

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Serra Verde, São Miguel  
do Gostoso/RN**

**Raúl Hernández López**

**Pelotas, 2016**

**Raúl Hernández López**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Serra Verde, São Miguel  
do Gostoso/RN**

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: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L864m López, Raúl Hernández

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Serra Verde, São Miguel do Gostoso/RN / Raúl Hernández López; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos os idosos em especial a minha mãe e pai que como pessoas idosas representaram fonte de inspiração e fortaleza para mim. Também dedico aos meus quatro filhos que sempre compartilham os momentos de alegria e tristeza com seu pai.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que participaram desta especialização, em especial aos idosos, a comunidade e a equipe de saúde de Serra Verde que acolheu o projeto com muito amor. Agradeço também a todos os orientadores que durante o projeto tiveram muita responsabilidade, amor e profissionalismo pra ajudar-me na realização da intervenção.

## Resumo

LÓPEZ, Raúl Hernández: **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Serra Verde, São Miguel do Gostoso/RN**. 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

A esperança de vida alta é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. Existem, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada para atender às novas demandas emergentes. O presente estudo tem como objetivo avaliar a melhoria na atenção à saúde do Idoso na UBS Serra Verde, município São Miguel do Gostoso/RN. O mesmo foi desenvolvido no período de 12 semanas, durante os meses de março a maio na Unidade de Saúde da Família (USF) Serra Verde. Participaram da intervenção 298 idosos (94%) da população acima de 60 anos residente na área de abrangência da nossa UBS. A escolha por este foco se justifica, pois identificamos dificuldades estruturais, de planejamento e organização da unidade de Saúde em relação ao programa. Os principais resultados foram a adesão de 100% dos idosos ao programa, organização dos registros das informações, mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência e promoção da saúde. Face ao envelhecimento da população brasileira, torna crescente a demanda por prevenção e assistência aos idosos, havendo a necessidade de reestruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder as suas necessidades, uma vez que essa faixa etária representa a maior consumidora dos serviços de saúde. Problemas como isolamento social, declínio e dependência funcional, mudanças na qualidade de vida e falta de tratamento diferenciado segundo a faixa etária são alguns fatores observados durante a realização da intervenção. Esta intervenção foi ótima para o nosso serviço e para a equipe, pois anteriormente à mesma, o trabalho era desenvolvido sem organização das ações e a atenção à saúde estava voltada para o paliativo. Para a comunidade foi maravilhoso, pois tinha muito tempo que os usuários idosos não eram atendidos desse jeito, com uma atenção qualificada, integral e humanizada. Por tudo isso, agora a intervenção forma parte de nossa rotina de trabalho.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso	63
Figura 2	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	65
Figura 3	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	66
Figura 4	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	67

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de atenção programática
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	47
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma .....	56
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados .....	62
4.2 Discussão.....	72
5 Relatório da intervenção para gestores .....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências .....	80
Anexos .....	81

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos, da Unidade Básica de Saúde serra verde do Município São Miguel do Gostoso/RN. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e sexta parte apresenta o relatório feito para o gestor de saúde do município Santana e o relatório feito para a comunidade que foi atendida e perecesse a nossa área de abrangência. Na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

Procuramos abordar de forma analítica e crítica as ações executadas, sempre observando a resposta da comunidade a nossa investida. Entendendo sempre que toda ação pró-melhoria já deve ser encarada como esforço positivo e implantada como rotina para que o sucesso absoluto e o impacto na rede sejam visualizados.

Esperamos que nosso trabalho sirva de exemplo para outras unidades de saúde e de inspiração para nossos gestores, para que os mesmos invistam mais em projetos que visem potencializar os objetivos propostos pelo SUS.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) do Serra Verde, município Miguel do Gostoso. É uma cidade turística com muitos estrangeiros habitando aqui. A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Serra Verde tem uma boa construção, com todos os serviços básicos de infraestrutura.

A equipe é composta por um médico, um odontólogo, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de dentista, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O trabalho começa com palestra educativa todos os dias para aconselhar os usuários sobre os principais problemas de saúde da comunidade, orientar medidas educativas para a prevenção, sendo que todo o trabalho é realizado por toda equipe de saúde. Os usuários que chegam à unidade são acolhidos e acompanhados o que permite uma melhor atenção aos seus problemas de saúde. Todos são tratados de forma igual, sem discriminação assegurando o respeito, sexo, condição religiosa, orientação sexual, o que permite que os serviços de saúde sejam mais humanizados. A equipe planeja as atividades a serem executadas e o trabalho é realizado, sendo priorizados os casos mais necessitados.

A ESF é a porta de entrada do sistema único de saúde (SUS) e eixo central da organização do sistema, caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária. Engloba ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, por isso vem mostrando ser um modelo de atenção importante na resolução dos principais problemas de saúde da população, contudo na nossa comunidade temos sérios problemas em relação às condições de habitação, as ruas são de areia e terra, o que favorece a existência de fatores de risco para muitas doenças respiratórias.

Também tem um alto consumo de bebidas alcoólicas em nossa comunidade, o que torna possível o aparecimento de muitos usuários dependentes, bem como de doenças hepáticas e neoplasias. O mais difícil de toda essa situação são as famílias desestruturadas, como resultado desta situação. Outro problema na nossa comunidade é a gravidez na adolescência, o que leva a prematuridade e recém-nascidos de baixo peso. Na nossa comunidade há uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial. Nesse sentido temos que trabalhar muito para melhorar a saúde da comunidade

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

São Miguel do Gostoso é um município brasileiro do Estado Rio Grande do Norte, localizado na microrregião do litoral do nordeste com uma população de 9.093 habitantes, segundo dados do IBGE, ano 2008. Está localizado a 102 quilômetros da capital do estado, Natal. As principais atividades econômicas são o turismo, a pesca e a agricultura.

Em nosso município temos quatro UBS, sendo todas em locais adaptado por isso em muitas ocasiões não tem todas as condições, sendo que nas quatro UBS temos equipe completa. Existe uma unidade de emergência prestando serviços de atendimento 24 horas, com sala de observação. O município tem departamento para exames laboratoriais, unidade de vigilância epidemiológica e consultas especializadas: cardiologia, psiquiatria, psicologia, nutricionista, preparador físico, fisioterapeuta, ademais temos um núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

A UBS de Saúde Serra Verde está em área urbana e a equipe está composta por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de dentista e cinco ACS. A mesma é uma casa adaptada e não tem todos os locais preconizados, segundo o Manual de Estrutura Física das UBS. Quando observamos as áreas externas, não há estacionamento ou corredores projetados para a entrada de pessoas a pé ou usuários com deficiências, além que a área externa é da areia, assim como toas às ruas ao lado do nossa unidade. Não temos nenhuma delimitação entre as ruas e a unidade para garantir à proteção. A área da recepção é pequena e não tem cadeiras suficientes para os usuários.

Em relação aos banheiros, podemos falar que têm barreiras arquitetônicas para os usuários com deficiências e os idosos.

Não tem salas de reunião, cozinha, área administrativa, sala de utilidades, sala do ACS e sinalização para o sanitário feminino, masculino, familiar, e para os usuários com deficiência, símbolo internacional de pessoas com deficiência.

Em relação aos mobiliários, equipamentos e instrumentais temos menos de 50% do necessário para a realização do nosso trabalho. Possuímos balança antropométrica, mesa de impressora, mesa de microcomputador, régua antropométrica, refrigerador, instrumentais cirúrgicos, mesa para exames, suporte do soro, cilindro de oxigênio, nebulizador, cadeiras das rodas, televisor, escada de dois degraus, estante modulados. Não dispomos de equipamentos para suturas, pinça Possi, pinça Sheron, esfigmomanômetros, balanças para adultos, oftalmoscópio, negatoscópio, cabo de bisturi, autoclave, lâmina para bisturi, lanterna, nebulizador ou bombinha com escalador. Isto faz com que encaminhamos os usuários para a unidade de urgência, para realizar este atendimento que poderíamos ofertar na própria UBS.

Em relação à existência de sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário temos que dizer que tem muitas dificuldades porque na realidade este sistema não existe. Não temos microcomputador, assim como sistema de informação, dificultando em muitas ocasiões o trabalho da equipe de saúde, já que não podemos consultar algumas dúvidas que surgem durante as consultas com nossos usuários.

Em relação à disponibilidade e suficiência de medicamentos na UBS, temos falta de alguns, por exemplo: Amlodipino, Clortalidona, Omeprazol, Antibióticos Oftálmicos e Antivirais, fazendo com que nossos usuários necessitam comprá-lo, porque são específicos para sua doença.

Em relação aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos em nossa unidade, não têm existência, mas isso não impossibilita que em muitas situações possamos indicar os mesmos, porque os usuários não têm condições econômicas para comprá-lo. Em relação a outros medicamentos para tratamento especializado, temos as mesmas dificuldades, dificulta que os nossos usuários possam fazer o tratamento adequado para sua doença.

Em relação a nossa responsabilidade como equipe de saúde para melhorar toda esta situação, pode-se dizer que em primeiro lugar, temos que reunir todos os

integrantes da UBS para realizar uma reunião com os representantes da secretaria de saúde, para poder delimitar um plano de trabalho no qual se tenha presente, diferentes etapas para ir resolvendo cada uma das dificuldades que temos. Acreditamos que temos algumas necessidades que tem prioridade, como a situação de medicamentos e instrumentais necessários para algumas doenças, tais como equipamento para as suturas e oxigênio para nebulização, para que possamos realizar uma melhora atenção aos nossos usuários. Além disto, temos que solicitar com a prefeita a disponibilização de equipamento como computador e internet para melhorar o atendimento geral, já que isto permite consultar diagnóstico e tratamentos em casos específicos.

Em relação às atribuições dos profissionais, em nossa unidade não participamos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Isto foi realizado pela secretaria de saúde. Participamos do acolhimento dos usuários determinando fatores de risco assim como o atendimento das necessidades dos usuários, realizamos busca ativa de doenças que influenciam no estado de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, realizamos reuniões de equipe a fim de discutir ações e realizar o planejamento. Não realizamos discussão dos insumos necessários para e adequado funcionamento da UBS, participamos em atividades de educação permanente da equipe assim com atividades educativas com os usuários em nossa UBS para prevenção de doenças frequentes em nossa comunidade como, por exemplo: dengue, tuberculoses, desnutrição, timidez da adolescência a qual interfere no diálogo, construção de vínculo entre equipe e adolescentes. Em relação às atribuições dos profissionais em muitas ocasiões não conhecemos estas, motivo pelo qual existem muitas dificuldades que fragilizam o processo de trabalho da equipe da Saúde. Nesse sentido faz-se necessário provocar mudanças e permitir que as atividades sejam planejadas em função da necessidade da população, com um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde para dessa forma possamos vivenciar a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita da nossa UBS.

Nossa unidade tem uma população de 2.750 pessoas sendo 1.589 mulheres e 1.161 homens, 1.005mulheres em idade fértil (10-49),545mulheres entre (25-64),180mulheres entre 50 e 69 anos,35crianças menores de um ano, 90menores de cinco anos, 530pessoas entre 5 e 14 anos,1.841 pessoas de (15-59)e 298pessoas

com 60 anos ou mais, o que nos permite ver que nossa população é jovem e que esta equipe tem condições de atender população adstrita.

Na unidade temos atendimento de demanda espontânea e se orienta as famílias nas atividades que fazemos. Tudo isto permite realizar uma programação em conjunto com equipe de saúde para planejar as atividades a fazer, como por exemplo: visita domiciliar palestras, atividades físicas assim como visitas a escolas e centros do trabalho, hotéis, restaurantes, oficinas da prefeitura e supermercados.

Em relação à atenção à demanda espontânea, não temos dificuldades com isso porque desde a nossa chegada, reunimos com todos os integrantes e falamos que o nosso trabalho tem que satisfazer as necessidades dos usuários. Para isto realizamos capacitações no que se refere às situações e doenças que precisam de pronto atendimento e os que podem esperar mais tempo tendo em conta determinadas condições biológicas, socioculturais assim como as características de cada doença e a idiosincrasia de nossa população.

Por exemplo, quando chega uma criança com febre a auxiliar de enfermagem verifica a temperatura anota em prontuário e passa para a consulta para ser atendida. Casos como este têm prioridades, assim como os usuários que têm hipertensão arterial, determinadas tipos de dor e diarreias, que são situações de doenças mais frequentes que são atendidas na nossa unidade para demanda espontânea.

Quando chega alguma pessoa para agendamento de uma consulta e não é dia de agendamento, se orienta qual o dia, contudo nesses casos se produz o momento de agendamento da sua consulta para dessa forma os usuários não terem que vir de novo a unidade. Todo este trabalho que se iniciou desde que começamos a trabalhar juntos tem permitido que a demanda espontânea fosse pouca, porque tem muita importância o seguimento que damos ao caso. Por exemplo, quando atendemos uma criança ou um adulto com pneumonia, crises de asma bronquial, síndrome febril inespecífico ou outras patologias, damos retorno para as 72 horas e em outros casos 5 a 6 dias para fazer uma reavaliação de cada caso.

Realizamos atendimento à saúde da criança, em que temos 35 crianças menores de um ano o que representa 88% em relação ao indicador da cobertura que é 40 crianças. Destas, 30 tem consulta em dia de acordo com o protocolo do MS que representa 86%, encontramos cinco crianças com atraso da consulta agendada em mais de sete dias que representa 14%. Em relação ao teste do pezinho até sete



dias foram realizados 35 com 100%, e a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias se realizou em 31 crianças com 89%.

Em relação à triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta e monitoramento desenvolvimento na última consulta, temos um indicador de qualidade de 100%, porque foram realizados os procedimentos nas 35 crianças. Nas vacinas temos 32 crianças com 91%, o que tem que melhorar para que 100% das crianças possam ter vacinas em dia, já que assim podemos fazer prevenção de doenças por meio do acesso as vacinas. Na avaliação de saúde bucal temos 22 crianças que representa 63% de indicador de qualidade sendo o mesmo baixo.

As 35 crianças receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes que representa 100% nesses indicadores de qualidade, mas apesar de que as mães receberam essas orientações, temos muitas crianças que não são amamentadas, devido aos costumes regionais, que tem que mudar em nossa população tendo em conta a importância de aleitamento materno exclusivo para evitar doenças.

Realizamos visita domiciliar a todos os recém-nascidos, assim como consultas de puericultura, sendo que a partir dessa visita monitoramos o crescimento, o desenvolvimento, vacinas, orientação para aleitamento materno exclusivo, avaliação de saúde bucal e prevenção de acidentes. Ainda se realiza o teste do pezinho. Todas as ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática, ou seja, nosso serviço adota um protocolo para os atendimentos. Ainda temos que melhorar a cobertura da atenção a crianças, para isso, já fazemos atividade de educação em saúde com a participação de todos os membros da equipe junto à população para que desta forma, possamos melhorar a qualidade de atenção.

Em relação ao pré-natal, segundo o CAP, temos 30 mulheres para uma cobertura de 73%. Este indicador encontra-se baixo, pois temos mulheres grávidas que tem seguimento em clínicas privadas (6). Destas 30, 28 mulheres tiveram início de atendimento no 1º trimestre (93%), pois duas que iniciaram atendimento fora de tempo ficavam em outro município e chegaram ao segundo trimestre. Outro problema que temos é o exame ginecológico que se realizou em apenas 10 mulheres (33%), isso se deve em primeiro lugar a falta de costume de fazer esse exame durante a gravidez porque geralmente já tem ultrassonografia, e temos uma mesa ginecológica que está na sala de consulta da enfermeira, dificultando em muitas

ocasiões a realização deste exame. Também temos 83% de avaliação de saúde bucal, mas as que não têm avaliação tem como causa o início das suas consultas nos último mês, por isso depois foram avaliadas.

As 30 gestantes têm indicações de exames complementares na primeira consulta assim como orientação sobre aleitamento exclusivo, alimentação saudável e vacina antitetânica e contra hepatite-b.

Em relação ao puerpério temos 35 mulheres que fizeram consulta em os últimos 12 meses para 88% e 33 mulheres tiveram consultas antes dos 42 dias os que representam 94%. Duas puérperas não consultaram porque ficaram com acriança internada na maternidade, 35 tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar para, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências, representando 100%. 30puérperas tiveram exame ginecológico (86%).

Esta etapa de puerpério é muito importante porque o médico e enfermeira visitam as mesmas no seu domicílio na primeira semana, para orientar os cuidados de puerpério, os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, orientação sobre planejamento familiar, assim como exame físico completo com sua avaliação psíquica, tendo assistência às consultas agendadas. Todas as ações de saúde se registram em prontuário, na caderneta e no livro de gestante. Ainda temos dificuldades em relação com a gravidez nas adolescentes e instrumentais necessários para melhorar.

Em relação à prevenção do Câncer do colo do Útero e controle do Câncer de Mama em nosso serviço, realizamos algumas ações, mas temos muitas dificuldades, porque não é possível ver exatamente todos os resultados do laudo cito patológico do colo do útero. Em muitas ocasiões os resultados não aparecem registrados, motivo pelo qual não temos dados confiáveis.

Temos uma população de 545 mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas que representa 79% em relação aos 692 de cobertura. Destas temos 450 com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia com 83%, 58 mulheres com atraso de mais de seis meses com 11% e 25 com exame cito patológico para câncer de colo do útero alterado com 6%. Outro indicador é a avaliação de risco para

câncer de colo de útero com 394 mulheres avaliadas representando 72%. Em relação às orientações sobre prevenção de CA de colo do útero, 470 mulheres foram avaliadas (86%). 497 exames foram coletados com amostra satisfatória representando 91% e tivemos 352 exames com células representativas da junção escamo colunar que representa 65%.

Em relação ao controle do câncer de mamas temos 180 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas, que representa 87% em relação ao indicador de cobertura. Destas, 156 tem mamografia em dia com indicador de qualidade de 87% e 16 com mamografia com mais de três meses em atraso com 9%, 152 mulheres com avaliação de risco para câncer de mama (84%) e 160 com orientação sobre câncer de mama (89%). Neste programa temos dificuldades ainda, porque muitas mulheres não têm percepção de risco em relação ao câncer de mama. Em relação a nosso trabalho, para aumentar os indicadores de qualidade, já falamos com os integrantes da equipe da saúde para melhorar as orientações, os registros em prontuários e livros. A partir de agora o mais importante é aumentar os indicadores de qualidade com um trabalho em conjunto entre os profissionais e a população.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos temos que dizer que a Hipertensão e Diabetes são frequentes motivos de consulta na nossa UBS. Agora temos 356 portadores de HAS que representam 62% do indicador de cobertura, o que se deve ao fato de alguns usuários portadores de HAS não tem manifestações clínicas. Temos 295 com a realização de estratificação de risco cardiovascular por

. Com critério clínico (83%), não temos atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 300 usuários tem exames complementares periódicos em dia, que corresponde a 84%.

Dos portadores de HAS temos 300 (93%) com orientação nutricional para alimentação saudável e orientação sobre prática de atividade física regular e 340 (96%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Temos 140 portadores de Diabetes mellitus cadastrados que representa 86% de cobertura, 125 com realização de estratificação de risco cardiovascular (89%) e não temos atrasos em consultas agendadas de mais de sete dias exames complementares periódicos em dia temos 135 que significa 96%. Com exame físico dos pés nos últimos três meses e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses temos 130 que representa 93%, 133 com medida da

sensibilidade dos pés nos últimos três meses (95%), com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável temos 130 (93%) e com avaliação de saúde bucal em dia temos 125 (89%).

Realizamos ações em nosso serviço com monitoramento, entrega de medicamentos todos os meses em consultas, orientações sobre melhorar estilos de vida e evitar complicações de suas doenças assim como indicação de exames complementares. Realizamos rastreamento para diabetes mellitus e hipertensão para melhorar os indicadores de qualidades tendo em conta que muitos usuários ainda não conhecem que são portadores dessas doenças. Das atividades educativas participam todos os integrantes da equipe da saúde para orientar a população sobre os fatores de risco, como tabagismo, consumo de sódio, sedentarismo, consumo do álcool, obesidade que estão presentes em nossa área de abrangência. Todas as ações de saúde são registradas em prontuários e livros de acordo com protocolo do MS.

No que se refere à atenção à saúde do idoso, os mesmos têm atenção e seguimento em consultas agendadas e por demanda espontânea, de acordo os protocolos do MS, o acolhimento deles se produz na unidade por todos os integrantes da equipe de saúde já que os mesmos tem atendimento diferenciais ademais que as consulta deles se programaram pra todas as quartas feiras com atendimento integral de consultas de medicina e odontologia, durante este processo assim como as demanda espontânea durante toda a semana, pra lograr tudo isso foi necessário a capacitação de todos os integrantes da equipe de saúde. Tivemos varias reuniões com a comunidade pra explicar o projeto assim como as atividades que realizaríamos com os idosos, pra isto contamos com as lideranças de as comunidades, principalmente lideres das igrejas evangélicas, católica, associação de pescadores, sindicato da agricultura e demais organizações na comunidade .Possuímos registro específico dos idosos onde registramos todas as ações. Na área de abrangência existe um total de 298 idosos, sendo que o indicador de cobertura atual é de 94%. Todos têm cadernetas de saúde da pessoa idosa representando 100%, com realização de avaliação multidimensional rápida e com acompanhamento em dia temos 280 (100%). Isto ocorre porque os idosos não estão em nossa área e sim nas casas dos familiares. Existem 157 idosos com hipertensão arterial sistêmica (62%) e com Diabetes mellitus 87 (34%).

Temos 280 (100%) Idosos com Avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice. Com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre atividade física regular temos 280(100%) e com avaliação de saúde bucal 280 (100%).

Apesar de que muitos indicadores de qualidade não estarem 100%, podemos dizer que as pessoas desta idade são os usuários mais participativos.

Os idosos participam em caminhadas e como orientadores aos grupos de risco de adolescentes. Ainda temos que melhorar as condições físicas de nossa unidade para evitar acidentes e melhor desenvolvimento de os idosos quando assistem a consulta.

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

A análise empírica mostrou a realidade acerca da situação de saúde do município, já na análise situacional foi possível conhecer de forma sistemática a realidade, por meio de dados com indicadores que possibilitarão planejar, monitorar e avaliar as ações e, assim efetivar os princípios do SUS da integralidade e da universalidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A esperança de vida alta é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento econômico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde. Existem, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas às comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2010).

Quando analisamos a importância das ações programáticas em relação à saúde de os idosos, temos que ter em conta que estas são muito importantes para poder cumprir todas as recomendações da organização mundial de saúde aos mesmos, de garantir acessibilidade aos serviços médicos com qualidade. Para isso temos que ter sistemas de saúde com serviços adequados, assim como profissionais capacitados para garantir uma assistência integral e humanizada. Além disto, as ações programáticas devem promover atividades que busquem a manutenção e o aprimoramento do estado de saúde destes usuários. Assim, todas as ações programáticas devem levar em conta as opiniões dos idosos e de toda a sociedade, para propiciar uma integralidade do cuidado.

Em relação aos idosos temos uma população de 298, e a nossa cobertura de 94% (280 idosos), segundo cadernos de ações programáticas. O atendimento aos mesmos é realizado de forma agendada e por demanda espontânea, realizamos visitas domiciliares, desenvolvemos atividades educativas como caminhadas, palestras e exercícios físicos na praia a fim de melhorar a saúde dos idosos.

As principais dificuldades encontradas neste sentido estão relacionadas a elementos estruturais da UBS, como corredor estreito dificultando o acesso de usuários com deficiências, os banheiros não estão em conformidades para atender os idosos, além que a área externa é da areia, assim como todas às ruas ao lado do nossa unidade. Tendo em conta às limitações físicas apresentadas para os idosos, precisamos de mais tempo para realizar o atendimento aos mesmos, a fim de garantir um atendimento qualificado e específico. Assim, tivemos reuniões entre a equipe para que todos os integrantes conhecessem a nossa proposta de intervenção e a maneira de como serão realizadas as mesmas.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do Idoso na UBS Serra Verde, São Miguel do Gostoso/RN.

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

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

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.

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

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

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

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

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% dos idosos cadastrados.

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Serra Verde, no Município de São Miguel do Gostoso no estado do Rio Grande do Norte. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma sete ao calendário estabelecido com a Universidade. Participarão da intervenção toda a população acima de 60 anos residente na área de abrangência da nossa UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira usarão os registros das consultas de os idosos e os cadastrados com uma frequência mensal para compará-los com resultados de meses anteriores e criar gráfico de evolução da cobertura.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Acolher todos os idosos que demandem na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea).

Detalhamento: A equipe de acolhimento (enfermeira, técnica de enfermagem) da UBS receberá e orientará todos os idosos que demandem atendimento mediante atendimento imediato, nos casos que seja viável e agendamento do consulta no menor tempo possível.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS farão o cadastro da população-alvo na área de abrangência e a equipe de acolhimento (enfermeira, técnica de enfermagem) fará o cadastro na UBS sempre que seja possível.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: O médico, enfermeira e todo equipe de saúde da UBS vai trabalhar para atualizar as informações dos idosos que são atendidos.

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: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo, com periodicidade mensal, com os membros da comunidade, principalmente a população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta feira de manhã.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da UBS.

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre a existência do programa de Atenção ao idoso da unidade de saúde com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente a população-alvo, para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre a periodicidade preconizada para atendimento aos idosos e orientar sobre importância deste programa. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe sobre acolhimento aos idosos, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

Ação: Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal, aos ACS, sobre cadastramento das mulheres entre 25 e 64 anos, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e Manuais do SUS.

Ação: Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe, sobre a Política Nacional de Humanização aos idosos, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

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.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos 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. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

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

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

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg 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  
Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeiras realizarão monitoramento mensal da realização Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde todos os meses.

Organização e Gestão do Serviço.

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e secretaria municipal de saúde tem que garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen) para poder fazer todas as avaliações como em os idosos.

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

Detalhamento: A auxiliar de enfermagem e enfermeira tem como atribuições fazer as medições antropométricas em os idosos. O médico vai a fazer as considerações finais aos idosos

#### Engajamento Público

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre alimentação saudável. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta feira.

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

Detalhamento: O médico e enfermagem compartilharam com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social

#### Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão todos os integrantes da equipe de saúde para atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, essa capacitação será feito as sexta feira pela tarde.

Ação: Capacitar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Detalhamento: O médico e enfermeira treinarão a equipe de saúde para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida

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

Detalhamento: O médico e enfermeira treinarão na sexta-feira os integrantes da equipe de saúde para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexa.

#### Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeiras realizarão monitoramento de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade todos os meses.

Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis das indicações dos exames e a auxiliar de enfermagem para sua marcação. Já os ACS informarão os horários e data de os exames.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Os agentes de saúde são os responsáveis de buscar a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das busca domiciliaria serão atendidos às 11.00 horas de segunda a sexta feria.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O médico e a enfermeira terão as responsabilidades de referenciar os idosos com alterações neurológicas ou circulatórias.

Engajamento Público

Ação: Orientar os idosos 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: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre toda a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre etos riscos em os idosos. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

### Qualificação da Prática

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão todos os integrantes da equipe para a realização de exame clínico apropriado. A mesma ocorrerá nas sextas-feiras em horário vespertino.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão os integrantes da equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será feita nas sextas-feiras sem horário vespertino.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira usarão os registros das consultas de os idosos hipertensos e diabéticos para o monitoramento do número de idosos e diabéticos com exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, assim como os idosos hipertensos e diabéticos com exame laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada. Realizaremos com uma frequência mensal para compará-los com resultados de meses anteriores e criar gráfico de evolução da cobertura.

### Organização e Gestão do serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Garantir que todos os exames complementares indicados aos idosos sejam feitos.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Garantir em reunião com gestor municipal a existência dos recursos para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Fazer coordenação com o laboratório clínico da unidade para conhecer mensalmente todos os exames complementares feitos.

Engajamento público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre os exames complementares. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares em os idosos com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis quanto a periodicidade com que devem realizar-se os exames complementares. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão os integrantes da equipe de saúde para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, isso será feito nas sextas-feiras em horário vespertino.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão monitoramento dos registros dos usuários idosos com uma frequência mensal para compará-los com resultados de meses anteriores a fim de criar gráficos de evolução de cobertura de os medicamentos.

Organização e Gestão do Serviço.



Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão o controle mensal de estoque de medicamentos, incluindo validade.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e equipe de enfermagem atualizarão os registros das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os pacientes e a comunidade quanto direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Realizar atualização de todos os profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes com uma frequência mensal.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Essa capacitação será feita as sextas-feiras em horário vespertino.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão monitoramento com uma frequência mensal dos idosos acamados ou com problemas de locomoção para planejar as atividades com esses idosos em visitas domiciliar.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde cadastrarão todos os usuários idosos em nas visitas domiciliares e o médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem cadastrarão os idosos na UBS.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os usuários e a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis quanto existência do programa de atenção ao idoso da unidade. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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: O médico e enfermeira capacitarão aos agentes comunitários de saúde para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência as sextas-feiras em horário vespertino.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira monitorarão a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, planejando as visitas todas as semanas em reunião da equipe.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: O médico e enfermeira organizarão a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção todas as semanas.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis quanto aos casos em que se deve solicitar visita domiciliar. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na terça-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis quanto a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade sem anal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: O médico e enfermagem orientarão os ACS saúde sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção em reunião mensal da equipe de saúde.

Ação: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: O médico e enfermeira orientarão os ACS sobre o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar em as reuniões mensal da equipe de saúde.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número idoso submetido a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente (cada 6 meses) para poder conhecer os níveis de incidência.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe sobre acolhimento os idosos portadores de HAS, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira em parceria com a secretaria de saúde organizarão material adequado para a aferição da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistólica com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistólica. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizaram capacitação mensal (na última sexta feira do mês à tarde) aos membros da equipe, sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

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: O médico e enfermeira realizarão monitoramento do número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente (cada 6 meses) para poder conhecer os níveis de incidência.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta- feira do mês à tarde) aos membros da equipe sobre acolhimento os idosos portadores de DM, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira em parceria com a secretaria de saúde organizarão o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira criarão um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

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: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre 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 com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis 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. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde 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 com uma frequência bimensal .

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira monitorarão e avaliarão as necessidades de tratamento odontológico de idosos e usarão os registros de idosos atingidos com uma frequência mensal para compará-los com resultados de meses anteriores e criar gráfico de evolução da necessidade.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe sobre acolhimento os idosos, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde cadastrarão todos os usuários idosos em as visitas domiciliares e o médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem cadastrarão os idosos na unidade básica de saúde.

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

Detalhamento: Os usuários idosos tem prioridade em atendimento por consultas agendadas e por demanda espontânea.

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

Detalhamento: Os idosos têm atendimento de saúde bucal todas às quartas-feiras.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra sobre importância de avaliar a saúde bucal dos idosos com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. A ESF realizará a mesma atividade com

periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O médico e enfermeira usarão os registros pra monitorar numero de idosos cadastrados na unidade atingidos com uma frequência mensal para compará-los com resultados de meses anteriores e criar gráfico de evolução da cobertura.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a dentista realizarão capacitação mensal (na última sexta-feira do mês à tarde) aos membros da equipe sobre acolhimento os idosos, mediante vídeos educativos e didáticos e usando informações atualizadas, e o protocolo do MS.

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

Detalhamento: O médico e a dentista monitorou a utilização de os serviços odontológica por idosos da área de abrangência com uma frequência bimensal

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

Detalhamento: Os usuários idosos serão atendidos nas quartas-feiras e por demanda espontânea.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Os usuários idosos terão prioridade em atendimento por consultas agendadas e por demanda espontânea

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: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para 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 com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre a necessidade da realização de exames bucais na Unidade de Saúde. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: As equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde em parceria com o NASF realizarão ouvidoria com a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico com uma frequência mensal.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Detalhamento: O médico e dentista capacitarão a equipe de saúde para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo com uma frequência bimensal.

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

Detalhamento: O médico e dentistas capacitarão a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico com uma frequência bimensal.

Ação: Capacitar os ACS para captação de idosos.

Detalhamento: O médico e dentista capacitarão os ACS para captação de idosos com uma frequência bimensal.

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

Detalhamento: A unidade básica de saúde em parceria com a secretaria municipal programou uma capacitação os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

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

Meta3.1: 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: O médico e a enfermeira monitorarão o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde com uma frequência bimensal.

Organização e Gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira junto à equipe de saúde organizaram visitas domiciliares para buscar os faltosos todas as semanas.

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

Detalhamento: Os idosos provenientes das buscas domiciliares serão acolhidos em horário matutino em nossa unidade.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre a importância de realização das consultas na Unidade de Saúde. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: As equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde em parceria com o NASF realizarão ouvidoria com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar aos ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão os agentes comunitários de saúde para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: A equipe se reunirá para definir a periodicidade bimensal das consultas com os idosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde com uma frequência mensal.

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe de saúde registrarão as informações do SIAB atualizadas.

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

Detalhamento: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos para registrar todas as atividades.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: A equipe de saúde em reunião vai pactuar o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros.

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: O médico e a enfermeira organizarão 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.

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, e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos com uma frequência bimensal.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, os investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão os registros eo número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, os investigados para indicadores de fragilização na velhice para poder fazer estudos comparativos em relação há outros meses.

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, e os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão os registros a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, para fazer tabelas comparativas em relação há outros meses.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira priorizarão o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, atendimentos idosos fragilizados na velhice.

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: A equipe de saúde facilitará o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os idosos sobre seu nível de risco, sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo uso para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre seu nível de risco , sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, e como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os pacientes e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, e como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, com membros da comunidade principalmente população-alvo para esclarecer todas as dúvidas possíveis sobre seus direitos em relação à importância do acompanhamento mais frequente, e como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosas e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosas e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão os registros a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição para fazer estudos comparativos com outros meses.

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão os registros a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais para poder fazer estudos em relação há outros meses.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: Todos os membros da equipe participarão na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e na orientação para a prática de atividade física regular a través de palestras e em os contatos com os idosos.

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

Detalhamento: Em parceria com o preparador físico se realizaremos atividades para os idosos com uma frequência quinzenal.

Engajamento Público.

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e a comunidade para a realização de atividade física regular com periodicidade mensal no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, para esclarecer todas as dúvidas possíveis com os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis e a comunidade para a realização de atividade física regula. A ESF realizará a mesma atividade com



periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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

Detalhamento: A ESF da UBS em parceria com o NASF realizará palestra para orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias com periodicidade mensal, no Centro Comunitário de Múltiplo Uso, para esclarecer todas as dúvidas possíveis com os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. A ESF realizará a mesma atividade com periodicidade semanal na UBS no local de acolhimento dos usuários antes do atendimento, na quarta-feira de manhã.

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: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" em atividades em a sexta feria em horário vespertino.

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, realização de atividade física regular e para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, realização de atividade física regular e para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias em as sexta feria em horário vespertino.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na UBS Serra Verde.

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

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde município São Miguel do Gostoso/RN.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Jardim Paraiso município Santana, estado Amapá.

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

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de Saúde Serra Verde, do município São Miguel do Gostoso /RN Gostoso-RN.

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

Indicador 2. 4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de Serra Verde do Município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na unidade, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde, município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, da unidade de Saúde Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

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

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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 Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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 Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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 Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física, o mesmo será gerado da seguinte forma:

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

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

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal, o mesmo será gerado da seguinte forma:

Numerador: Número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde, Serra Verde do município São Miguel do Gostoso/RN.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização da intervenção vamos adotar o Manual Técnico de envelhecimento a saúde da pessoa idoso do Ministério da Saúde de 2007. Utilizaremos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em que serão 300 e a ficha espelho disponíveis pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre dados relativos à Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos e avaliação para fragilização na velhice em dia. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 298 idosos, e desta maneira, faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária e para imprimir as 298 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em

atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, consulta de odontologia em atraso.

Começaremos a intervenção com capacitação sobre Manual Técnico de Saúde dos idosos para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para isto, será reservada 2 horas ao final da sexta-feira. Cada membro da equipe estudará parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos idosos que buscarem, o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. Sendo de rotina terão demora deverá ser menor do que três dias. Os idosos que vierem à consulta do seguimento por doença crônica não transmissível sairão da UBS com próxima consulta agendada e os idosos provenientes da busca de os faltosos serão atendidos às 11.00 horas de segunda a sexta-feira.

O acolhimento dos idosos em odontologia será agendado pela auxiliar de odontologia. Idosos com problemas agudos de odontologia serão atendidos mesmo turno, sendo da rotina terão uma demora devera ser agendado para as quarta feira de cada semana ademais que todo paciente idoso que necessita seguimento sairão da UBS com consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores, associação de pescadores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos a intervenção, esclarecendo a importância das consultas dos idosos para melhorar seu desenvolvimento na sociedade com melhor condição de saúde. Solicitaremos o apoio da comunidade no sentido de que os idosos participem em todas as atividades programadas, onde iremos esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

O médico será responsável pela palestra na UBS todas as quartas-feiras, com a participação de todos os integrantes da equipe antes de começar o atendimento com os idosos e suas acompanhantes, explicando-lhe a importância da assistência às consultas, assim como a realização de atividades físicas e uma alimentação saudável para melhorar sua qualidade de vida.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consultas, exames laboratoriais, vacinas, em



atraso. Realizaremos a busca ativa de todos os idosos em atraso, onde ao fazer a mesma, agendaremos os idosos para as 11.00 horas de segunda a sexta-feira, no melhor dia para os mesmos. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante a realização da intervenção foram desenvolvidas as diferentes ações para ampliar a cobertura de atendimento dos idosos assim como a qualidade da atenção das ações de cuidado, realizamos um trabalho com todos os integrantes da equipe pra aumentar a cobertura o que foi possível.

Realizamos o monitoramento da cobertura de forma periódica, melhoramos o acolhimento aos idosos, atualizamos as informações do SIAB, orientamos a comunidade sobre importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico na unidade de saúde assim sobre a existência do programa do idoso em nossa unidade. A equipe foi capacitada no acolhimento aos idosos assim como para busca ativa de os idosos faltosos, e sobre a Política Nacional de Humanização(PNH).

Tivemos dificuldades com os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápidas, por exemplo, não temos balança métrica motivo por o qual foi necessário fazer as medidas da estatura na parede da consulta definimos as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos assim como sua capacitação, orientamos a comunidade sobre a importância destas avaliações e tratamento oportuno das limitações para envelhecimento saudável, logrou-se compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, capacitou-se aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo o protocolo adotado pela UBS, monitoramos a realização de exame clínico apropriado dos idosos fez-se a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado, organizamos uma agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das busca ativa. Além disso, garantimos a referência e contra referência de idosos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades,

orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente capacitaram a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, monitoramos o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e os idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Orientaram-se os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, assim como a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e capacitou-se a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Garantiu-se acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, orientamos aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, realizamos atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitamos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitoramos o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção e cadastrados e fizemos o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, capacitamos os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, organizamos uma agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, com orientações a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientamos aos ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos que tem problema de locomoção e reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar, o cadastramento deles foi possível por a participação de os agentes de saúde.

Melhoramos o acolhimento para os idosos portadores de HAS e se garantiu material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, orientamos a

comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade assim como o fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, capacitamos a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, monitoramos os número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Melhoramos o acolhimento para os idosos portadores de DM garantindo material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, foi feito um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste e orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, capacitamos 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.

Realizamos monitoramento e avaliação da necessidade odontológica dos idosos assim garantimos a melhora do acolhimento deles na unidade além de orientar a comunidade sobre a importância de acompanhamento de os idosos pela odontóloga assim como a importância de a saúde bucal pra eles, tudo foi possível durante as 12 semanas do projeto porque a odontologia participou em todas as atividades da equipe de saúde ademais as quartas feira foi só pra atendimento deles com aodontologa.

A todos os idosos se garantiu a caderneta assim como orientações sobre a prática de exercício físico e alimentação saudável, tivemos reuniões com a comunidade pra orientar sobre a importância de a prática de exercício físico e alimentação saudável.

Dentro das principais dificuldades, destacam-se as funções de cada integrante da equipe de saúde quando iniciamos, porque eles falavam que o projeto não era parte de seu trabalho, mas quando explicamos que todo o desenvolvimento em relação aos idosos é parte da rotina diária do trabalho, mas que agora o trabalho seria feito de forma planejada em conjunto com as comunidades. Depois disso, foi aceito por todos. Também tivemos dificuldade em relação ao instrumental que

precisávamos como balança com talímetro e com acesso dos idosos a unidade por trabalho nas ruas perimetrais da unidade.

A área de acolhimento é muito pequena e às vezes era muito difícil o acolhimento dos idosos, mas participaram todos os integrantes da equipe da equipe de saúde; agora espera-se que isso seja resolvido dentro de dois ou três meses com o término da nova unidade de saúde de nossa área.

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

Todas as ações previstas da intervenção foram realizadas.

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

Em relação à coleta de dados tivemos dificuldades nas primeiras semanas, mais tudo foi resolvido.

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

O mais gratificante de tudo foi o acolhimento dos idosos pelo projeto, todos ficaram muito feliz e o mais importante agora é continuar.

Agora as ações já fazem parte da rotina de trabalho, o atendimento dos idosos é feito de forma mais planejada, o que permite ter melhores resultados nos atendimentos desta faixa etária.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como objetivo qualificar as ações referentes à saúde do idoso, na UBS de Serra Verde, no município São Miguel do Gostoso no Estado Rio Grande do Norte e ocorreu durante 12 semanas, sendo que houve a necessidade de encurtamento de 16 semanas para 12, de acordo com orientação da coordenação do curso, para que ocorressem as defesas dos TCC. A UBS de Serra Verde tem uma área de abrangência com 2.750 usuários, dos quais 298 são idosos.

A seguir apresentamos os resultados da intervenção.

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

Meta1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

Ao longo da intervenção cadastramos 280 idosos que representaram 94% de cobertura do programa. Este indicador de cobertura foi melhorando de mês em mês, sendo que no 1º mês foram cadastrados 40 (13,4%), no 2º mês 100 (33,6%) e no 3º mês 280 (94%). No princípio tivemos dificuldades que melhoraram no decorrer da intervenção. Os idosos que não tiveram atendimento foram porque muitos trabalham na agricultura ou pesca e somente ficam em casas em horário noturno, sendo muito difícil contatar com eles. Os aspectos que contribuíram para que a meta fosse cumprida foram o trabalho da equipe em conjunto com as organizações da comunidade, em especial as diferentes igrejas de nossa área de trabalho, bem como a participação dos vizinhos e toda a população que se envolveu com a intervenção (Figura 1).



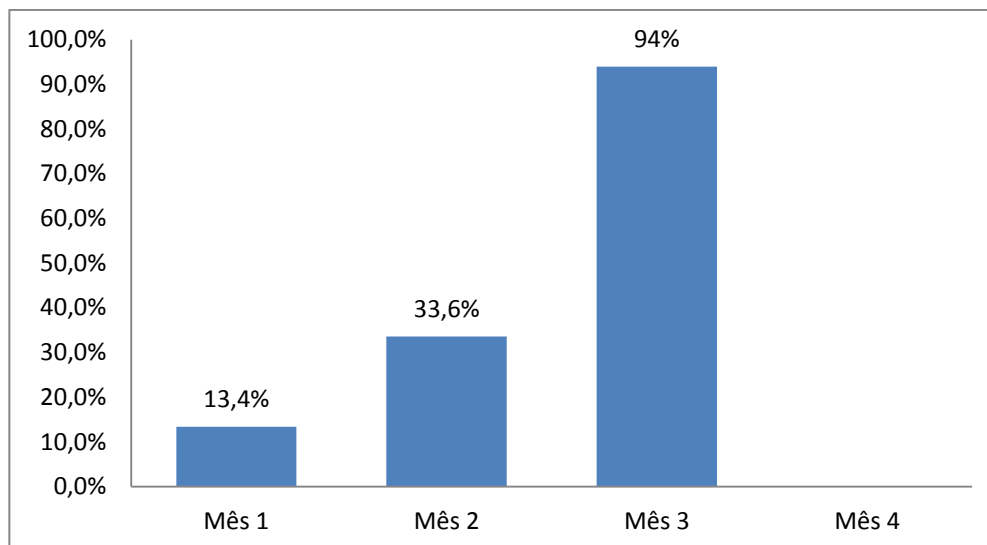


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Serra verde do município São Miguel do Gostoso do Rio grande do norte.

Fonte: Planilha coleta de dados idosos 2015, na UBS Serra Verde.

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

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

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Os 280 idosos avaliados tiveram avaliação multidimensional rápida, ou seja, 100%, com uma evolução no 1º mês 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280, ou seja, 100% dos casos atendidos. Mas apesar do ótimo indicador alcançado, esta avaliação foi difícil, pois muitos dos indicadores avaliados dependem de elementos subjetivos que o médico e os idosos têm que ter em conta. Quando iniciamos a intervenção, não havia dados de avaliação multidimensional rápido em nossa unidade de saúde, por tanto, tivemos que fazê-lo a todos os usuários avaliados.

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Em relação ao exame clínico apropriado, os 280 idosos realizaram o mesmo, o que representa 100% dos idosos avaliados, com uma evolução no primeiro mês de 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º 280 (100%). Tivemos algumas dificuldades devido às características desta faixa etária, tendo em conta que muitos idosos não têm os resultados do exame físico completo nos prontuários, mas foi possível com a participação dos familiares dos idosos assim como a participação dos integrantes da equipe de saúde.

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

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

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

Em relação à proporção de idosos hipertensos/diabéticos com exames complementares periódicos em dia, dos 260 idosos com estas doenças, 257 têm todos os exames em dia, o que representa 98,8% do total com uma evolução no primeiro mês de 31 (100%), no 2º mês 85(100%) e no 3º mês 257 (98,2%) dos casos atendidos. Não conseguimos manter 100% no último mês, pois tivemos dificuldades na realização dos exames no laboratório durante os últimos dias da intervenção. Tivemos a participação dos ACS assim como os demais integrantes da equipe que em todo o momento, participaram no processo de acolhimento e informação em relação às datas dos exames complementares, assim com a participação dos técnicos do laboratório clínico (Figura 2).

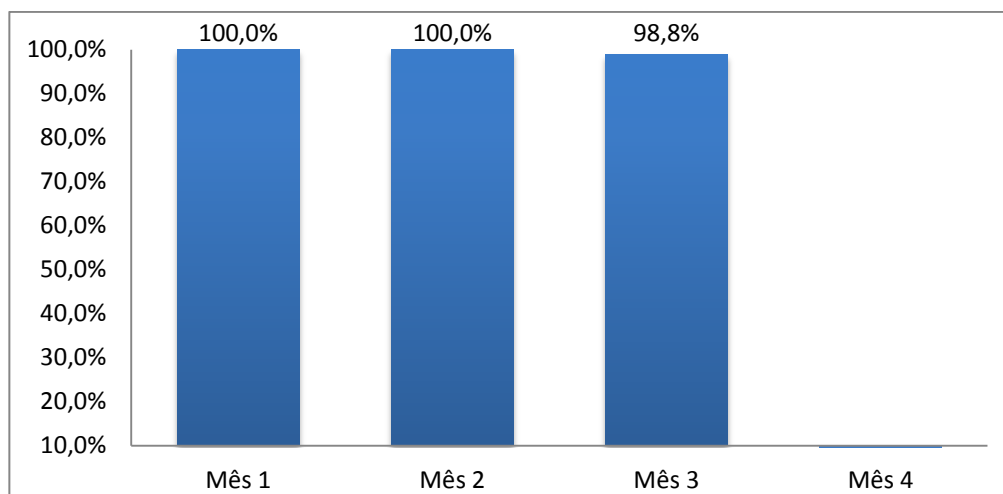


Figura 2: proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: Planilha coleta de dados idosos 2015, na UBS Serra Verde.

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

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

Indicador: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Em relação à proporção de idosos com prescrição de medicamentos na farmácia popular tivemos 277 (98,9%) dos 280 avaliados, somente tivemos 3 idosos (1,1%) que não receberam a prescrição da farmácia popular porque são usuários que compram os medicamentos nas farmácias de manipulação por decisão deles.

No primeiro mês foram 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 277 (98,3%) dos casos atendidos. Todos têm as possibilidades de poder adquirir os medicamentos na farmácia popular (Figura 3).

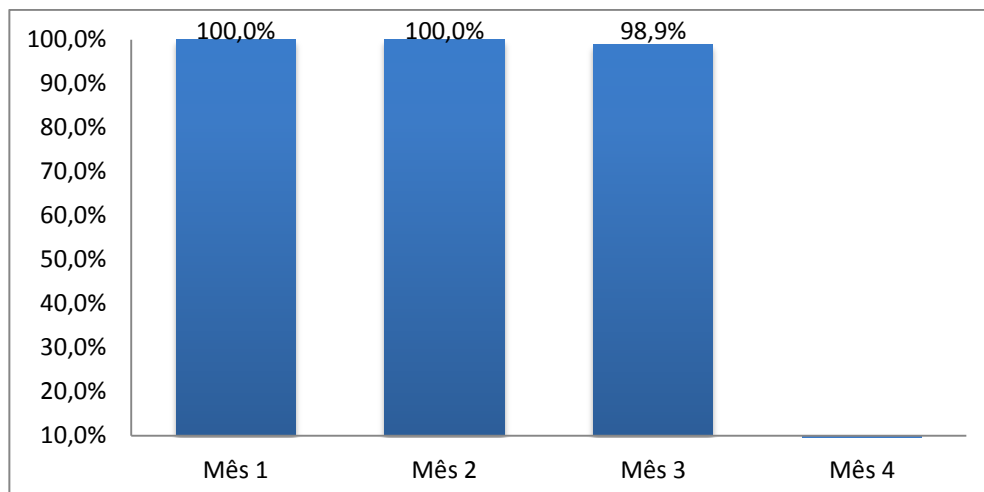


Figura 3: proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Fonte: Planilha coleta de dados idosos 2015, na UBS Serra Verde.

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

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

Em nossa área temos 22 idosos acamados ou com problemas de locomoção, todos tiveram avaliação durante nossa intervenção o que representa 100% dele. No primeiro mês cadastramos 2(9,1%), no 2º mês 11(50%) e no 3º mês 22, totalizando 100% dos idosos acamados. Isto foi possível devido à participação de todos integrantes da equipe de saúde, em especial os agentes de saúde comunitária em cadastramento de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, foi possível tudo isso porque já conhecíamos quantos idosos apresentavam as dificuldades de locomoção ou eram acamados (Figura 4).

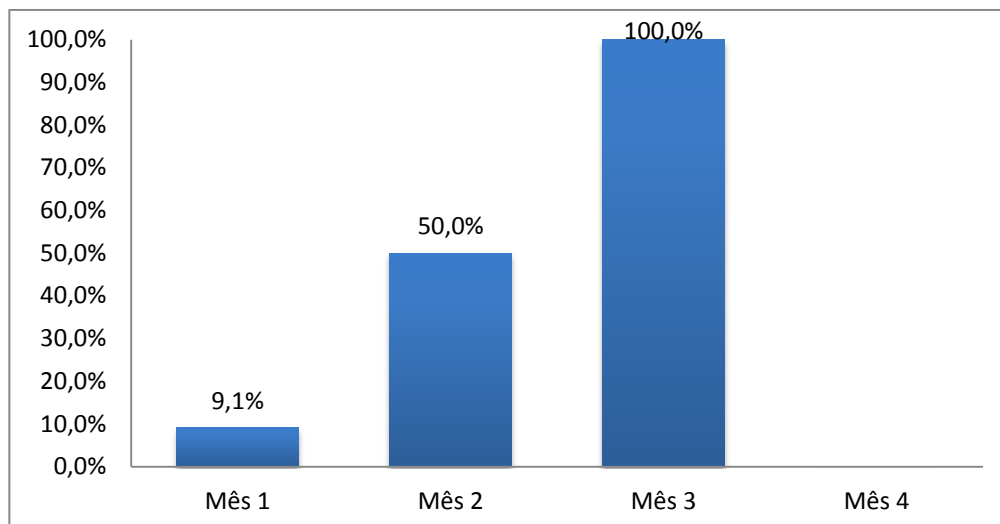


Figura 4: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha coleta de dados idosos 2015, na UBS Serra Verde.

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

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

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

Dos 22 idosos acamados ou com problemas de locomoção todos tiveram a visita domiciliar durante a realização do projeto o que representa 100% deles. No primeiro mês foram dois (100%), no 2º mês 11(100%) e no 3º mês 22 (100%). Isto foi graças à participação de todos integrantes da equipe de saúde, em especial os ACS que agendavam as visitas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A psicóloga, assistente social, preparador físico e nutricionista que sempre participaram das nossas visitas domiciliar aos idosos, assim como a parceria com a secretaria de saúde em relação ao transporte para poder visitar aos idosos.

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

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

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Dos 280 idosos atendidos durante nossa intervenção, todos tiveram a verificação da pressão arterial na última consulta o que representa um 100% deles.

No primeiro mês foram 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º 280 (100%). Todos os usuários que chegaram a nossa unidade tiveram a verificação de pressão arterial, e tudo isto foi possível porque durante as capacitações, orientamos que todos os idosos deveriam ter a verificação da pressão arterial cada vez que assistisse a consulta, coisa que se cumpriu em nossa unidade de saúde.

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

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

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).

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Os 244 idosos com problemas de hipertensão arterial foram rastreados para diabetes, representando 100% deles. No primeiro mês rastreamos 28 (100%), no 2º mês 86(100%) e no 3º mês 244(100%). Isto foi possível porque durante as capacitações, orientamos cada integrante da equipe de saúde que todos os usuários com hipertensão arterial fossem rastreados para diabetes mellitus com a realização de teste rápido como glicômetro da unidade. Tivemos que contar com a participação da farmácia para a administração suficiente das tiras reativas. Assim todos os idosos que tiveram níveis de glicemia alterada, iniciamos estudos para realizar o tratamento e acompanhamento de seu novo problema de saúde.

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

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

Meta2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

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

Todos os 280 usuários tiveram a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, o que representa 100%. No primeiro mês foram 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º 280 (100%). Todas estas informações estão nos prontuários dos idosos, pois durante a preparação da intervenção, falamos das funções de cada integrante da equipe em especial avaliação da necessidade odontológica dos idosos, que foi feita pela odontóloga durante todas as consultas

deles; tudo foi possível porque nas quartas-feiras foi destinada somente para atendimento dos pacientes idosos com odontologia.

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

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

Meta2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Os 280 idosos atendidos tiveram a primeira consulta odontológica programática o que representa 100% deles. Com uma evolução no primeiro mês de 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º 280 (100%). Até o momento, não temos dificuldades com o atendimento odontológico, pois durante as capacitações, falamos das funções de cada integrante da equipe em especial a primeira consulta odontológica dos idosos, coisa que foi feita pela odontóloga durante todas as consultas deles.

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

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

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

Durante nosso projeto tivemos 44 idosos faltosos e todos receberam busca ativa. No primeiro mês não tivemos faltosos, no 2º mês tivemos 8(100%)e no 3º mês 44 (100%). Esta ação foi um pouco difícil tendo em conta as dificuldades das responsabilidades de cada integrante da equipe. Fizemos um trabalho em coordenação com as diferentes organizações comunitárias assim como os integrantes de toda a equipe de saúde. Participaram também os integrantes da emissora de rádio com anúncios e falando sobre a importância de assistir as consultas.

Objetivo4. Melhorar o registro das informações.

Meta4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

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

Todos os 280 idosos atendidos estão com as ficha espelho em dia, o que representa um 100%, porque desde que iniciamos nossa intervenção, contamos com todas as fichas espelho para todos os idosos. No primeiro mês foram 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Isto foi possível porque antes de começar a intervenção, já tínhamos providenciado as ficha espelho com a secretaria de saúde.

Objetivo4. Melhorar o registro das informações.

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 caderneta de saúde das pessoas idosas foi distribuída para os 280 usuários, o que representa 100% de todos os casos atendidos em nosso projeto. No primeiro mês fora distribuídas 40 cadernetas (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Não tivemos dificuldades em relação às cadernetas de saúde dos idosos, já que por parte da secretaria, existe quantidades suficientes para nossas necessidades.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

Em a relação à proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia temos que falar que os 280 tiveram avaliação de risco o que representa100% deles. No primeiromêsavaliamos40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Isto foi possível porque durante as consultas, realizamos esta avaliação. Antes da intervenção, não havia esses dado nos prontuários. Outro problema encontrado foi escolher a maneira de realizar esta avaliação,porque existem diferentes formas de avaliação de risco de morbimortalidade e tivemos optar a mais apropriada para o nosso trabalho.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.



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

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

Nesta ação conseguimos avaliar 280 idosos para fragilização na velhice em dia, o que representou 100%. No primeiro mês foram 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280(100%). Conseguimos implementar esta ação na nossa UBS, algo muito gratificante, pois anteriormente à nossa intervenção, esta não era realizada na mesma. Para fazeraavaliação para fragilização na velhice tivemos dificuldades no início, no que tange ao tempo, masque depois foi possível fazer a mesma de maneira mais rápida, tendo em conta as experiências adquiridas.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

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

Todos os nossos 280 idosos têm avaliação de rede social em dia, o que representa 100% deles. No primeiro mêsavaliámos 40(100%), no 2º mês 100(100%) e no 3ºmês 280 (100%). Isto foi possível porque trabalhamos junto com as igrejas,associações de vizinhos, pescadores e as organizações de saúde de nosso município, propiciando que todos os idosos participem das atividades culturais e desportivas.

Objetivo6: Promover a saúde dos idosos.

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

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

Os 280 idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, o que representou 100%. Todas as orientações ficaram nos prontuários dos idosos e estas atividades são realizadas na UBS com a nutricionista que trabalha junto a nossa equipe. Assim, no primeiro mês orientamos 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Além das orientações nutricionais nas consultas, os idosos tiveram orientações nutricionais por parte da nutricionista. Como atividade final, realizamos uma atividade com comidas saudável que participaram os idosos.

Objetivo6: Promover a saúde dos idosos.

Meta6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

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

Todos os 280 idosos de nosso projeto receberam orientação sobre prática de atividade física regular, o que representou 100%. No primeiro mês orientamos 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Isto foi possível através das atividades programadas junto com o preparador físico e os demais integrantes da equipe de saúde, onde realizamos todos os meses caminhadas com eles. Hoje temos atividade física funcional duas vezes por semana com os idosos.

Objetivo6: Promover a saúde dos idosos.

Meta6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Os 280 idosos atendidos tiveram orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia por parte da odontóloga, assim como por outros integrantes da equipe de saúde. No primeiro mês orientamos 40 (100%), no 2º mês 100 (100%) e no 3º mês 280 (100%). Isto foi possível devido às atividades que realizamos junto com a odontóloga e demais integrantes da equipe de saúde para orientar os cuidados de saúde bucal aos idosos, assim como a importância desta em função de uma vida mais saudável.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em nossa UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, à melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde, idosos com exame clínico apropriado em dia, hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, prescrição e medicamentos da farmácia popular priorizada, cadastramento dos idosos acamados ou com problemas

de locomoção, rastreamento dos idosos hipertensos para diabetes, avaliação das necessidades de atendimento odontológico, primeira consulta odontológica programática, busca ativa dos idosos faltosos às consultas, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, avaliação para fragilização na velhice em dia, avaliação de rede social em dia, orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular e orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Além destes, conseguimos realizar os exames complementares, avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco e exame dos pés dos diabéticos que permitiu o acompanhamento dos idosos durante a realização da intervenção, melhorando a qualidade do atendimento assim como a satisfação por parte de todos os integrantes da comunidade. Os idosos participantes da intervenção tiveram um acompanhamento com os diferentes integrantes da equipe de saúde de nossa UBS, o que permitiu um melhor conhecimento deles assim como as funções que todos podem fazer em relação o programa de saúde de os idosos.

A intervenção exigiu a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas à saúde dos idosos, como o rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento das doenças mais frequentes deles. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e demais integrantes da equipe de saúde para realizar o atendimento, permitindo entender que todos os integrantes da equipe têm responsabilidades em todas as atividades que acontecem em nossa unidade.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de idosos. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea, assim como a classificação de fatores de risco de morbimortalidade dos idosos, tendo em conta as características desta faixa etária. A intervenção permitiu que o serviço se adequasse as características deles e agora dispomos nas quartas-feiras dia de atendimento dos idosos.

O impacto da intervenção para a comunidade já pode ser observado, apesar do pouco tempo da intervenção, tudo isto porque, com a participação de todos os integrantes da comunidade, propiciamos que eles reconhecessem que aos idosos tem características especiais em relação aos elementos físicos, psicológicos e emocionais. A maioria da comunidade entende a prioridade no atendimento

dos idosos, pois o nosso trabalho conseguiu fazer com que a comunidade participasse em todas as atividades programadas em relação à saúde de os idosos, por que como falamos, todos queremos chegar à fase de Idoso, portanto, devemos cuidar dos idosos agora para quando nós chegarmos à mesma, outras pessoas cuidem de nós.

A intervenção poderia ter sido mais bem desenvolvida se na parte da análise situacional, eu tivesse discutido as atividades que vinham se desenvolvendo com a equipe, porque os integrantes não têm ideia da importância do trabalho em grupo. Também faltou uma articulação com a secretaria de saúde para disponibilizar toda a ajuda necessária. Agora que estamos com a intervenção em andamento, posso perceber que antes de começar um projeto, devemos saber as dificuldades da população alvo, em especial as características socioculturais, além de sabermos possíveis resultados e como vamos implementá-lo em nosso serviço levando em consideração as características de cada unidade de trabalho.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização de atenção aos idosos, tendo em conta as características desta faixa etária, além de cumprir com os direitos dos idosos. Antes da nossa intervenção, não havia registro de risco de morbimortalidade, não havia registro da realização de índice de fragilidade e não tínhamos uma avaliação multidimensional rápida. Agora temos todos os parâmetros de avaliação como norma de trabalho para atenção aos idosos em nossa unidade.

Os próximos passos em nossa unidade em relação à intervenção são de continuar com a capacitação de todos os integrantes da equipe de saúde para que compreendam a importância da participação dos idosos no programa de saúde, pois ainda não obtivemos a cobertura de 100% dos mesmos.

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

Prezados gestores,

Eu Raul Hernandez Lopez, médico do programa Mais Médico, venho por meio deste, relatar como foi desenvolvida nossa intervenção ao programa de saúde dos Idosos, desenvolvido por toda a equipe de saúde da UBS Serra Verde do Município São Miguel do Gostoso/RN.

Segundo os dados do Cadastramento feito em 2014, a UBS possui 2750 pessoas e destas, 298 idosos cadastrados. Durante as tarefas do curso de especialização, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a qualidade da atenção aos idosos, tendo em conta as condições estruturais da unidade assim como os procedimentos clínicos nesta faixa etária. Diante disso, planejou-se uma intervenção para qualificar as ações referentes à saúde do idoso na UBS. Para tanto as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes: realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentar a Intervenção e o protocolo que seria utilizado para qualificar as ações referentes à saúde dos idosos; organização da capacitação dos profissionais da equipe em relação às funções de cada integrante; preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações como slides e cartazes; monitoramento dos usuários idosos quanto ao cadastramento no Programa Saúde dos idosos e registro atualizado no prontuário; cadastramento dos usuários idosos com avaliação da adesão ao programa saúde dos idosos na planilha para a coleta de dados; mobilização dos usuários idosos e familiares para a participação na intervenção através da rádio comunitária e atividade na igreja e na associação dos pescadores; formação de grupo as sextas-feiras para educação em saúde; realização de atividades educativas voltadas a qualificar as ações referentes à saúde do idoso como, por exemplo, palestra sobre alimentação saudável, exercícios

físicos, participação dos idosos em atividades comunitárias; capacitação da equipe multidisciplinar da UBS de Serra Verde sobre abordagem domiciliar aos idosos.

Ao final da intervenção, cadastramos 280 idosos (94%), e com o resultado do trabalho realizado com os integrantes da equipe de saúde e a comunidade, observou-se que uma parte considerável dos idosos apresentava alguma dificuldade em relação ao programa Saúde dos idosos, por exemplo, não tinham dia fixo para as consultas, não tinham registro de avaliação multidimensionais rápido, não tinham registro do exame do pé diabético. Na tentativa de melhorar essa dificuldade foram realizados encontros com usuários, familiares e equipe de saúde durante a realização da intervenção, e nesses encontros foram colocados em prática ações para qualificar as ações referentes à saúde do idoso, em especial sobre hábitos saudáveis. Nesses encontros ocorreu a apresentação de vídeos educativos sobre a temática e da proposta da assistência deles às consultas. Além disso, os encontros oportunizaram debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a qualificar as ações referentes à saúde dos idosos e monitorar a atenção prestada aos usuários idosos da UBS de Serra Verde foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, trouxeram melhoria da atenção aos idosos. Ocorreu a qualificação da atenção prestada aos usuários idosos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população.

Ademais temos que falar que durante a realização do projeto tivemos dificuldades com as condições do local, mas falamos com os gestores e começou a construção da nova UBS. Porém, infelizmente, a construção tem mais de 6 meses paralisada, ademais o local de acolhimento é pequeno e somente trabalha a técnica de enfermagem e quando a mesma está em local de vacina os usuários ficam sozinhos porque não temos recepcionista no local. Além de tudo isso não foi possível ter a balança adequada pra trabalho.

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

Prezados usuários,

Eu Raul Hernandez Lopez, médico do programa Mais Médico, venho por meio deste, relatar como foi desenvolvida nossa intervenção ao programa de saúde dos Idosos, desenvolvido por toda a equipe de saúde da UBS Serra Verde do Município São Miguel do Gostoso/RN. Durante a realização da nossa intervenção, compartilhamos desde o início com a comunidade sobre os objetivos e metas em relação ao nosso trabalho. Tudo isto permitiu que os integrantes da comunidade, assim como os líderes, participassem de forma ativa junto aos idosos nas diferentes atividades planejadas, Através disto, puderam entender a importância desta faixa etária que apresenta dificuldades próprias devido ao processo de envelhecimento.

Esta intervenção, além de cadastrar 280 idosos (94%), permitiu que a comunidade participasse de forma sistemática em todas as atividades educativas que realizamos no decorrer deste período. Através desta intervenção, organizamos o atendimento a este grupo em específico, onde todas as quartas-feiras foram dedicadas aos idosos, porque como faixa especial precisa de muita dedicação nas consultas. Além disto, desenvolvemos diversas ações como: realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentar a Intervenção e o protocolo que seria utilizado para qualificar as ações referentes à saúde dos idosos; organização da capacitação dos profissionais da equipe em relação às funções de cada integrante; preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações como slides e cartazes; monitoramento dos usuários idosos quanto ao cadastramento no Programa Saúde dos idosos e registro atualizado no prontuário; cadastramento dos usuários idosos com avaliação da adesão ao programa saúde dos idosos na planilha para a coleta de dados; mobilização dos usuários idosos e familiares para a participação na intervenção através da rádio comunitária e atividade na igreja e na associação dos pescadores;

formação de grupo as sextas-feiras para educação em saúde; realização de atividades educativas voltadas a qualificar as ações referentes à saúde do idoso como, por exemplo, palestra sobre alimentação saudável, exercícios físicos, participação dos idosos em atividades comunitárias; capacitação da equipe multidisciplinar da UBS de Serra Verde sobre abordagem domiciliar aos idosos.

Este trabalho permitiu que todos os membros da comunidade compreendessem que para chegar à condição de idosos com boa saúde é muito importante ter uma vida saudável desde a atenção pré-natal e em todas as faixas etárias. Para isto é fundamental a prática de exercícios físicos de forma sistemática, ter uma alimentação saudável, evitar o alcoolismo e outras drogas. Durante a realização do projeto foi possível garantir os direitos dos idosos em relação à saúde e ao final toda a comunidade ganhou em conhecimentos sobre os cuidados e características dos idosos.

Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento, buscando atingir 100% dos idosos da área.



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

Quando fazemos uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem temos que falar em primeiro lugar que quando se iniciou a intervenção foi muito difícil, porque o processo de adaptação em relação aos conceitos e forma de trabalhar com os idosos tem diferença comparado ao nosso país, mais tudo isso foi na realidade uma força para entender e desenvolver nosso trabalho. Nas primeiras semanas do trabalho as expectativas tiveram algumas diferenças tendo em conta que em muitas oportunidades os membros da equipe de saúde não entendiam que a intervenção seria parte do trabalho de toda a equipe. No entanto, assim que estávamos realizando a mesma, todos participaram e a cada dia se tornava mais interessante, porque permitiu interagir com os coordenadores e melhorar nosso desempenho. Além disto, os casos clínicos disponibilizados pela especialização permitiram-nos sentir mais próximos dos usuários, propiciando melhor desempenho nos atendimentos dos usuários. Com o decorrer do tempo nossas expectativas foram superadas pela realidade. O trabalho com os idosos foi sem dúvida alguma o mais importante, porque estes sempre tiveram uma atitude positiva, dispostos a seguir todas as recomendações sugeridas pela equipe de saúde, como a mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e participação nas atividades culturais. Por tudo isto, todas as minhas expectativas foram superadas.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf).

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



