

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

Melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na UBS Maria das Neves  
Leal Araujo, Belém do Piauí/PI.

**Ramón Rivery Chaveco**

**Pelotas, 2015**

**Ramón Rivery Chaveco**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na UBS Maria das  
Neves Leal Araujo, Belém do Piauí/PI.**

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

Orientadora: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

C512m Chaveco, Ramon Rivery

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas na UBS Maria das Neves Leal Araujo, Belém do Piauí/Pi. / Ramon Rivery Chaveco; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Jaccottet, Cleusa Marfiza  
Guimarães, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## ***Agradecimentos***

Primeiramente a Deus, pelo seu grande amor e presença constante em minha vida.

À professora Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, pela ajuda incondicional, pela orientação neste trabalho, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível.

A toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Maria das Neves Leal Araujo.

Aos meus colegas do curso de Especialização em Saúde da Família, que contribuíram para a produção desta obra.

***Obrigado!***

## Resumo

**RIVERY**, Ramón Chaveco. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na UBS Maria das Neves Leal Araujo, Belém do Piauí/PI.**2015. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde (MS), e é uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/MS). A qualificação da atenção básica para melhorar a saúde do idoso passa pela adoção de ações que sigam os princípios dos protocolos do MS, e embasadas nas políticas do Sistema Único de Saúde(SUS). Estas ações, quando realizadas por profissionais bem capacitados, são fatores qualificadores da saúde e incentivam a autonomia e independência da pessoa idosa, na ausência ou não de doenças. O objetivo desta intervenção foi o de melhorar a atenção à saúde do usuário idoso na UBS Maria das Neves Leal Araujo município Belém do Piauí/PI. Foi estruturada para ser realizada em um período de 12 semanas (março-maio 2015), seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos do Curso (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Estas ações foram realizadas com base em um projeto de intervenção. As ações foram desde a adoção do protocolo preconizado pelo MS, monitoramento e avaliação dos registros, cadastramento e busca ativa, visitas domiciliares, atividades coletivas junto à comunidade e capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada meta. A população da área é composta por 1107 pessoas, antes da intervenção a quantidade de idosos cadastrados na área de abrangência era de 61 para uma cobertura de 50,4%, e ao final da intervenção foi de 100% com 121 idosos existentes na área da Unidade de Saúde. Graças ao trabalho da equipe e em especial dos agentes comunitários de saúde (ACS) foi possível atingir esses resultados. Conseguimos melhorar os serviços oferecidos aos idosos, sem afetar outros serviços da UBS. A intervenção permitiu que fossem alcançadas melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde da pessoa idosa. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das

ações no processo de trabalho da UBS, assim como a realização de novas intervenções que visem outros seguimentos populacionais. Todas as ações para melhorar a saúde dos pacientes já fazem parte da rotina do serviço da UBS. Agora toda equipe se vê envolvida no projeto, já que participaram na elaboração e execução do mesmo. O melhor de tudo foi que conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho com uma visão multiprofissional.

**Palavras-chave:** Saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde, Belém do Piauí/PI.	53
Figura 2	Gráfico de proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia, Belém do Piauí/PI.	53
Figura 3	Gráfico de proporção de idosos com exame clínico apropriado, Belém do Piauí/PI.	54
Figura 4	Gráfico de Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, Belém do Piauí/PI.	55
Figura 5	Gráfico de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, Belém do Piauí/PI.	56
Figura 6	Gráfico de proporção de idosos acamados com problemas de locomoção cadastrados, Belém do Piauí/PI.	57
Figura 7	Gráfico de proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, Belém do Piauí/PI.	58
Figura 8	Gráfico de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Belém do Piauí/PI.	59
Figura 9	Gráfico de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, Belém do Piauí/PI.	60
Figura 10	Gráfico de proporção de idosos com ficha espelho em dia, Belém do Piauí/PI.	61
Figura 11	Gráfico de proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, Belém do Piauí/PI.	61
Figura 12	Gráfico de proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, Belém do Piauí/PI.	62
Figura 13	Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, Belém do Piauí/PI.	63
Figura 14	Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, Belém do Piauí/PI.	63
Figura 15	Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis de 2015, Belém do Piauí/PI.	64

Figura 16	Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, , Belém do Piauí/PI.	65
Figura 17	Gráfico de proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, Belém do Piauí/PI.	66



## **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
DAPES -	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
MS-	Ministério de Saúde
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI -	Piauí
UBS-	Unidade Básica de Saúde
SIAB-	Sistema de Informação da Atenção Básica
HÁS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM-	Diabetes Mellitus
SUS-	Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação: .....	9
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 .....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	52
4.1 Resultados .....	52
4.2 Discussão.....	66
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	69
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	72
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	76
Anexos .....	77
Anexo A - Documento do comitê de ética.....	78
Anexo B- Planilha de coleta de dados.....	79
Anexo C-Ficha espelho.....	80

## **Apresentação:**

O presente volume trata-se do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa, da Unidade Básica de Saúde Maria das Neves Leal Araujo, do município de Belém do Piauí/PI.

O volume está organizado em 5 unidades de trabalho sequencial, e interligado. A primeira está composta pela **Análise Situacional** onde realizamos o Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; na segunda Unidade **Análise Estratégica** realizamos a construção de um projeto de intervenção; a terceira Unidade foi a da **Intervenção** finalizada com o **Relatório da Intervenção**, onde foi realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; na quarta Unidade **Avaliação da intervenção** foi apresentado os resultados da intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos e discutimos, além de serem apresentados o Relatório da intervenção para gestores, e o Relatório da intervenção para a comunidade, e quinta Unidade é uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, e implementação da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

O município Belém do Piauí no estado Piauí, possui quatro Unidades Básicas de Saúde(UBS), sendo três na zona rural e uma na zona urbana. A UBS da zona urbana é grande, sua estrutura é composta por um salão de espera, recepção, farmácia, sala de curativos, sala de prevenção, sala de vacina, sala para realizar a coleta de exame laboratorial, consultório médico, consultório odontológico, sala de informática, sala para o psicólogo, para o fonoaudiólogo, assistência social, além da sala de vigilância sanitária, da coordenação de atenção básica, e de esterilização, tem quatro banheiros, um auditório para 20 pessoas, duas salas de observação com três camas cada sala uma sala para homens e outra para mulheres.

A equipe de saúde onde eu estou incluído atua na UBS Maria Das Neves Leal Araújo, além dela, ficam em nossa área de abrangência outras duas UBS localizadas em outras microrregiões, onde também prestamos atendimentos, UBS Teresa Maria de Lima e a Mãe do Santo, a UBS onde atuo tem na sua estrutura física uma sala de espera, sala de curativos, sala de consulta médica e sala de consulta odontológica e dois banheiros. No período da manhã realizo as consultas na UBS e a tarde realizamos as visitas domiciliares, geralmente a idosos, pessoas que moram longe e que têm dificuldades de transporte, gestantes e crianças. Também realizamos palestras relacionadas com a prevenção de doenças mais frequentes nesta região, sobre higiene pessoal e ambiental, uso adequado dos medicamentos, prática de exercício físico, como evitar gravidez em mulher jovem, uso de preservativo, malefícios do fumo, riscos de acidentes mais frequentes em idosos e crianças, e outras atividades de promoção de saúde.

A população está gostando da atenção que está recebendo, muitos dão “Graças a Deus”, ao Prefeito, e ao Governo Federal, por levar médico onde eles moram, falam que nunca nenhum médico havia visitado a suas casas. Estou gostando muito do meu trabalho, porque posso ajudar com os meus modestos conhecimentos esta população onde a maioria das pessoas são pobres, e com muitas necessidades, o que me exige mais esforço a cada dia, estudo muito para oferecer atenção médica de qualidade, com os melhores resultados, procurando mudanças no estilo de vida o que é tarefa muito difícil, mas acredito que possível.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Belém do Piauí é um município brasileiro do estado do Piauí, localizado a 340 metros de altitude. Sua população estimada é de 3284 habitantes, onde 86% das pessoas moram na zona rural. Possui uma área de 223,38km<sup>2</sup>, tendo como limites ao Norte as cidades de Padre Marcos e Campo Grande do Piauí, Simões ao Sul, ao leste Padre Marcos, e ao Oeste Jaicós e Massapê do Piauí.

O sistema de saúde do município está organizado de uma forma que toda população tem acesso à Atenção Básica de Saúde, conta com quatro Unidades de Saúde da Família. O município conta também com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que oferece apoio para ESF e serviços para a população. Não temos Centro de Referência de Assistência Social, os pacientes que precisam deste serviço são atendidos em outro município que fica próximo, não existe disponibilidade de serviço hospitalar, também não existe disponibilidade de outras especialidades, as consultas são planejadas e agendadas pela Secretaria de Saúde para outras cidades, não temos Laboratório Clínico, a coleta é feita na UBS, os exames são deslocados para Jaicós, município que fica perto. Os exames de alta complexidade são agendados pela Secretaria em cidades distantes, e os resultados demoram a chegar.

A UBS Maria Das Neves Leal Araujo, onde atuo está localizada no interior do município, na zona rural, o modelo de atenção é ESF, sem vínculo com as instituições de ensino, a equipe está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma técnica de consultório odontológico e

quatro agentes de saúde. A unidade na sua estrutura tem: salão de espera, consultório médico, um consultório odontológico climatizado, sala de curativos, dois banheiros misturados para pacientes e funcionários. Foi construída para ser uma UBS, contamos com condições apenas mínimas para trabalhar, pois, por exemplo: não temos sala para reuniões, o que dificulta as reuniões da equipe e as atividades educativas, não temos sala para vacinas, o local de desinfecção e esterilização não é adequado e não temos acesso à internet e telefonia. Tem barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso para idosos e pessoas com deficiência físico-motora ou visual.

A atenção adequada é umas das atribuições da equipe, é muito importante na qualidade da saúde de nossos pacientes, consideramos que as mudanças que vem ocorrendo nas práticas da equipe, vão melhorar o trabalho em todas as ações programáticas da Atenção Básica de Saúde. A equipe trabalha na captação de líderes comunitários e na formação de grupos, na identificação dos grupos de famílias e indivíduos expostos a riscos, com o objetivo de promover à comunidade um estilo de vida mais saudável. Participa no processo de territorialização e mapeamento de nossa área de abrangência, além das pesquisas de doenças transmissíveis e não transmissíveis, como Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase. Realizamos palestras nas escolas e na comunidade, as visitas domiciliares são programadas e planejadas para pacientes idosos e acamados e outras pessoas que tem impossibilidade para acessar a UBS, promovemos educação e cuidados de saúde, atividades de promoção e prevenção, para mudar estilos de vida pouco saudáveis. São programadas atividades a adolescentes, idosos, aleitamento materno, hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, puericultura, pré-natal, abordamos nas escolas temas sobre saúde bucal e parasitose.

Em relação à população da área adstrita, possuímos 1107 habitantes dado fornecido pelos Agentes Comunitários de Saúde retirado do SIAB. Apresenta 385 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 151 mulheres entre 25 e 64 anos, 52 mulheres entre 50 e 69 anos, 14 menores de um ano, 53 menores de 5 anos, 218 pessoas de 5 a 14 anos, 723 pessoas de 15 a 59 anos, 99 pessoas de 60 anos ou mais, 587 pessoas entre 20 e 59 anos e 686 pessoas com 20 anos ou mais. A área de abrangência que atende nossa ESF é bastante extensa, mas acredito que o número de pessoas está adequado ao tamanho do serviço.

A atenção à demanda espontânea foi um tema analisado em reunião mensal da equipe, fazer um acolhimento adequado assegura um melhor trabalho e melhor atendimento aos usuários. A enfermeira ou técnica em enfermagem da equipe é quem faz o acolhimento da demanda espontânea, com qualidade, evitando diferenciações injustas, tratando a cada um, de acordo suas necessidades, sempre com a avaliação de risco e vulnerabilidade. É realizada de forma individual preservando a integridade do usuário no consultório de enfermagem. Nossa equipe trabalha por consulta agendada, não há excesso de demanda para casos agudos, mas há reservas de vagas para esses casos.

Com relação à atenção programática, a equipe tem pouco tempo trabalhando, o que não impede dar atenção pré-natal ao total das grávidas, e as crianças.

Um dos programas priorizados é o de atenção à saúde da criança, esta ação tem muita importância para nossa equipe e nosso trabalho. As consultas deste grupo etário permitem fazer uma avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor, da existência de alguma doença em idades precoce da vida, para que possamos tomar conduta oportuna. Temos dificuldades em dar um melhor atendimento porque há mães faltosas, que não tem responsabilidade de trazer as crianças nas consultas de puericultura que normalmente acontecem de forma agendada. Outro problema sentido pela equipe é em relação aos encaminhamentos das crianças com risco ao pediatra, pois não dispomos dessa especialidade no município. Possuímos uma boa cobertura dessa ação programática em relação aos menores de um ano 82%. Atendemos a todas as faixas etárias prestando consulta planejada as crianças de 0 até 72 meses de idade, de acordo como recomendado pelo Ministério de Saúde. Não prestamos atendimentos a crianças fora da área de cobertura.

Os atendimentos de puericultura são feitos uma vez por semana nos dois turnos, as consultas são programadas, além disso, nossa equipe oferece atendimento para problemas de saúde agudos em crianças de até 72 meses de idade, não existe excesso de demandas, a enfermeira ou técnica de enfermagem da equipe é quem faz o acolhimento destes casos sempre com a avaliação de risco e vulnerabilidade de cada caso que chega. Os indicadores de qualidade estão bons, as consultas são feitas de forma integral examinando a criança desde o ponto de vista integral biopsicossocial, com uma avaliação profunda do desenvolvimento familiar e ambiental.

O aspecto do processo de trabalho que poderia ser melhorados seria o apoio do nutricionista que está vinculado à Secretaria de Educação do Município, que participa ocasionalmente nas atividades de saúde, seria muito bom ter os serviços desse profissional no tempo integral. Seria muito importante também, ter um especialista em Pediatria para avaliar oportunamente algum caso em particular. Quando alguma criança precisa ser avaliada por especialista pediatra é deslocado para outra cidade sempre em consulta planejada pela Secretaria de Saúde.

Nossa equipe trabalha para aumentar as atividades de promoção de saúde, fazer palestras sobre cuidados com os recém-nascidos, aleitamento materno, prevenção de acidentes, alimentação saudável, em busca de melhora no atendimento humanizado das crianças. Tem trabalhado também para o fortalecimento do vínculo em visita domiciliar, fazendo disso um instrumento importante para troca de informações vinculada as necessidades particulares de cada individuo. Acredito que as consultas de puericultura são muito importantes com o objetivo de desenvolver uma atenção integral a saúde da criança, além de levar um controle do crescimento e desenvolvimento das crianças.

A cobertura do pré-natal em nossa unidade é de 74%. Em nossa área de abrangência temos 9 gestantes, o acompanhamento é feito de forma adequada em consultas planejadas, seguindo o calendário do Ministério da Saúde. Realizamos a vacinação completa, prescrevemos o tratamento vitamínico, Sulfato Ferroso e Ácido Fólico. Os exames laboratoriais completos, de acordo ao semestre da gestação. As visitas domiciliares são realizadas para averiguar as condições de vida, como as gestantes moram e qual é o entorno ambiental de cada uma. Desde a primeira consulta é feita a avaliação de risco, e reclassificação a cada consulta, a avaliação odontológica, nutricional e assistência social. Os indicadores da qualidade avaliados estão bons, mas ainda é preciso melhorá-los.

A atenção puerperal em nossa área de abrangência, também com uma boa cobertura de 84%, são em total 14 puérperas, nossa equipe faz visitas domiciliares às puérperas, falamos da importância dos cuidados do recém-nascido, higiene pessoal e ambiental, alimentação saudável, aleitamento materno e também da importância das consultas planejadas.

Alguns aspectos poderiam ser melhorados, como ter o apoio de um ginecologista no município, para que a gestante com necessidade desse especialista



não precise ser deslocada a outra cidade. O retorno imediato dos exames laboratoriais e Ultrassom obstétrico, para que possamos intervir rapidamente frente a uma alteração. Os nossos indicadores materno-infantil são bons, porque a atenção pré-natal é bem planejada e feita com qualidade.

Em relação à prevenção do câncer do colo do útero, equipe atende 151 mulheres de 25-64 anos de idade apresenta uma cobertura de 76% com relação ao estimado a partir da distribuição da população da área de abrangência da UBS. Depois de preencher o Caderno de Ações Programáticas, acredito que exista um sub-registro, pois nossa equipe trabalha muito nessa ação programática e deveria apresentar indicadores de qualidade melhores. Existe uma alta porcentagem de mulheres que sofrem destas doenças no mundo todo, e é muito importante conhecer e atuar de forma precoce identificando as mulheres de riscos, o objetivo fundamental é promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados com seus determinantes e condicionantes (condições de trabalho, ambiente, cultura, modo de viver, habitação).

Em nossa área não temos mulheres com câncer de colo do útero, porém temos que fortalecer as pesquisas e aumentar as atividades de promoção e prevenção, para diminuir fatores de riscos presentes em muitas mulheres (fumo, álcool, sedentarismo), e explicar todo dia a importância do uso de preservativos para evitar doenças sexualmente transmissíveis. A população que atendemos é da zona rural, com pouca cultura e informação, e isso é um obstáculo para o uso do preservativo, porém estamos trabalhando para mudar essa realidade e o resultado até hoje é satisfatório. Fazemos palestras direcionadas a diminuir fatores de riscos que podem desencadear essa doença, explicamos a importância do exame preventivo, como o método mais seguro para fazer o diagnóstico precoce desta doença, que é uma das principais causas de morte. Ainda hoje existem oito mulheres com atraso de exame citopatológico de mais de seis meses, é fundamental que a equipe conheça sua população, assim como identificação das mulheres da faixa etária prioritária e aquelas que têm riscos aumentados para doença. É muito importante atuar naquelas mulheres que não conseguem ter acesso ao exame como, por exemplo, as que trabalham as que não comparecem a UBS de forma espontânea e também por outras causas. Temos que ter um controle mais adequado do programa, para avaliar seu desenvolvimento.

Os casos com inflamações leves e moderadas, com corrimento vaginal, são tratadas e avaliadas posteriormente, as que precisam ser avaliadas pelo ginecologista, são encaminhadas por consultas agendadas pela Secretaria de Saúde, pois em nosso município não temos essa especialidade.

Relacionado ao controle do câncer de mama, em nossa área temos 52 mulheres de 50 a 69 anos o que representa um porcentual de cobertura de 63%. Das mulheres cadastradas 36 (69%), estão com o exame de mamografia em dia, e 11 delas possuem fatores de risco importante. Depois de preencher o Caderno de Ações Programáticas, também consideramos que exista um sub-registro nessa ação programática, pois a nossa equipe trabalha muito para melhorar estes indicadores, e até hoje não temos casos positivos em nossa comunidade. A equipe tem que continuar trabalhando para alcançar melhores indicadores e diminuir fatores de risco presentes na população feminina, fazer exame de mama em toda mulher, orientá-las quanto ao autoexame mensal, essas ações ajudarão na identificação e diagnóstico de alguma alteração.

Atualmente fazemos palestras com orientações sobre os fatores de riscos, importância da mamografia e da assistência a consultas planejadas, explicamos sobre os danos do álcool, importância da atividade física e de uma dieta saudável.

Nossa equipe, de acordo com a política de saúde referente aos controles de câncer de colo de útero e de mama, faz esforços com o objetivo de aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos de idade, tratar todas as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, ampliar e fortalecer o acesso às informações sobre câncer de colo de útero para todas as mulheres aproveitando ao máximo as atividades de promoção de saúde.

Com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na Unidade da Saúde da Família que nós atendemos, existe um total de 128 hipertensos cadastrados o que representa 58% de cobertura e 28 diabéticos com uma cobertura 44%. Consideramos esses indicadores baixos, devemos aumentar as pesquisas de grupos de riscos para estas doenças e trazê-los para serem acompanhados na unidade.

No mundo existe uma alta taxa de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, o Brasil não

fica fora dessas estatísticas mundiais, o que é de suma importância o controle e manejo dos usuários que apresentem alto risco de padecer dessas doenças.

Um dos principais objetivos de nosso trabalho é identificar grupos populacionais com riscos para estas doenças e atuar precocemente evitando complicações futuras. Consideramos baixos os indicadores de qualidade avaliados em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, embora se faça as consultas com uma avaliação integral de cada usuário, desde o ponto de vista biológico, social e ambiental. Trabalhamos muito a parte preventiva, fazendo atividades que abordem a importância da mudança do estilo de vida, alimentação adequada, sobre tudo com relação a prevenção ao consumo de sal, a dieta muita rica em açúcar, insistimos na pratica de atividades físicas, eliminação do tabagismo, o uso excessivo de álcool.

Não é segredo que muitos usuários não querem realizar as consultas planejadas, faltam às consultas, mas com o trabalho da nossa equipe, isso tem melhorado em relação aos meses anteriores, pois a quantidade de faltosos é menor. Além das dificuldades que ainda possuímos, fazemos acolhimento adequado, escutamos suas conversas, suas preocupações e dessa forma alcançamos uma melhor assistência à consulta, conseqüentemente um melhor controle do desenvolvimento dessas doenças.

Como citado anteriormente, em nosso município não contamos com laboratório de análises clínicas e os usuários que necessitam fazer exames são encaminhados para outras cidades, assim como não contamos com especialistas, isso atrapalha na qualidade dos atendimentos. Trabalhamos para realizar ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, buscando morbidade oculta, para assim atuar de forma precoce e eficaz.

Abordar o tema sobre a saúde do idoso é muito importante, é um dos programas priorizados pela nossa equipe. Ao longo dos anos a população mundial está envelhecendo, o Brasil não fica longe dessa realidade, muitos idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles têm dificuldades para o desempenho das suas atividades diárias e requerem acompanhamento, é por isso que a equipe procura trabalhar diferenciada para esta faixa etária visando proporcionar mais qualidade de vida, a cobertura para a saúde do idoso é 95%. Os agentes comunitários de saúde fizeram um trabalho onde foram visitadas as famílias e registradas, a equipe vai continuar trabalhando mais ainda

com o objetivo de atender um maior número de idosos, para fazer uma classificação bem integrada desses pacientes, e diagnóstico adequado de doenças.

Analisando os indicadores de qualidade verificamos que poderiam ser melhorados, podemos citar alguns deles, 59% dos pacientes possuem caderneta de saúde, 72% receberam avaliação multidimensional rápida, 71% mantêm acompanhamento em dia, e 35% receberam avaliação de saúde bucal. A equipe reconhece que os indicadores são baixos, e já estamos trabalhando para melhorar esses indicadores. Do ponto de vista médico, estamos fazendo atenção integrada ao idoso incluindo avaliação multidimensional rápida, para avaliar quadro clínico, emitir diagnóstico e prescrever tratamento medicamentoso se for preciso. As visitas domiciliares são agendadas fundamentalmente para os pacientes que necessitem de outro tipo de avaliação e que pelo estado de saúde que apresenta ou impossibilidade de ir até a UBS (acamados, com deficiências físicas e motoras). Realizamos também orientação para os familiares sobre os cuidados e correta utilização da medicação, esse trabalho tem o objetivo de melhorar as expectativas de vida aos usuários. Nunca esquecer hoje você é jovem, amanhã será um idoso, entretanto sabemos que o programa de atenção ao idoso pode ser melhorado, aumentando o número de idosos acompanhados e melhorando os registros.

Inicialmente a nossa UBS tinha muitas dificuldades na organização do trabalho, que levaram a obtenção de índices baixos nos atendimentos dos diferentes programas de atenção como, por exemplo, a atenção ao pré-natal, às crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e outras doenças crônicas não transmissíveis. Depois da chegada de nossa equipe de saúde na UBS, já percebemos boas mudanças, todos os integrantes da equipe tem conhecimento das suas funções e deveres, todas as semanas fazemos uma reunião da equipe para organizar o trabalho, avaliamos o cumprimento das consultas agendadas de gestantes, crianças entre outras.

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

Fazendo uma comparação com o texto da semana de ambientação, considero importante dizer que depois de participar do Curso de Especialização, dos debates, da leitura dos protocolos do Ministério da Saúde e de temas importantes,

estamos mais preparados para fazer nosso trabalho. As atividades da Unidade 1 permitiram uma análise profunda da nossa comunidade, um maior conhecimento a cerca dos seus problemas de saúde. A realização e estudo dos questionários e dos Cadernos de ações programáticas e as demais ferramentas oferecidas pelo curso propiciou uma visão mais clara do funcionamento da nossa UBS, e gerou discussões entre a equipe, estimulando a mudança nas práticas de todos os profissionais. Essa movimentação dos profissionais visando melhorar a atenção aos usuários da área de abrangência da unidade já iniciou.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério de da Saúde, é uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/MS). O envelhecimento da população é um fenômeno natural e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais, assim, os muitos idosos ou idosos em velhice avançada também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, compondo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (Brasil 2010). Identificando que os indicadores de cobertura da Atenção da Saúde da Pessoa Idosa da nossa unidade de saúde estão muito distantes das estipuladas pelo MS, 71% mantêm acompanhamento em dia, 28 destes idosos são hipertensos e diabéticos com uma cobertura de 28%, que não são bem acompanhados, só 35 dos idosos têm avaliação de saúde bucal em dia, 7 idosos da área adstrita estão acamados ou com problemas de locomoção, alguns deles não recebem visitas domiciliares mensalmente, com nossa intervenção, pretendemos identificar os problemas para intervir fazendo um bom controle dos fatores de risco, modificar estilos de vidas e maus hábitos alimentares, fazer tratamentos adequados das doenças garantindo uma maior qualidade de vida dessa população. Em nossa UBS antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde para os idosos eram concentradas na enfermeira, o resto dos atendimentos das pessoas idosas eram só concentrados nos problemas de saúde de casos agudos, por todos essas dificuldades a equipe refletiu a necessidade de intervir nessa ação programática.

A UBS Maria Das Neves Leal Araujo foi construída com essa finalidade, localizada no interior do município na zona rural, e tem na sua estrutura física uma sala de espera, sala de curativos, consultório médico, consultório odontológico e

dois banheiros. Ficam em nossa área de abrangência outras duas UBS localizadas em diferente micro regiões, onde também prestamos atendimentos, as condições estruturais são similares. Em relação à população da área adstrita, possuímos 1107 habitantes. A equipe está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica enfermagem, uma dentista, uma técnica de consultório odontológico e quatro agentes comunitários de saúde. A ação programática de Atenção a Saúde do Idoso será o foco de minha intervenção pelo fato dos idosos apresentarem doenças que têm uma alta incidência e que provocam muitas complicações que podem chegar à invalidez e morte.

A equipe está trabalhando na avaliação dessa ação programática, e temos avançado, há uma alta prevalência de pessoas idosas com doenças e desconhecem do seu estado de saúde e fatores de risco ficando expostos a riscos, complicações e morte, temos uma cobertura 95% para essa ação programática.

Atualmente a equipe faz atendimento aos usuários que procuram de forma espontânea a unidade, os agentes comunitários de saúde estão cadastrando os idosos da área de abrangência, além de agendar consultas para eles, realizamos avaliação multidimensional em dia, solicitação de exames complementares para os hipertensos e ou diabéticos, todos os idosos hipertensos que são avaliados são rastreados para diabetes, a dentista faz avaliação odontológica, realizamos visitas domiciliares para os usuários acamados ou com problemas de locomoção, todos são avaliados adequadamente, com exame físico correto. Os idosos saem da Unidade de Saúde com a próxima consulta agendada, todos recebem orientação nutricional para hábitos saudáveis, orientação individual de cuidados de saúde bucal, realização de palestras na UBS, a comunidade, escolas, associação de moradores, nas escolas.

Possuímos um elemento positivo para nosso trabalho que é uma equipe completa, com os recursos humanos necessários para desenvolver um trabalho adequado e correto frente às necessidades da população, acredito que esta intervenção vai ser muito importante no contexto da USF, posto que é a primeira vez que faremos uma intervenção estruturada, além de melhorar o estado de saúde da população idosa e ter um registro mais fidedignos de tudo o que acontece no estado de saúde dos idosos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na ESF Maria das Neves Leal Araújo, Belém do Piauí/PI.

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

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta3.1. 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 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% idosos.

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 12 semanas nos meses de março a maio de 2015 na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Leal Araújo, no Município de Belém do Piauí/PIAUI. Participarão da intervenção 121 idosos residentes na área (segundo dados do SIAB). Pretendemos cadastrar todos os pacientes idosos da área adscrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos da UBS.

Será utilizado como base o Caderno de Atenção Básica nº 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde, 2006.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 95%.

Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, nos três meses da intervenção, ao final de cada semana será realizado o monitoramento da cobertura através da revisão das fichas específicas, fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que foi disponibilizada pelo Curso, e que será avaliada mensalmente pelo médico e enfermeira.

Organização e Gestão do Serviço

- Acolher os idosos;
- Cadastrar 100% dos idosos da área de cobertura da unidade de saúde;
- Atualizar as informações do SIAB.

Para realizar essas ações a equipe da unidade de saúde irá acolher todos os idosos da área de abrangência da unidade, cadastrando-os no programa de saúde do idoso. As “fichas A” serão revisadas mensalmente pelos ACS e aqueles idosos que ainda não estão sendo acompanhados, e cadastrados no programa do idoso serão buscados para a ESF através da realização da busca ativa pelos ACS. Para cadastrar os idosos pelos ACS, utilizaremos um modelo de ficha específica ficha espelho do idoso disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, contendo várias informações que vão desde os dados pessoais, como a situação de saúde, exame clínico, exames complementares, orientações e ações recebidas. Para a avaliação, o médico e a enfermeira utilizará uma planilha eletrônica de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso de Especialização, assim, os dados contidos na ficha espelho serão transcritos ao final de cada semana para essa planilha eletrônica que calculará automaticamente todos os indicadores utilizados na intervenção.

### Engajamento Público

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

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

Essas ações serão realizadas de forma coletiva pela equipe, em ambientes públicos (comércio local, igrejas, associação de moradores) e dentro da Unidade de Saúde do município, utilizando cartazes, folders e informações dadas pelos profissionais de saúde.

### Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos;

- Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço;

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

As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira na UBS, durante as reuniões de equipe na UBS, com o fornecimento de material para leitura e aperfeiçoamento, será impressa uma cópia do Caderno de atenção básica nº 19- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa/ Ministério de Saúde, 2006.

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

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

### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento, através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos por mim semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

### Organização e Gestão do Serviço

-Garantir os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

-Definir as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos.

Na primeira semana durante a capacitação dos profissionais da equipe na UBS, o médico definirá as atribuições de cada um incluindo a avaliação multidimensional rápida. A avaliação ocorrerá durante os atendimentos e será registrada na ficha espelho de cada idoso. Providenciaremos da revisão do material disponível e solicitação ao gestor municipal dos itens necessários.

#### Engajamento Público

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

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

Manteremos o Conselho de Saúde informado durante o desenvolvimento da intervenção sobre as atividades desenvolvidas, e também nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e também nas atividades comemorativas na comunidade para maior integração e para que possam exercer controle social, esta ação será realizada pelos ACS. Também informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos idosos da unidade de saúde, através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS;

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

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

As capacitações serão realizadas pelo médico, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim, teremos a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos idosos.

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

### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente por mim para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

### Organização e Gestão do Serviço

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

- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado;

- Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;

- Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Na primeira semana durante a capacitação dos profissionais da equipe o médico definirá as atribuições de cada um no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos, os ACS vão Garantir semanalmente a busca dos idosos que não realizaram exame clínico apropriado, na reunião semanal da equipe a enfermeira é a responsável de organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, para garantir referência e contra referência o médico e enfermeira farão avaliação mensal nas consultas.

### Engajamento Público

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

Essas ações serão realizadas pelo médico e a enfermeira, através de atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e também nas atividades comemorativas, também informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos idosos da unidade de saúde, através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade.

### Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

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

As capacitações serão realizadas pelo médico na reunião da equipe na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês de intervenção, assim, teremos a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

- 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.

Para realizar essas ações, ao final de cada semana será realizado o monitoramento através da revisão das fichas espelho dos idosos pela enfermeira. Aqueles pacientes que por algum motivo não estiverem em dia serão buscados pelo ACS semanalmente. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares;

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

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

Para garantir a solicitação dos exames complementares o médico e enfermeira farão avaliação mensal nas consultas, e farão também uma reunião com o gestor municipal para garantir agilidade na realização desses exames complementares definidos no protocolo.

#### Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares;

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

Nas consultas individuais, atividades educativas coletivas, e nas visitas domiciliares iremos orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade da realização de exames complementares, essas ações serão realizadas pelo médico, a enfermagem e os ACS.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

Estas capacitações também serão realizadas pelo médico na UBS, na primeira e segunda semana do início da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Para realizar essa ação, nos três meses da intervenção, ao final de cada semana será realizado o monitoramento da cobertura através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente pelo médico e a enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço

-Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

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

Mensalmente o médico e enfermeira realizarão o controle de estoque dos medicamentos e manterão um registro mensal das necessidades de medicamentos para hipertensos e/ou diabéticos.

#### Engajamento Público

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

Todos os integrantes da equipe manteremos o Conselho de Saúde informado sobre as atividades desenvolvimento quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, iremos informar os usuários nas consultas individuais, nas

atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares. Também informaremos a comunidade o direito de todos ao acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

As capacitações serão realizadas pelo médico na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

O monitoramento será através da revisão semanal das fichas dos idosos pela enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço

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

Através de visitas domiciliares mensais os ACS identificarão os idosos com esses problemas e durante a reunião de equipe nos passarão essa informação. No mesmo momento a enfermeira ou médico farão o registro desses idosos.

#### Engajamento Público

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

Esta ação será fundamental para o sucesso da intervenção, e da mesma forma que para ações anteriores, os integrantes da equipe mensalmente iremos contar com o Conselho de Saúde para divulgar, e também iremos informar nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e nas atividades comemorativas na comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica



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

A capacitação será realizada pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês de intervenção, assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento da cobertura através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente pelo médico e a enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço

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

Na reunião de equipe será organizada pela enfermeira a agenda para realizar visita mensal aos pacientes acamados ou com problemas de locomoção

#### Engajamento Público

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

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

Manteremos os conselhos de saúde informados durante o desenvolvimento das atividades, nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares iremos colocar cartazes na UBS sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e as formas de solicitação, estas ações serão realizadas pela equipe mensalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;

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

As capacitações serão realizadas pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção juntamente com outros assuntos já mencionados, assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento da cobertura através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas específicas/espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente pelo médico e a enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

O médico e enfermeira e o restante da equipe receberão os idosos e agendarão consultas semanalmente. A equipe também pretende garantir a manutenção do material adequado para dar um atendimento de qualidade.

#### Engajamento Público

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

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

Da mesma forma que para as ações anteriores iremos informar através das consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e também nas atividades comemorativas na comunidade, através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

A capacitação será realizada pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, pelo médico da UBS assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado pela enfermeira o monitoramento da cobertura através da revisão das fichas espelho dos idosos.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM;
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;
- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Para melhorar acolhimento de diabéticos o médico e enfermeira agendarão consultas semanalmente, e garantirão o material adequado para dar um atendimento de qualidade. Como sistema de alerta, vamos fixar com um grampo ou clipe, um lembrete na ficha específica do idoso que necessitar de hemoglicoteste.

#### Engajamento Público

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Manteremos os conselhos de saúde informados durante o desenvolvimento das atividades da intervenção, iremos divulgar a necessidade de controle dos fatores de risco nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas

domiciliares e através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade, estas ações serão realizadas por todos os integrantes da equipe mensalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica

- 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.

A capacitação será realizada pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, o cirurgião dentista fará o acompanhamento para que todos os pacientes realizem a primeira consulta odontológica programática anual. A enfermeira também fará o acompanhamento das atividades educativas para que atinjam todos os idosos cadastrados na Unidade. O acompanhamento mensal da intervenção será utilizado através da Planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo Curso.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde;
- Cadastrar os idosos na unidade de saúde;
- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Os idosos que chegarem à unidade serão acolhidos, e dependendo da necessidade receberão consulta odontológica no mesmo dia, ou serão agendados pela enfermeira ou médico ou quem realizar o acolhimento conforme organização prévia da agenda pelo dentista. Os atendimentos odontológicos serão registrados no prontuário e também na ficha específica do idoso pelo cirurgião dentista semanalmente.

#### Engajamento Público

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

Para cumprir esta ação o médico, a enfermeira, e o cirurgião dentista faremos mensalmente palestras com a comunidade. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral. Ter uma saúde bucal adequada é importante para ter uma saúde geral, pois tudo está interligado. A saúde bucal não é algo isolado, assim algo que acontece na boca pode ser um sinal de doenças em outra parte do corpo, alguns problemas em nossa boca podem ter relação com outros acontecimentos como, por exemplo, problemas cardíacos e pneumonias aspirativas, diabetes. Por isso uma manutenção constante é tão necessária.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

Esta capacitação assim como as demais será realizada pelo cirurgião dentista na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção.

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento pelo cirurgião dentista, através da revisão das fichas espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente da mesma forma que para as ações acima citadas.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde;  
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência;

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos;

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

O acolhimento será realizado por toda a equipe e dependendo da necessidade odontológica, o idoso será encaminhado para consulta odontológica. O dentista agendará consultas semanalmente para atendimento prioritário aos idosos. Mensalmente faremos uma agenda de saúde bucal com vagas direcionadas aos idosos. O atendimento será registrado no prontuário e na ficha específica do idoso.

### Engajamento Público

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

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

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

Ouvir a comunidade através do Conselho de Saúde e nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico sugestões de melhorias para o acesso, estas ações serão realizadas pelo médico, a enfermeira e o pelo cirurgião dentista.

### Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo;

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

- Capacitar os ACS para captação de idosos;

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

Esta capacitação será realizada pelo médico na UBS, no primeiro mês da intervenção.

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

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

### Monitoramento e Avaliação

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

Para realizar essa ação, ao final de cada semana será realizado o monitoramento através da revisão das fichas específicas/espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas específicas/espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente, esta ação será realizada pela enfermeira.

### Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Serão realizadas visitas domiciliares semanais pelos ACS aos idosos faltosos e agendaremos acompanhamento no momento da visita. Organizaremos a agenda para acolher aos idosos provenientes das buscas domiciliares que comparecem na UBS.

#### Engajamento Público

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

Através dos Conselhos de Saúde e nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares através de palestras e reuniões da equipe com a comunidade iremos esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, estas ações serão realizadas pelos integrantes da equipe mensalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

As capacitações serão realizadas pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

#### 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

#### Monitoramento e Avaliação

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

O monitoramento será realizado através da revisão das fichas espelho dos idosos, onde irá conter o dado se o idoso já possui a Caderneta. Os idosos e familiares serão orientados para sempre que vierem à UBS trazerem a Caderneta para atualização, estas ações serão realizadas pela enfermeira semanalmente.

#### Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas;
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros;
- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- 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.

As ACS e demais membros da equipe de ESF manterão as “fichas A e D, SSA2 e PMA2” atualizadas, e alimentarão o SIAB mensalmente. Para o registro das ações da intervenção, utilizaremos uma ficha específica (ficha espelho) do idoso contendo campos a serem preenchidos com as informações de saúde do idoso e ações desenvolvidas. O modelo dessa ficha será disponibilizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família. Implantaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados do Excel também disponibilizada pelo Curso. Essa planilha será alimentada semanalmente com os dados das fichas específicas dos idosos, e avaliada mensalmente pela enfermeira. Será pactuada com a equipe a utilização da ficha espelho para toda e qualquer atendimento prestado ao idoso, e o registro do procedimento realizado. A enfermeira será responsável pela revisão das fichas, alimentação eu irei realizar avaliação da planilha eletrônica de coleta de dados. Utilizaremos como sistema de alerta um bilhete fixado com grampo ou clipe na ficha específica. A enfermeira será o responsável de Solicitar ao gestor o fornecimento regular das cadernetas de saúde da pessoa idosa.

#### Engajamento Público

- 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;



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

O médico, a enfermeira e os ACS faremos contato com os idosos, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, onde apresentaremos o projeto, esclarecendo seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde. Será feita mensalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

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

As capacitações serão realizadas pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

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

Meta5.1. 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

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

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

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

-Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Para realizar essas ações, ao final de cada semana será realizado o monitoramento através da revisão das fichas específicas/espelho dos idosos. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente pelo médico e a enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade;

- Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice;

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

Todos os idosos avaliados como de alto risco e fragilizados na velhice ao chegar à UBS, terão atendimento prioritário pelo médico. A agenda será organizada para esta demanda, assim como, o agendamento de consulta e as visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente, serão realizadas pelos ACS.

#### Engajamento Público

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

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

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

- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio;

Faremos contato mensal na UBS com os idosos, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, e apresentaremos o projeto orientando os usuários quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular, e quanto á importância do adequado controle de fator de risco, estas ações serão realizadas pelo médico, a enfermeira e os ACS.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

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

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

As capacitações serão realizadas na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim, a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos, estas ações serão realizadas pelo médico.

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

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

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

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

#### Monitoramento e Avaliação

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

- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição;

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

- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular;

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Para realizar essas ações, ao final de cada semana será realizado o monitoramento através da revisão das fichas específicas/espelho dos idosos pelo médico e a enfermeira. Todos os dados contidos nas fichas específicas/espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

#### Organização e Gestão do Serviço

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

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

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

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

O médico e a enfermeira organizarão uma reunião para definir o papel de cada membro da equipe na realização dessas ações. Faremos também uma reunião com o gestor municipal, na Secretaria de Saúde para envolver nutricionistas nesta atividade e para demandar ao gestor que se faça parcerias institucionais para a realização de atividade física. As orientações serão realizadas de forma individual nas consultas médicas. Caso o médico não consiga realizar essas orientações em alguma consulta, o idoso será encaminhado à enfermeira, que fará essas orientações.

### Engajamento Público

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

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

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

Faremos uma reunião mensal na UBS com os idosos, com seus familiares, e com a comunidade para realizar palestras orientando a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal. Essas orientações também serão realizadas durante as consultas médicas e/ou atendimentos da enfermeira.

### Qualificação da Prática Clínica

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

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

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

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

As capacitações serão realizadas pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

## **.3.2 Indicadores**

Indicador de cobertura:

1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Indicadores de qualidade:

2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes a área de abrangência de saúde.

2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência.

2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

Indicadores de adesão:

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programáticas.

Indicadores de registro:

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

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado. Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

Indicadores de avaliação de risco:

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

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade. Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Indicadores de promoção de saúde:

6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na ação programática de Atenção às pessoas idosas na UBS Maria das Neves Leal Araújo, vamos adotar como Protocolo o Caderno de Atenção Básica 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde, 2006. Utilizaremos prontuários individuais, e um livro para os registros dos atendimentos, Caderneta da pessoa idosa e ficha de atendimento de saúde bucal, além disso, registraremos os dados do usuário na ficha espelho para acompanhamento dos idosos, esta ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, estratificação de risco, exames complementares em dia, exame físico completo, entre outros dados. Faremos contato com os gestores municipais para dispor as 150 fichas impressas que serão colocadas em um arquivo próprio junto à recepção, facilitando o acesso a todos os profissionais da unidade. Mesmo estabelecendo uma meta de cobertura de 95%, faremos esforços para cadastrar todos idosos da área de abrangência durante a intervenção no programa de atenção pessoas idosas da área de abrangência da UBS.

Para iniciar as ações de Monitoramento e Avaliação estaremos realizando um levantamento do número de idosos cadastrados no Programa de Atenção a Pessoas Idosas na UBS, onde a enfermeira revisará o livro de controle, identificando todos os idosos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis para as fichas espelho, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento realizando anotações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de riscos por critério clínico, exames laboratoriais periódicos em dia, exame físico completo, ter recebido informações educativas sobre alimentação saudável e práticas de atividade físicas. Depois de finalizado esse levantamento, seguiremos monitorando semanalmente as fichas de todos os cadastrados, inclusive de novos idosos inseridos no programa da unidade.

Organizaremos um arquivo que proporcionará revisão semanal para monitoramento o que vai facilitar a busca de faltosos. A organização desse arquivo ficará e a busca dos faltosos sob a responsabilidade dos Agentes Comunitários de



Saúde. O monitoramento do acesso das pessoas idosas a medicamentos da farmácia popular, o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de pessoas idosas e o monitoramento das demais ações realizadas ficará sob a responsabilidade do médico e da enfermeira. Após a revisão das fichas, será elaborada uma lista com nome de cada idoso faltoso por micro área, que será repassada aos ACS para a busca ativa. A avaliação dos indicadores será realizada mensalmente sob a responsabilidade do médico e da enfermeira. As Cadernetas dos idosos serão atualizadas durante as consultas.

A equipe organizará o trabalho de forma a priorizar o atendimento dos idosos e dar um acolhimento adequado, sem deixar de atender o restante da comunidade e as demais ações programáticas desenvolvidas na UBS. O acolhimento das pessoas idosas será realizado pela técnica de enfermagem, os idosos com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os idosos que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da atenção à saúde do idoso, solicitaremos apoio da comunidade sobre a necessidade da priorização do atendimento deste grupo populacional. Confeccionaremos cartazes e folders com informações sobre a ação programática que será fixada na comunidade e UBS. Nas visitas domiciliares os ACS e demais membros da equipe deverão informar sobre a existência do programa de atenção à saúde das pessoas idosas da unidade de saúde e a importância de assistir as consultas agendadas. Orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicos decorrentes da hipertensão e da diabetes em pessoas idosas, e a necessidade de realização de exames complementares. Estas atividades se realizaram em palestras, conversas, grupos, onde terão como responsáveis o médico e a enfermeira, mas terá participação de toda a equipe. Faremos ações de capacitação 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", capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene

bucal e de próteses dentárias. As capacitações serão realizadas pela enfermeira na UBS, na primeira e segunda semana do primeiro mês da intervenção, assim a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos pacientes idosos.

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Treinamento e capacitação dos profissionais da equipe de saúde de nossa USF, sobre o protocolo de atenção a pessoas idosas.	x	x														
Definir a função de cada membro da equipe na ação programática	x															
Cadastramento de todas as pessoas idosas da área Adstrita no programa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática das pessoas idosas solicitando apoio para a atenção as pessoas idosas e para as demais estratégias que serão implementadas	x				x				x				x			
Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico das pessoas idosas e orientações de promoção a saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa das pessoas idosas faltosas	x															
Atendimento bucal das pessoas idosas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação dos indicadores				x				x				x				x

### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção ocorreu em um período de 12 semanas, as ações previstas no projeto foram desenvolvidas de acordo com o cronograma das atividades para cada semana, apresentamos dificuldades para realizar algumas ações, mas com o esforço da equipe e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde foram todas executadas.

A primeira ação que realizamos, foi definir a função de cada membro da equipe para a realização das ações programáticas previstas no projeto de intervenção, e também o treinamento e capacitação dos profissionais da equipe de saúde de nossa UBS, com a leitura do o protocolo de atenção às pessoas idosas do MS, disponibilizamos uma versão impressa deste protocolo para ficar na UBS.

Inicialmente, antes de nosso projeto de intervenção, o atendimento na UBS não tinha um monitoramento da cobertura dos pacientes cadastrados adequado para melhorar a atenção a sua saúde, faltava ter um atendimento humanizado, organizado, um melhor planejamento do acompanhamento, os idosos diabéticos e /ou hipertensos não tinham um acompanhamento adequadamente diferenciado.A

falta de registros adequados nos levou a refazer todos os cadastros dos pacientes idosos utilizando as fichas espelhos propostas pelo Curso.

A Equipe organizou palestras com temas importantes para a saúde do idoso, compartilhamos com as lideranças a necessidade de divulgar o projeto para os idosos e comunidade de forma geral, fizemos o esclarecimento sobre a importância da realização deste projeto.

Nas reuniões da equipe foram realizadas as capacitações dos profissionais, fizemos monitoramento da intervenção semanalmente, e avaliação dos indicadores ao final de cada mês, eu fazia o preenchimento da planilha do Curso com base nos dados levantados semanalmente. Realizamos visitas domiciliares para os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, onde procurávamos orientar os familiares sobre nutrição, controle da medicação, entre outras ações.

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

As principais dificuldades que apresentamos foram com relação às chuvas que, em muitas ocasiões, não permitiu a realização das atividades programadas para o dia, depois era acordado com a equipe nova data, a consulta odontológica programática para os idosos apresentou dificuldades pois a dentista que estava licenciada, mas a equipe ofereceu orientação de higiene bucal, a meta não foi cumprida integralmente ficando em 68.6% mas será buscada. Outra dificuldade foi a de que os idosos necessitaram dispor de recursos próprios para se deslocarem para a realização dos exames laboratoriais em outro município porque a gestora não disponibilizou transporte.

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

Com relação à planilha de coleta de dados apresentamos dificuldades ao começo da intervenção no preenchimento da mesma, mas com o apoio da professora foi realizada as correções necessárias.

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

A intervenção foi muito bem aceita pela comunidade e pelas lideranças, Todas as ações desenvolvidas irão continuar fazendo parte da rotina do serviço, a

equipe está comprometida para dar atenção de qualidade para os idosos e a população de nossa área de abrangência.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir referem-se à intervenção realizada na UBS Maria das Neves Leal Araújo, município Belém do Piauí/Piauí, entre os meses de março a maio de 2015. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde de 121 usuários idosos residem em nossa área de abrangência.

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 95%.

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

Segundo as estimativas do Caderno de ações programáticas temos 121 idosos na nossa área. No primeiro mês da intervenção foram 61 alcançados (50,4%) dos idosos, no segundo mês conseguimos alcançar 114 (94,2%), e no último mês alcançados 121 (100%), superando a meta de 95% proposta, graças ao trabalho da equipe foi possível atingir esses resultados, também quero reconhecer aqui o grande esforço dos agentes comunitários de saúde para conseguir essa cobertura.

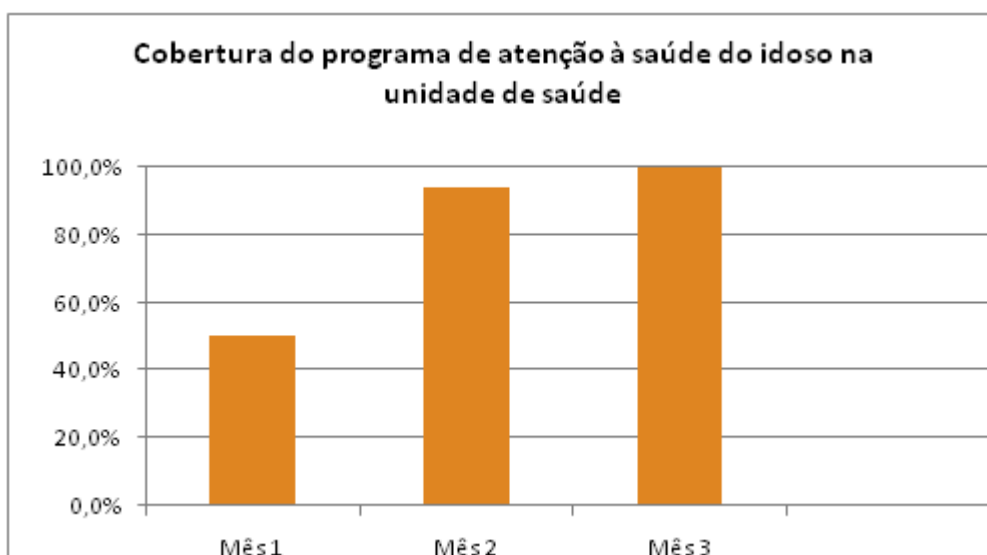


Figura 1- Proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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.

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 45 (73.8%) dos idosos, no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98.3%), não conseguimos atingir a meta proposta de 100%, porque durante a intervenção faleceu uma idosa, e um outro idoso, os filhos levaram para morar com eles em outro município, o cadastro destes usuário foi mantido até o final do mês que ocorreram as perdas, e posteriormente foram retirados do cadastro e da planilha de coleta de dados.

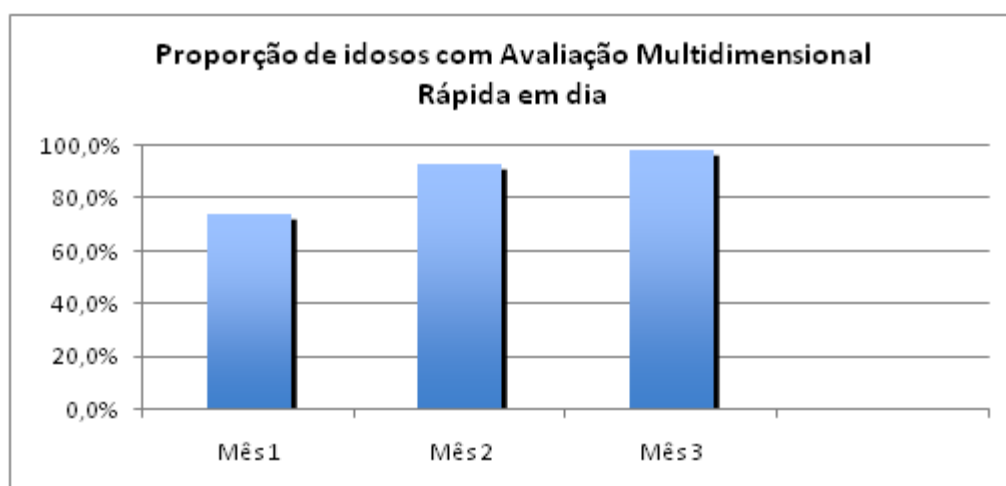


Figura 2- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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.

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 45 (73.8%) dos idosos, no segundo mês 98 (86%), e no terceiro mês 119 (98.3%), não conseguimos atingir a meta esperada de 100%, pois da mesma forma que no indicador anterior perdemos dois idosos no último mês.

Com relação a este indicador, tivemos dificuldades para realizar exames clínicos apropriados nas visitas domiciliares, pois alguns locais (residências) não apresentavam condições estruturais adequadas, foram encontrados usuários com doenças dermatológicas tais como micose, psoríase, dermatite seborreica, e outras, também foram achados alguns casos de diabéticos que apresentavam dificuldades com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, os idosos que precisaram foram encaminhados para avaliação especializada.

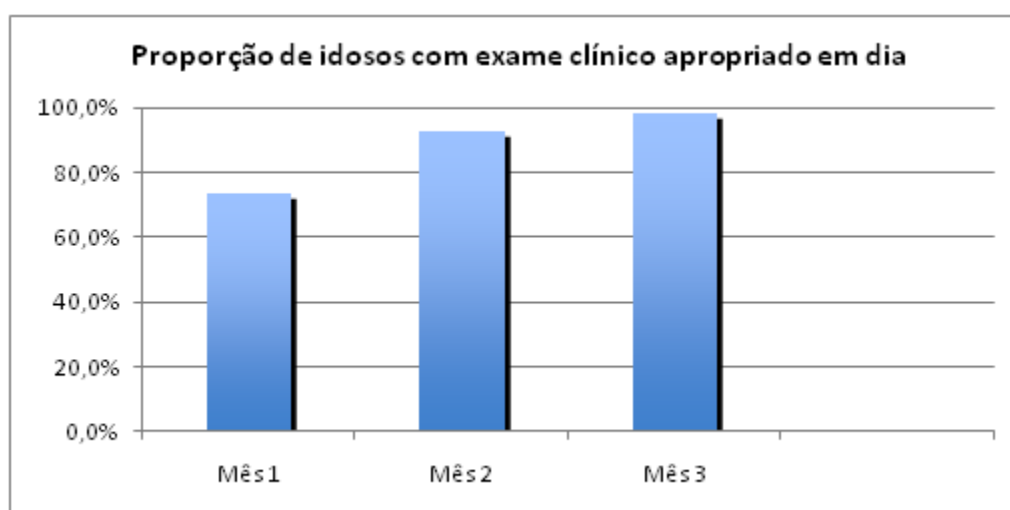


Figura 3- Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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.

Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos realizar exames laboratoriais em todos os 19 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados (100%), no segundo mês foram 43 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e todos realizaram exames (100%), no terceiro mês dos 46 (97,9%) realizaram exames, faltou realizar em um idoso, pois este idoso foi encaminhado por apresentar uma doença respiratória aguda, ficou internado vários dias, não deu tempo fazer os exames laboratoriais até o final da intervenção, entretanto foi tratado no período de hospitalização já está em casa e os familiares irão levar o mesmo ao laboratório para realizar os exames e seguir o acompanhamento na UBS. Este indicador foi uma preocupação da equipe ao início da intervenção, pois no município não existe laboratório clínico, além disso, muitos residem em lugares distantes, com uma característica geográfica ruim, mas graças ao apoio das lideranças da comunidade e famílias dos idosos conseguimos cumprir a nossa meta.

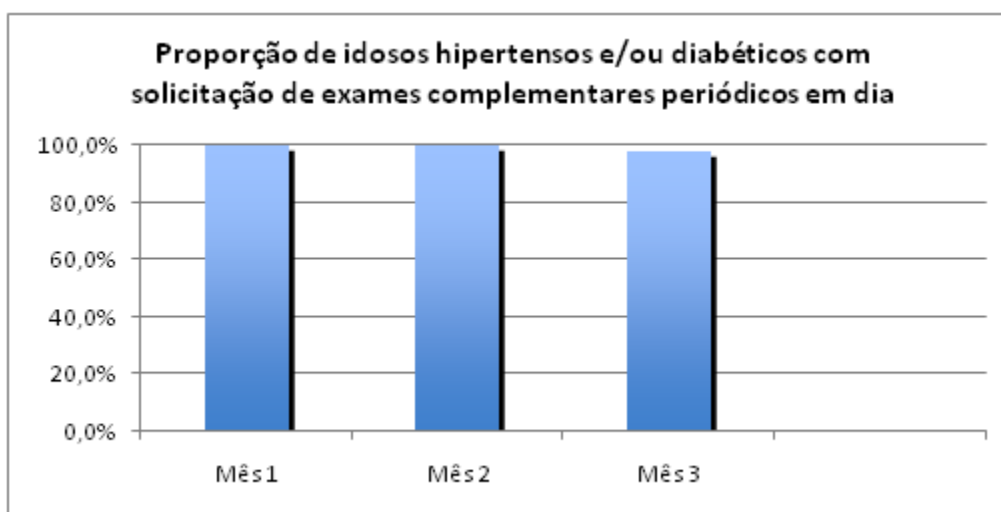


Figura 4- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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.

No primeiro mês da intervenção conseguimos ter 19 (31,1%), idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, durante o segundo mês 40

(35,1%), ao final do terceiro mês 42 (34,7%) dos idosos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, alguns idosos com condições econômicas desfavoráveis procuram os medicamentos na Unidade Básica de Saúde, mas outros preferem comprar em farmácia particular, o cumprimento da ação é supervisionado pela Equipe de saúde.

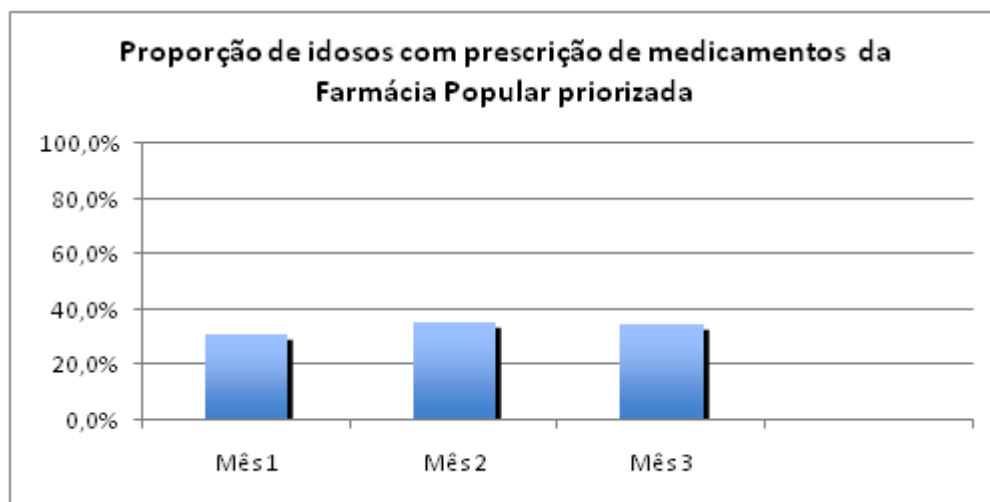


Figura 5- Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

No primeiro mês da intervenção dos cinco idosos acamados ou com problemas de locomoção três (60%) foram cadastrados e estavam sendo acompanhados, no segundo mês foram cadastrados sete (100%) do total, no terceiro mês dos 11 idosos acamados ou com problemas de locomoção 100% tinham sido cadastrados e estavam sendo acompanhados. Este trabalho foi gratificante para a Equipe, pois além de atingirmos a meta proporcionou melhorar as condições de vida destes idosos a equipe ficou satisfeita com o resultado desta ação.

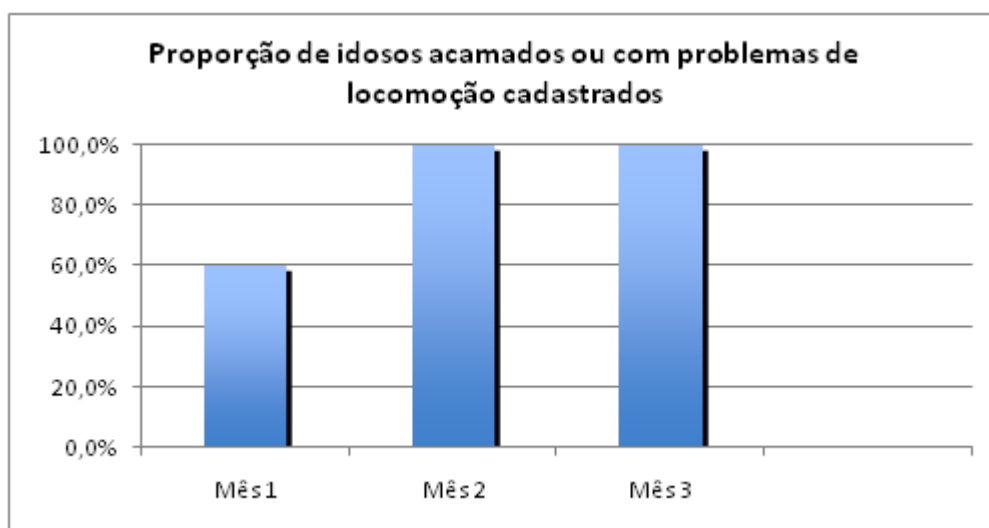


Figura 6- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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.

A equipe realizou 100% das visitas domiciliares agendadas durante o primeiro, o segundo, e o terceiro mês da intervenção, para os idosos acamados ou com problemas de locomoção, fizemos mais de uma visita domiciliar para atender as suas necessidades de saúde, oferecemos ajuda com a medicação, inclusive entregamos cadeira de rodas para quatro idosos.

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

Indicador: Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta.

No primeiro mês da intervenção tivemos 44 (72,1%) dos idosos com verificação de pressão arterial na última consulta, no segundo mês 104 (90,4%), e no terceiro mês 119 (98,3%), não conseguimos atingir a meta esperada de 100% pelas duas perdas que ocorreram no terceiro mês, já relatadas. Percebemos que alguns hipertensos apresentaram nível de pressão arterial alta, foi necessário realizar palestras para falar da importância de tomar corretamente a medicação, de

como manter uma dieta saudável, os benefícios da prática de exercícios físicos, e explicar sobre os fatores de riscos desta doença.

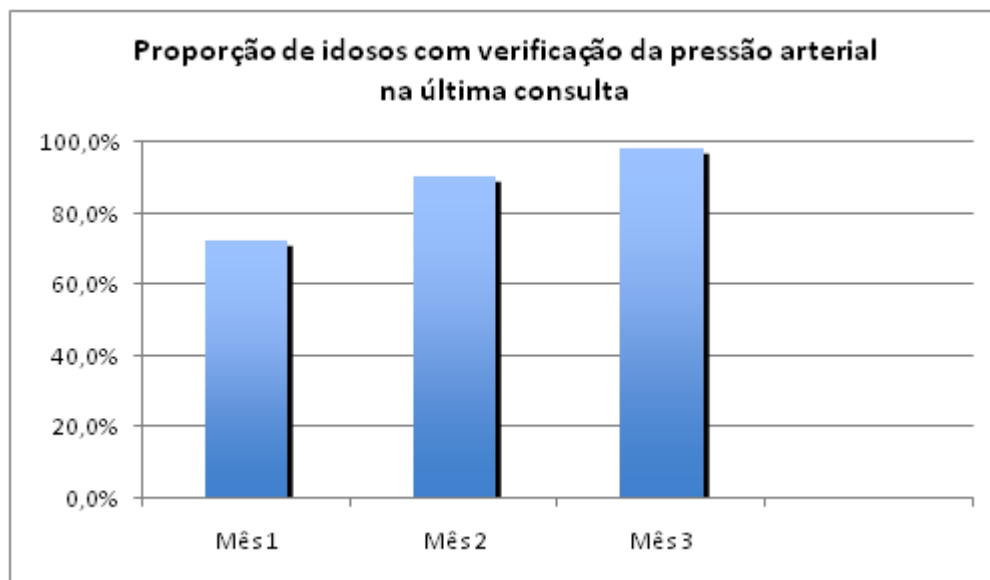


Figura 7- Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreado para diabetes.

No primeiro mês da intervenção foram rastreados 14 (100%) idosos hipertensos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), no segundo mês 33 idosos (100%), e no terceiro mês 36 (100%), os valores de glicemia de todos os idosos eram normais, conseguimos mudar os níveis de pressão arterial, todos receberam orientação para mudar modos e estilos de vida, explicamos como manter uma dieta saudável, a importância do consumo de frutas e vegetais, diminuir o consumo de sal e gordura, além disso tomar adequadamente a medicação.

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

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

Foram avaliados os idosos com necessidade de atendimento odontológico, embora alguns exames tenham sido realizados em locais com poucas condições estruturais, com iluminação deficiente, mas esses idosos foram identificados para realizarem a primeira consulta odontológica em consultório para que a dentista pudesse realizar uma melhor avaliação, no primeiro mês da intervenção avaliaram-se 45 (73.8%), no segundo mês 106 idosos (93%), e no terceiro mês 119 (98.3%).

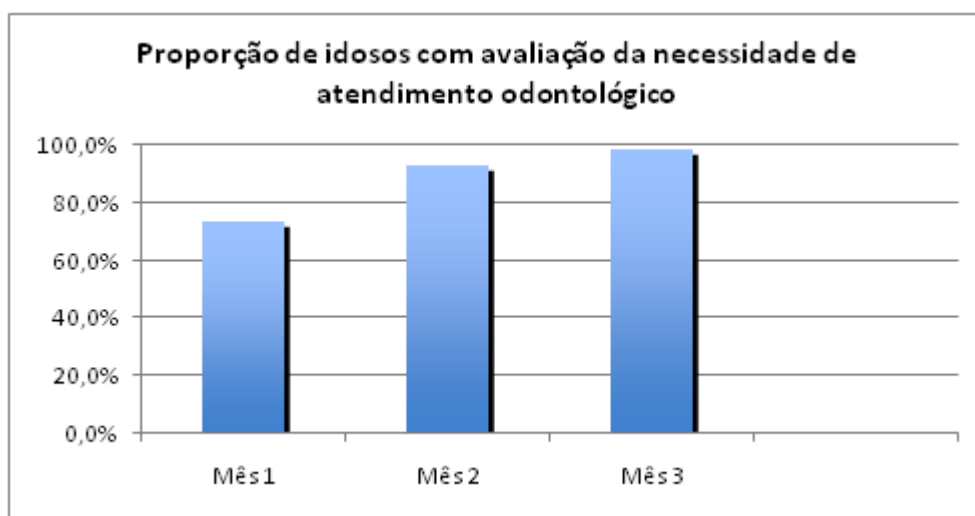


Figura 8: Proporção de idosos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada.

No primeiro mês da intervenção receberam a primeira consulta odontológica programada 44 (72,1%) dos idosos, no segundo mês 70 (61,4%), e no terceiro mês 83 (68,6%) dos idosos, os indicadores ficaram abaixo do desejado porque a dentista esteve licenciada durante um longo período da intervenção, a equipe ficou preocupada com este indicador, falamos com a gestora, mas não foi possível substituir provisoriamente esta profissional, entretanto como as ações desenvolvidas na intervenção irão permanecer na rotina do serviço, já conversamos com a dentista que se mostrou interessada na intervenção, e comprometeu-se em recuperar os idosos que não foram avaliados, então todos os idosos irão receber a primeira consulta odontológica programada.

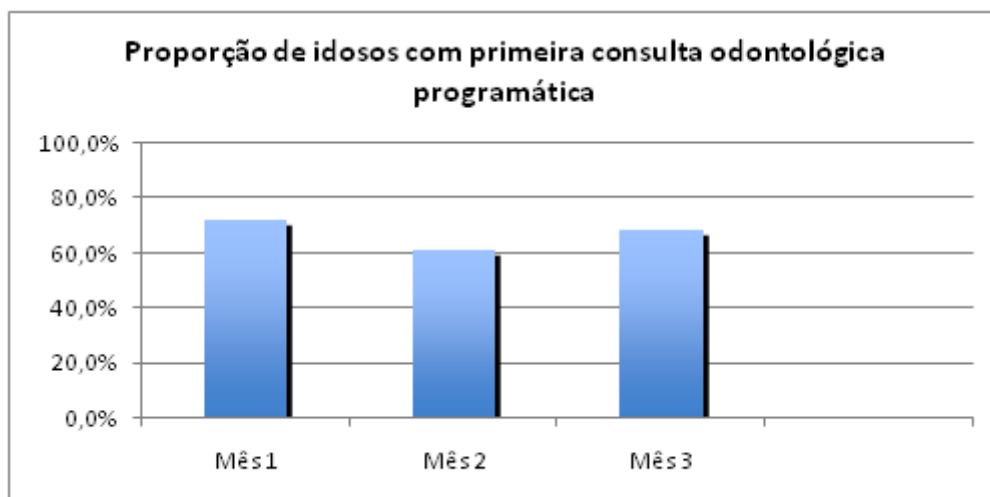


Figura 9: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Meta3. 1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Indicador: Proporção de idosos faltosos as consulta que receberam busca ativa.

Para buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas a equipe trabalhou muito com ajuda dos agentes comunitários de saúde, para fazer a busca ativa e avaliação. No primeiro mês tivemos 6 idosos faltosos, todos foram buscados, no segundo mês só um faltou que também foi avaliado, no terceiro mês não tivemos idosos faltosos, este indicador foi atingido sem dificuldades.

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

Indicador: Proporção de idosos com ficha de espelho em dia.

A equipe realizou a ficha espelho para cada idoso cadastrado, que foi atualizada na consulta agendada. No primeiro mês foram avaliados com ficha de espelho em dia 45 (73,8%) idosos, no segundo mês 93 (98,3%), e no terceiro foram avaliados 119 (98,3%). Antes da intervenção os idosos não tinham os prontuários atualizados, foi um desafio realizar as fichas de espelho avaliar e atualizar todos os prontuários.



Figura 10: Proporção de idosos com ficha de espelho em dia. Belém do Piauí/PI.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

A situação das Cadernetas de saúde foi um problema, pois no município não havia as Cadernetas suficientes disponíveis durante o período da intervenção para entregar aos novos pacientes. Foi discutido com a gestora, mais ainda não foi resolvido, no primeiro mês 45 (73,8%) pessoas idosas tinham Caderneta de saúde, no segundo mês 96 (84,2%), no terceiro mês 107 (88,4%), este indicador não foi atingido pela falta das Cadernetas no município.

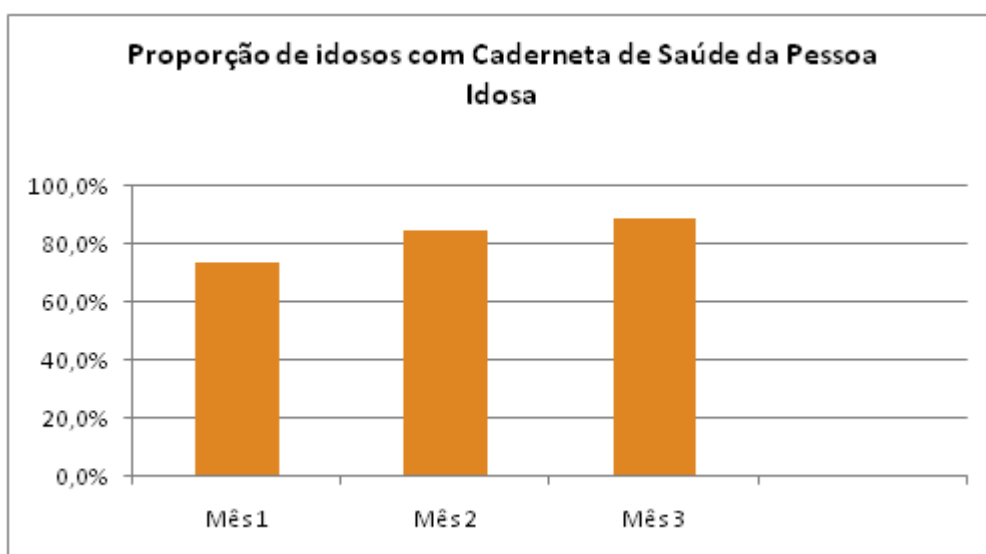


Figura 11: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. Belém do Piauí/PI.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 5. 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 do risco de morbimortalidade em dia.

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 45 (73,8%) dos idosos, no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%), este indicador não apresentou dificuldades, foram avaliados todos os idosos cadastrados.

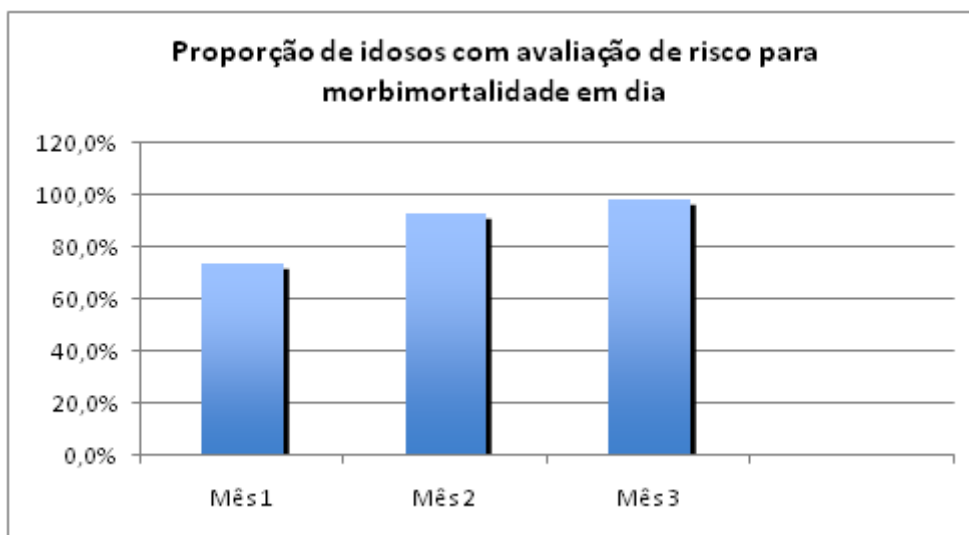


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação do risco de morbimortalidade em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 45 (73,8%) dos idosos, no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%), este indicador não apresentou dificuldades, foram avaliados todos os idosos agendados. Pela importância deste indicador a equipe acha necessário avaliar em cada consulta ou visita domiciliar.



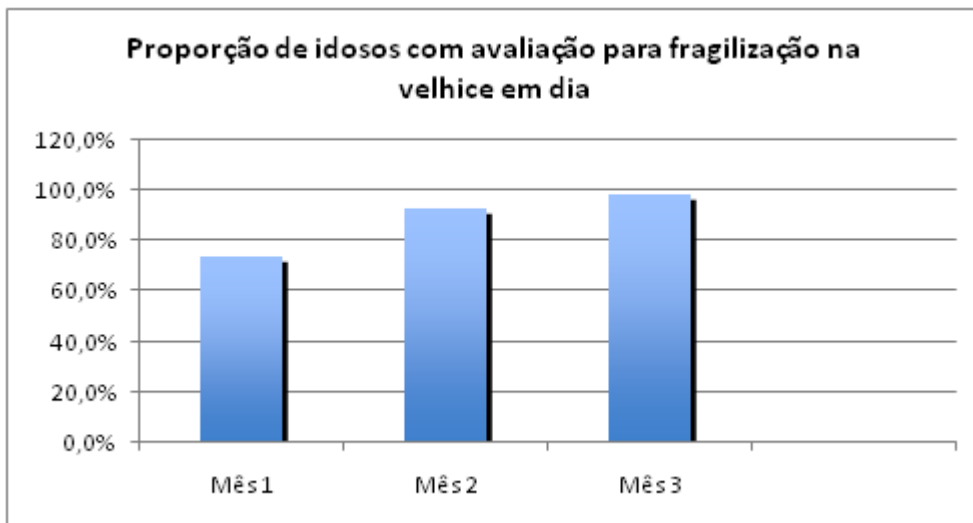


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de fragilização na velhice em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Ao princípio da intervenção apresentamos algumas dificuldades sobre a avaliação da rede social pela falta de conhecimento, mas no primeiro mês conseguimos avaliar 45 (73,8%) dos idosos no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%).

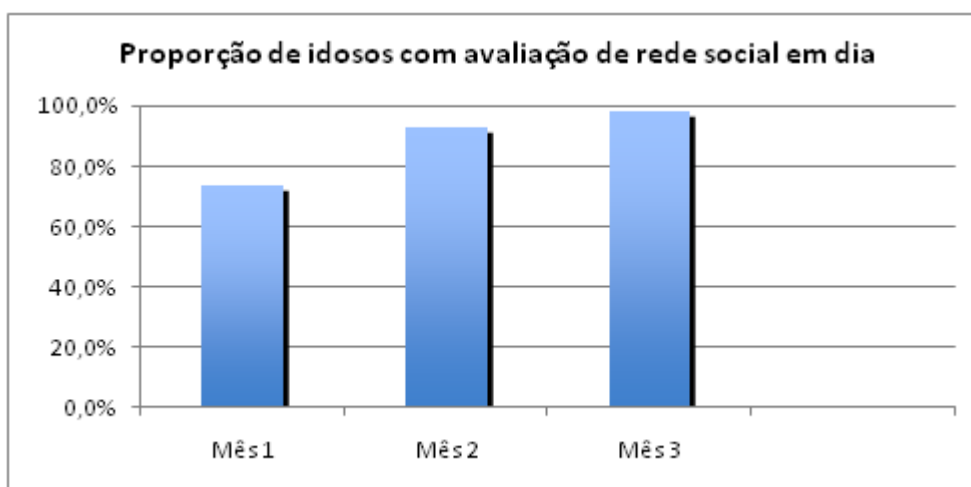


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

## Objetivo 6. 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.

No primeiro mês da intervenção receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 45 (73,8%) dos idosos segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%) durante a intervenção realizaram-se 9 palestras, a equipe teve o apoio da nutricionista.

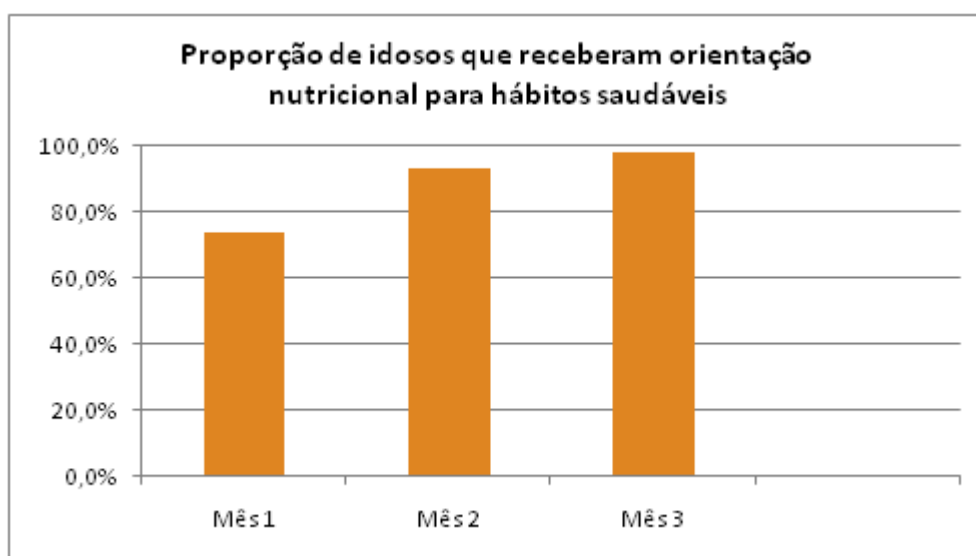


Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação para a prática regular de atividade física regular.

Receberam orientação para a prática regular de atividade física no primeiro mês da intervenção 45 (73,8%) dos idosos no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%), mas sabemos que para os idosos acamados resulta muito difícil fazer algum tipo de atividade física.

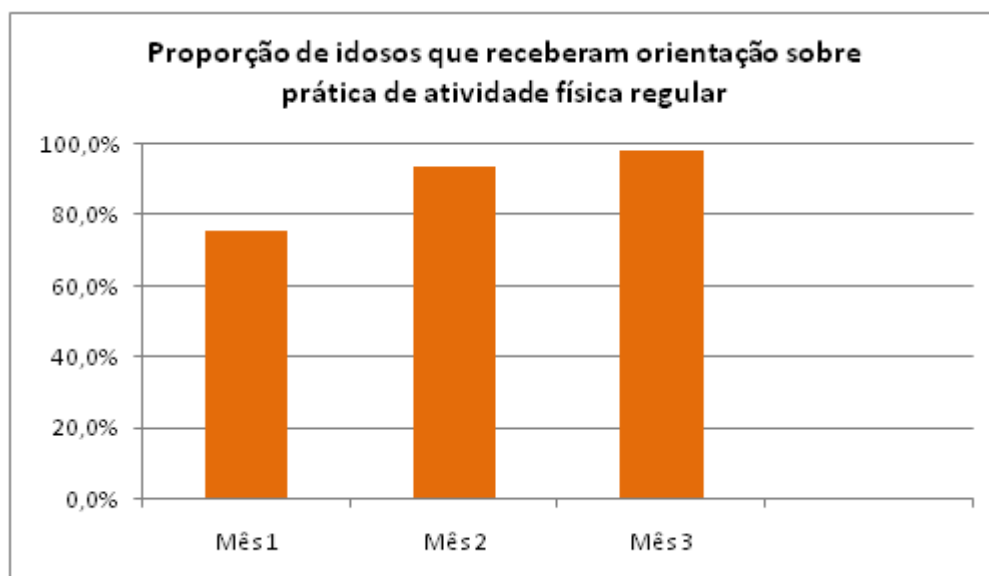


Figura 16: Proporção de idosos que receberam orientação para a prática regular de atividade física regular. Belém do Piauí/PI.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês foram avaliados 45 (73,8%), dos idosos, no segundo mês 106 (93%), e no terceiro mês 119 (98,3%). Apesar da dentista não estar presente durante a intervenção, todos os idosos cadastrados receberam orientação sobre os cuidados com a saúde bucal, como realizar uma boa escova dentária, a frequência da mesma, assim como sobre prevenção das doenças bucais.

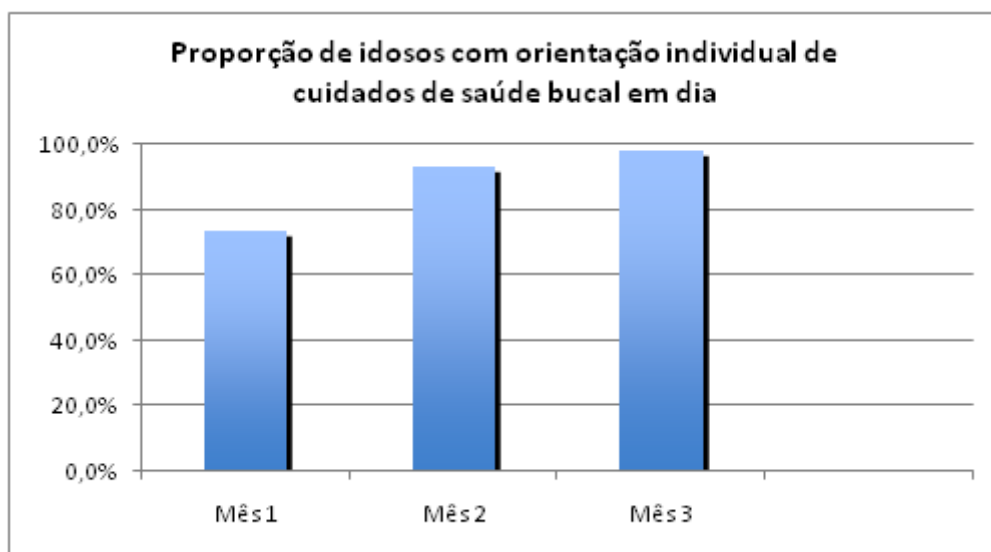


Figura 17: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Belém do Piauí/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

## 4.2 Discussão

Durante estas 12 semanas de intervenção, ampliamos a cobertura de idosos cadastrados, a capacitação dos ACS teve um papel fundamental para alcançarmos estes resultados, foi realizada busca ativa dos idosos faltosos, que foram atendidos em domicílio pela Equipe ou agendados para serem atendidos na UBS, contamos com o apoio das lideranças da comunidade, e das famílias dos idosos e da Equipe que trabalhou com muito amor para cumprir com os indicadores propostos da intervenção.

Conseguimos uma melhoria dos registros, da qualificação da atenção com destaque para a avaliação multidimensional rápida dos idosos, exames clínicos em dia, a realização dos exames laboratoriais para todos os hipertensos e/ou diabéticos, a atenção aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção através das visitas domiciliares, além disso, os idosos receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, também sobre a prática de atividade física regular, e orientação individual de cuidados de saúde bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde relativas à atenção às pessoas idosas. As capacitações abordaram o rastreamento, acompanhamento, monitoramento, controle, avaliação da saúde bucal, risco de morbimortalidade. A

intervenção favoreceu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da dentista, da auxiliar de consultório dentário, e dos agentes comunitários de saúde. Nossa equipe sentiu-se mais unida e satisfeita pelas melhorias alcançadas na cobertura e atendimentos aos pacientes idosos.

A intervenção teve impacto também em outras atividades, conseguimos melhorar os serviços oferecidos aos pacientes idosos, como o agendamento das consultas, e das visitas domiciliares aos idosos acamados, acompanhamento dos pacientes idosos com doenças crônicas, avaliação da saúde bucal, assim como a realização das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, estas ações foram desenvolvidas sem afetar outros serviços da UBS. Aumentou a qualidade das consultas e possibilitou a avaliação de indicadores até então não realizadas, aumentou os níveis dos indicadores que estavam baixos antes da intervenção. A estratégia de trabalho mudou, e foram incorporadas todas essas ações à rotina diária de nosso trabalho na UBS.

Em nossa UBS antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde para os idosos e para hipertensos e diabéticos eram concentradas na enfermeira, o resto dos atendimentos das pessoas idosas eram só concentrados nos problemas de saúde de casos agudos. A intervenção redefiniu as atribuições da equipe, oferecendo atenção a um maior número de pessoas, dando importância ao agendamento das consultas a todos os idosos na área de abrangência com ou sem problemas de saúde para garantir uma atenção de qualidade. A melhoria dos registros e o agendamento das pessoas idosas viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea, melhorou a atenção da saúde as pessoas idosas com acompanhamento adequado dos seus problemas de saúde, avaliação de risco, controle das doenças crônicas, e uso correto da medicação, mudanças de modos e estilo de vida, assim como diminuir o risco de morbimortalidade, a quantidade de atendimentos para as pessoas idosas aumentou, a equipe conhece melhor a situação do programa.

O impacto na comunidade é favorável, as famílias dos idosos e as lideranças reconhecem o trabalho da equipe, foi muito interessante a realização dos exames laboratoriais a todos os hipertensos e diabéticos, assim como a atenção aos idosos acamados ou com problemas de locomoção através das visitas domiciliares, a busca ativa dos faltosos foi positivo, outro fator de impacto favorável na comunidade foi a

realização de palestras em diferentes pontos da área de abrangência, além da realizadas na própria UBS, a população participou de forma ativa.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional se eu tivesse discutido as atividades que iria desenvolver com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programá-la.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção já esta sendo incorporada à rotina do serviço, vamos dar continuidade a todas as ações que foram planejadas no projeto para alcançar um melhor controle e avaliação de nosso trabalho, para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação às necessidades de priorização da atenção às pessoas idosas, e em especial aos hipertensos e diabéticos.

Os próximos passos da equipe será com base neste projeto implantar outros programas na UBS, o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, Programa de Pré-natal, além de disseminar a proposta desta intervenção para outra equipe, para assim cumprir os princípios do SUS.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Caros Gestores.

Como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas foi desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde do idosos de nossa área de abrangência. O presente relatório foi feito com a finalidade de descrever a intervenção realizada pela Equipe de saúde da UBS Maria das Neves Leal Araujo durante o período de março a maio do ano 2015, constituindo-se assim em 12 semanas de intervenção.

Foram cadastrados neste período da intervenção um total de 121 usuários idosos acima de 60 anos, o que corresponde a 100% dos idosos da área, e a 10,9% da população total da área de abrangência de nossa equipe, é importante reconhecer o grande esforço da equipe, fundamentalmente dos Agentes Comunitários de Saúde para o êxito desta intervenção. Utilizamos o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde e pactuamos objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção. Antes de começar a intervenção algumas ações de atenção a saúde do idoso ainda não eram realizadas na íntegra, por exemplo: somente 59% dos idosos tinham Caderneta de saúde. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento de todos os idosos da área ultrapassando a meta proposta ao início da intervenção que era de cadastrar 95% dos idosos.

Além disso, ampliamos a realização de importantes ações para a saúde do idoso como avaliação multidimensional rápida em dia para 119 (98,3%) dos idosos, na realidade esta meta atingiu 100% pois durante a intervenção faleceu uma idosa, e outro idoso os foi morar com os filhos em outro município, razão pela qual o percentual não atingiu 100% dos pacientes que estavam cadastrados do último mês.

Realizamos a solicitação de exames complementares periódicos para 97,9% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos. Na área de abrangência da equipe há 11 idosos acamados ou com problemas de locomoção todos foram cadastrados e estão sendo acompanhados, 83 (68,6%) dos idosos receberam a primeira consulta odontológica programada, os indicadores ficaram abaixo do desejado, porque a dentista esteve licenciada durante um período. Realizamos busca para 100% dos idosos faltosos às consultas programadas, também melhoramos a forma de registros.

Em nossa UBS antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde para os idosos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas na enfermeira, o resto dos atendimentos das pessoas idosas eram só concentrados nos problemas de saúde de casos agudos. A intervenção redefiniu as atribuições da equipe, oferecendo atenção a um maior número de pessoas, dando importância ao agendamento das consultas a todos os idosos na área de abrangência com ou sem problemas de saúde para garantir uma atenção de qualidade. A melhoria dos registros e o agendamento das pessoas idosas viabilizou a otimização da agenda para atender outros grupos, melhorou a atenção da saúde às pessoas idosas com seguimento adequado dos seus problemas de saúde, avaliação de risco, controle das doenças crônicas, e uso correto da medicação, obtemos mudanças de modos e estilo de vida diminuindo o risco de morbimortalidade, a quantidade de consultas para atendimentos para as pessoas idosas aumentou.

Os idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para a prática regular de atividade física, e orientação individual de cuidados de saúde bucal, a equipe conhece melhor a situação da saúde dos idosos da área.

Como aspectos negativos enfrentados podemos citar: a falta de cirurgia dentista durante um período de intervenção, pois a profissional esteve licenciada e não foi possível a sua substituição provisória, a falta das Cadernetas de saúde do idoso durante a intervenção problema este que ainda não foi resolvido até o momento.

Para finalizar, queria ressaltar a importância de continuar recebendo o apoio dos gestores, para esta e outras ações que sejam necessárias para melhorar a saúde da população. Sabemos que medidas preventivas e o acompanhamento regular propiciam resultados expressivos, trazendo benefícios para a população,



além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos.

Gostaria de agradecer o importante apoio e a estrutura disponibilizada para a realização desta intervenção que se dedicou a melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa, agradecer o apoio da gestão para a realização da capacitação que foram realizada no inicio da intervenção nos disponibilizando horário e fornecendo materiais audiovisuais.

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

### Relatório da Intervenção para Comunidade

O presente relatório tem como finalidade descrever para a população vinculada à UBS Maria das Neves Leal Araujo Belém do Piauí, o trabalho por nós realizado com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Idosos de nossa área de abrangência.

Antes de iniciarmos a equipe decidir em conjunto qual seria o tema da intervenção, levantamos os pontos positivos e fragilidades e dificuldades para oferecermos um atendimento de qualidade aos usuários, tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS.

Reunimos toda a equipe, e definimos que seria importante melhorar a atenção às pessoas idosas, assim estudamos e nos preparamos para melhorar o atendimento das pessoas idosas da área de abrangência. Estabelecemos metas, e definimos ações para alcançá-las. Esta intervenção foi realizada inicialmente por três meses, mas ela vai continuar ocorrendo na UBS.

Primeiro, definimos que tínhamos que ter inscrita no programa de Atenção a saúde da pessoa idosa pelo menos 95% das 121 pessoas idosas que temos na área. Neste item tivemos um bom resultado, pois nos três meses tivemos todos os 121 idosos inscritos e acompanhados.

Em nossa UBS antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde para os idosos hipertensos e diabéticos eram concentradas na enfermeira, ou atendimento clínico para problemas de saúde de casos agudos.

A intervenção favoreceu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da dentista, da auxiliar de consultório dentário, e dos

agentes comunitários de saúde. Nossa equipe sentiu-se mais unida e satisfeita pela melhoria alcançada na cobertura e atendimentos aos pacientes idosos.

Conseguimos melhorar os serviços oferecidos como o agendamento das consultas, e das visitas domiciliares aos idosos acamados, acompanhamento dos pacientes idosos com doenças crônicas, avaliação da saúde bucal, assim como a realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, estas ações foram desenvolvidas sem prejuízo dos outros serviços da UBS.

As mudanças na estratégia de trabalho já foram incorporadas à rotina diária de nosso trabalho na UBS.

A dentista que esteve licenciada durante muito tempo, e não foi possível substituir provisoriamente esta profissional o que não permitiu que todos os pacientes idosos realizassem a consulta odontológica como queríamos, mas estamos providenciando a recuperação destas ações, a falta das Cadernetas de saúde da pessoa idosa durante a intervenção causou dificuldades para entregar aos idosos que não tinham, este problema ainda não foi resolvido.

Realizamos uma parceria com os líderes da comunidade, onde eles traziam os idosos para receber atendimento.

Ressaltamos a importância do apoio de vocês, moradores da comunidade, para que possamos dar continuidade ao atendimento dos idosos para melhorar atenção da saúde deste grupo.

Um dos fatores de impacto favorável na comunidade foi a realização de palestras em diferentes pontos da comunidade como escolas, além das realizadas na própria UBS, onde a população participou de forma ativa. Nas visitas domiciliares foi muito interessante avaliar os pacientes que não realizavam as consultas na UBS, desta forma conseguimos interagir com eles e seus familiares nos cuidados dos mesmos e dúvidas sobre suas doenças e como contribuir para melhorar a saúde dos mesmos no domicílio.

Para encerrar, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho, e destacar que os idosos tem um maior risco de sofrer doenças crônicas e complicações pela faixa etária e deve ter prioridade.

A comunidade pode ajudar para a continuidade deste projeto através da cobrança dos seus direitos de receberem atenção a saúde de acordo com as recomendações do MS. Esse engajamento é essencial para prover vínculo entre a comunidade profissionais e gestores e uma efetividade das ações.

Todos os profissionais estão felizes e satisfeitos por terem trabalhado nestas atividades. Para continuar oferecendo este benefício à comunidade e melhorar nosso trabalho a intervenção já foi incorporada a rotina do nosso serviço.

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

### Reflexão Crítica sobre processo pessoal de Aprendizagem

Desde o começo do meu projeto de estudo, fiquei curioso, já que nunca tinha feito um curso a distância e também foi um pouquinho difícil pelo idioma o qual foi um grande desafio tanto na escrita como para a leitura, mais fui superando no transcorrer do Curso.

Tive alguns problemas com a internet no começo do curso o que dificultou a realização do meu trabalho e o envio de algumas tarefas no prazo solicitado.

Gostaria de estacar o apoio dos diferentes professores que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas.

O Curso tem sido muito importante para minha prática profissional e de meus colegas, pois oferece muitas ferramentas de estudo, e tem esclarecido dúvidas. Os casos clínicos que abordam doenças frequentes em nossa prática nos permite consolidar ainda mais nossos conhecimentos sobre os protocolos para tratamento.

O Curso propiciou que eu melhorasse o conhecimento da língua portuguesa. Ao apresentar o projeto a minha equipe todos ficaram muito felizes, conseguimos trabalhar juntos para melhorar a saúde dos idosos, realizamos um atendimento humanizado e de qualidade. Minhas expectativas foram cumpridas, já que conseguimos cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência da UBS, e agora incorporamos todas as ações em nossa rotina diária da UBS, os usuários e comunidade em geral ficaram muito satisfeitos com o nosso trabalho, e através do Curso também pude conhecer melhor o Sistema de Único de Saúde brasileiro.

## Referências

1-BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

2BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

3BRASIL. 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.

## **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



## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Planilha de Coleta de Dados Final (Modo de Exibição Protegido) - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. Habilitar Edição

Z46 fx 1

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3													
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está pressão sustentada que 135/80mm ou com diagnóstico hipertensão arterial sistêmica?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
100	97	Maria Natividade Leal Gomes	64	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
101	98	José Lomerciano Leal Araujo	65	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
102	99	Anaclea Noemea Leal Araujo	62	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
103	100	Antonio Borges Leal	92	1	1	1	1	1	0	0	1	1	
104	101	Gertrudes Maria Leal de Jesus	69	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
105	102	Maria Georgina Barros Leal	63	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
106	103	Maria Isabel de Jesus Gomes	83	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
107	104	Fecina de Jesus Gomes	73	1	1	1	1	1	0	0	1	1	
108	105	Maria da Silva Leal	62	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
109	106	Ricardo Borges Leal	65	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
110	107	Jacinto Antonio de Jesus Dias	61	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
111	108	Ana Maria da Conceição Silva	68	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
112	109	José Francisco de Macedo lopes	60	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
113	110	Ana Araujo Luz	83	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
114	111	Terezinha de Jesus Silva	70	1	1	0	0	0	0	0	1	0	

Pronto Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

79% 19:05 16/08/2015



