

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 do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na  
UBS/ESF Praia, São Gabriel da Cachoeira, AM

**Annia Pérez Martín**

**Pelotas, 2015**

**Annia Pérez Martín**

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na  
USB/ESF Praia, São Gabriel da Cachoeira, AM

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

Orientador (a): Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

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

M379m Martín, Annia Pérez

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Praia, São Gabriel da Cachoeira, AM / Annia Pérez Martín; Rosangela De Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Rosangela De Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus familiares e amigos por seu apoio incondicional. A meus professores por suas orientações sempre oportunas. E a todos aqueles que fizeram possível a realização deste trabalho.

## Agradecimentos

A minha família que nunca me abandona em minhas experiências profissionais.

Aos meus professores, por fazer herdeira de seus conhecimentos e experiências.

A todas as pessoas que me apoiaram neste projeto.

## Resumo

Pérez Martín, Annia. **Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira, AM** ano 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

Trata-se de uma intervenção envolvendo a população alvo de faixas etárias de 60 anos e mais, na área de saúde da Praia, com um total de 134 usuários idosos de 60 anos ou mais. O objetivo principal foi melhorar a atenção da saúde dos idosos. As ações realizadas incluíram os eixos de monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e a qualificação da prática clínica, utilizamos planilhas de coleta de dados, ficha espelho individual com ajuda do protocolo adotado na unidade de saúde da pessoa idosa. A adesão dos idosos a programas e ao seu autocuidado melhorou com as atividades de promoção de saúde. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos idosos a 134 (100%), a melhoria dos registros da ficha espelho a 134 (100%), a qualificação da atenção com destaque de avaliação da fragilização na velhice a 134 (100%), de avaliação de risco de morbimortalidade a 134 (100%), com avaliação multidimensional rápida a 134 (100%), com avaliação odontológica em dia a 134 (100%), a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos a 134 (100%), o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a 5 (100%), visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a 5 (100%), o rastreio dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 52 (100%) e o rastreio dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) a 18 (100%), a busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas foi 15 (100%), a avaliação a rede social dos idosos foi a 134 (100%), a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a das pessoas idosas, para a prática regular de atividade física idosos, sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) dos idosos cadastrados foi a 134 (100%) da cobertura, só a distribuição a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a dos idosos cadastrados não alcanço a meta esperada só foi de 90 usuários para 67,2% de cobertura porque não existe na unidade a quantidade de caderneta para 134 usuários idosos e outra meta que não alcançou o 100% foi a orientação para a prática regular de atividade física aos idosos com 121 usuários para 90,3% porque os usuários acamados e com dificuldade para locomoção não receberam essas orientações. O serviço tem incorporado na sua rotina a atenção de saúde dos idosos como parte do trabalho diário. Todo o profissional envolvido no trabalho conhece suas funções para dar seguimento das ações e resultados obtidos. A intervenção propiciou aumentar a esperança de vida, além de uma atenção de qualidade para a população alvo da intervenção.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Imagem da cidade de São Gabriel Da Cachoeira.	14
Figura 2	Fotografia: UBS Praia.	15
Figura 3	Fotografia: Estrutura da UBS Praia, consultório médico.	16
Figura 4	Fotografia: Especializando, Dra. Annia Pérez Martín apresentadora principal da intervenção na capacitação inicial do projeto de intervenção.	52
Figura 5	Fotografia: População alvo participando da palestra de nutrição na unidade de saúde.	53
Figura 6	Fotografia: Especializando, Dra. Annia Pérez Martín apresentadora principal da intervenção junto com parte da equipe em visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção.	53
Figura 7	Fotografia: Especializando, Dra. Annia Pérez Martín apresentadora principal da intervenção no processo de acolhimento da população alvo.	54
Figura 8	Fotografia: Usuário idoso na consulta agendada de odontologia com a Dra Marina Teixeira.	54
Figura 9	Gráfico: Proporção de cobertura de atenção à saúde do idoso da área, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	58
Figura 10	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	60
Figura 11	Gráfico: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	61
Figura 12	Gráfico: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	62
Figura 13	Gráfico: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	64
Figura 14	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.	67

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CREAM	Centro de Referência de Especialidades Ambulatoriais Médicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do 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.....	12
1.2 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	24
2- Análise Estratégica .....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	30
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística .....	46
2.3.4 Cronograma .....	49
3 Relatório da Intervenção .....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão.....	67
5 Relatório da intervenção para gestores .....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77

Referências .....	79
Anexos .....	80
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	81
Anexo B - Planilha de coleta de dados .....	82
Anexo C - Ficha espelho .....	83
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	84

## **Apresentação**

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família como parte do Programa Mais Médicos. Foi realizada uma intervenção na unidade básica de saúde Praia do município São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos. Foi realizado durante 12 semanas, o volume está conformada em sete unidades de estudo, a primeira foi a Análise Situacional, onde conhecemos a situação de saúde do município e em particular da unidade, a segunda, a Análise Estratégica, com a elaboração do projeto de intervenção, a terceira trata-se do relatório da intervenção apontando as ações previstas desenvolvidas e as ações não desenvolvidas, a coleta e sistematização de dados e a adesão das ações na rotina do trabalho na unidade, na quarta unidade foi realizada a avaliação da intervenção com a apresentação dos resultados e discussão do trabalho, na quinta unidade foi relatório da intervenção para gestores, na sexta unidade foi o relatório da intervenção para a comunidade, e na sétima e última unidade é apresentada uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem da especializada. No final do volume encontram-se as referências e os materiais anexos utilizados na intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho como médica vinculada ao Programa Mais Médicos em no município do Amazonas, São Gabriel da Cachoeira, encontra-se localizado na região noroeste do estado, fazendo limite com Colômbia e Venezuela.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estou trabalhando chama-se Praia, localiza-se na área urbana do município. Toda a parte urbana do município apresenta quatro locais para UBS com 2 postos em cada um dos locais, ou seja, existem 8 postos de saúde nos quais, sete estão com médicos vinculados ao Programa Mais Médicos. A maioria, 90% da população, deste Município é de origem indígena.

A UBS apresenta boa estrutura física, na entrada encontra-se bem identificada com o nome e o horário dos diferentes tipos de serviços oferecidos na unidade. A estrutura interna é composta por uma sala de espera com a recepção e o arquivo, uma sala de consulta estomatológica, duas salas de consulta médica, uma de consulta de enfermagem, uma sala para agentes comunitários, uma sala de coleta de exame e/o laboratório (somente para diagnóstico de malária e filariose) uma pequena farmácia que carece de algumas medicações, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma cozinha e dois banheiros um para o público e outro para a equipe de saúde.

O funcionamento da UBS está bem estabelecido, embora apresente alguns problemas. Nós trabalhamos com a demanda espontânea do usuário, realizamos atenção continuada aos grupos prioritários como as crianças, gestantes, idosos,

trabalhamos com as doenças crônicas e infecciosas, temos um dia na semana para fazer visita domiciliar e fazemos palestras aos grupos específicos e a população aberta sobre os temas mais fundamentais e predominantes na comunidade. A demanda dos usuários pela assistência é muito alta e não temos muito tempo para fazer mais atividades de prevenção e promoção à saúde. É uma população que não está acostumada a ter continuidade nas consultas de acompanhamento e geralmente só procura a consulta quando está doente. Estamos trabalhando neste aspecto, já que agora existe estabilidade com os médicos que antes não existia.

Estamos fazendo o cadastramento das famílias novamente para alcançar 100 % da população embora a mesma seja caracterizada por um alto nível tanto de imigração quanto de emigração. Logo, o cadastramento torna-se um pouco difícil porque existe uma vila militar que tem muito movimento ao ano e é muito difícil. Penso que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deveriam ter mais capacitação quanto às tarefas que realizam, eles realizam um papel muito importante na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Eu acho que muitas das insatisfações que a população tem poderiam ser resolvidas nas consultas espontâneas com um agente de saúde bem treinado e que gosta de fazer seu trabalho.

O problema mais importante que eu encontrei é que não temos consulta com especialista, salvo uma Ginecologista, fonoaudiólogo, nutricionista, e agora que temos psicólogo, ou seja, os usuários que são encaminhados a outros especialistas têm que se deslocar para Manaus para receber atenção médica e esse processo demora muito, além de não voltar com uma contra referência. Os usuários não têm uma estrutura ordenada de atenção, eles vão de uma atenção primária a uma atenção hospitalar e em muitas situações diretamente a atenção terciária.

Em minha ESF o acolhimento só é feito por poucos integrantes da equipe por falta de treinamento e em esse aspecto e que estamos trabalhando em as reuniões da equipe mensal é feito por o pessoal que recebe ao usuário, exemplo a recepcionista, enfermagem e médico, a comunidade participa em algumas decisões, mais com a chegada de o programa mais médicos a comunidades carentes e o trabalho constante temos o compromisso de trocar o estilo e modo de vida, que já olhamos o troco com as palestras feitas em elas e atividades com grupos prioritários como som gestantes, puérperas, idosos, doentes crônico, adolescentes, grupos riscos de DST, etc, eu tenho um área de abrangência pequena com só 2214 de população, e em a unidade de

saúde temos só um equipe de saúde para duas consultas mais está estruturado com o pessoal adequado.

No município tem conselho local de saúde, dele participa o gestor da unidade de saúde, fazem uma reunião mensal, mas faz pouco tempo de sua participação porque é nova essa função. Em relação aos trabalhadores a maioria deles é contratada, gostariam de melhor salário e de ter também boas condições para fazer seu trabalho.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Meu município chama-se São Gabriel da Cachoeira, encontra-se localizado na região noroeste do estado Amazonas fazendo limite com Colômbia e Venezuela (figura 1).



Figura 1: Imagem da cidade de São Gabriel Da Cachoeira. Fonte: Internet.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalho chama-se Praia e está localizada na área urbana do município. Toda a parte urbana do município apresenta quatro UBS com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, existem sete equipes de ESF das quais sete são com médicos vinculados ao programa Mais Médicos. O município tem um número de habitantes de 41575 e o mesmo conta com a disponibilidade do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Em relação a atenção especializada só temos Ginecologista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo e Ortopedista. Há

o serviço hospitalar que é um hospital militar onde tem serviço de urgência e emergência, serviço de internação e fazem exames laboratoriais que não são disponibilizados pela prefeitura como por exemplo, Raio X e exames de sorologia para dengue. Além disso, tem mamógrafo, que até hoje não presta o serviço da população sendo destinado somente a militares e tomógrafo que não tem pessoal especializado para manusear o equipamento, além de que a população não tem acesso a ele. Temos uma UBS chamada Arial onde são feitos eletrocardiogramas e ultrassons. Há apenas uma semana que os ultrassons começaram a ser realizados pela prefeitura. O município tem um centro chamado Centro de Referência Especialidade Ambulatorial CREAM que recepciona todos os exames que são indicados nas UBS. Realizamos pesquisa para identificar Tuberculose, Hanseníase e Doenças Sexuais Transmissíveis (DST). Temos serviço de ambulância para emergências e urgências nas unidades em ambos turnos de trabalho. Em minha unidade de saúde fazemos exames de teste rápido de Hepatites A e C que são realizados pelos técnicos. A unidade básica de saúde tem uma estreita relação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ESF está ganhando relevância em função das crescentes evidências de sua maior adequação, desempenho e efetividade. O programa Saúde da Família trouxe uma importantíssima contribuição na estruturação dos serviços de saúde do país, a ofertas de ações de saúde voltadas a atender as necessidades e demanda de uma população carente de atenção médica.

A minha UBS (**figura 2**) é uma unidade pequena com uma equipe de saúde composta por dois médicos clínicos gerais, seis ACS, uma enfermeira dois técnicos de enfermagem, uma odontóloga, um técnico de odontologia e um técnico de laboratório. Quanto a referencias para atenção especializada é muito difícil, porque não temos especialista no município só Ginecologista, fonoaudiólogo, fisioterapia, psicólogo e todo paciente que precisa de outra atenção tem que ser encaminhado para Manaus capital do município por marcação pela unidade básica de saúde junto ao prestador.



Figura 2: UBS Praia

A unidade está estruturalmente (**figura 3**) composta por um ambiente específico para recepção e arquivo de prontuários, sala de espera pequena para em torno de dez usuários, dois consultórios para atendimento médico que não possuem sanitários, não tem salas de reuniões só um espaço onde trabalham os ACS, tem uma sala de vacinas, uma sala de curativos e procedimentos, uma farmácia pequena, um consultório para a equipe odontológica e copa-cozinha. Não temos sanitários para deficientes e não existem muitos ambientes com janelas ou ventilação indireta que possibilitem a circulação do ar como por exemplo, não temos janelas em banheiros para usuários e trabalhadores, no depósito de produtos de limpeza, sala de vacinas, consultórios, sala para ACS e farmácia. No entanto, todos os pisos são laváveis porém, nem todos são de superfície lisa e as janelas existentes não tem apresentam telas mosquiteiras.



Figura 3: Estrutura da UBS Praia, consultório médico.



Além disso, a unidade não possui abrigo de resíduos sólidos e a prefeitura faz o recolhimento dos resíduos diariamente. O arquivo dos prontuários é por família e quanto a disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentos de uso geral é considerada suficiente, mas existem alguns instrumentos indisponíveis como por exemplo, cabo de bisturi, foco de luz, lanterna, material para suturas, tesoura curva e existem outros insuficientes como autoclave que afeta muito para a esterilização de instrumentais, negatoscópios, oftalmoscópio, otoscópios e termômetros. Da mesma forma, os equipamentos e instrumentos de uso odontológicos como a estufa e instrumental de próteses. Quanto ao sistema de manutenção e reposição de equipamentos e instrumentos é satisfatório porém, não ocorre o mesmo com a reposição de mobiliários. Na unidade de saúde existe um sistema muito bom em relação a reposição de material de consumo, de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e balanças. No entanto, existe dificuldade com a conexão da internet, projetor de slides e poucos microcomputadores estando disponíveis somente três nas unidades. Um microcomputador é para uso da técnica de informática, outro da recepção e outro na farmácia sendo desta forma, insuficientes para o trabalho de toda a equipe de saúde. Somente alguns ACS tem acesso a esse serviço. Não temos prontuário eletrônico e o computador só tem a finalidade de facilitar o cadastramento de usuários e famílias, análise de dados de pesquisas, digitação de documentos e encaminhamentos a outros serviços. Em relação a situação de abastecimentos de materiais e insumos é suficiente. Há disponibilidade de material de curativo, injetável e material descartável. Há necessidade de material de suturas para as emergências e material de insumo para o consultório odontológico. Na farmácia, o medicamento de controle é muito aceitável, é feito o pedido de acordo com a demanda e a medicação não controlado é suficiente para toda a população que assiste a consulta de demanda espontânea e agendada. A vacinação é feita de acordo com o calendário do programa nacional de imunizações. Não há um laboratório clínico para fazer exames sendo feitos apenas os testes rápidos de malária, hepatites B e C e os demais exames são realizados no CREAM. Em situações de emergências e urgências não temos dificuldade, pois o Hospital de Guarnição recebe todo usuário que precisa do serviço e garantia de internação hospitalar. Existe uma dificuldade em relação ao acesso a material bibliográfico na

UBS. Nas reuniões de equipe que, ocorrem mensalmente, são discutidas todas as dificuldades elencadas e as estratégias para contorná-las.

Em minha UBS os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe e temos como atribuições a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Hanseníase, entre outras. Além disso, na UBS os profissionais realizam o cuidado a saúde da população da área de abrangência no domicílio e na associação de bairro/comunidade. Na UBS não fazemos pequenas cirurgias somente são realizados procedimentos de enfermagem como por exemplo, curativos e medicamentos injetáveis. São realizados atendimentos de urgência e emergências. Os médicos e odontólogo fazem busca ativa dos usuários faltosos, ações programáticas em visitas domiciliares e com ajuda dos ACS que conhecem a área de abrangência e os usuários que precisam receber cuidados de forma domiciliar. Nas visitas domiciliares, são feitos curativos, orientações como educação em saúde, cuidados em saúde, medida a pressão arterial, entrega de medicação, coleta de exames, colocadas e trocadas as sondas vesicais e revisão puerperal. Os médicos especialistas, odontólogos e enfermagem de minha UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra-referência e utilizando protocolos e acompanhando o plano terapêutico. Os profissionais realizam busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Além disso, são feitas atividades em grupo na unidade de saúde como exemplo, com grupos risco de adolescente, aleitamento materno, tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal. São realizadas atividades com o intuito de promover a participação da comunidade no controle social, participam de atividades de qualificação profissional e de gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. São realizadas reuniões de equipe mensais onde são feitas a construção de agenda de trabalho, discussão de casos, planejamento de ações, monitoramento e análise de indicadores, e informações de saúde com o intuito de melhorar o processo de trabalho e assistência à saúde da população brasileira. A UBS tem uma sala de odontologia com um especialista e uma assistente, que faz consultas dois turnos por dia e um dia da semana é visita domiciliária, seu trabalho é por consultas de demandas espontâneas e agendadas, mais a população da área de

abrangência é pequena só de 2214 habitantes e dá para atendimento de todos os grupos de idade prioritários. Em consultas de odontologia se faz a vigilância em saúde bucal por exemplo traumatismos dento alveolar, fluorose dentária moderada ou severa, fendas ou fissuras de lábio palatais, dor de dente, alteração em tecidos mole, abscesso dento alveolar, fornecimento como são a escova dental, creme dental e fio dental, o seja orientação sobre higiene bucal, e procedimentos clínicos como são acesso a polpa dentaria e medicação, adaptação de prótese dentária, aplicação de carióstático, aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, capeamento pulpar, cimentação de prótese, drenagem de abscesso, evidenciação de placa bacteriana, exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente, tratamento de alveolite, pulpotomia dentaria, profilaxia/remoção da placa dentaria, radiografia periapical, retirada de pontos de cirurgias básicas.

Na UBS temos uma população de 2.214 habitantes, no sexo masculino 1092 e sexo feminino 1122. O perfil demográfico é caracterizado da seguinte forma: menores de um ano 35, de 1 a 4 anos 181, de 5 a 14 anos 432, de 15 a 5 1436 e de 60 anos e mais, 130 levando em consideração que é uma área pequena o tamanho do serviço é adequado.

É importante destacar que a respeito da atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha disposição, capacidades de identificar/compreender as variadas emendas/problemas/necessidade/modalidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. É por isso que existe na UBS o acolhimento a demanda espontânea. Porém, ainda existem dificuldades a respeito, pois não existe uma equipe para fazer o acolhimento correto, não são todos os integrantes da equipe que participam do acolhimento e em muitas ocasiões só fazem o acolhimento com recepcionista e técnico de enfermagem e a maioria dos usuários são encaminhados para o médico resultando em sobrecarga das consultas e o trabalho dos médicos. Muitas vezes os usuários encaminhados para atendimento médico tem resolutividade em outras esferas e a avaliação não é feita de maneira prioritária porém, o pessoal não é qualificado e por isso nas reuniões da equipe estas dificuldades são abordadas e se programam conferências para superar o conhecimento do pessoal e com o trabalho constante deve-se superar nestas

dificuldades e limitações. Destaco que não temos excesso de demanda na unidade de saúde.

Em nossa unidade de saúde temos um total de 216 crianças de zero a 5 anos, em relação à saúde da criança são realizadas as seguintes ações: consultas de puericulturas de acordo com o protocolo, teste do pezinho até sete dias logrado com as palestras feitas no período pré-natal. As consultas de captação de recém nascidos nos primeiros sete dias feito na unidade básica de saúde, mas a triagem auditiva é incerta porque não existe no município aparelho para fazer. Porém, temos um alcance de monitoramento na última consulta do crescimento e desenvolvimento a respeito a consulta anterior, vacinas em dias, avaliação da saúde bucal, orientações de aleitamento materno e prevenção de acidentes realizadas em palestras, visitas domiciliares e consultas em dias. Na UBS é utilizado o protocolo para subsidiar as ações feitas para as crianças e são realizadas as puericulturas e visitas domiciliares com frequência de acordo com os protocolos. O registro é feito nos prontuários e cadernetas da criança onde são apontados o desenvolvimento psicomotor, avaliação do crescimento, vacinas, orientações de alimentação, por ano de idade, programação da próxima consulta. Os atendimentos das crianças são realizados diariamente e a puericultura é uma vez por semana. Existem grupos comunitários para atenção as crianças onde são realizadas palestras uma vez por mês para grupos de criança por grupo etário onde participam todos integrantes do equipe de saúde, fazemos palestras em escolas dentro da comunidade, orientação de cuidado e autocuidado e promoção de saúde em visitas domiciliares.

No contexto da assistência integral a saúde da mulher, temos um total de 14 grávidas distribuídas entre as duas micros áreas, atendidas as 14 gestante na unidade, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as maiores necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnicos-científicos existentes em meio aos recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população das áreas de abrangência da unidade de saúde assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e continuidade no atendimento e para uma assistência de qualidade das consultas pré-natal. Devemos aclarar que em quanto atenção a mulher ainda existem dificuldades exemplo deste é que existem dificuldade em captação precoce, não se faz exames de Alfa feto proteína e eletroforese de hemoglobina pelo que temos que garantir a captação precoce de todas as gestantes

na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, não é possível indicar a realização de ultrassom porque ainda não funciona direitinho, mas é realizada a classificação do risco gestacional e o encaminhamento quando necessário. É realizado o acompanhamento contínuo e periódico de todas as gestantes, avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso durante a gestação, realização de palestras educativas abordando temas que incluem principalmente o aleitamento materno exclusivo, hábitos saudáveis de vida, reconhecimento do trabalho de parto, os cuidados com o recém-nascido, importância da consulta de puerpério, planejamento familiar e orientações a respeito do uso de álcool e drogas. Para garantir uma maior qualidade e modo de vida dentro na área de abrangência, a unidade de saúde conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações. Os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal no primeiro trimestre de mulheres captadas precocemente são baixos, com consultas em dias de acordo a calendário do Ministério da Saúde (MS) é de 100%, a solicitação na primeira consulta de exames laboratoriais na primeira consulta é ótima, as vacinas de Toxóide Tetânico e Hepatite B é realizada a todas as gestantes e de sulfato ferroso é acordo a protocolos, mas o exame ginecológico por trimestres é baixo. A avaliação das gestantes conforme o protocolo, a prescrição de suplemento e de saúde bucal é adequada assim como as orientações para aleitamento materno que são realizadas nas consultas, visitas domiciliares e palestras com grupos de gestantes. A equipe de saúde aproveita os dias de consultas de pré-natal para fazer palestras. É obrigatório assistir as consultas de odontologia e vacinas de acordo com o esquema vacinal.

Em nossa área temos um total de 590 mulheres entre 25 e 59 anos, em relação à prevenção do câncer de colo de útero, temos que ressaltar que os indicadores da qualidade da atenção a prevenção do colo de útero são muito baixo. Os exames para câncer de colo de útero em dia são baixo; os exames citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso é muito baixo. No entanto, considero que os exames citopatológico alterado é considerado muito bom porque apresentam um baixo percentual. A avaliação de risco para câncer de colo de útero é de 8 (3%) o que considero baixo já que ainda existem muitas mulheres que não realizaram a prevenção de câncer de colo. Todas as mulheres que fizeram os exames de prevenção de colo de útero são orientadas a respeito das doenças de transmissão sexuais onde conseguimos atender até hoje um total de 266 mulheres no programa de prevenção de câncer de útero e mama.

Cerca de 51% dos exames citopatológicos coletados possuem amostra satisfatórias e isso demonstra a qualidade da coleta das amostras feitas, principalmente, pela enfermagem e somente 2% dos exames coletados tem células representativas da junção escamo colunar que são para as maiores de 60 anos. A captação de mulheres em idade entre 25 e 60 anos é boa, com o cadastramento correto da população junto a enfermagem e ACS que são os que conhecem a comunidade além disso, em cada consulta damos orientações sobre o programa de prevenção. Além disso, ainda existe vantagem do programa porque toda gestante independentemente da idade realiza o exame e temos um grande número de mulheres menores de 25 anos com preventivo. Devemos melhorar coleta de amostra para que não exista nenhuma amostra feita de forma inadequada e assim aumentar a qualidade desta ação. Nas palestras realizadas para mulheres com risco, uma vez por mês, damos a conhecer todas as etapas de câncer de colo de útero e sintomas prévios da doença para conhecimento da população, todos os fatores de risco que provocam o desenvolvimento do câncer de colo, orientamos a toda mulher com atividade sexualmente ativa o uso do preservativo, a importância de fazer o exame no tempo indicado (de acordo com os protocolos do MS). Em nosso serviço, temos algumas estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado e desta forma, uma vez que chega o exame citopatológico na UBS o resultado do mesmo é registrado o médico é comunicado e o ACS é orientado a marcar a consulta e fazer visita domiciliar. Depois a usuária entra em tratamento e na próxima consulta já fica agendada para acompanhamento e avaliação. Para um melhor controle destas usuárias é bom fazer um cartão de citologia que fica em consulta e a cada ano se tem uma estimativa das usuárias para fazer preventivo.

Em relação ao programa de câncer de mama existem muitas dificuldades, só existe um registro de prevenção que é no prontuário porque no município não tem um sistema de registro para este programa, ou seja, está zerado, só pelos prontuários pode procurar os dados do CAP e podemos assinalar que são muito baixos. O indicador de cobertura é de 75% que corresponde a 80 mulheres de 50 a 60 anos de 107 que residem na área de abrangência da unidade. Destas somente 10 tem mamografia feita correspondendo a 13% porque no município não temos mamógrafo para atendimento adequado. Há mais ou menos três meses instalaram um mamógrafo no Hospital de Guarnição mas, não tem pessoal para fazer e não tem acesso a população, pois o hospital é destinado aos militares. Isso explica o atraso

das mamografias em 88% mulheres. A avaliação de risco é realizada nas consultas e visitas domiciliares apresentamos 100% das orientações sobre prevenção do câncer de mama onde em consulta é feito exame de mama em todas mulheres maiores de 50 anos, são realizadas palestras com grupos de risco, painel no consultório sobre como fazer autoexame e fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama como por exemplo, o hábito de fumar, hábito de ingerir álcool, drogas, medicação, entre outros. A respeito deste programa devemos lograr pela prefeitura um convênio com no Hospital de Guarnição porque ficamos muito distante da capital e, além disso, existem muitos usuários carentes de recurso econômicos para viajar até Manaus.

Em nossa unidade de saúde temos um total de 82 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, em relação à atenção aos usuários com Hipertensão Arterial devemos ressaltar que o indicador de qualidade da atenção existe dificuldade no atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, eu considero que deve acontecer porque ainda não existe uma programação adequada de consultas. Todo usuário que assiste espontaneamente as consultas sai com a programação que deve ser feita com muita disciplina e ordem. Outro indicador baixo são os exames complementares periódicos em dia e isso tem relação com assistência as consultas e as visitas domiciliares ainda não tem uma programação de acordo as dificuldades do trabalho do equipe, outra dificuldade é que os usuários com hipertensão arterial sistêmica não assistem com frequência a consulta de saúde bucal (82%) mas, em minha UBS o consultório dentário tem um dia programado para essa doença, mas a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade físicas regular e orientação nutricional para nutrição saudável correspondem a 100%. Na unidade básica de saúde a equipe encontra-se trabalhando arduamente para melhorar os indicadores com ações de saúde para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos usuários com HAS. Nas reuniões mensais da equipe aproveitamos para abordamos as dificuldades observadas durante o mês. As visitas domiciliares são planejadas para garantir uma maior assistência efetiva das consultas programadas que é um fator com muitas dificuldades. Existe uma boa relação do médico, enfermeiro e ACS, no entanto falta incorporar a nossa equipe o odontólogo que em algumas ocasiões não assiste adequadamente as reuniões. São programadas palestras mensais para que o usuário conheça todos os fatores de risco da doença, além disso em cada consulta o médico e enfermeiro fazem uma pratica clínica chamada rosto-rosto onde damos orientações dos cuidados com a dieta

saudável, pratica de exercício físico, importância de assistir as consultas programadas, fazer os exames complementares periodicamente, assistir as consultas de odontologia. Desta forma, pretendemos melhorar a assistência à saúde com o trabalho e a permanência do médico, enfermeiro, ACS, odontólogo aumentando os percentuais dos indicadores e melhorando o modo e estilo de vida destes usuários. Em nossa unidade de saúde temos um total de 25 usuários com Diabetes Mellitus, onde temos que ressaltar que existe atraso da consulta agendada em mais de sete dias, em exames complementares em dia e em quanto a avaliação da saúde bucal em dias, mais a realização de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para uma alimentação saudável é de 100%, além disso existem dificuldade com exames físico nos pés nos últimos três meses, com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses já que todos os usuários não assistem adequadamente as consultas programadas. Com os usuários de diabetes mellitus fazemos muitas ações de saúde para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção onde o equipe de saúde faz reuniões mensais onde são analisadas as dificuldades encontradas no mês e analisamos os usuários que não frequentam as consultas médicas e de odontologia programadas, fazemos palestras mensais no âmbito da UBS com uma linguagem adequada aos usuários e para que eles conheçam as complicações que ocasiona não tomar o medicamentos além disso, falamos de fatores de risco que poderiam chegar a produzir o desenvolvimento da doença e as complicações relacionadas bem como as consequências de não fazer os exames complementares, não conhecer os níveis de glicose em sangue, de fazer uma dieta saudável, fazer prática de esporte diária e assistir as consultas programadas de nutricionista. Estas palestras tem o intuito de informar para que todos tenham conhecimento sobre sua doença e incentivar para que os usuários frequentem as consultas programadas e isso somente é alcançado com o trabalho constante da equipe de saúde. Na UBS existe o programa Hiperdia por onde é realizado o monitoramento, registro e controle das ações. Este controle é feito pelo prontuário individual de cada usuário com HAS e DM. Em minha unidade não existe nenhum protocolo e os usuários saem da UBS com a próxima consulta agendada. Nas reuniões de equipe são identificados todos os problemas do mês e a equipe está analisando estratégias de trabalho para aumentar a cobertura e qualidade da assistência à saúde da comunidade porém, é um processo lento mas, muito construtivo.



Em nossa unidade de saúde temos um total de 134 usuários de 60 anos ou mais e em relação à atenção à saúde da pessoa idosa considero que não tem bom seguimento. A UBS não cumpre com a entrega das cadernetas de saúde a idosos, os ACS e enfermeira informam que não tem número suficiente para todos os usuários idosos da área de abrangência e por este motivo não distribuem entre os usuários. Existem cadernetas na UBS que foram distribuídas no ano passado, porém os usuários idosos não levam para os atendimentos. Neste cuidado não existe um protocolo de trabalho e a equipe não conhece a importância do mesmo. Não é feita a avaliação multidimensional rápida por desconhecimento do programa. Com acompanhamento em dia há somente 30 usuários de 134, porque as consultas são realizadas somente com usuários idosos com doenças crônicas, HAS e DM. Outro indicador baixo é a investigação de indicadores de fragilização na velhice. Nas consultas e em visitas domiciliares todo usuário idoso é orientado sobre a avaliação de risco para morbimortalidade, atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, mas somente pouco mais da metade da população idosa tem avaliação de saúde bucal. Desta forma, avalio que em primeiro lugar temos que ganhar em trabalho e começar a programar com maior prioridade visitas domiciliares aos usuários idosos, assessorar os ACS e enfermagem sobre uso da caderneta de saúde do idoso que tem muitos aspectos importantes da vida destes usuários. Em reuniões da equipe de saúde programamos um dia da semana para fazer consultas a usuários idosos e não somente os usuários idosos com doenças crônicas. Fazemos atividade de saúde, sociais, recreativas, esportivas na comunidade com este grupo prioritário e desta maneira eles ficam contentes de fazer parte da sociedade e temos uma proposta que é constituir uma equipe com geriatra, psicólogo, médico clínico geral, assistente social, enfermagem para fazer uma avaliação multidimensional rápida e ter um maior conhecimento das incapacidades de cada usuário idoso e facilitar o trabalho da equipe de saúde.

Há pouco tempo trabalho em minha UBS e com as tarefas propostas foi possível conhecer mais a fundo sobre o trabalho realizado pela equipe de saúde que auxiliou o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e questionários. Deste modo, conheci as características da população e os dados para fazer uma primeira análise situacional e para isso temos recursos para o planejamento, organização e gestão das ações de saúde, assim como o monitoramento e avaliação destas ações. Considero que um dos maiores desafios é conseguir cadastrar 100%

das famílias e que toda a população conheça o importante papel que tem a saúde da família, o conhecimento e satisfação dos usuários em relação a organização do atendimento a população, atendimento integral, com prioridade a atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Em resumo que a atenção básica para ser resolutive deve ter tanta capacidade ampliada de escuta e análise quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, demandas e necessidades de saúde. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade.

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

A UBS neste momento apresenta iguais condições estruturais que o início do trabalho, o funcionamento da UBS continua bem estabelecido. Nós trabalhamos com a demanda espontânea do usuário, realizamos atenção continuada aos grupos prioritários como as crianças, gestantes, idosos trabalham com as doenças crônicas e infecciosas, temos um dia na semana para fazer visita domiciliar e fazemos palestras aos grupos específicos e a população aberta sobre os temas mais fundamentais e predominantes na comunidade. A demanda dos usuários é muito alta.

Logo após o preenchimento dos Cadernos das Ações Programáticas e com o trabalho diário de mais de um ano fiquei surpreendida com diferentes aspectos que antes não tinha percebido, com o preenchimento dos questionários, juntos em equipe, fazemos as reuniões mensais, os temas tratados são as dificuldades encontradas em consultas, visitas domiciliares ou seja no trabalho constante na UBS, a adesão de população a UBS é muito bom, os indicadores aumentaram em quanto a assistência a consultas agendadas das gestantes, menores de um ano, consultas das mulheres a preventivo, captação de gestantes antes do primer trimestre, de usuários faltosos a consultas, aumentamos a cobertura dos medicamentos, a disponibilidade de medicamentos é ótima, também já temos equipo de suturas para uma emergência, o serviço de ambulância é ótimo, os programas de atenção a gestantes, criança menores de um ano, Hipertensos, Diabéticos, saúde dos idosos, atenção da mulher

agora são feitos pelos protocolos adequados na área e a qualidades das consultas melhoraram com a incorporação de mais especialistas exemplo, Ortopedista, fisiatra, nutricionista, psicólogo, assistência social, etc. O serviço de mamografia foi incorporado ao serviço da unidade para diagnóstico e rastreamento de câncer de mama, mais não temos serviço de ultrassonografia por falta de profissional qualificado no município. Em neste momento o fonoaudiólogo e ginecologista foi trasladado do município por terminar o serviço.

Em relação à gestão municipal, hoje há mais preocupação com os problemas que afetam a unidade, foram melhorados a privacidade de consultórios, iluminação de algumas salas, materiais para curativos, problemas que afetavam o serviço da unidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Trabalhar no projeto de intervenção no programa de saúde dos idosos será importante, pois promoverá a influência e mudanças em indicadores que avaliam a saúde dos idosos, sobretudo de nossa população que tem maioria de origem indígena, com muitos mitos e costumes sobre a realização do exame de seguimento para melhorar a esperança de vida, além de fazer exame clínico frequente, exame laboratório, mamografia, entre outros. Considero que essa ação programática tem hoje uma grande importância na Atenção Primária à Saúde (APS) com a avaliação na atenção à saúde dos idosos em nossa região.

Corresponde à atenção básica realizar as ações para o controle da saúde dos idosos, como porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Nossa responsabilidade como equipe está na detecção precoce, permitir o acesso da paciente aos procedimentos clínicos como exame da próstata, exame das mamas aos meios de diagnóstico como exame de mamografia. Realizar o rastreamento da população pertencente à área de abrangência, acompanhar a paciente com resultados positivos para o tratamento, assim como quem precisa de cuidados paliativos, com apoio psicológico. Além disso, o planejamento e realização de atividades educativas que permitam adesão dos idosos ao exame de próstata e exame clínico das mamas, juntamente com as demais ações, promoverão melhorias nos indicadores de qualidade da atenção da unidade.

A população alvo de minha ação programática em minha área adstrita é de 134 usuários. Atualmente a cobertura atinge 130 usuários o que corresponde a 97%. Não temos excesso de demanda sendo possível atender usuários fora da área da abrangência. A adesão da população alvo atendida atualmente na UBS ainda não é satisfatória temos que trabalhar em busca dos usuários faltosos a consultas, monitorar o cumprimento das periodicidades das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos, organizar agenda de trabalho para realizar visitas domiciliares e verificar as orientações que são dadas durante as consultas. As qualidades da atenção seguem protocolo a esta população não é adequada, pois ainda falta muito trabalho da equipe que propicie oferecer melhorias na qualidade de vida e dos indicadores de saúde que diminuem a morbimortalidade deste grupo prioritário.

A escolha foi trabalhar com um grupo prioritário que tem muitas dificuldades no âmbito da UBS. Com a implementação do caderno de ações programáticas que foi ensinado para todo a equipe de saúde quais são as ações que começaremos a fazer para este grupo de idade, quero dar início a um trabalho juntamente com minha equipe de saúde que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida desta população. No entanto, ainda há algumas limitações como a falta de especialistas para a realização da avaliação multidimensional rápida e intercorrências deste grupo uma vez que não existe no município especialistas de medicina interna, cardiologistas, endocrinologistas e oncologistas entre outros profissionais. Além disso, não temos equipes para manusear equipamentos de alta tecnologia como tomógrafo, ressonância magnética nuclear. Isso se configura em uma limitação uma vez que a maioria desta população precisa destes serviços devido a fragilidade da velhice.

Com a intervenção, o trabalho contínuo, procuremos voltar o preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno, pelo que é importante ressaltar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos, que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde, a velhice não pode ser sinônimo de doença, não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano. Com a realização da intervenção com este grupo etário a equipe almeja conseguir melhorar os indicadores de qualidade assim como diminuir a morbimortalidade destes indivíduos. Da mesma forma, dar esperança de vida a esta

população e incorporar este grupo na sociedade para que se sintam inseridos na sociedade como seres úteis e valorizados.

## **2.2 Objetivos e metas**

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira, AM.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade 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. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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 quatro meses na Unidade de Saúde da Praia, no Município de São Gabriel da Cachoeira. Participarão da intervenção de 134 pacientes com de 60 anos de idade e mais. O cadastro será feito de acordo com visitas domiciliares e consultas agendadas. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa caderno de Atenção Básica.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Com base na análise situacional realizada na Unidade Praia, em que o foco de atenção escolhido para as ações de intervenção foi a saúde dos idosos, seguem detalhadas as ações que serão realizadas com base nos quatro eixos pedagógicos propostos pelo curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Para alcançar o objetivo 1 que é ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso as ações como monitoramento da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde estimamos cadastrar 8 usuários com 60 ou mais anos de idade por semana. O monitoramento será por meio dos prontuários com revisão semanalmente e ao final de cada mês será realizada a avaliação dos faltosos a consultas agendadas junto com enfermeira e equipe de saúde. Para organização e gestão dos serviços o acolhimento dos idosos, o médico e enfermeira irão fazer o cadastro dos usuários idosos faltosos as consultas da área na unidade de saúde, com o preenchimento diário da ficha de atendimento individual alimentadas pelas informações do SIAB ou (E-SUS) e debatido nas reuniões da equipe na quarta semana de cada mês.

Para engajamento público serão realizadas visitas domiciliares, consultas espontâneas e agendadas, colocaremos cartazes, divulgaremos pela radio municipal a importância do trabalho na unidade e com ajuda da comunidade e líderes divulgaremos o trabalho que faremos na unidade de saúde. Nestas ocasiões os



usuários serão orientados sobre a importância de continuar o acompanhamento na unidade e informar que existe um programa de atenção aos idosos, com demanda espontânea. Os responsáveis destas ações são o médico assistencial, enfermeira. ACS.

Para levar na qualificação da prática clínica estão previstas ações de capacitação para a equipe no acolhimento dos idosos, com debate das Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde dos idosos propostos pelo Ministério da Saúde. Nas reuniões mensais da equipe da saúde com os ACS e enfermagem, com protocolo adequado na unidade de saúde.

Em relação a prática clínica treinamos os ACS para fazerem palestras educativas com este grupo etário e orientarem em cada visita domiciliar e consultas, sobre a existência do programa de Atenção ao idoso da unidade de saúde. Capacitaremos com conferências e painel a todo equipe de saúde da unidade, nas reuniões mensais, sobre acolhimento, busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento na unidade de saúde, capacitação da equipe para a Política Nacional de Humanização, sobre identificação de fatores de riscos, doenças crônicas comuns neste grupo de idade e prevenção das mesmas entre outras.

Para alcançar o objetivo 2 que é melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, as seguintes ações serão realizadas:

Para monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, pelo menos com frequência anual, em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde, realizaremos um seguimento em consultas agendadas e a coleta de dados será realizada por meio dos prontuários e fichas espelho. Nas reuniões mensais os usuários faltosos as consultas serão monitorados uma vez por semana com a revisão dos prontuários o médico e enfermeira responsável. Uma vez que estes usuários assistirem as consultas será preenchido no prontuário a avaliação clínica feita assim como na ficha espelho pelo medico assistência. Para definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos temos a triagem onde é feita a medida da pressão arterial, peso, taxa de glicemia, altura pelos técnicos de enfermagem. Uma vez que cada usuário com mais de 60 anos assistirem as consultas será realizada a medida da tensão arterial e glicemia, já que cada profissional conhece seu trabalho. Para garantir a busca aos idosos que não realizaram exame clínico apropriado serão realizadas visitas domiciliares e agendadas consultas na unidade. Será organizada uma agenda para acolher os

idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas nas visitas domiciliares. Será garantida a referência e contra-referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades provenientes da busca de usuários sem acompanhamento na unidade de saúde. Os usuários e comunidade serão orientados por meio de palestras educativas e orientações em cada consulta quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente por meio de palestras educativas em consultas e visitas domiciliares. Em cada consulta e visita domiciliar serão realizadas orientações com palestras educativas sobre os fatores de risco de cada usuário em particular dependendo da doença. Para esta ação será realizada uma capacitação com os ACS, técnico de enfermagem e enfermeiros da unidade com periodicidade a cada 15 dias para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado nos prontuários dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para dar cumprimento a estas ações temos o seguimento dos usuários maiores de 60 anos em consultas e o preenchimento dos prontuários e fichas espelho. Desta forma teremos o conhecimento de quantos usuários idosos não tem indicado a realização de exames laboratoriais e o número de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo e com o atendimento adequado. Será garantida a solicitação dos exames complementares dos usuários idosos que não estiverem com exames em dia.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, será realizado o controle de estoque de medicamento com um levantamento mensal dos medicamentos na farmácia incluindo a validade dos mesmos. O responsável desta ação será o técnico de farmácia. Os resultados obtidos serão apresentados em reuniões da equipe no final do mês e com o preenchimento da folha da Hiperdia. Temos um levantamento dos medicamentos para cada usuário idoso de acordo com a patologia. Desta forma, os usuários conhecem a via de pegar o medicamento uma vez que saem das consultas, com um cartão de controle mensal.

Para monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e monitorar realização de visita domiciliar já temos a identificação dos usuários nestas condições. Atualmente, são poucos, somente 5, os quais tem visitas domiciliares agendadas. Em cada visita domiciliar a equipe de

saúde tem o conhecimento dos sinais de alarme dos usuários idosos acamados e que necessitam de visitas domiciliares. Os ACS irão fazer cadastro destes usuários acamados e a cada 15 dias iremos monitorar as dificuldades encontradas na quinzena.

Para monitorar o número de usuários idosos submetidos ao rastreamento para HAS (pelo menos anualmente), temos como rotina na unidade, que todo o usuário maior de 15 anos em triagem e em consulta ou visitas domiciliares seja medida a pressão arterial. Temos esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica suficiente para cada integrante da equipe e em cada consulta, tanto agendada como espontânea e visitas domiciliares, realizaremos a medida da pressão arterial. As medidas serão registradas e monitoradas semanalmente com revisão dos prontuários e fichas espelho.

Para monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, realizaremos semanalmente o monitoramento com revisão dos prontuários e fichas espelhos de cada usuário com auxílio da enfermeira da equipe.

Para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos e monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período realizaremos o monitoramento com a revisão dos prontuários e fichas de acolhimento. Estas ações serão avaliadas nas reuniões da equipe mensalmente, supervisionado pela enfermeira, médico de assistência e odontóloga.

Para dar cumprimento do engajamento público a comunidade iremos orientar sobre a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Realizaremos visitas domiciliares e orientações nas consultas com capacitação da equipe de saúde, de acordo a protocolo adotado na UBS a cada 15 dias e mensais. Além disso, será compartilhado com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. A equipe irá utilizar linguagem clara e coerente nas consultas assim como, nas visitas domiciliares com apoio emocional para que os usuários não se sintam tristes com suas doenças. Estas ações serão avaliadas nas reuniões da equipe uma vez por mês com revisão dos prontuários e fichas espelho.

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

iremos fazer palestras e orientações gerais em visitas domiciliares e consultas com toda a equipe de saúde e será avaliado a qualidade em cada reunião mensal da equipe.

Para orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Em visitas domiciliares, palestras, consultas médicas, iremos dar orientações sobre a importância da realização dos exames complementares e a importância da periodicidade dos mesmos, com a participação dos ACS, enfermeiras e médico assistencial. A coleta destas informações será por meios dos prontuários e fichas espelho.

Para orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Com o treinamento mensal dos profissionais em reuniões de equipe sobre atualização de protocolo de medicação para cada doença em particular iremos dar orientações em visitas domiciliares, palestras com neste grupo de idade, consultas agendadas e espontâneas sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas. Além disso, informarei que existe uma farmácia na unidade e quando as medicações não estiverem disponíveis eles podem pegar gratuitamente ou com baixos valores na Farmácia Popular. No entanto, isso não ocorre frequentemente porque fazemos pedidos de acordo com as necessidades de cada usuário idoso e nas reuniões da equipe a técnica de farmácia faz o monitoramento e informa a falta de medicação e a cobertura necessária.

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção há na unidade de saúde murais informativos que todo usuário tem disponibilidade e acesso a essa informação a respeito de atendimento da unidade e seus direitos e deveres. Além disso, em visitas domiciliares, consultas, palestras na comunidade e na unidade de saúde, avisos pela rádio municipal, e com um carro som que foi solicitado na comunidade, falamos sobre a existência do programa aos usuários idosos, em quais situações se deve solicitar uma visita domiciliar aos ACS e o dia que são realizadas

as visitas domiciliares. Estas ações são realizadas por meio dos ACS com utilização de painéis e conferências feitas nas reuniões da equipe mensalmente e treinamento por parte dos profissionais como são médicos, enfermeira e odontóloga.

Para orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, realizaremos visitas domiciliares, palestras, consultas agendadas para informar a população sobre os fatores de riscos de ter níveis elevados de pressão arterial, a importância da tomada da pressão arterial para evitar agravos e complicações para que a população conheça como evitar e controlar a elevação da pressão arterial. Estas ações serão monitoradas em reuniões da equipe.

Para informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário e de sua importância para saúde geral, além das demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico serão feitas palestras na unidade, visitas domiciliares com a equipe de saúde e murais informativos. Estas ações serão monitoradas por meio da revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento com as indicações feitas pelos profissionais da saúde em consultas e visitas domiciliares e avaliados os usuários que não tem indicações odontológicas nas reuniões da equipe.

Para fazer a avaliação da prática clínica a equipe de saúde será treinada para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Realizaremos painéis em reuniões e os treinamentos da equipe de saúde serão realizados com uma frequência quinzenal. A equipe será treinada para realizar avaliação multidimensional rápida, hemoglicoteste, cadastro de usuários acamados, avaliação da necessidade de tratamento odontológico aos idosos, acolhimento do idoso de acordo com protocolo, cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico para que todas as consultas e ações sejam feitas de acordo com o preconizado nos protocolos do Ministério de Saúde adotados pela UBS.

Para alcançar o objetivo 3 que é melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, as ações como monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de

saúde será realizada uma revisão dos prontuários e fichas de atendimento e espelhos feitas pela enfermeira e o médico de assistência com uma periodicidade semanal e com participação da equipe de saúde.

A organização e gestão do serviço para organizar as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares a equipe de saúde realizará visitas domiciliares para buscar usuários faltosos. Em reuniões da equipe uma vez por mês junto com a odontóloga realizaremos agendas para acolher aos idosos provenientes das buscas domiciliares para que não exista excesso de demandas e aproveitar o momento oportuno quando o usuário chega de forma espontânea a consulta.

Em relação ao engajamento público as ações de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas serão feitas nas reuniões da equipe uma vez por mês onde cada ACS, enfermeira, odontóloga e médico assistencial irão avaliar o trabalho feito no mês com cada usuário que visitaram, ou foram as consultas. Por meio de visitas domiciliares e palestras com grupo de usuários de mais de 60 anos.

Para alcançar o objetivo 4 que é melhorar o registro das informações será monitorada a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Será realizado o controle semanal dos prontuários e fichas de acompanhamento uma vez que os profissionais registram nos prontuários cada vez que os usuários chegam a consultas, com letra legível e com a informação sobre o exame clínico em cada consulta. Além disso, será preenchida a ficha de atendimento diário para coletar os dados ao SIAB (SUS). Em cada reunião da equipe avaliarei as dificuldades do mês em relação ao atendimento, acolhimento dos usuários idosos e serão resolvidas com o responsável o seja cada ACS, enfermeira da equipe e odontóloga tem que expor o trabalho com usuários com mais de 60 anos vistos no mês.

Para 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, 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 e solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idoso. Para estas ações será preciso um responsável para monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementares, não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Para isto os ACS e enfermeira serão treinados com uma base de dado feita pelo médico geral com o cadastramento de toda a população da área de abrangência e procedimentos, avaliação, de cada usuário idoso, em cada consulta e visita domiciliar. Todos os usuários e a comunidade orientarei sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Treinarei a equipe de saúde para o preenchimento dos dados com uma avaliação mensal nas reuniões de equipe, para monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Solicitarei ao gestor municipal a entrega de caderneta de saúde dos idosos já que existem alguns que possuem mas, não estão completas. Com o cadastro de 100% dos idosos realizaremos entrega das cadernetas pela importância desta. Os ACS serão treinaremos para o preenchimento. Além disso, os usuários serão orientados sobre a importância de portar a caderneta na consulta ou outros níveis de atenção. Nas reuniões da equipe serão avaliados os dados que temos a serem preenchidos quando um usuário idoso é avaliado durante o mês.

Para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via será necessário orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Além disso, realizaremos uma avaliação dos prontuários quando o usuário chega a consulta e as orientações dadas em visitas domiciliares que deverão ser preenchidas nas fichas de atendimento ou prontuários.

Para qualificar a prática clínica e treinar a equipe no preenchimento adequado de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa o médico de assistência realizará capacitação e treinamento de como preencher a caderneta de saúde da pessoa idosa. Além disso, será monitorada a entrega de cadernetas de saúde a 100% dos idosos da área de abrangência e se avaliará nas reuniões da equipe uma vez por mês o não cumprimento da entrega da caderneta.

Monitorei a entrega quando os usuários cheguem a consultas e em visitas domiciliares.

Para alcançar o objetivo 5 que é mapear os idosos de risco da área de abrangência e monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Estas ações serão realizadas pela revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento individual e fichas espelhos cada 15 dias e debatido mensalmente nas reuniões da equipe com a enfermeira e médico de assistência responsáveis.

Para monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, realizaremos visitas domiciliares agendadas ao grupo de risco com mais de 60 anos e identificaremos os riscos que possam provocar fragilização na velhice por meio de exames clínico e visitas domiciliares da equipe de saúde. O médico da assistência será o responsável destas ações que serão avaliadas nas reuniões da equipe uma vez por mês.

Para monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente serão feitas por meio da revisão dos prontuários, fichas de acompanhamento individual e fichas espelho, com consultas e visitas domiciliares. Após o monitoramento será debatido nas reuniões da equipe uma vez por mês com responsabilidade da enfermeira, médico assistencial e ACS.

Para a organização e gestão do serviço temos que para priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, priorizarem o atendimento idosos fragilizados na velhice e facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente. Neste caso, a equipe de saúde realizará uma agenda de consultas e visitas domiciliares com identificação dos usuários com riscos de morbimortalidade, fragilizados na velhice e os idosos com rede social deficiente, com avaliação cada 15 dias e debatido nas reuniões mensais da equipe.

Para facilitar o engajamento público e 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 e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio serão realizadas por meio



da revisão dos prontuários e fichas espelho onde em cada consultas agendadas e demanda espontâneas, os profissionais devem escrever as orientações sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Para informar aos usuários como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde realizaremos palestras uma vez por mês com a população de área de abrangência e conheçam todos os riscos antes mencionados, e que a comunidade faça promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio e será avaliados nas reuniões mensais da equipe.

Para a qualificação da prática clínica e capacitação os profissionais para identificação e registro dos fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos, o médico responsável pela intervenção fará capacitação de toda a equipe de saúde de acordo com os protocolos adotados na unidade. Esta capacitação ocorrerá uma vez por mês, nas terças-feiras da segunda semana, e será debatido o trabalho nas reuniões da equipe ao final do mês para as incidências encontradas ao longo de todo o mês. Responsáveis é medico assistencial e enfermeira da equipe.

Para alcançar o objetivo 6 que é promover a saúde dos idosos o monitoramento da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos o monitoramento do número de idosos com obesidade/desnutrição, o monitoramento da realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o monitoramento do número de idosos que realizam atividade física regular e monitoramento das atividades educativas individuais serão realizados por meio dos profissionais da unidade, com revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento individuais e fichas espelho. Serão registradas orientações feitas nas consultas agendadas e de demandas espontâneas, palestras que realizaremos com grupos etário e grupos por doenças, além das orientações realizadas nas visitas domiciliares junto com a equipe de saúde e avaliadas na última semana do mês durante a reunião da equipe.

Para a organização e gestão do serviço e definição do 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 e organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, o médico de assistência, como responsável do projeto, fará uma reunião da equipe e cada membro conhecerá a sua função dentro da unidade. Os ACS, enfermagem e técnico de enfermagem serão capacitados por serem os profissionais que mais tem contato com a comunidade. Será organizado o trabalho da unidade, a enfermeira da equipe levará a secretaria municipal de saúde uma proposta para determinar um local próximo da unidade para os usuários idosos praticarem atividade física. Em cada reunião da equipe ao final do mês será avaliado quantas palestras foram realizadas assim como as ações educativas feitas de forma individual. O tempo das consultas está bem definido porque não existe excesso de demanda na área de abrangência e por este motivo cada usuário tem disponível um tempo de atendimento de meia hora sendo suficiente para a realização da avaliação clínica e realização de todas as orientações de acordo com o protocolo, além do agendamento para a próxima consulta.

Para o engajamento público temos que 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 e orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias em cada consulta e visita domiciliar por meio de palestras, consultas médicas palestras educativas. A realização de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias serão avaliadas pelos prontuários, fichas de acompanhamento individuais, fichas espelho, onde todo profissional que fizer consultas tem que escrever todas as ações de promoção de saúde. Estas ações serão monitoradas semanalmente e debatidas nas reuniões mensais da equipe.

Para a qualificação da prática clínica temos que 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 e oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Os responsáveis das atividade de capacitação será a odontóloga e médico assistencial da unidade. Para o treinamento a cada 15 dias será feito uma capacitação para toda equipe e saúde da unidade com atualização do protocolo,

como fazer palestras para orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, de acordo com os guias alimentares, sobre a realização de atividade física regular e oferecimento de orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, com avaliação nas reuniões da equipe uma vez por mês. Responsáveis da atividade é nutricionista da unidade e odontóloga da unidade.

### 2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

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

**Numerador:** Número de idosos cadastrados no programa.

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

Relativos ao 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 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.

**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 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 cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

**Indicador 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 à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

**Indicador 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 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.

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

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

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

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

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

**Indicador 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.

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

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

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

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

**Denominador:** Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

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

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

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

**Numerador:** Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

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

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

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

**Numerador:** Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde dos idosos vamos adotar o Manual Técnico de Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha de idosos e a ficha espelho do curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Estimamos alcançar com a intervenção 134 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da impressão das 134 fichas espelhos necessárias e mais as 134 fichas complementares que serão anexadas as fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

Na unidade de saúde temos cadastrados por ficha familiar 130 usuários de 60 anos e mais, deles 5 acamados, com avaliação multidimensional em dia nenhum,



acompanhamento em dia 30, com exames em dia 35, com indicadores de fragilização na velhice 20, vacinas em dia 67 e consultas de seguimento 28 porque as consultas são espontâneas para doenças agudas.

Serão necessárias 1000 folhas, 30 canetas por mês, uma impressora e computador para elaboração de relatórios e impressão de planilhas. Há disponibilidade somente do computador e solicitaremos ao gestor através de um ofício, equipamento como, esfigmomanômetros, estetoscópio, um balança, fitas métricas, termômetros, um telêmetro para medidas antropométricas, tabela de Snellem, uma cama de reconhecimento, um paravam e duas caixas de luvas que serão solicitados ao gestor municipal de saúde, por meio de um documento elaborado informando a necessidade da unidade. A médica e a enfermeira da equipe irão fazer a revisão dos prontuários e fichas individuais, monitorar a entrega da caderneta da pessoa idosa. O médico responsável irá conduzir o tema na reunião mensal da equipe.

Para dar cumprimento as ações relacionadas ao eixo de organização e gestão do serviço serão necessários um carro que será disponibilizado pela secretaria de saúde, uma vez por semana, para serem realizadas as visitas domiciliares longe da unidade, 300 folhas, 25 canetas, 10 borrachas, 300 modelos de exames por mês necessários para a realização dos exames. Para garantir a solicitação dos exames complementares, será solicitado ao gestor municipal a garantia de exames por meio de documento elaborado de acordo com o protocolo das pessoas idosas e da agilidade para a realização dos exames complementares.

Para o treinamento dos ACS serão necessário um televisor, uma sala de aula, um vídeo, 10 esfigmomanômetros, 10 estetoscópios, um técnico de calibração de aparelho que serão solicitados para o gestor municipal.

Para dar cumprimento as ações relacionadas ao eixo de engajamento público serão necessário facilitar a disponibilidade de um carro uma vez por semana para visitar as áreas mais longes da unidade de saúde, com solicitação do carro em secretaria de saúde, 150 folhas, canetas, borrachas. um televisor, um vídeo, uma sala de aula, que já está disponíveis na unidade, um local para fazer palestras que já está disponíveis na unidade, mural informativo, para que a população da área de abrangência conheça o trabalho da equipe. O responsável desta ação é a enfermeira da unidade e representante deste por meio da carta ofício para secretaria de saúde.

Para dar cumprimento as ações relacionadas a capacitação da prática clínica serão necessário 50 folhas, canetas, borrachas, um televisor, um vídeo, uma sala de aula para o desempenho adequado da atividade. Na unidade temos todo equipamento só será necessário solicitar as folhas, canetas e borrachas para a secretária de saúde por meio do documento oficial feito pela responsável da unidade (enfermeira). Temos uma sala de aula com capacidade para 20 pessoas com cadeiras e mesas. Todo material para sala de aula está disponível na unidade faltando o material de escritório. O responsável por esta atividade é o médico de assistência.



### **3 Relatório da Intervenção**

O tema que foi escolhido para o projeto de intervenção do curso de Especialização em Saúde da Família foi a Saúde da Pessoa Idosa, tema muito relevante para ser desenvolvida na atenção básica uma vez esta fase da vida conta com muita fragilidade a saúde destes usuários. A intervenção foi programada para ocorrer durante 16 semanas mas, por decisão do curso foi encurtada para 12. Mesmo assim, o tempo foi muito proveitoso e conseguimos alcançar 100% de cobertura e a maioria dos resultados foram os esperados pela equipe. Em quanto aos indicadores acho que os resultados alcançados são satisfatórios porque alcançamos cadastrar 134 usuários de 134 na meta, para 100% de cobertura, 121 receberam orientação para realização de atividade físicas com 90,3%, só 15 usuários foram faltosos a consultas e foram feitas visitas domiciliares pela busca ativa com 100% de cobertura, temos um total de 52 usuários hipertensos e 18 diabéticos, ao final da intervenção somente foram cadastrados 9 usuários acamados e com problemas de locomoção, o numero de usuários idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular Priorizada é muito baixa com só 8 para um 6%, e o maior problema encontrado foi com usuários com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que somente 90 usuários tem na área de abrangência para 67,2% de cobertura e sem data de resolutividade porque a secretaria de saúde não tem provisão da chegada e entrega das cadernetas.

### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as 12 semanas de intervenção, a nossa equipe se reuniu para conversar sobre diversos assuntos e, entre eles, conversamos bastante sobre o andamento da intervenção e constatamos que o projeto já se encontra totalmente inserido na rotina de funcionamento da UBS da nossa área de atuação. A equipe já tem o treinamento para a busca ativa dos usuários faltosos a consultas e agendamento dos mesmos, resulta que a unidade de saúde é pequena com uma população de 2214. São duas médicas trabalhando e não existe excesso de demandas pelo que nas semanas de trabalho a equipe teve a capacidade para fazer o projeto com facilidade. É por isso que todas as atividades planejadas e os atendimentos fluíram sem dificuldades. As capacitações (**figura 4**) foram feitas com o maior profissionalismo, a equipe foi capacitada sobre o protocolo de atenção a saúde dos usuários idosos utilizando o caderno Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento foi definido o papel de cada profissional na ação programática desde o acolhimento na unidade até a busca ativa dos faltosos.



Figura 4 : Especializando, Dra. Annia Pérez Martín apresentadora principal da intervenção na capacitação inicial do projeto de intervenção.

Todas as palestras planejadas foram feitas e com êxito entre elas estão, palestra de nutrição, **(figura 5)** hipertensão arterial, saúde e envelhecimento da pessoa idosa, saúde bucal, acidentes no lar e como prevenir.



Figura 5 : População alvo participando da palestra de nutrição na unidade de saúde.

Semanalmente se reuniu a equipe para o monitoramento dos resultados na semana, que sempre foram satisfatórios. Confesso que a população alvo do projeto já se identificou com ele e perguntam sobre os dias de atendimento dos idosos na unidade. Engraçado é que já a voz está dispersa pela comunidade, a busca ativa dos usuários foi feita ao longo das semanas assim como visitas domiciliares cada semana da intervenção aos acamados, faltosos a consultas e com dificuldades para locomoção **(Figura 6)**.



Figura 6: Visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Dentro das ações previstas no projeto de rotina está o trabalho constante na unidade que cada dia vai aperfeiçoando, pela qualidade das consultas, já cada profissional conhece o trabalho a desempenhar desde a chegada dos usuários até terminar a consulta, o seja o processo de acolhimento é ótimo (**figura 7**).



Figura 7 : Especializando, Dra. Annia Pérez Martín apresentadora principal da intervenção no processo de acolhimento da população alvo.

Todos os usuários saem das consultas programadas com consultas de odontologia, consultas de nutrição, encaminhamentos para exames que não temos no município como mamografias e raios x, na atenção odontológica não temos dificuldades porque os usuários quando saem das consultas os agentes comunitários agendam consultas tanto de odontologia como para nutricionista obtivendo boa participação nas consultas agendadas (**Figura 8**).



Figura 8: Usuário idoso na consulta agendada de odontologia com a Dra Marina Teixeira.

Na unidade o trabalho desenvolvido é satisfatório de acordo com lós requisitos que leva uma consulta com qualidade, temos a privacidade das consultas, todo o equipamento de uma consulta de seguimento, temos um laboratório recém equipado com toda a química necessária para avaliar cada usuário.

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

Uma das ações que ainda não foi solucionada pela secretaria é a impressão de caderneta de saúde da pessoa idosa, o secretario comprometeu facilitar para cada um dos usuários da população alvo. Com o projeto de saúde dos idosos temos muitos encaminhamentos para especialidades medicas como são Ginecologistas, Cardiologista, Medicina Interna, Geriatria, Urologia e existem muitos usuários idosos que precisam deste serviço, mais como já é conhecimento por relatórios anteriores não temos no município profissional que faça ultrassonografia diagnóstica porque o equipamento de ultrassom existe, como não existem especialistas de medicina interna, cardiologistas, urologistas, entre outros, pela distância da capital eles tem que se deslocar para Manaus.



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

Com a planilha de dados teve algumas dificuldades por problemas de desconhecimento do programa porque no início não ficava com clareza no final quais os usuários idosos estava com prescrição de medicamentos prioritariamente pela farmácia popular, pois achava que se referia pela farmácia da unidade, depois em conversa com colegas ficou esclarecido que se referia a farmácia popular do município. Também tive dificuldades com o item referente aos idosos acamados não inclui os idosos com problemas de locomoção porque só tenho que introduzir na planilha de coleta de dados os usuários idosos acamados. Mas, em relação a todos os indicadores não tivemos dificuldades nos cálculos. A coleta de dados foi realizada diariamente depois das consultas agendadas, visitas domiciliares e busca ativa de usuários idosos faltosos. Nos diários da intervenção relatávamos o trabalho realizado diariamente na unidade assim como todas as atividades e dificuldades enfrentadas. Para fazer as fotos da intervenção utilizamos o termo de consentimento informado para que cada usuário e os membros da equipe autorizassem a utilização das mesmas. Utilizamos o termo sem dificuldades e com uma boa aceitação da população.

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

Existem condições na unidade para que as ações implementadas sejam mantidas ainda depois de concluída a intervenção, pois a equipe já incorporou as ações como rotina da UBS, porém um dos objetivos da intervenção já foi cumprido. Continuamos trabalhando para melhorar o restante dos indicadores de qualidade confiáveis que com cada ação estamos contribuindo para melhorar a saúde dos usuários idosos e garantindo gerações posteriores saudáveis, mas a persistência no futuro dependerá do engajamento dos futuros profissionais.

A aceitação do projeto por parte da equipe e da população alvo é satisfatória e o engajamento das ações na unidade de saúde já é parte do trabalho diário da equipe.

Com a incorporação do projeto na rotina da unidade foram inseridas metas para cada agente de saúde a cumprir semanalmente. A avaliação dos usuários idosos em consulta médica acontece em todas as frequências de trabalho de segunda a quinta-feira (6 frequências, excluindo a visita domiciliar e especialização) sendo que cada agente tem a meta de enviar três usuários idosos na frequência que corresponde atendimento para sua micro área. Isto permite que cada agente tenha igual participação na intervenção e faça o acolhimento dos usuários idosos e, além disso, não existe um dia definido para seguimento pelo médico, facilitando o atendimento dos demais usuários. Para cada usuário idoso estão sendo feitas todas as ações protocolizadas. A unidade tem todas as condições para dar continuidade aos resultados alcançados até agora com a única dificuldade que ainda não temos no município especialistas de segundo grau para dar resolutividade aos usuários que precisem desta modalidade.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa (60 anos e mais). Na área adstrita a UBS existem 134 usuários nesta faixa etária finalizando a intervenção com uma cobertura da área adstrita de 100 %.

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

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

No primeiro mês se cadastrou 44\134 idosos (32,8%), segundo mês 95\134 (70,9%), alcançando 134\134 idosos no terceiro mês para o (100%) da cobertura estimada.

Para esta ação tivemos como início da intervenção a capacitação da equipe pelos protocolos de saúde dos idosos, a ação que mais auxílio no cadastramento e acompanhamento dos idosos foi a busca ativa em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde que chamavam aos usuários idosos a consulta. **(Figura 9)**.

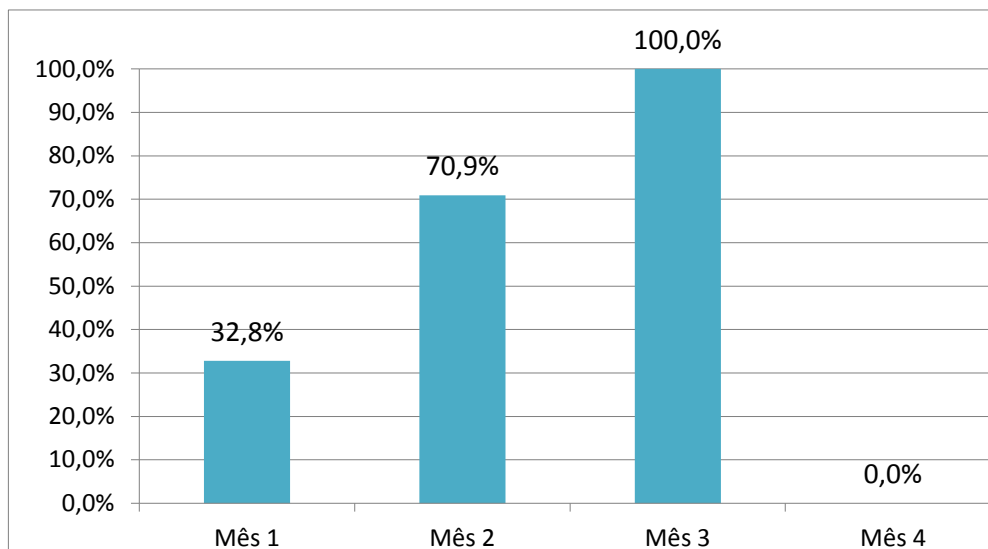


Figura 9 - Proporção de cobertura de atenção à saúde do idoso da área, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

**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.

Para esta meta a unidade não tenha um registro da Avaliação Multidimensional Rápida da população alvo em estudo pelo que ao início da intervenção começamos com 0 e a medida que os usuários idosos foram a consulta logramos um 100% da cobertura, no primeiro mês de 44\44 (100%), segundo mês de 95\95 (100%) e no terceiro mês alcançou 134\134 (100%), com a ação de busca ativa, visitas domiciliares e consultas programadas a população alvo. Alcançamos esta meta com todo equipamento da unidade e avaliação dos exames laboratoriais.

**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.

Esta meta alcanço 100% de cobertura, foram avaliados no primeiro mês 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês alcançou 134 (100%) e foi fundamental as ações de busca ativa da população alvo pelos agentes comunitários de saúde, com o monitoramento semanal das consultas feitas na semana com a equipe de saúde e as visitas domiciliares a usuários faltosos a consultas onde foi

avaliado o 100% dos usuários idosos. O exame físico apropriado foi feito com qualidade e profissionalismo por parte da equipe de saúde desde o acolhimento até sair das consultas. Além foi fundamental que a população alvo conhecesse a importância de chegar a consulta programada para ser avaliado e foi através de palestras na população e bairros sobre o projeto da unidade de recatar a saúde de todo usuário maior de 60 anos. Todo usuário que foi avaliado em consultas e visitas domiciliares foi feito um exame clínico geral cefalocaudal com pesquisa de fatores de risco para cada usuário individual diagnosticando 52 hipertensos, 18 diabéticos, 4 usuários com dificuldade para locomoção, 2 usuários com adenoma prostático, um usuário com adenocarcinoma de mama, três usuárias com prolapso vaginal grau II e todos foram encaminhados para especialistas.

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

A solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, foi no primeiro mês 18\18 (100%), no segundo mês 37\37 (100%) e no terceiro mês 52\52 (100%), Para chegar a 100% de cobertura desta meta foi possível através dos atendimentos com indicação de 100% dos exames nas consultas e visitas domiciliares aos usuários acamados e faltosos a consulta junto com a equipe de saúde da unidade, indicador que foi melhorado com a chegada da equipe de química sanguínea no laboratório da secretaria de saúde porque existia muita demanda no hospital de guarnição por ser o único complemento de saúde acessível na população em geral. Além para lograr a realização dos complementários aos 100% indicado, foi feita orientações em cada consulta da importância destes para avaliar a saúde de cada usuário idoso. Os exames foram química sanguínea, eletrocardiograma, raio x tórax, PCA para todo usuário masculino com toque retal positivo, mamografia de rastreamento, e foi avaliados em reconsultas agendadas, os resultados foram escritos nos prontuários individuais mais ainda existem usuários que tem pendente resultados o seja um total de 33 usuários faltam por avaliar exames.

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

Ao início da intervenção esta meta teve um 15,9% de cobertura indicador que foi baixando com o avanço do projeto até chegar a 6,0%, no primeiro mês 7\44

(15,9%), no segundo mês 8\95 (8,4%) e no terceiro mês 8\134 (6,0%), estes dados justifica-se com o abastecimento de medicamentos da unidade de saúde que é suficiente para toda população da área de abrangência com amplo quadro básico de medicação para cobrir todas as necessidades da população alvo. A maioria dos medicamentos indicados fora da unidade foram antiparasitários que terminam dentro do mês de pedido porque a maioria da população alvo os medicamentos controlados granizassem para todo o mês. Na unidade tenho um total de 85 usuários com HAS e 25 com DM. Desses 52 hipertensos tem mais de 60 anos e 18 diabéticos tem mais de 60 anos, todos estão cadastrados na unidade por Hipertensão e todos conhecem a distribuição de medicamentos na farmácia da unidade. **(Figura 10).**

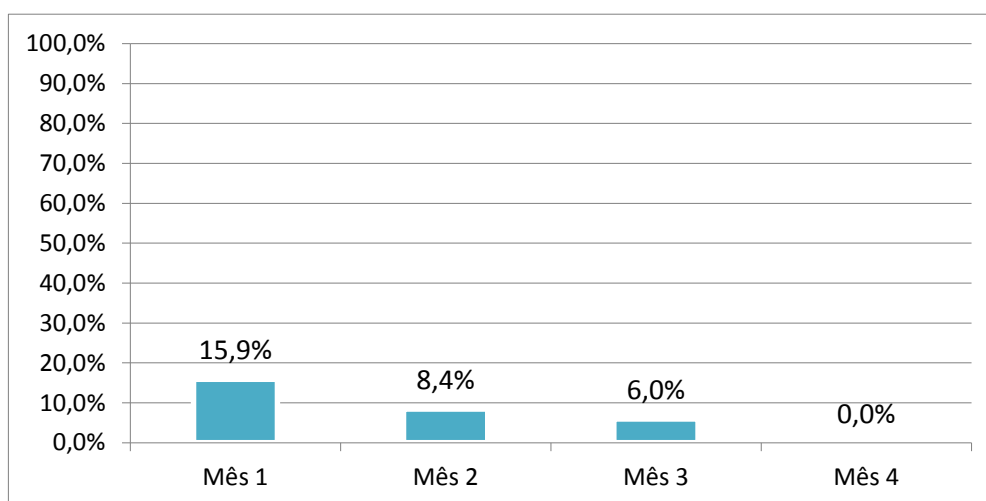


Figura 10: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

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

No primeiro mês não teve usuários idosos cadastrados, já com o trabalho de busca ativa dos usuários para agendar consultas programadas foi que planejamos no segundo mês visitas domiciliares para 5\5 (100%) usuários acamados e com problemas de locomoção, e terceiro mês identificamos 4 com dificuldades para a locomoção, alcançando 9\9 (100%), cumprindo com todos os parâmetros e profissionalismo fizemos consulta em visitas domiciliares e planejamos com o laboratório da secretaria de saúde para a realização de exames complementares e uma posterior avaliação. **(Figura 11)**

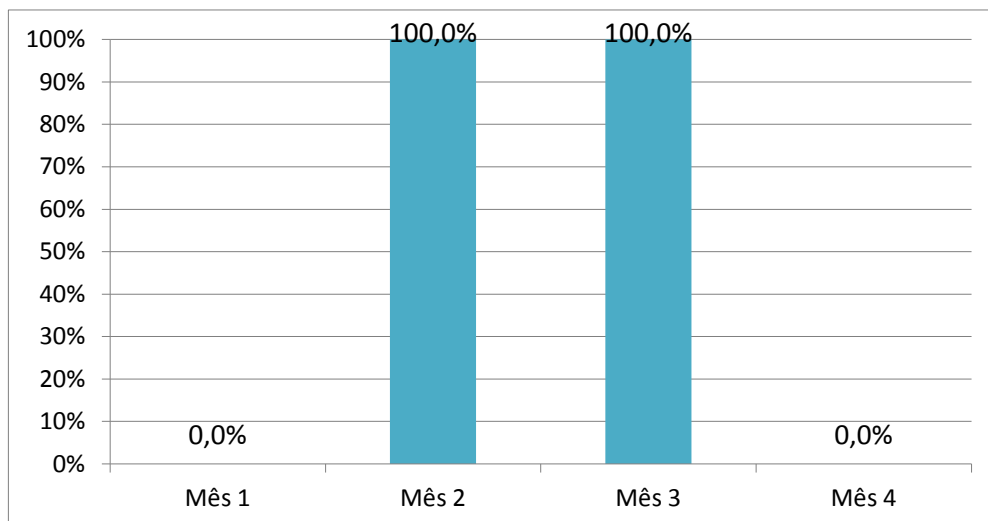


Figura 11: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

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

Esta meta foi cumprida com 100% da cobertura, ao início da intervenção tenha 5 usuários acamados e com a pesquisa de risco diagnosticamos 4 com dificuldade para locomoção, 2 por acidentes vasculares encefálico e 2 por acidente de trânsito, a ação mais proveitosa foi a visita domiciliar com a busca ativa de usuários acamados ou com problemas de locomoção a través dos agentes comunitários de saúde da unidade básica, técnico de enfermagem, enfermagem, Odontóloga, técnico de odontologia, e médico de assistência, que se brindou atenção médica com a maior qualidade e profissionalismo. A nossa chegada no domicilio destes acamados ou com problemas de locomoção eles encontrasse com cuidados ótimos, a pesar que são famílias disfuncionais por ter familiares doentes tem o apoio da família, ali a equipe explicou o trabalho com neste grupo de idade, brindamos assistência medica nos domicílios, e extração de sangue para realização de análises, e o apoio da assistência social da secretaria, dos agentes comunitários de saúde conhecidos por toda a população (**Figura 12**).

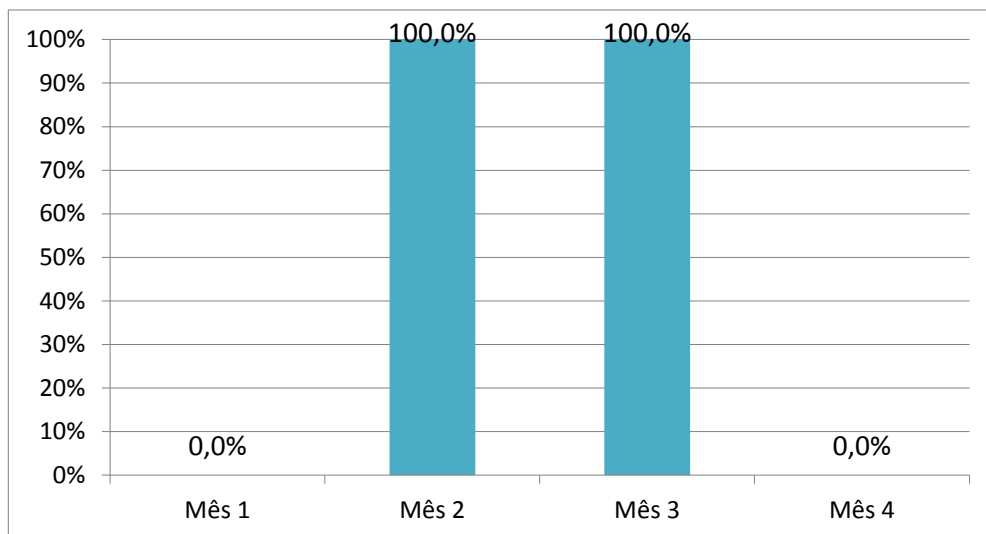


Figura 12: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

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

Com o cadastramento dos 134 (100%) dos usuários idosos ao programa, forma parte do exame físico a toma da pressão arterial tanto no acolhimento como nas consultas e visitas domiciliares pelo que esta meta foi cumprida com no primeiro mês 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%) de cobertura e como ação fundamental foi o trabalho da equipe com palestra de HAS e a importância de medir na pressão arterial com frequência na unidade.

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

O número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135\80 mmHg para diagnóstico de Diabetes Mellitus alcançou o 100% de cobertura, no primeiro mês de 19\19 (100%), no segundo mês de 37\37(100%), e no terceiro mês de 52\52(100%) com a medida da glicemia a 100% dos usuários com HAS como parte do acolhimento dos usuários idosos e uma das ações que mais ajudou na medida da glicemia foi a palestra de Diabetes Mellitus e a prevenção da doença, com a participação da população alvo.

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



Ao início da intervenção a avaliação de saúde bucal para usuários idosos era de 75 usuários (58%), mais com o cadastramento e atenção médica aos 134 usuários da área de abrangência logramos alcançar um 100% de cobertura de avaliação de necessidade de atendimento odontológico de idosos da população alvo onde no primeiro mês foram 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%), nas consultas agendadas e busca ativa de usuários idosos faltosos a consultas. As doenças mais comuns são déficit de cálcio e consequente as cáries, para próteses dentárias, abscesso dental entre outras.

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

Esta meta alcançou o 100% de cobertura com o cadastramento de 100% da população alvo onde no primeiro mês foram 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%) e com avaliação de saúde bucal logramos realizar a primeira consulta odontológica, cada usuário idoso se programou para consulta odontológica uma vez que saio da consulta medica programada com ótima participação nas mesmas, com apoio dos agentes comunitários que agendavam as consultas odontológicas.

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

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

Esta meta foi cumprida porque todo usuário faltoso a consulta foi programada visitas domiciliares logrando um 100% de cobertura, no primeiro mês 2\2 (100%), no segundo mês 10\10 (100%), e no terceiro mês 15\15 (100%) se organizou uma agenda para acolher todo usuário faltoso a consulta, com o treinamento dos agentes comunitários de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Ao início da intervenção a população alvo do projeto a cobertura de fichas espelho com registro atualizado era 0, com o trabalho da equipe de saúde de cadastramento de 100% dos usuários idosos logramos alcançar o 100% de cobertura com atualização das fichas espelho onde no primeiro mês de 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134(100%), meta que

logramos com ações como visitas domiciliares a usuários faltosos a consultas, planejamento de usuários acamados o com problema da locomoção, que não conseguem chegar até consulta na unidade e com consultas agendadas a toda população alvo.

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

Ao começo da intervenção só tenha conhecimento de 35 usuários para 26,1% idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa a traves da informação dos agentes comunitários de saúde da unidade e o transcurso do trabalho em equipe com a população alvo da intervenção e cadastramento de 100% dos usuários idosos chegamos a um 67,2%, no primeiro mês se cadastrou 32\44 (72,7%), no segundo mês 63\95 (66,3%) e no terceiro mês 90\134 (67,2%) meta que não foi possível porque não temos disponibilidade de cadernetas de saúde da pessoa idosa na unidade de saúde e não existe previsão de chegada delas (**Figura 13**).

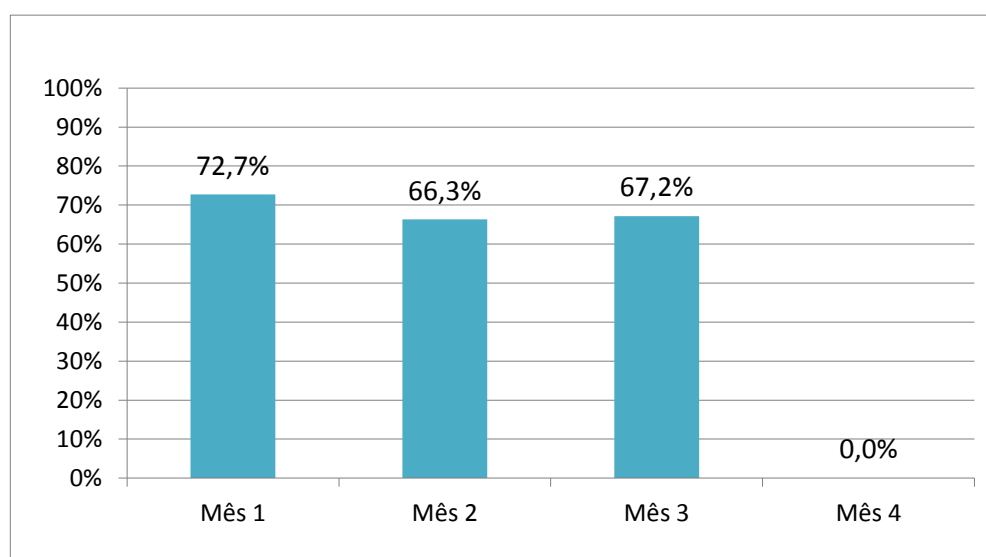


Figura 13: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

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

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

Ao início da intervenção existia um número de usuários idosos com avaliação de risco para morbimortalidade, 93 idosos para 72%, mais com o transcurso do projeto achamos que esse dado não era certo mais logramos com o cadastramento e atendimento do 134 usuários para 100% da população alvo, onde no primeiro mês

foram avaliados 44\44 (100%), no segundo mês foram avaliados 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%), priorizando o atendimento dos usuários idosos com risco que são 134 usuários idosos que é a população em estudo o seja 100% da população alvo por suas idades com tendência a doenças crônicas o seja riscos de doenças coronárias, doenças cerebrovasculares, risco de acidentes de queda e fratura, junto com a equipe de saúde e seu treinamento logramos orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, com ações feitas nas consultas medicas e palestras na unidade por parte dos profissionais de saúde.

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

Com o projeto de intervenção do melhorar a saúde dos idosos na área de abrangência, a população alvo com fragilização na velhice, foi cadastrado no primeiro mês 44\44 (100%), no segundo mês 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%) com a prioridade de atendimentos nas consultas agendadas pelos agentes comunitários, visitas domiciliares a usuários faltosos a consultas e visitas domiciliares a acamados e com problemas de locomoção, pelo que também foi orientado aos 100% da população os níveis de riscos e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco como parte das ações desta meta. Com avaliação dos 134 usuários (100%) de cobertura se identificaram riscos na população alvo como por exemplo riscos para doenças cardiovasculares, riscos de acidentes de queda, riscos para doenças cerebrovasculares, entre outros.

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

Com o início da intervenção e o planejamento das consultas e visitas domiciliares se logrou facilitar o agendamento e visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente e orientar aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde a traves de palestras e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio..) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, avaliando no primeiro mês 44\44 (100%), no segundo mês foram avaliados 95\95 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 134\134 (100%) de cobertura da

população alvo. Com a avaliação dos 134 usuários idosos na área de abrangência na consultas e vistas domiciliares se identificou somente 3 idosos de rede social ruim com acompanhamento pela assistente social e apoio da providencia social de um estipendio mensal e seguimento por área de saúde porque não tem familiares que respondam por eles mais no município tem uma casa de apoio para o cuidado deles.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

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

Ao longo da intervenção e no primeiro mês de intervenção foram 44\44 (100%), no segundo mês foram avaliados 95\95 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 134\134 (100%) de cobertura da população alvo que junto com as ações de saúde nas consultas agendadas para usuários idosos, visitas domiciliares a usuários acamados ou com problemas de locomoção, busca ativa de usuários idosos faltosos a consultas e palestras de nutrição logramos chegar a 100% de cobertura de garantir as orientações de nutrição para hábitos alimentares saudáveis já que todo usuário idoso depois de sair das consultas conheceu a maneira ideal de fazer uma alimentação saudável com 100% de cadastro da população alvo e 100% de monitoramento nos prontuários individuais, também com ajuda da nutricionista e palestras de alimentação saudável ajudou a chegar na meta esperada.

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

Desde o início da intervenção era conhecimento da equipe de saúde dos usuários idosos acamados que tinham dificuldade para a realização de atividade física regular mais com o transcurso da intervenção e cadastramento do 100% dos usuários idosos cadastramos nove usuários com dificuldade de locomoção onde no primeiro mês foram orientados 38\44 (86,4%), no segundo mês 82\95 (86,3%) e no terceiro mês foram orientados 121\134 (90,3%), e não considero que foi fatível dar este tipo de orientação porque não tem condições físicas para logra-lo pelo deterioro físico dos usuários e este indicador ficou em 90,3% de cobertura ao final da intervenção, a pesar da demanda do gestor municipal para fazer parcerias institucionais para realização de atividade física (**Figura 14**).

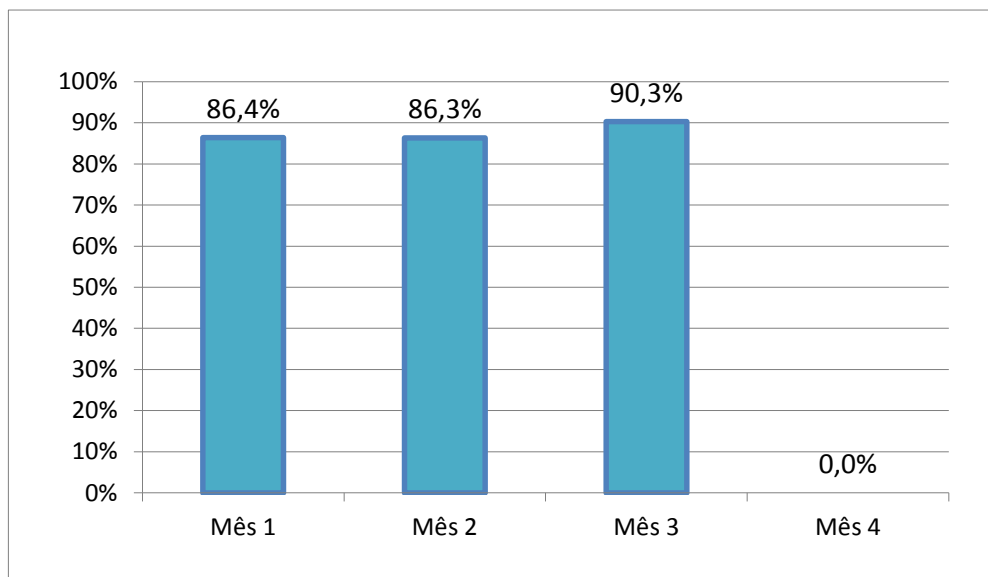


Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

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

Ao início da intervenção as orientações sobre higiene bucal em dia só existia 75 usuários para um 58% de cobertura, e com, o cadastramento, consultas agendadas, visitas domiciliares e busca ativa de usuários idosos faltosos a consultas logrou chegar a 100% de cobertura desta meta onde no primeiro mês de intervenção orientamos 44\44 (100%), no segundo mês orientamos 95\95 (100%) e no terceiro mês 134\134 (100%), com as ações antes expostas por parte da equipe de saúde da unidade e odontóloga e assistentes de odontologia da unidade palestram a população alvo dos cuidados e higiene bucal e os encaminhamentos a consultas de odontologia, que ainda não toda a população alvo tem necessidade de próteses mais tem a avaliação pela doutora Marina, Odontóloga da unidade.

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde foi extensa para toda a população alvo de 60 anos e mais, onde toda a equipe participou da intervenção e

foi beneficiada toda a população alvo da área de abrangência, que propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos idosos a 100%, a melhoria dos registros da ficha espelho a 100% e a qualificação da atenção com destaque de avaliação da fragilização na velhice a 100%, de avaliação de risco de morbimortalidade a 100%, com avaliação multidimensional rápida a 100%, com avaliação odontológica em dia a 100%, a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos a 100%, o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a 100%, visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção a 100%, o rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) a 100%, a busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas foi 100%, a avaliação a rede social dos idosos foi 100%, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a das pessoas idosas, para a prática regular de atividade física idosos, sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) dos idosos cadastrados foi 100% da cobertura, só a distribuição a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a dos idosos cadastrados não alcançou a meta esperada só foi de 90 usuários para 67,2% de cobertura porque não existe na unidade a quantidade de caderneta para 134 usuários idosos que já o gestor tem conhecimento da quantidade que precisa a unidade para atingir a meta de distribuição e outra meta que não alcançou o 100% foi a orientação para a prática regular de atividade física aos idosos com 121 usuários para 90,3% porque os usuários acamados e com dificuldade para locomoção não receberam essas orientações. Para dar cumprimento a todas estas metas foram feitas múltiplas atividades com a população alvo tanto na unidade como na comunidade exemplo destas são, o contato inicial com os gestores do município foi para explicar nosso projeto de intervenção rendeu os resultados esperados e foram disponibilizados de parte deles os materiais impressos necessários para dar início a nossa intervenção. Da mesma forma aconteceu o contato com líderes comunitários efetuados em companhia com os agentes comunitários em visita domiciliar, aproveitamos o espaço de visita domiciliar e conversamos com Marina Teixeira, odontóloga da unidade para planejar o atendimento odontológico dos usuários idosos incorporados a consulta, atividade de educação em saúde com a odontóloga Marina foi de muita importância, ela falou sobre os cuidados com a saúde bucal, os dias de atendimento, também tivemos encontro com um grupo de idosos da comunidade na igreja San Antônio

para informar sobre o projeto que está sendo desenvolvido na unidade de saúde da Praia, nos reunimos com líder representante, Clarissa Da Silva Borges, da Rua Virgílio Cardoso, para planejar uma atividade educativa e recreativa com a população alvo e seus familiares, desenvolvíamos atividades de educação em saúde no acolhimento, o preenchimento dos registros necessários para monitoramento da atenção a saúde dos usuários idosos e todas as ações protocolizadas no caderno de atenção básica de saúde dos idosos com cada usuário idoso atendido, a sua vez os agentes comunitários fizeram a busca ativa dos faltosos a consultas programadas. Para dar cumprimento das metas não alcançadas a representante da equipe, enfermeira, e eu como medico assistente fizemos outra carta de ofício para o gestor da secretaria da saúde para a providencia das cadernetas de saúde da pessoa idosa para toda a população alvo da unidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, da auxiliar de enfermagem e recepção. Com a implantação da intervenção como parte do trabalho diário na unidade, cada profissional conhece o papel que desempenha dentro da unidade com as capacitações feitas pelo protocolo do Ministério da Saúde e capacitações e próprias de saúde, assim como atribuições de cada membro da equipe. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como são aumento dos conhecimentos de saúde dos agentes comunitários de saúde, conhecimento do protocolo de saúde dos idosos de todo a equipe, aumentou a estatística da unidade com os atendimentos deste grupo de usuários idosos, aumentou os atendimentos da população alvo a consultas de odontologia.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na medica e a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, como é enfermagem, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontóloga, técnico de odontologia. A melhoria dos registros e o agendamento dos usuários idosos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários idosos permitiu a apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção para a comunidade foi bom, a comunidade acolheu a intervenção com muito ímpeto já que como parte das ações a equipe realizou

diferentes atividades na comunidade como palestras nos bairros e palestras na unidade dando a conhecer o trabalho da unidade para a população alvo, eles se identificaram com o trabalho da equipe porque continuam retornando a consulta e a equipe cadastrou o 100% da população de 60 anos e mais, a pesar que os atendimentos continuam com prioridade não existe desconforto da população da área de abrangência porque não existe muita demanda por ter a unidade básica de saúde, pouca população na área, para duas doutoras.

A unidade já tem sido incorporada a atenção de saúde dos idosos como parte do trabalho diário, todo profissional envolvido no trabalho conhece suas funções para dar seguimento das ações e resultados obtidos. Já como parte do trabalho está, além da atenção dos idosos, todos os programas de médico da família como são atenção pré-natal, atenção da criança, atenção das doenças crônicas, atenção das doenças de transmissão sexual, atenção do programa de câncer de colo e mama entre outros.



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

Prezados gestores:

Meu nome é Annia Pérez Martín, trabalho como médica vinculada ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no município São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, encontra-se localizado na região noroeste do estado. A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estou trabalhando chama-se Praia, localiza-se na área urbana do município. A população alvo que eu escolhi para minha intervenção dentro do curso de especialização foi a saúde dos idosos que são um grupo prioritário que tem vulnerabilidade para doenças crônicas, eu fiz essa escolha no intuito de aumentar a esperança e melhorar a qualidade de vida além de serem usuários que têm doenças que precisam de outras especialidades. Deste modo se propôs melhorar a atenção de saúde desta faixa etária pois, ao início do trabalho os indicadores foram baixos como por exemplo a avaliação multidimensional rápida ficava em zero por desconhecimento do programa, o acompanhamento em dia havia somente 30 usuários de 134 que foi a população alvo em estudo, porque as consultas são realizadas somente com usuários idosos com doenças crônicas, HAS e DM. Outro indicador baixo foi a investigação de indicadores de fragilização na velhice com 15% ao início, alcançando 100% de cobertura com avaliação dos 134 usuários em estudo conforme apresenta a Figura 1.

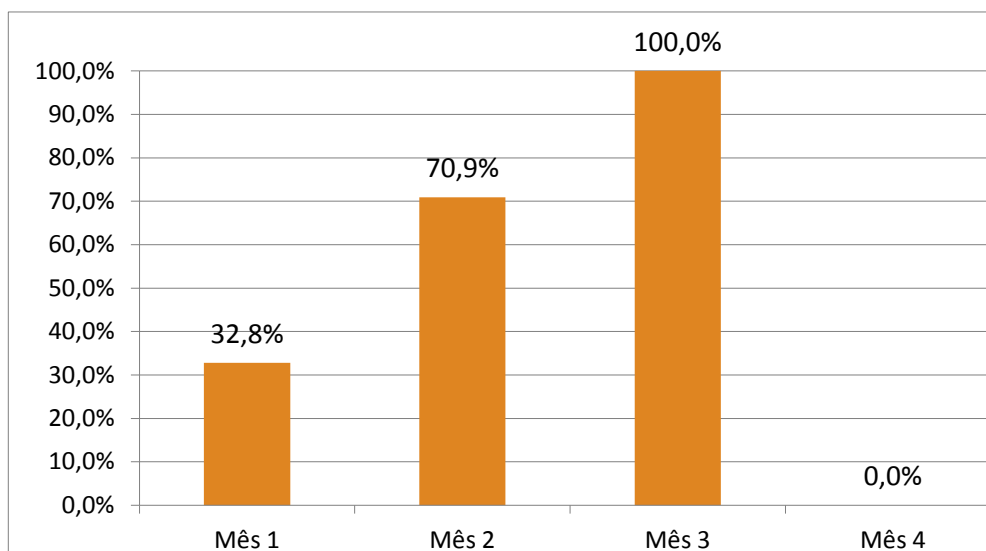


Figura 1 - Proporção de cobertura de atenção à saúde do idoso da área, na UBS Praia, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

Outro parâmetro baixo foram o exame clínico apropriado das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos alcançando o 100% de cobertura, a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos também era muito baixo, com só 23%, alcançando 100% com a intervenção com a avaliação dos 134 usuários idosos em estudo, outro parâmetro que aumentamos foi a avaliação de saúde bucal, orientação para alimentação saudável e para atividade física regular, a UBS não cumpre com a entrega das cadernetas de saúde a idosos, os ACS e enfermeira informaram que não tem número suficiente para todos os usuários idosos da área de abrangência e por este motivo não distribuem entre os usuários. Existem cadernetas na população que foram distribuídas no ano passado, porém os usuários idosos não levam para os atendimentos, no começo da intervenção existia uma cobertura de 130 usuários de 60 anos e mais para um 97%, dado que aumentou a 134 usuários idosos, mais somente estavam identificados e o atendimento não tinha qualidade.

A intervenção foi muito proveitosa para melhorar o atendimento na unidade e a atenção aos idosos foi possível com o trabalho conjunto da equipe de saúde da unidade, foram feitas capacitação dos profissionais da unidade, de uma maneira ou outra a gestão da secretaria ajudou a desenvolver ações planejadas no transcurso da intervenção, assim como a participação da nutricionista, assistência social, bioquímica do centro de referência especializada da atenção médica (CREAM), em

palestras e atualizações dos profissionais. Tivemos melhora nos serviços de saúde do município como por exemplo, a implantação do mamógrafo para a população, a disponibilidade de um equipamento de análise química sanguínea mais completo em função de ter aumentado consideravelmente a demanda de exames. Somente o hospital da guarnição tinha esse equipamento no entanto, não prestava serviço contínuo para a população que não fosse militar. Além disso, melhorou a qualidade das consultas com balanças para medidas antropométricas, glicômetros, material de oficina, como canetas, folhas, borrachas, grampeador, entre outros providenciados pela secretaria de saúde do município. O gestor da secretaria municipal de saúde providenciou as fichas espelhos necessárias para a intervenção, a disponibilidade de alguns recursos para as atividades educativas, materiais de apoio, recursos para garantir o registro das informações, a disponibilidade de transporte para a busca ativa e busca ativa de usuários faltosos a consultas. A garantia do fornecimento dos insumos necessários para cumprir as ações planejadas foi cumprida de acordo com os compromissos firmados e contrato assinado entre as partes: responsável do projeto e gestores.

Os serviços da unidade com o desenvolvimento da intervenção melhoraram a qualidade das informações, conseguimos alcançar melhores indicadores de atendimento com registros adequados e continuar o trabalho de rotina da unidade. Também se melhorou o acolhimento dos usuários idosos que procuram a unidade para consultas médicas e odontologia.

As ações realizadas para a intervenção do programa hoje são ampliadas a outros programas da saúde na unidade como, por exemplo, atendimento a hipertensos e diabéticos, a saúde da criança; saúde da mulher, planejamento familiar, controle das doenças de transmissão sexual garantindo um melhor diagnóstico e controle das mesmas.

A participação dos gestores é peça fundamental para o desenvolvimento de políticas de saúde dirigidas a melhorar a qualidade do atendimento médico da população. Por isso apesar de todo os aspetos da gestão acontecidos positivamente que facilitaram viabilizar a intervenção realizada para melhorar a atenção à saúde dos idosos mesmo assim existem aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizar a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas para melhores resultados, exemplo deste é que providencie para todas as unidades a caderneta de saúde dos idosos,

melhorar o serviço de especialidades médicas no município com a contratação de especialistas. Em resumo que a atenção básica para ser resolutive deve ter tanto capacidade ampliada de escuta e análise quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, demandas e necessidades de saúde.

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

Prezados líderes da comunidade:

Realizamos um projeto de intervenção durante 12 semanas na unidade de saúde Praia, em São Gabriel da Cachoeira/AM, sobre um dos programas com dificuldades na unidade e de importância para a saúde dos idosos. A intervenção tinha como objetivo alcançar 100% de cobertura para saúde dos idosos onde trabalhamos com 134 idosos da área de abrangência. Minha escolha de trabalhar com saúde dos idosos foi porque na unidade não tinham o seguimento adequado, os indicadores não falavam sobre um atendimento contínuo, ou seja, essa população só tinha consultas quando ficavam doentes e não tinha um programa de prevenção e promoção para aumentar a esperança de vida e modificar modos e estilos de vida. Por esse motivo que as ações feitas no transcurso da intervenção, demonstraram que com o trabalho diário se pode aumentar os indicadores e para isto foram realizadas palestras em diferentes cenários da unidade e da comunidade. Todas as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, faltosos a consultas, foram feitas atividades de confraternização com os idosos, as consultas de seguimento e encaminhamento a odontologista aumentaram com boa participação da população alvo, com prioridade nas consultas de odontologia para realização de próteses e extração dentária, o retorno dos idosos a consulta foi um êxito e posso assegurar que o 100% da população vai continuar retornando a consulta, com o 100% das consultas deste grupo escolhido aproveitamos para dar apoio a famílias disfuncionais tanto o nível sociais, econômicos e assistência médica dando a conhecer todas as dificuldades encontradas ao transcurso da intervenção, tanto ao gestor como líderes da comunidades e assistente social, a colaboração nas

atividades educativas e a colaboração na divulgação das atuações do programa foram algumas das atividades em que participaram a comunidade, empreendendo assim as potencialidades da comunidade nas ações de saúde e nas melhoras do engajamento público. A comunidade fixa parte da intervenção, ela participou na divulgação das atividades nos bairros e das ações entre familiares, vizinhos, amizades e até colegas de trabalho. Só com ajuda dos membros de nossa área, a intervenção foi incorporada ao serviço da unidade e alcançou melhores indicadores de saúde.

Nossa intervenção já foi incorporada à rotina de trabalho e foram incorporadas as metas para cada agente de saúde cumprir semanalmente. A avaliação dos idosos em consulta médica acontece em todos os turnos de trabalho de segunda a quinta-feira. Aproveitamos a oportunidade para convidar a comunidade a procurar a unidade de saúde, realizar atendimento e acompanhamento de sua saúde, além de participar das atividades de educação em saúde propostas. Informamos que não existe um dia definido para seguimento pelo médico, facilitando o atendimento dos demais usuários. Para todos os usuários idosos são realizadas todas as ações protocolizadas.

Continuamos trabalhando para melhorar o resto dos indicadores de qualidade confiantes que com cada ação estamos contribuindo a melhorar a saúde dos idosos e garantindo gerações posteriores saudáveis, mas a persistência no futuro dependerá do engajamento dos futuros profissionais.

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

No início do curso de especialização em saúde da família, minhas expectativas foram de insegurança porque enfrentava uma língua diferente da minha. Eu não imaginava como aconteceria o desenvolvimento ao longo do curso, fiquei preocupada no início pelas dificuldades com a internet. Consegui entrar na plataforma e percebi a importância da participação no ambiente virtual e no curso. Este se configurou como uma ferramenta para implementar, melhorar e avaliar a qualidade da atenção dos serviços em saúde prestados na nossa unidade.

Com o desenvolvimento das atividades, o preenchimento dos cadernos das ações programáticas, percebemos as dificuldades da unidade em relação a cada programa e sua implementação na atenção básica. Os indicadores baixos por falta de ações como atualização dos cadastros, porque a população migra muito da localidade. Também havia pouca busca ativa dos usuários faltosos na comunidade, porque os arquivos não eram procurados pela equipe. Além disso, havia falta de dados nos registros e prontuários dos pacientes. Dificuldades no acolhimento dos usuários que alguns voltavam por falta de “fichas” e pobre realização de atividades de educação em saúde.

O curso permitiu uma melhor organização e planejamento do processo de trabalho da unidade, discussão na reunião mensal das agendas de cada profissional deixando flexibilidade e não fixa como foi antes; avaliar os indicadores da unidade; monitoramento das ações realizadas pela equipe. Não foi tarefa fácil porque enfrentamos numerosas barreiras com os profissionais da unidade, estavam acostumados a trabalhar de um jeito e não queriam mudar no início, mas mostramos no decorrer do tempo que seguindo as diretrizes e protocolos disponibilizados pelo curso, o trabalho da unidade teria resultados positivos.

A equipe ganhou na união dos membros com o reforço das atribuições de cada um, enfatizando na importância de trabalhar em equipe e não isoladamente como antes.

Foram realizadas as atividades da prática clínica que ajudaram na qualificação profissional esclarecendo dúvidas, atualizando sobre temas de incidência na população de nossa área. Também tivemos orientação sobre abordagem na atenção básica de doenças que o diagnóstico nem sempre é fácil de fazer.

A participação no fórum de saúde coletiva infelizmente não foi como deveria porque primeiro tinha um pouco de medo. Logo com o tempo isso passou e várias vezes acessei e deixei reflexões, as dificuldades apresentadas na intervenção, mas depois não consegui mais atualizar a página para compartilhar nossas vivências, pela qualidade da internet de nosso município.

Considero entre os aprendizados mais relevantes do curso, o conhecimento da estratégia da saúde da família no Brasil, sua implementação na unidade. A possibilidade de aumentar a qualificação profissional. Melhor vínculo com a equipe de trabalho, o estabelecimento de parcerias com a comunidade para entender seus costumes e ganhar a confiança dela para mudar estilos de vida por hábitos saudáveis. Compartilhar com outros profissionais as experiências vivenciadas no curso trouxe também vários conhecimentos.

Nós especializando, realizamos o projeto de intervenção nas próprias unidades de saúde, o que permitiu melhorar a atenção que oferecemos a população. O projeto de intervenção correspondeu às minhas expectativas iniciais porque com ele temos as estratégias para sua implementação na unidade básica, possibilitou avaliar o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde em nossa comunidade, as equipes fazem planejamento de melhor qualidade dirigidas aos grupos de maior risco, melhorar a situação da estratégia de saúde da família, sua implementação em cada unidade de saúde e ao final das unidades de estudo, apresentar os resultados dessas intervenções, com uma avaliação da ação implantada.



## **Referências**

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2 p.68, p.81, p 125. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à Saúde da pessoa idosa e Envelhecimento. Série B. Textos Básicos de Saúde 2006, v.12. 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>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,

Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante