfase em uso de frutas e hortaliças, evitar estresses no âmbito familiar e realização de atividade física diária.

No projeto ficamos convencido que é muito importante dar continuidade dessa participação da comunidade nas ações oferecidas para melhorar atenção dos idosos, assim comparecer na UBSF para tirar qualquer dúvida sobre o serviço que ela oferece, assim atuações da equipe pode redirecionar a equipe até ações prioritárias da comunidade.

Temos que enfatizar que o projeto de melhoria da saúde dos idosos continua na UBSF, assim também a prioridade dos idosos como grupos mais vulneráveis da comunidade, além do atendimento de qualidade que faça mudanças para melhorar a saúde da população idosa.

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

Minha vida profissional está em constante mudança, devido ao processo de aprendizagem deste curso de especialização e ao projeto de intervenção desenvolvido. A especialização à distância, além de ser uma coisa nova para mim, propiciou uma melhor compreensão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde da família, o que permitiu a melhoria imediata na qualidade do serviço de minha unidade de saúde.

Ao longo do curso, precisei acompanhar semanalmente todas as atividades propostas para poder absorver os conhecimentos novos. Não tinha imaginado que as atividades desenvolvidas durante o projeto de especialização pudessem mobilizar praticamente toda a equipe multiprofissional da UBS e nossa população, que no início estavam desmotivados porque não conheciam a finalidade do trabalho.

Durante o curso, apresentei dificuldade com o português, que ainda preciso melhorar erros gramaticais próprio da fala de outra língua. Outras vezes ficávamos sem conexão por dificuldade da internet que atrasava o envio das tarefas. Meu trabalho no rio durante vários dias sem comunicação também conspirava contra o desenvolvimento do projeto. O trabalho da orientadora foi fundamental para o sucesso do projeto, já que com muita paciência sinalou cada erro e estimulou o desenvolvimento do trabalho com uma frase agora mágica para mim: “vamos em frente”.

Minha perspectiva em relação ao curso foi de aprofundar os meus conhecimentos sobre Estratégia de Saúde da Família fluvial, conhecimento sobre os cuidados de usuário idosos, assim desenvolver minha visão crítica e avaliativa do meu atendimento integral e da equipe.

A partir de agora, temos maior capacidade de avaliar a situação complexa da área de trabalho de nossa equipe, podendo aprimorar o atendimento ao público de acordo com suas necessidades mais relevantes e dar maior ênfase às pessoas idosas que apresentam maior risco. É preciso continuar a ampliação desse processo de trabalho para outros grupos etários da UBS, além de planejar novas intervenções em busca da melhoria da qualidade no atendimento.

Meus conhecimentos aumentaram em relação ao Sistema Único de Saúde do Brasil e ao funcionamento da unidade básica de saúde e o trabalhar em equipe. Foi uma experiência maravilhosa com conhecimentos que melhoraram a minha visão sobre saúde do idoso. Neste momento me sinto afortunado já que consegui realizar o projeto de intervenção e quantificar nossos trabalhos na unidade de saúde. Esta intervenção além de proporcionar o conhecimento, trouxe uma melhoria para o usuário do sistema único de saúde, o que é muito importante para todos os profissionais. Podemos destacar que melhoramos a qualidade no atendimento, que foi o objetivo de nossa intervenção.

Dos idosos já é conhecido que são necessitados de uma família que dê para eles carinho, que tenha tempo para eles, que os ouça sem pressa, que os amem, sobre tudo ficamos feliz saber que o idoso é aquela pessoa que tem a felicidade de viver uma longa vida produtiva e ter adquirido longas experiências. Além que ninguém é jovem eternamente.





## Referências

1-ANDRADE, Jadelson P. et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> Acesso em 15 jan. 2013.

2-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 1.ed. Brasília: MS, 2007. 192p.

3-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. N° 36. Brasília: MS, 2013. 160p.

4-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Obesidade. 1.ed. Brasília: MS, 2006. 110p.

5-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: MS, 2007, 26p.

## Apêndices

### Apêndice A - Título do Apêndice



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.

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL







Medicações de uso contínuo															
Data	Apresentação														
Hidroclorotiazida															
Captopril															
Propranolol															
Enalapril															
Atenolol															
Metformina															
Glibenclamida															
Insulina NPH															

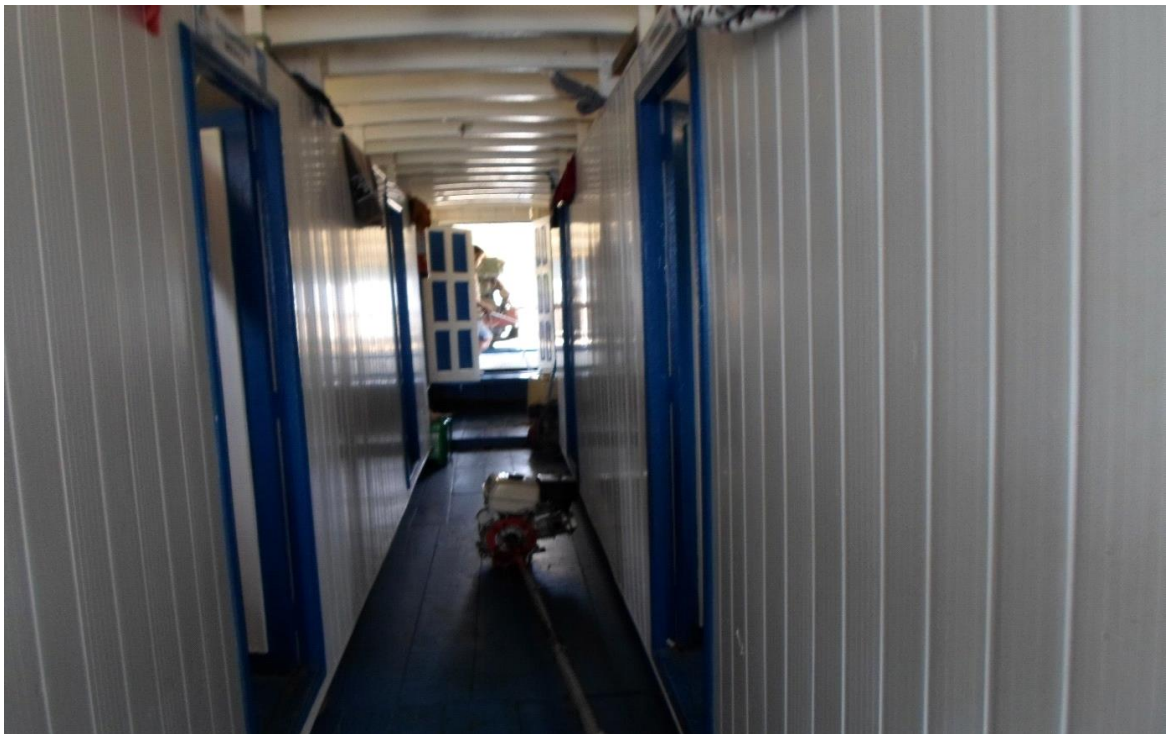
FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS															
Data															
Glicemia de Jejum															
HGT															
Hemoglobina glicosilada															
Colesterol total															
HDL															
LDL															
Triglicerídeos															
Creatinina Sérica															
Potássio sérico															
Triglicerídeos															
EQU															
Infecção urinária															
Proteinúria															
Corpos cetônicos															
Sedimento															
Microalbuminúria															
Proteinúria de 24h															
TSH															
ECG															
Hematócrito															
Hemoglobina															
VCM															
CHCM															
Plaquetas															

UNIDADE BASICA DE SAUDE FLUVIAL, JURUA,





UNIDADE DE SAUDE BASICA FLUVIAL



SALA DE CONSULTA MEDICA.





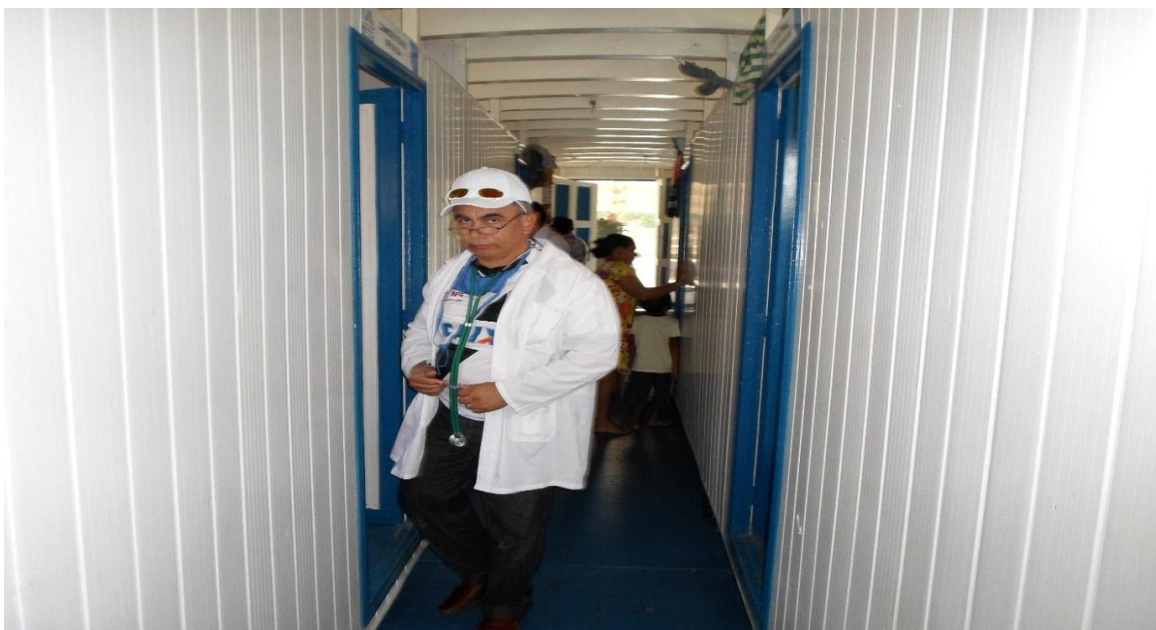
DIA DE ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA FLUVIAL.



## DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



## DIA DE ATENDIMENTO NA UBSF



## DEPARTAMENTO DE FARMACIA





EM VISITAS DOMICILIAIS



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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: