

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Maria de Fátima  
Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre**

**Iliana Verdial Vidal**

**Pelotas, Ano 2015**

Iliana Verdial Vidal

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Maria de Fátima  
Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre**

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: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, Ano 2015

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

V648m Vidal, Iliana Verdial

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS/ESF Maria de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre / Iliana Verdial Vidal; Ernande Valentin Do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Prado, Ernande Valentin Do,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Cynthia e meus pães. O Edson meu companheiro da vida, por me acompanhar e me ajudar nesta caminhada.

Agradeço a Equipe de Saúde da unidade Maria de Fatima Ferreira de Paula por participar neste Projeto. A Secretaria de Municipal de Saúde e Prefeitura de Plácido de Castro. A meus orientadores, Betânia Rodriguez e a Ernande Valentin do Prado, por sua colaboração na conclusão deste trabalho.

## Resumo

VERDIAL, Vidal Iliana. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Maria de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre** 2015. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, chamado transição do processo demográfico. Segundo o IBGE/ 2010 a população brasileira é de 195.2 milhões, 20.5 milhões são maiores de 60 anos, 10,5 % da população. As Nações Unidas descrevem que a melhoria das condições de vida e as ações de saúde baseadas na promoção e prevenção estão condicionadas pelas políticas pública em Saúde. Nossa Unidade Básica de Saúde também está contribuindo as condições de vida da população idosa, dando inicio a esta Intervenção, com objetivo principal a qualidade de vida desta população alvo, no decorrer da intervenção constituímos técnicas de desempenho junto a Equipe de Saúde da Família, humanizando o atendimento, melhorando assim a atenção básica à comunidade local; avaliamos e acompanhamos a problemática condicionada a esta faixa etária ampliando a cobertura; atualização dos registros de informações; mapeamento para riscos morbidade; inclusão á saúde bucal; entre outras práticas de promoção a saúde. Ao termino da intervenção logro- se atingir a meta dos 100% da cobertura no programa da saúde da pessoa idosa para a população alvo da área da abrangência. Existia um cadastro anterior de 148 pacientes maiores de 60 anos, em um novo cadastro feito dentro da intervenção, encontramos um número de 238 pessoas as quais foram acompanhadas até o final da intervenção, entre estas pessoas identificamos pacientes diabéticos, pacientes hipertensos, que foram avaliados e acompanhados conforme o Caderno de Atenção Básica da Pessoa Idosa e as diretrizes do SUS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Mapa e foto da Igreja Centro de Plácido de Castro	13
Figura 2	UBS Urbanas – Dolores S Valentim e Lucio A. da Silva	14
Figura 3	UBS Maria de F. Ferreira de Paula	15
Figura 4	Mapa da área de abrangência UBS Maria de F. de Paula.	15
Figura 5	Croquis da estrutura da UBS Maria de Fatima.	16
Figura 6	Gráfico com a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS	70
Figura 7	Academia Municipal	71
Figura 8.	Gráfico com a Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia	73
Figura 9	Gráfico com a proporção da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 12 semanas	76
Figura 10	Gráfico com a proporção de primeira consulta odontológica realizada nas 12 semanas de intervenção	77
Figura 11	Gráfico com a proporção de Avaliação de alterações de mucosa bucal em idosos cadastradas	81
Figura 12	Academia ao ar livre	82
Figura 13	Gráfico com a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS	86

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus DOE Dialogo Orientador especializado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federa de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	22
.....	23
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	54
2.3.3 Logística .....	59
2.3.4 Cronograma.....	62
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	67
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	68
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	68
.....	69
4 Avaliação da intervenção .....	69
4.1 Resultados .....	69
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores.....	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	90
Referências.....	91
Anexos.....	92
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	93
Anexo B - Planilha de coleta de dados .....	94
Anexo C - Ficha espelho.....	95
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	96

## **Apresentação**

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) foi desenvolvido como parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Está organizado em sete capítulos:

Capítulo 1, análises situacional, é onde escrevi texto inicial, apresentado na unidade de ambientação, a análise situacional, e o texto comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional.

Capítulo 2, análises estratégica, é onde escrita a justificativa, os objetivos e metas, a metodologia, as ações previstas e desenvolvidas na totalidade ou em partes, também é onde está o detalhamento das ações, a logística e o cronograma.

Capítulo 3, intervenção, é nele que consta o relatório das 12 semanas de intervenção, o que consegui fazer e o que não deu, durante os três meses do projeto.

Capítulo 4, avaliação da intervenção, está escrito o detalhamento dos resultados e a discussão.

Capítulo 5, relatório de intervenção para o gestor, é basicamente um ofício dirigido ao gestor informando os resultados óbitos nas 12 semanas de intervenção.

Capítulo 6, relatório de intervenção para comunidade, também é basicamente um informativo para comunidade, com linguagem acessível, de forma a propiciar entendimento do que foi realizado neste curso.

Capítulo 7, reflexão crítica, é onde escrevi minha avaliação pessoa sobre o processo de ensino/aprendizagem.

Para terminar tem o referencial teórico e os anexos.

## 1 Análise Situacional

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

A UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula pertence a Prefeitura do Município Plácido de Castro, Acre, está localizada no centro da cidade, conta com uma Equipe de Saúde da Família. A distribuição para o atendimento se faz por seis (06) micro áreas com igual número de Agentes Comunitários de Saúde. A área de abrangência abarca os bairros Centro, Rapirrã I, Rapirrã II e Serraria, existem 100% de cobertura da UBS sendo de 2342 usuários.

Tabela 1: Distribuição de pacientes por faixa etária- Micro área.

Micro-área	< 1 ano		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 39		40 - 49		50 - 59		>60		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
01			15	10	22	24	32	29	30	43	74	72	25	24	14	20	30	27	496
02		3	4	6	7	8	13	6	9	14	42	41	20	20	12	8	14	14	243
03	3	2	14	16	20	8	10	17	17	17	41	58	23	30	16	13	27	30	366
04			5	9	23	22	24	31	21	30	51	67	12	21	10	9	12	20	373
05	1	1	13	7	18	34	36	21	33	30	86	95	26	33	24	23	27	26	540
06	3	2	5	8	12	11	11	10	14	12	50	55	23	26	20	23	18	24	325
Total	7	8	56	56	102	107	126	114	124	146	344	388	129	154	96	96	128	141	2318

Esta em atividade plena de funcionamento há 120 meses, após ser adaptada para este fim. Nesta unidade são desenvolvidas atividades como:

Atenção a Saúde

Acolhimento

Clínica Médica

Enfermagem - vacina, curativo e outros procedimentos

Programa de saúde bucal

Acompanhamento Psicológico

Acompanhamento Nutricional

Cuidado a domicílio

Ações de vigilância em saúde

Reuniões de trabalhadores

Atendimento aos casos agudos diagnosticados na unidade e encaminhamento para urgência/emergência (no momento em que ocorrem)

Avaliação e monitoramento dos encaminhamentos para atenção secundária

PET- Saúde

Equipe de Saúde composta por:

Enfermeira (1)

Dentista (1)

Médica (1)

Técnicas em enfermagem (4)

Técnico em saúde bucal (1)

Agentes comunitários de saúde (6)

Diretor da UBS

Além dos componentes da equipe temos

Agentes de segurança (2)

Recepcionista

Auxiliar de serviços de limpeza

Estrutura Física da UBS:

Os ambientes de trabalho estão bem definidos, possui recepção onde se pode acomodar pelo menos de 15 pessoas, no local estão os arquivos dos prontuários e se faz o acolhimento do paciente, tomada de pressão arterial, temperatura, pesagem e altura. Existem três (3) consultórios para: enfermeira, dentista e médico, apenas um possui banheiro, os outros possuem pias de lavatórios. Existem mais três (3) salas, ambientes feitos para curativos e outros procedimentos que incluem nebulização. As reuniões se fazem em uma sala apropriada para este fim e se compartilha como ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Tem copa/cozinha e sala para a gerência da

unidade de saúde. Não tem Farmácia, existe uma só na cidade e atende todos os postos de saúde.

Na rotina de atendimentos existem ações programáticas que são agendadas por grupos; por exemplo:

Saúde da criança e do aleitamento materno

Saúde da mulher

Saúde do idoso

Saúde do homem

Além dessas ações programáticas se faz consulta de doenças não transmissíveis tais como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Síndrome metabólica, Acidente vascular encefálico, fatores de risco entre outras, como cuidado, atenção à saúde e assistência. O atendimento, às vezes, é mais clínico com base em evidências científicas; ainda falta o pensamento preventivo, atualmente estamos mudando nossa atuação, com a atual enfermeira, ela tem muito desejo de mudar este tipo de atividade e compartilhamos critérios que executaremos juntas. Sendo esta uma força em nosso atendimento. Mas, certamente, estamos abordando a organização dos serviços orientada pelas diretrizes provenientes do SUS.

Ao finalizar cada consulta o paciente é agendado para retorno, para se avaliar como está sua evolução, e sistematizar assim o atendimento. Às vezes o retorno é feito por nós, através da visita domiciliar, onde realizamos uma avaliação completa do paciente e entorno familiar, sendo parte das ações programáticas.

Os pacientes são classificados em quatro grupos:

Grupo I sadios

Grupo II risco sociais e de doenças

Grupo III pessoas doentes

Grupo IV incapacidades

Esta forma de classificação permite um melhor atendimento, o paciente é agendado uma vez por ano para pesquisa ativa de doenças (grupo I), até 6 meses (risco), três em três meses (enfermos e incapacitados). A avaliação é feita pela médica, enfermeira e agente de saúde, caso por caso, com base em evidências científicas, oferece uma resposta social aos problemas e

necessidades, se concretiza por meio do respeito e da preocupação com o pacientes, sendo a particularização dos problemas nossa premissa.

Temos uma problemática que deve ser corrigida o antes possível, o conselho de local de saúde não funciona, a comunidade não participa em projetos, planejamentos de ações prioritárias, execução do plano de trabalho da unidade, etc.

Existe um planejamento de trabalho através da escala médica feita em coordenação com a secretaria de saúde:

<b>Horário de atendimento</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>7:00 – 12:00</b>	<b>Consulta</b>	<b>Saúde homem</b>	<b>Puericultura</b>	<b>Hiperdia</b>	<b>Universidade</b>
<b>14:00 - 17:00</b>	<b>Vista domiciliar</b>	<b>Consulta</b>	<b>Consulta</b>	<b>Consulta</b>	<b>Universidade</b>

Existe insuficiências em instrumentos para o trabalho, por exemplo, a balança infantil, negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, incluem também as condições de manutenção, reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário.

O acesso a atendimento especializado é carente em especialidades tais como angiologia, obstetrícia, psicologia e outras. O atendimento pode demorar até mais de um mês para pediatria, traumatologia, psiquiatria entre outras. A estratégia de agendamento para a marcação de uma consulta com especialista se faz por central de agendamento através do usuário e de agendamento na UBS.

No município existe um hospital onde a UBS têm acesso a atendimento em pronto socorro, mas é insatisfatório, não permitindo a internação hospitalar agendada através da equipe da UBS.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Plácido de Castro é um município brasileiro localizado no interior do estado do Acre, foi criado em 1976, ganhou este nome em homenagem a José Plácido de Castro, militar, líder da Revolução Acriana e posteriormente Presidente do Estado Independente do Acre. Sua população em 2010, segundo o IBGE, era de 17.209 habitantes, a área territorial é de 1943.245 km<sup>2</sup>, sua densidade

populacional é de 8,86 hab./km<sup>2</sup>. A sede do município localiza-se a cerca de 100 km da capital.



Figura 1: Mapa e foto da Igreja Centro de Plácido de Castro

A população do município ampliou, entre os Censos Demográficos de 2000 e 2010, à taxa de 1,28% ao ano, passando de 15.161 para 17.209 habitantes. Essa taxa foi inferior àquela registrada no Estado, que ficou em 2,79% ao ano e inferior à cifra de 2,10% ao ano da Região Norte. O município limitado ao norte com o município de Senador Guimard, ao sul com a Bolívia, a leste com o município de Acrelândia, a oeste com o município de Capixaba e a noroeste com o município de Rio Branco. Possui um distrito denominado Vila Campinas, localizado na BR 364 km 60, sentido Porto Velho. Há atualmente um alto índice de analfabetismo, famílias em situação de vulnerabilidade social no tocante à falta de moradia, desemprego, drogadição, transtorno mental, negligência contra idosos, crianças, mulheres e adolescentes, sendo que uma das fragilidades detectadas destina-se à violação de direitos, no qual uma parte das famílias encontra-se com os vínculos afetivos rompidos. Existem no município movimentos culturais intensos, com destaque o Festival de Praia, ocorrido todos os anos no mês de Setembro; Aniversário do município, comemorado em 30 de março que conta com diversas atrações, tais como cavalgada, atividades esportivas, shows, etc.; Festa do Padroeiro Bom Jesus do Abunã, que se realizam todos os anos no segundo final de semana de Julho. Os eventos são os principais motivos de aglomerações de populações de outras localidades.

O sistema de saúde municipal está constituído por sete UBS com ESF, três são urbanas e quatro localizadas em zona rural. Existe um hospital que presta serviços de pronto socorro e ingressos hospitalar e serviço de SAMU 24 horas,

faz exames complementares para a cidade e quase todo o atendimento especializado se faz em Rio Branco. Dentro da UBS se faz somente testes rápidos, tais como glicemia capilar, HIV, VDRL, Anti HCV, HbsAg. No hospital municipal se faz de forma ambulatorial e rotineiramente outros exames complementares, com acesso dos usuários da APS, tais como Hemograma completo, hemoquímica, fezes, urina, Gonadotrofina coriônica etc. Em outro posto se faz teste de Montenegro para avaliação de leishmaniose. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família I (NASFI) é centralizado e atende todas as unidades, não existe mais disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), teve seus serviços suspensos no ano 2013, por problemas econômicos.



Figura 2 UBS Dolores da Silva Valentim e UBS Lucio Alves da Silva.

A UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula é classificada como ESF tipo tradicional, pertencente à Prefeitura do Município. Esta localizada no centro da cidade, conta somente com uma Equipe de ESF. A distribuição para o atendimento se faz por seis micro áreas com igual número de ACS. A área de abrangência engloba os bairros Centro, Rapirrã I, Rapirrã II e Serraria, existe 100% de cobertura da UBS sendo de 2318 usuários. A UBS está em atividade plena de funcionamento há 120 meses, após de ser adaptada para este fim.





Figura 3: UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula.

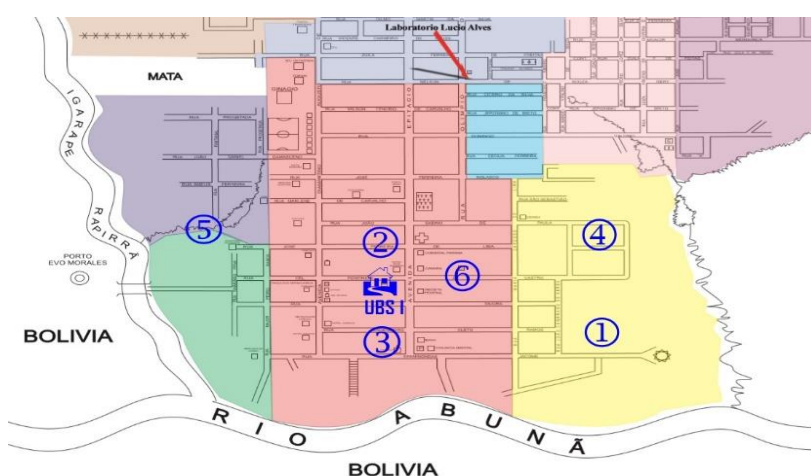


Figura 4: Mapa da área de abrangência ESF Maria Ferreira de Paula.

Os ambientes de trabalho estão bem definidos, muito embora o prédio, onde se encontra a UBS, ter sido adaptado para este fim a partir de um prédio já existente, esta unidade esta composta por uma recepção, um consultório médico, um para enfermeira e outro para dentista, neste ambiente também existe uma sala para a coordenação, uma sala para pronto socorro (aplicar curativos e medicamentos por via parenteral o intramuscular e nebulização) assim como sala de vacinas, sala de reuniões que também é o ambiente dos ACS, além disso, tem um banheiro para pacientes e um para funcionários que fica na sala da enfermeira, e por fim uma copa. O mesmo “prédio” não obedece aos padrões exigidos para melhores condições físicas estruturais, levando em conta que não há adaptações para o acesso dos idosos e portadores de deficiências. No local não existe corrimãos, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera adequadas às necessidades dos mesmos. Os pisos não são antiderrapantes; em muitas circunstâncias não existe iluminação adequada, o espaço para acesso ao

consultório não permite a entrada dos pacientes com deficiências, ou seja, não há acesso aos cadeirantes na sala, prejudicando assim a consulta que tem que ser efetuada na sala de espera ou de reunião, sem a privacidade requerida. Estas barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços da Unidade de Saúde.

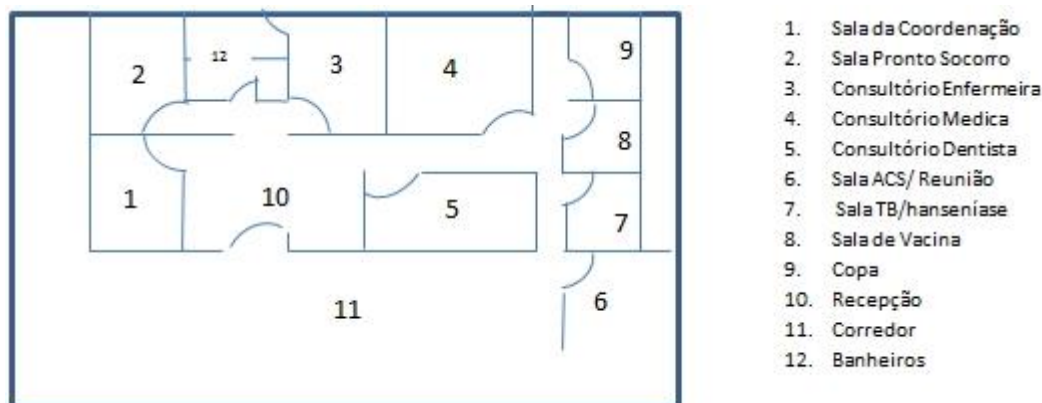


Figura 5: Croquis da estrutura da UBS Maria de Fatima.

A disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos desrespeitam o usuário e dificultam a realização de ações com a necessária resolutividade, importantes para uma assistência de qualidade à saúde da população. Os equipamentos influenciam as práticas, impossibilita sua execução resolutiva e em muitos casos existe um desgaste, sem possibilidade de manutenção e reposição. A falta ou insuficiência de materiais e insumos impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados, afeta o alcance da qualidade no trabalho, pois determinadas ações não são resolvidas ou são interrompidas, sendo necessário encaminhar os usuários a outros serviços. Os gestores oferecem informações aos profissionais, sobre os serviços afetados e dificuldades que existem em equipamentos e materiais, disponibilizam acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet. Também, a gestão disponibiliza, semanalmente, veículo em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, para realizar as atividades externas programadas.

Os profissionais da saúde com uma visão sanitária de suas atuações trabalham baseados em princípios éticos, encaminhados a ter compromisso com a população no território de atuação, centrados em fazer ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. A participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, cobra importância para estabelecer uma futura identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos,

dificultando assim as prioridades, as ações, e a gestão integral, conforme as necessidades do usuário.

Segundo o Cadastro Municipal, a UBS tem uma população total de 2.318 pessoas. O número de mulheres na população é superior à quantidade de homens, corresponde com o perfil demográfico da população no Brasil. A população feminina corresponde a 1200 pessoas (51,8%), enquanto a população masculina é de 1118 (48,2%). Segundo o Censo de 2010, no Brasil, existem 95,9 homens para cada 100 mulheres.

A faixa etária que predomina é a compreendida entre 20-39 anos com 732 pessoas, 31,5 % do total da população adstrita. Depois seguem pessoas entre 40-49 anos com 283 pessoas (12%), e os maiores de 60 anos com 269 pessoas (11,4%) (Tabela 2).

O nível primário constitui a primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maioria da população. Buscamos ter organizados os serviços para garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, tentamos inverter a lógica do atendimento “quem chega primeiro tem prioridade sobre o que precisa mais”. Nesse sentido, todos devem ser ouvidos e, na medida do possível, terem seus problemas de saúde atendidos. O acolhimento é realizado de forma organizada, onde é feita a escuta qualificada das necessidades de saúde, coleta de informações e sinais clínicos e identificação das necessidades de intervenções de cuidado. Com equipe formada pela recepcionista e técnica de enfermagem, que tem noções mínimas de avaliação de risco e priorização a urgência/emergência. Na UBS não tem excesso da demanda espontânea porque existe um planejamento agendado, porém permite o atendimento da demanda espontânea organizadamente, também não existe excesso devido à constância no trabalho do dia a dia com busca ativa. Ajuda também a cercania com Hospital do Município que acolhe a maior parte do atendimento de urgência e emergência.

Em saúde da criança temos 15 crianças menores de um ano (7 (sete) do sexo masculino e 8 (oito) correspondem com sexo feminino), com cobertura de 100%, as crianças de zero aos 72 meses, são 182 e cobertura de 100%. As crianças menores de um ano acompanhadas pela unidade possuem consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, teste do pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, vacinas em

dia e orientação para aleitamento materno exclusivo. Não tivemos como coletar os dados para saber quantas possuem triagem auditiva e orientações sobre a prevenção de acidentes. As ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática, o trabalho se faz através do protocolo de atuações no SUS, conta com um registro específico e se realiza monitoramento regular das ações. O trabalho com crianças é muito difícil no que se refere à manutenção da qualidade no atendimento, por falta de equipamento, como por exemplo: balança infantil e metro para crianças maiores. O acompanhamento e consulta de Puericultura esta dentro dos padrões do Manual, existe falta de retorno das mães após 6 meses, que abandonam o município para morar no interior a procura de trabalho, sendo estas de nossa área de abrangência, no entanto afastadas por uma questão econômica, que impedem a continuidade do processo.

O atendimento as gestantes e puérperas estão organizados da seguinte maneira: Tem 16 gestantes e 36 puérperas na área, e cobertura de 69% para gestantes e 78% para puérperas até 42 dias pós-parto. Existe boa cobertura e acessibilidade com aumento das consultas de pré-natal, com boa cobertura vacinal e maior possibilidade de captações precoces com a utilização dos protocolos no decorrer da assistência, e a garantia da consulta médica nessa ação. A nossa realidade esta mudando, no início o médico só avaliava as pacientes encaminhadas pela enfermeira quanto a urgências, emergências, hoje avaliamos e reavaliamos, discutindo os casos clínicos com a nutricionista e psicóloga, em conjunto. Existem registros específicos para o pré-natal, tais como caderneta da gravidez, registros específicos da UBS, prontuário e SIS-pré-natal. Os responsáveis pelo monitoramento são a enfermagem e o médico.

Por se tratar de um município da Região Norte com fronteira com outro país (Bolívia), os atendimentos por sua vez acontecem de forma informal em virtude das pacientes serem de outras áreas, (estrangeiros, Seringais e Zona Rural), sendo assim, boa parte do atendimento é feito por demanda espontânea, fora dos prazos do protocolo de atendimento. De positivo temos que todos os partos ocorreram em instituições hospitalares, e que a maioria das grávidas tiveram seis ou mais consultas de pré-natal e com todos os exames. Os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal indicam que ainda falta muito para um atendimento de excelência.

No puerpério, as pacientes não são assistidas sistematicamente, embora recebam a visita domiciliar. Não existem registros específicos para o controle e seguimento além do prontuário. Dessa forma, não temos como avaliar e monitorar o puerpério. Temos uma cobertura de 78% das mulheres com parto no último ano (36 usuárias). Segundo os resultados do Caderno de Ações Programáticas o puerpério logra um 75% de atendimento da puérpera antes dos 42 dias, com assistência a consulta, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar. Essa porcentagem cai para 39% no exame das mamas, que por consentimento informado não pode se aplicar por negar a paciente o exame, e totalmente negativo é o exame ginecológico que não é feito por mesma causa na gravidez. As intercorrências avaliadas durante o período analisado encontram-se (8,3%) por feridas na mama, mastites, cirurgias.

O rastreamento de Câncer de Colo de Útero e mama é parte das ações programáticas e segue as normativas dos protocolos de atuação no Brasil, tem registro específico para este fim e a enfermeira realiza a avaliação e monitoramento. Temos 638 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, público alvo do programa de rastreamento de câncer de colo de útero. Temos 237 mulheres com idade entre 50 e 69 anos, público alvo para rastreamento de câncer de mama. As coberturas são respectivamente 100% e 100%. Dificuldades impedem um melhor desempenho, a reposição de mobiliário, por exemplo, uma mesa ginecológica adequada para a paciente e profissional, com adequada luminária melhoraria a qualidade no atendimento. Encaminhar o trabalho em fazer um rastreamento organizado e não oportunístico de câncer de colo de útero é a tarefa da equipe, planejamos a capacitação dos funcionários na pesquisa de fatores de risco na comunidade, promoção e prevenção. Quanto aos indicadores de qualidade, temos com o exame citopatológico em dia 80%, e só 2,3% apresentam-se alterados. 80% dos exames foram com mostra satisfatória, todas as mulheres consultadas receberam orientações sobre o câncer de útero, doenças de transmissão sexual. 18% receberam avaliação de risco para câncer de colo de útero.

A estimativa de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais, está muito abaixo do esperado. Temos um público estimado, segundo o CAP de 213 pessoas com hipertensão e 38 pessoas com diabetes, mas a cobertura é de 52% para hipertensão e 33% para diabetes. Até o momento não

existe um registro específico para esta ação que não sejam os prontuários, que ficam em pastas diferenciadas para facilitar sua procura e o trabalho de acompanhamento, temos boa cobertura independente ao Hiperdia. O atendimento se faz todos os dias da semana, com uma assistência boa dos pacientes para o retorno com 13% com atraso da consulta em mais de 7 dias. 87% têm em dia os exames complementares periódicos, educação alimentar e física com participação da nutricionista. Encontramos uma dificuldade com avaliação odontológica, onde 30% estão com avaliação de saúde bucal em dia. A realização do risco cardiovascular é realizada, mas não devidamente registrada, logo não temos como mensurar esse indicador. Temos que organizar um processo de cuidado continuado, com o melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade no atendimento a população é parte da melhora no atendimento.

Com outros objetivos de trabalho é olhada a Diabetes Mellitus (DM), a realidade aponta a um sub-registro da doença, deixando no ar algumas lacunas, penso que estamos olhando um iceberg epidemiológico, a magnitude do problema fica submersa, prejudicando assim a cobertura, que é de apenas 32%. Creio eu que por falta de uma busca ativa de riscos mais intensiva junto à população. Não temos outro registro que não seja o prontuário com diferenciação das pastas para manejo. Nos indicadores de qualidade avaliados no Caderno de Ações Programáticas encontrou-se que não é feita a avaliação do risco cardiovascular (ou não é devidamente registrada) e o atendimento da saúde bucal é só de 18%. Temos ótimos percentuais quanto aos demais indicadores, onde 100% (38 usuários) dos diabéticos têm a realização do exame físico e de sensibilidade dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, a participação de atividades físicas regularmente, tem encaminhamento e orientação pela nutricionista da equipe.

Para melhorar a cobertura devemos insistir no cadastro de pessoas com fatores de risco, com busca intensiva e organizada, promovendo educação em saúde no público alvo e familiares dos pacientes com a doença, para assim prevenir o retardar aparição da DM. Também, para qualificar ainda mais a atenção, devemos investir na educação em saúde, com mudança nos modos e estilos de vida que incluem aos próprios enfermos, para evitar as prováveis complicações, como também às possível incapacidades. Isso, para inserir o indivíduo a sociedade de forma independente, diminuindo assim a probabilidade

de dependência ao cuidador e ao sistema. Importante cobrir as brechas encontradas na detecção do risco cardiovascular, atendimento odontológico, etc. O comprometimento dos gestores em promoção e prevenção é muito importante para as mudanças de estilos de vida na população.

A cobertura no atendimento as pessoas idosas da nossa área são excelentes, temos uma estimativa de 238 idosos na área e uma cobertura de 100% dos idosos da área acompanhados pela equipe. Porém, isso não reflete em uma atenção qualificada. Temos dificuldade com o registro, pois não trabalhamos com um registro específico, e o aproveitamento das Cadernetas do idoso para facilitar o trabalho. Os indicadores de qualidade no atendimento podem melhorar, pois pacientes recebem prioridade com um grupo de funcionários sensibilizados. Os dados dos idosos ficam somente nos prontuários. Para fazer um monitoramento adequado neste caso a enfermeira e o médico, só logram identificar idosos faltosos ao olhar os prontuários dos que possuem alguma doença crônica. Ao preencher a Caderneta de Ações Programáticas identificamos que os idosos não têm feita avaliação odontológica. Só temos 55% dos idosos com acompanhamento em dia. Também, apenas 55% possuem a avaliação multidimensional rápida e receberam orientações sobre nutrição e atividade física. 28% tem avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. 18% dos idosos são diabéticos e 28% são hipertensos. Penso que existe um sub-registro evidente das doenças crônicas. Precisamos sensibilizar a população sobre o reconhecimento dos direitos das pessoas idosas, à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária. Devemos por em prática o estatuto do idoso, que nos permitirá uma melhora na nossa atuação na área de abrangência institucional e domiciliar. Temos que organizar nossos processos de trabalho, de forma que permita o atendimento continuado ao total da população de idosos, em especial ao que são de risco, enfermos e com sequelas, e fazer o comprometimento na saúde do idoso, a família, cuidadores e comunidade em geral. Temos que buscar educar na disponibilização de condições para promoção da autonomia, integração e participação na família e na comunidade das pessoas idosas.

O atendimento em saúde bucal na nossa unidade é feito por demanda espontânea, em muitos casos não há a devida prevenção e acompanhamento,

ocasionando assim perdas irreparáveis da dentição da comunidade. Embora o odontólogo faça palestras de educação em saúde, aplicação de flúor e técnicas de escovação nas escolas de ensino fundamental, não temos uma atenção interligada entre a saúde geral e a saúde bucal. Não são planejadas ações conjuntas, onde o usuário seja atendido de forma integral e planejada.

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

Quando escrevi o texto inicial, na segunda semana de curso, não tinha noção de onde iria chegar com esse curso, nem de como deveria abordar a situação que via em minha UBS. Foi um texto espontâneo, falando da importância da educação a distancia, interação do educando e o orientador, sendo muito mais enriquecedor mais ativo, hoje posso ver com outros olhos, a equipe se consolidou, o trabalho em equipe obteve melhores resultados na comunidade e em todas as ações programáticas da UBS, graças a união do grupo e a objetividade da intervenção.

O Relatório de Análise situação foi bem diferente. Ele foi escrito após concluir toda primeira unidade do curso, justamente a que nos levava a enxergar a realidade da área e a comparar com dos documentos do SUS e perceber como deveria ser, ou seja, a ver o que estava errada e precisa mudar. Essa é uma grande diferença entre um texto e outro, mas ainda pode ser observado que, a conduta ideal (SUS) não foi possível ser alcançada em virtude a recursos materiais, como por exemplo, o acesso a Farmácia dentro da UBS, por questões administrativas. Em relação ao planejamento das atividades com o grupo de vulnerabilidade, foi possível alcançar metas em tempo hábil e cumprir com as ações dos objetivos da mudança e finalmente ter o apoio dos gestores para contribuir no aprimoramento do sistema.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No Brasil o SUS foi o resultado das Políticas do Estado, a partir das decisões adotadas pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado tendo dentro de seus princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira” 1. Teixeira Carmen. Os princípios do sistema único de saúde Salvador, Bahia. Junho de 2011. Isso contribuiu para um processo de reforma do sistema de saúde, para garantir acessibilidade e bem-estar na população brasileira. A saúde dos idosos passa a ter uma lei, Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Idoso é a pessoa com 60 anos. Nesta fase aparecem doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes, as doenças cardíacas e o câncer, a perda de capacidade funcional, dependência de um cuidador o que converte em um problema social. Segundo a OMS (4) o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que implica garantir um envelhecimento saudável e ativa, integrando-o de forma mais confortável na sociedade.

A UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula pertence á Prefeitura do Município Plácido de Castro, Acre, está localizada no centro da cidade, conta com uma Equipe de Saúde da Família. A distribuição para o atendimento se faz por

seis micro áreas com igual número de Agentes Comunitários de Saúde. A área de abrangência abarca os bairros Centro, Rapirrã I, Rapirrã II e Serraria, existe 100% de cobertura da UBS sendo de 2.342 usuários. A faixa etária em epigrafe, ou seja, maior de 60 anos é de 269 pessoas (11,6% da população total) com 149 homens (52,5%) e 128 mulheres (47,5%) segundo o CAP. Equipe de Saúde composta por: Enfermeira, Dentista, Médica, Técnicas em enfermagem, Técnico em saúde bucal, Agentes comunitários de saúde, Diretor da UBS. Além dos componentes da equipe temos Agentes de segurança, Recepcionista, Auxiliar de serviços de limpeza.

A cobertura no atendimento a pessoas idosas é excelente, temos 100% dos idosos da área acompanhados pela equipe, mas o acompanhamento ainda acomete de falhas, existe um registro na unidade (cadastro físico) que define a quantidade de idosos em 238 pessoas, sendo que as informações do sistema SIAB diz que na área de abrangência são 269, segundo o CAP, com base na estimativa populacional apresenta o número de 232, foram identificados com o cadastro feito durante a intervenção os 238 pacientes conforme o cadastro físico. O acompanhamento não é integral para a pessoa idosa com deficiência em exames complementares, exame físico e avaliação de rede social. Temos dificuldade com um registro específico e o aproveitamento das Cadernetas do idoso para facilitar o trabalho. Os indicadores de qualidade no atendimento podem melhorar, as pessoas recebem uma prioridade com um grupo de funcionários sensibilizados com a tarefa. Infelizmente não existem registro específico para tais fins só ficam os prontuários para fazer um monitoramento adequado, neste caso a enfermeira e o médico só logram identificar idosos faltosos ao olhar os prontuários dos que possuem alguma doença crônica. Outro ponto falho é a saúde bucal desses usuários, ao preencher o caderno de ações programáticas do idoso se identifica que saúde bucal não tem feita avaliação. Só temos 55% dos idosos com acompanhamento e acredito que existe um sub-registro evidente das doenças crônicas, e só o 28% tem fragilidade da velhice avaliada.

A intervenção encontra-se em fase de organização e capacitação da equipe com comunicação a Secretaria de Saúde, para reproduzir as fichas espelhos e prontuários correspondentes, garantindo a Caderneta do Idoso. Inicialmente se fez um levantamento de todos os idosos que estão cadastrados, deles os que ficam no acompanhamento e resgate dos que ficam faltosos.

Programa-se o dia para ação programática as terças-feiras pela manhã. Estamos planejando os agendamentos através dos ACS e o dentista trabalhará no mesmo dia de atendimento clínico aos idosos, após da avaliação médica. Dessa forma a atenção aos idosos ficará mais organizada e dinâmica, permitindo a qualificação tão necessária da atenção ofertada.

## **2.2 Objetivos e metas**

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS/ESF Maria de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro/Acre.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

Objetivos 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

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

Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas com diabetes incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Meta 2.6. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.7. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.8. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.9. Rastrear 100% das pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas 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% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

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

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Objetivos 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

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% pessoas idosas.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

Meta 6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas

## 2.3 Metodologia

Esse projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de 12 semanas. Participarão do projeto os 238 idosos residentes na área de abrangência da UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula. Serão desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão, engajamento público e qualificação da prática clínica. Sempre visando contemplar a universalidade, equidade e integralidade da atenção.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente (pelo menos mensalmente).

**Detalhamento:** A Equipe de Saúde deve examinar as fichas espelho semanalmente, com supervisão do médico e da enfermeira da UBS, para a identificação de problemas, como por exemplo, “os faltosos”, possibilitando assim o direcionamento do ACS da Micro Área específica, para o resgate deste paciente às consultas de rotina e acompanhamento junto a UBS, ou em casos de

acamados não acompanhados no período, para que seja feita a visita domiciliar. Definiremos um dia específico na semana para monitorar e avaliar as Ações Programáticas dos Idosos.

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

**Ação:** Acolher as pessoas idosas.

**Detalhamento:** Será executada uma ampla revisão dos prontuários da faixa etária em epigrafe, ou seja, maiores de sessenta (60) anos, e da Ficha “A” do Cadastro da família feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na primeira semana da intervenção. Avaliar a população cadastrada, e acolher junto à pesquisa as pessoas que ainda não foram cadastradas e introduzi-las no projeto.

Vamos capacitar a equipe para compreender o que é e como se faz acolhimento. Todos os dias serão observados como os idosos são atendidos e as falhas encontradas serão problematizadas na reunião de equipe.

Realizaremos rastreamento das pessoas idosas que ainda não são cadastradas sendo a organizado por micro área, na primeira semana da intervenção.

Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Uma vez rastreado e acolhido todas as pessoas idosas, atualizaremos as informações do SIAB. Isto ocorrerá durante todo o projeto, através dos ACS.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Esclarecer a comunidade e gestores sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Reuniremos os representantes da comunidade e gestores para informar da atividade e a importância da mesma, efetuando-se na UBS na primeira semana um Café da Manhã. A organização desta atividade corresponde a Enfermeira e

aos ACS, entregando os convites para a atividade, na primeira semana de projeto.

Informaremos o dia planejado para a ação programática na UBS, aos grupos de idosos por micro áreas, para esclarecer como vai ser a organização para o acolhimento e a importância e benefício que tem esta ação programática.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar à equipe no acolhimento as pessoas idosas.

**Detalhamento:** Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Durante a primeira semana se organizará palestras para capacitar o pessoal da equipe, distribuiremos o material necessário de se estudar, faremos discussão planejada e organizada pelo o médico e a enfermeira e dirigida neste caso aos ACS, secretária e técnica de enfermagem, e toda a equipe em geral quando de Humanidade se fala.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.**

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

**Detalhamento:** O monitoramento será acompanhado pela médica na UBS ou na visita domiciliar e serão feitos durante todo o projeto, com a participação dos ACS para o convite a consulta.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas.

**Detalhamento:** Na primeira semana serão devidamente calibradas as balanças, antropômetro e todo o equipamento que serão utilizados na avaliação multidimensional, esta ação será de responsabilidade da coordenação da unidade.

As atribuições de cada profissional serão definidas em reunião na UBS na primeira semana, sob a responsabilidade da Enfermeira.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

**Detalhamento:** Se realizará na UBS um encontro com os representantes comunitários para a orientação da importância da ação programática, solicitando que assim espalhem as informações na comunidade.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

**Detalhamento:** Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Durante as primeiras semanas se realizará a capacitações para a equipe na UBS. Responsável a Enfermeira.

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



## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

**Detalhamento:** Se realizará durante todo o projeto o monitoramento dos exames clínicos no cenário da UBS, a todos os idosos cadastrados na UBS, com responsabilidade da médica.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.

Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

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

**Detalhamento:** Na primeira semana se realizará uma reunião com a equipe de saúde na sala de reuniões para definir as atribuições dos funcionários a Enfermeira e a responsável.

Os ACS realizarão a busca ativa durante todo o projeto nas micro áreas, daqueles idosos que não tiveram feito o exame clínico de forma apropriada, sendo a Enfermeira é responsável do cumprimento.

Na reunião semanal da equipe na UBS para planejar o trabalho da próxima semana, organizando o acolhimento das pessoas que foram encontradas por buscas domiciliares.

Estas atividades serão feitas pela médica sendo sua responsabilidade, em conjunto com psicóloga da equipe de saúde, com apoio da secretaria de saúde no retorno com uma avaliação para área.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

**Detalhamento:** Serão feitas reuniões com os representantes comunitários, na primeira semana da intervenção, com responsabilidade da médica e enfermeira para facilitar a compreensão das doenças prevalentes entre as pessoas idosas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Capacitação junto a equipe da UBS para o preenchimento e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A capacitação ocorrerá durante as reuniões de equipe, tomando por base o protocolo do MS. Na capacitação serão apresentados a equipe todos os documentos de registro.

**Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas com diabetes incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde do Idoso.

**Detalhamento:** Revisão semanal dos prontuários e fichas espelhos para avaliar e acompanhar a realização do exame clinica apropriado as pessoas idosas.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Garantir busca a pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabétes provenientes das buscas domiciliares.

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

**Detalhamento:** Cada membro da equipe terá suas atribuições definidas quanto ao exame clínico nas pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticos na primeira semana do período.

Serão feitas revisões das fichas espelhos e prontuários para que os ACS faça a busca ativa dos faltosos ao realizar os exames clínicos apropriados.

Durante todo o período serão acolhidas as pessoas idosas provenientes das buscas ativa no domicílio, sendo a secretaria a responsável por o atendimento prioritário.

Serão encaminhados a consultas especializadas de Neurologia e Angiologia os pacientes avaliados com alterações neurológicas ou circulatórias.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Serão proporcionados encontros com os representantes comunitários se comunicara e orientara sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos decorrentes destas doenças e a importância da avaliação dos pés quanto a pulso pédio e sensibilidade.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

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

Na primeira semana da intervenção se realizara uma capacitação para a equipe com a finalidade da realização do exame clínico apropriado assim como o preenchimento adequado dos registros em todas as consultas.

**Meta 2.4. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas idosas hipertensas e diabéticas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de pessoas idosas, hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** A Equipe fará revisão semanal de prontuários e fichas espelhos para avaliar e acompanhar as pessoas hipertensas com os exames em dia e com a periodicidade recomendada pelo SUS, tendo como responsável o médico, acompanhado da enfermeira e ACS.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares

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

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

**Detalhamento:** A médica conveniará na primeira semana, com o Coordenador da UBS, os exames complementares definidos no protocolo, através da Secretaria de Saúde e Hospital de Plácido de Castro.

A médica realizará uma convenia com o laboratório para ter o retorno dos exames preconizados feitos nos pacientes que realizam o teste por dia durante o projeto de intervenção.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

**Detalhamento:** Realizaremos um contato na primeira semana com os representantes comunitários para comunicar qual é a necessidade de realização de exames complementares para ser transmitidos na comunidade.

Serão feitos durante todo o projeto as orientações aos pacientes quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Realizaremos a capacitação na primeira semana à equipe de saúde para o conhecimento do protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares.

**Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** Se realizarão visitas periódicas a cada quinze dias para verificar o acesso dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

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

Com visitas semanais na Farmácia Popular, durante o período de execução do projeto se controlará o estoque e validade dos medicamentos da farmácia por parte da enfermeira.

A médica gerará um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Se realizarão encontros com representantes comunitários para oferecer informação, a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e orientar alternativas de como obter este acesso.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Capacitar na primeira semana da intervenção os representantes comunitários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Terá a responsabilidade a médica e a Enfermeira.

**Detalhamento:** Serão feitas capacitações na equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Na UBS se realizarão capacitações sendo responsabilidade da médica e da enfermeira, para atualizar sob os tratamentos da hipertensão e/ou diabetes.

A médica orientara aos pacientes na consulta da UBS sob as alternativas como obter os medicamentos durante toda a execução do projeto.

**Meta 2.6 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

**Detalhamento:** Será planejada médica e enfermeira o monitoramento das pessoas com problemas de locomoção e vai ser executada pelos ACS.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Realizaremos um registro específico das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção durante a execução do projeto sendo a médica a responsável, este permanecerá em arquivo específico para ser utilizado pela equipe de saúde.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

**Detalhamento:** Se realizara encontro com representantes comunitários se informará a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde. Com a programação do um Café da Manhã com responsabilidade da médica e convites feitos pelas enfermeiras e entregue pelos ACS.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

**Detalhamento:** Na primeira semana será feita uma capacitação que vai ser planejada e elaborada pela médica e executada pela enfermeira.

**Meta 2.7 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento:** Realizaremos a visita domiciliar as pessoas idosas acamadas a partir do cadastro delas no desenvolvimento do projeto. Terá participação ativa dos ACS e a médica vai ficar responsável.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS**

**Ação:** Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento:** A médica e enfermeira organizarão como executar as visitas domiciliar as pessoas acamadas. Farão a priorização dos idosos segundo as necessidades de cada um.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento:** Realizaremos contato com os representantes comunitários para explicar como vai fazer a visita domiciliar, características das pessoas que vai ter visita e as prioridades segundo as necessidades. Realizaremos na primeira semana um contanto para este fim, com responsabilidade da médica e executara a enfermeira.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

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

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção se realizará uma capacitação aos ACS na busca ativa das pessoas idosas e como



dar prioridade ao atendimento. A médica vai ter a responsabilidade do treino e a Enfermeira executará a capacitação.

**Meta 2.8 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

**Detalhamento:** Esta atividade será planejada pela médica e enfermeira. Será monitorada através das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e representação gráfica em mapa (mapeamento) e sendo executada pelos ACS.

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

**Ação:** Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O Acolhimento será realizado pelo profissional da equipe que estiver disponível no momento.

Serão garantidos através da Secretaria de saúde os esfigmomanômetro calibrados adequadamente, manguitos, fita métrica, necessários para a intervenção.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

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

**Detalhamento:** Em encontro na primeira semana da intervenção com representantes comunitários se informará a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Orientaremos os pacientes em cada encontro na consulta com a médica da importância do controle dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Na primeira semana será feita uma capacitação para a Equipe de Saúde que vai ser planejada e elaborada pela médica e executada pela enfermeira. Neste caso serão treinadas as técnicas de enfermagem.

**Meta 2.9 Rastrear 100% das pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar número pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

**Detalhamento:** Realizaremos o monitoramento das pessoas idosas após conferir a pressão arterial maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente). Esta atividade será planejada pela médica e enfermeira. O monitoramento será feito através das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e representação gráfica em mapa (mapeamento).

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS**

**Ação:** Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

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

A médica e enfermeira organizarão como executar o agendamento das consultas a pessoas idosas com a secretaria e ACS assim como garantir a priorização dos idosos para efetivar a realização dos testes de hemoglicose na unidade pela técnica de enfermagem. Os ACS serão os que garantissem os convites aos agendamentos.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

Se realizará em cada consulta orientação aos pacientes sobre os riscos da DM

**Detalhamento:** Realizaremos contato na primeira semana com os representantes comunitários para explicar como será feito o rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica com responsabilidade da médica e execução da enfermeira.

Efetuiremos durante toda a intervenção palestras para orientar sobre os riscos para o desenvolvimento da diabetes mellitus. Serão feitas na UBS e nas micro áreas pelos ACS.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção realizaremos uma capacitação aos ACS e técnica de enfermagem sobre a realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica

A médica vai ter a responsabilidade do treino e a Enfermeira executará a capacitação.

**Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

**Detalhamento:** Realizaremos o monitoramento das pessoas idosas avaliação da necessidade de tratamento odontológico. Esta atividade será planejada pela médica e enfermeira e odontólogo para monitorar, através das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e representação gráfica em mapa (mapeamento).

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVICIOS**

**Ação:** Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde.

Oferecer atendimento prioritário aas pessoas idosas na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

**Detalhamento:** A médica, odontólogo e enfermeira organizarão como executar o agendamento e acolhimento das consultas com a secretária e ACS, assim como garantir a priorização dos idosos para efetivar a realização do atendimento prioritário para o atendimento da saúde bucal.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

**Detalhamento:** Realizaremos contato na primeira semana com os representantes comunitários para explicar como será feito o agendamento para avaliação odontológica e orientaremos sobre a importância desta avaliação da saúde bucal.

Realizaremos em cada consulta realizada pela médica e enfermeira orientações aos pacientes sobre a importância de avaliar a saúde bucal.

Efetuaremos durante toda a intervenção palestras para orientar sobre a importância de avaliar a saúde bucal.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção realizaremos uma capacitação sobre a necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas. A médica vai ter a responsabilidade do treino e a Enfermeira executará a capacitação.

**Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

**Detalhamento:** Realizaremos o monitoramento das pessoas idosas cadastradas em acompanhamento odontológico no período. Esta atividade será planejada pela médica e enfermeira e odontólogo durante todo período para monitorar, através das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e representação gráfica em mapa (mapeamento) as pessoas com acompanhamento.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVICIOS**

**Ação:** Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas. Oferecer atendimento prioritário aas pessoas idosas.

**Detalhamento:** A médica, odontólogo e enfermeira farão o monitoramento e organizarão o agendamento e acolhimento das pessoas idosas com a secretária e ACS, assim como garantir a priorização dos idosos para efetivar a realização do atendimento.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

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

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

**Detalhamento:** Realizaremos contato na primeira semana com os representantes comunitários para explicar como será feito o atendimento odontológico prioritário aos idosos e orientar sobre a importância desta avaliação da saúde bucal.

Realizaremos em cada consulta médica e de enfermagem orientações aos pacientes sobre a importância de avaliar a saúde bucal.

Efetuiremos durante toda a intervenção palestras para orientar sobre a importância de avaliar a saúde bucal.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção será feita uma capacitação para o conhecimento na avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas. A médica terá a responsabilidade do treino e a Enfermeira executará a capacitação.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso**

**Menta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.

**Detalhamento:** Realizaremos monitoramento das pessoas idosas cadastradas, cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde. Esta atividade será planejada pela médica e enfermeira durante todo período para monitorar, através das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e representação gráfica em mapa (mapeamento) as pessoas com acompanhamento e assim verificar quais estão faltosos.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A médica, e enfermeira organização como serão feitas as visitas domiciliares, além de monitorar o agendamento e acolhimento das consultas a pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares com a secretaria e ACS.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Realizar em cada consulta médica e de enfermagem orientações aos pacientes sobre a importância das consultas na faixa etária

- Efetuar durante a primeira semana da intervenção um contato com representantes comunitários para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas

Durante o período da intervenção esclareceremos na consulta e diante palestras sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção será feita uma capacitação sobre a periodicidade das consultas.

Na primeira semana a médica vai ter a responsabilidade do treino dos ACS para orientação das pessoas idosas, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

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

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.



**Detalhamento:** Realizaremos o monitoramento dos registros criados para o acompanhamento das pessoas idosas (fichas espelhos, planilha de coleta de dados) a cada consulta e durante as reuniões de equipe.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS**

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

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.

**Detalhamento:** Se criará um sistema de registro que permita visualizar o atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Além disso, se realizará reuniões semanais para ver o idoso com estas dificuldades planejando-se assim seu resgate na semana seguinte, a enfermeira ficará como responsável desta atividade.

As informações do SIAB serão atualizadas pelos ACS uma vez por mês.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Será feito um encontro com responsáveis comunitários para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

**Detalhamento:** Na primeira semana deste projeto de intervenção será feita uma capacitação para trinar o preenchimento dos registros que serão utilizados. Responsável a médica e executado pela enfermeira.

**Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** A médica monitorará os registros ao preencher a caderneta, de modo que fiquem em ordem e com qualidade.

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

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

**Detalhamento:** A médica solicitará ao coordenador do Posto a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em coordenação com a Secretaria de Saúde durante o período.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

**Detalhamento:** Se realizará durante a consulta da médica e visitas domiciliares a importância de portar a caderneta quando for a consulta.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** Na primeira semana se realizará uma capacitação da equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

## **Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas**

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

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

**Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na UBS.

Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

**Detalhamento:** Durante todo o período a médica será responsável pela equipe de saúde que realizará um monitoramento das pessoas idosas cadastradas na área de abrangência com risco de morbimortalidade, fragilização na velhice, na consulta médica ou realizando-se o atendimento na casa em casos que precisem, através da avaliação multifuncional rápida e indicadores de fragilização.

A rede social será avaliada no tocante a sua existência e terá uma atualização durante o período com as atividades feitas pelo projeto na UBS, também se monitorará as pessoas com deficiência.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

**Detalhamento:** O atendimento durante no período terá uma priorização quanto pessoas com risco a mobilidade, garantindo priorizar o atendimento da fragilização e facilitar o agendamento a visita domiciliar com rede social deficiente.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

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

**Detalhamento:** Na primeira semana do projeto será planejado pela médica, um encontro com representantes comunitários para oferecer informação do atendimento e sua importância de acompanhamento periodicamente, sendo feito pela enfermeira. Também serão explicados como aceder à rede de apoio dos idosos com fragilização.

Em cada consulta será feita priorização a pessoa idosa fragilizada

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

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

Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

**Detalhamento:** Na primeira semana do projeto serão feitas as capacitações para a equipe de saúde quanto ao reconhecimento dos fatores de risco para a morbimortalidade, fragilização na velhice.

Será feita uma reunião com a equipe para verificar a existência da rede social.

### **Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.**

**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% pessoas idosas.**

**Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.**

**Meta 6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas.

Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.

Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.

Monitorar as atividades educativas individuais.

Monitorar os idosos com avaliação da mucosa

**Detalhamento:** Durante todo o período serão avaliadas as pessoas idosas para determinar seu estado nutricional, e serão orientados para a mudanças de estilos de vida.

Através da nutricionista se monitorará os idosos que apresentem desnutrição proteica energética ou obesidade, serão avaliados pela médica e encaminhados.

Durante o período serão estimuladas todas as pessoas idosas a prática de atividade física com prioridade na academia dos idosos no município, com a presença de professor de educação física. Se realizará visitas frequentes as

segundas feiras a academia para monitorar a participação dos idosos e assim ter os faltosos a esta atividade.

Durante todo o período nas consultas médicas serão feitas atividades educativas específicas para cada idoso.

Se realizará semanalmente uma atividade conjunta médico-dentista para verificar as pessoas com alterações da mucosa.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

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

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

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

Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas.

Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

**Detalhamento:** Durante a primeira semana serão definidas as atribuições dos profissionais da equipe, permitindo assim a boa orientação nos hábitos alimentares saudáveis, adequada orientação nutricional e atividade física.

Na primeira semana serão ratificadas as parcerias com academia de idosos municipal com a coordenadora dos idosos no município.

As consultas terão uma programação de pelo menos 15 minutos por paciente, para garantir além das orientações a compressão das mesmas.

Através dos ACS e técnica de enfermagem que trabalha com as vacinas, conjuntamente com a Secretaria Municipal de Saúde serão feitas campanhas para vacinas com a captação dos idosos não cadastrados o de recente moradia na área de abrangência.

Os ACS terão a responsabilidade de espalhar o relativo ao auto exame de boca, em conjunto com odontólogo e técnico em odontologia.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.

Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

**Detalhamento:** Será feita na primeira semana da intervenção um encontro com os representantes comunitários para orientar e esclarecer da importância da higiene bucal e próteses dentárias, os riscos que os idosos se expõe, assim como que avaliação deve ser feita pelo profissional na consulta durante.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensas e/ou diabéticos.

Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

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

Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

**Detalhamento:** Será feitas na primeira semana atividades de capacitação quanto a atividades físicas, orientações da higiene bucal e de próteses dentária, assim como a identificação de alterações de mucosa da pessoa idosa. Também será feita uma capacitação para esclarecer quando devem ter encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

### 2.3.2 Indicadores

**Relativo 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.

**Relativo 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 pessoas com diabetes.

Indicador: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Indicador: Proporção de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

Indicador: 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 pertencente 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: 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

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

Indicador: Proporção de idosas pessoas com hipertensão rastreada para diabetes.

Numerador: Número de idosas pessoas com hipertensão 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 90% dos idosos.

Indicador: 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.

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 90% dos idosos.

Indicador 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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa

Indicador. 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 Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente 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: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Indicador: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Mantiver orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas

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

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

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

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

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

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

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

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 90% dos idosos cadastrados.

Indicador. 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 a realização do projeto de intervenção serão utilizados os Cadernos Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, editado em Brasília ano 2010, Caderno de Atenção Domiciliar, editado também em Brasília ano 2013 e a Guia Alimentar para a população brasileira, segunda edição editado em Brasília ano 2014. Será utilizada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que foi distribuída no Município para esta faixa etária. A caderneta tem brechas que não permite uma coleta de dados completa, faltando, por exemplo, a descrição do exame físico durante a consulta, exame de mama, próstata. Porém, utilizaremos uma ficha complementar para poder coletar os dados além da ficha espelho que serão desenvolvidas pela médica e enfermeira, sendo arquivada apropriadamente para o uso. Está previsto o atendimento a 269 idosos (128 masculinos e 141 feminino), de uma população total de 2318 usuários da área de abrangência da UBS Maria de Fatima. Faremos uma solicitação oficial a Secretaria Municipal de

Saúde de Plácido de Castro para a confecção das fichas espelho dos idosos em quantidade de 269.

As fichas espelho serão preenchidas segundo a programação de agendamento das consultas dos idosos em no caso dos acamados nas visitas domiciliares. Será completada pela enfermeira com respeito às vacinas preenchidas no prontuário dos idosos assim como outras informações que sejam de interesse da intervenção.

No desenvolvimento do Análise Situacional foi determinado o foco da intervenção juntamente com a equipe. Iremos nos capacitar sobre a saúde do idoso na primeira semana, os temas a debater serão a fragilidade na velhice, saúde bucal, hábitos alimentares saudáveis, fatores de risco morbimortalidade. Este treino será compartilhado enfermeira-médica.

O acolhimento dos idosos na UBS será efetivado pela secretária e técnica de enfermagem, que farão a toma de sinais vitais, peso, altura, e determinarão a prioridade do atendimento segundo corresponda.

Levaremos ao conhecimento dos representantes comunitários a execução do projeto e a importância da assistência dos idosos na mesma, permitindo a promoção da atividade nas micro áreas e assim espalhar a informação. Serão feitos encontros uma vez por mês para ajudar a busca dos idosos faltosos. Será planejado simultaneamente o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde na UBS e em visitas domiciliares.

A saúde bucal será prioritária pela sua importância na população alvo do projeto. Serão feitos treinamentos ao pessoal para a busca das lesões da mucosa e as necessidades de próteses dentárias.

Faremos contato com a Secretaria Municipal para a solicitação prioritária dos medicamentos dos idosos, lembrando que nossa UBS não possui farmácia própria. Será feita uma notificação ao gestor municipal para negociar os exames complementares de rotina e pesquisa de risco de morbimortalidade.

Com periodicidade semanal faremos o monitoramento das fichas espelhos para verificar o cumprimento das ações e os idosos faltosos as atividades realizadas. Os idosos que forem identificados como faltosos serão buscados pelos ACS.

Estima-se atender 25 pessoas idosas por semana no horário da manhã, sendo feito também em outros momentos se o idoso precisar. Iremos aproveitar o Hiperdia para o atendimento desta faixa etária.

### 2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo da saúde do idoso												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática												
Cadastramento dos idosos da área adstrita no programa												
Organização da agenda de atendimentos												
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática solicitando apoio para captação dos idosos para as demais estratégias que serão implementadas												
Capacitação das ACS's para a realização de busca ativa dos faltosos												
Atendimento clínico aos idosos												
Grupo de idosos												
Busca ativa dos faltosos												
Ações de orientação e promoção em saúde												
Monitoramento da intervenção												

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: Resultados para a equipe: 21 de março. Comunidade: 22 de março, Gestores: 23 de março 2016



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Após de todas as análises realizados pela equipe de saúde da UBS Maria de Fatima Ferreira de Paula, seguindo os pressupostos teóricos metodológicos e objetivo deste curso, tomando-se por base o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa identificou-se como ponto crítico a forma de atendimento á população idosa, considerando-se inadequada e de pouca eficácia.

A partir desta preocupação deu-se inicio ao planejamento da intervenção, observou-se também que a Unidade nunca priorizou nenhuma das ações programática em beneficio da População Idosa, contidas na intervenção até o momento, pesquisou-se também o interesse do publico alvo, gestores e população quanto da participação e condução da intervenção, onde foi possível considerar seu potencial transformador, para amenizar esta problemática relevante, com foco aos seguintes fatores:

#### **Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.**

Realizou-se a avaliação dos 100% das pessoas idosas sendo importante neste eixo a participação dos ACS com informativos e convites á população alvo semanalmente, a constância dos contatos feitos pela enfermeira para avaliação a cada semana, com foque aos casos individuais no intuito de soluções em conjunto com os representantes sociais, Coordenação da UBS, Coordenadoria da

Atenção Básica, Associação dos Idosos no município, garantindo assim subsídios e logística para dar ênfase a esta avaliação.

**Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.**

Nossa meta foi alcançada, obtiveram-se 100% dos exames clínicos dos pacientes com a colaboração da Enfermeira, todos os recursos e materiais necessários foram garantidos pela coordenação municipal para este fim.

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

Neste objetivo foi importante a cooperação dos ACS na realização dos agendamentos ordenadamente para impedir dificuldade no acolhimento e demora na consulta. A coordenação nos proporcionou iluminação adequada na sala de atendimento da enfermaria e consultório médico, houve dificuldades em toda a intervenção quanto aos equipamentos destinados para a exploração neurológica, falta de oftalmoscópio, outro fator que quase impediu a fazer uma adequada avaliação aos diabéticos, foi a falta da fita para glicemia capilar, a pesar de pedir ajuda e não conseguindo ativar aos gestores no último mês, usei meu próprio glicômetro para avaliar este tipo de pacientes.

**Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% das pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes.**

Após concordância da coordenação da UBS, do coordenador da atenção básica do município e a enfermeira, deu-se uma priorização na realização dos exames complementares no Hospital Manuel Marinho Monte onde foram avaliados 99,6% dos idosos, apenas um paciente negou-se a fazer os testes no hospital. Nem sempre foi possível a realização de todos os testes, no último mês, por exemplo, tivemos carência dos reativos para Ureia, Creatinina K, neste caso pela importância deste teste para medir a taxa de filtrado glomerular importante no diagnóstico das Insuficiência Renal Crônica nesta faixa etária, sendo diagnosticado neste tempo de 6 casos em estágio 3, confirmados com o retorno da avaliação da Nefrologia.

**Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.**

Foram priorizados os 100% dos idosos na prescrição dos medicamentos sem dificuldades por enquanto.

**Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).**

A estimativa dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi de 19 idosos mais nos identificamos 27, infelizmente idosos com complicações de doenças crônicas como dificuldade de visão por retinopatia diabética (3 pessoas idosas) temos 7 idosos com sequelas por ACV, 2 Alzheimer e o resto com dificuldade motora por perda das funções na velhice.

**Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.**

Foram avaliadas as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, neste eixo foi importante o apoio, da enfermeira, do coordenador do posto e da Coordenação da Atenção Básica que garantiu transporte para visitas domiciliares a estes idosos em suas residências, a participação dos ACS foi de suma importância os quais realizaram um adequado planejamento dando prioridade para um atendimento equitativo e humanizado.

**Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica**

Foram rastreados o 100% das pessoas idosas para a HAS, foi importante o papel da técnica de enfermagem no acolhimento e visitas domiciliares a pessoas idosas com dificuldades motoras e acamadas.

**Rastrear 100% das pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).**

Foram rastreadas para DM o 100 % das pessoas idosas com pressão arterial maior que 135/80 mmHg o com diagnostico de HAS.

**Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.**

Este eixo foi muito difícil cumprir a meta desejada devido a preconceitos dos pacientes para poder avaliar esta necessidade, mesmo tendo sido feito

capacitação dos ACS pelo odontólogo e seu técnico, para este tipo de abordagem, foi apenas alcançado 94,9% da meta.

**Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosa**

Realizar a primeira consulta odontológica também foi uma reforma a pesar de ter um 42,4 % de avaliados tivemos um avance positivo neste sentido, antes da intervenção não havia atendimentos nesta modalidade para idosos, hoje alcançamos este percentual, no entanto precisamos dar continuidade na melhoria deste item.

**Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.**

O planejamento desta atividade foi cumprido em 100%, nas atividades realizada todas as semanas para a realização do acompanhamento do pessoal da UBS foi importante neste sentido, detectar o idoso faltoso, a busca consciente de cada idoso trouxe um êxito no trabalho dos ACS, finalmente foram resgatados 15,9% dos idosos.

**Melhorar o registro das informações.**

Foram atualizadas as Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e confeccionadas novas, importante dizer que a enfermeira e o coordenador da unidade tiveram participação ativa na cobertura deste instrumento de trabalho.

**Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).**

Para uma avaliação completa incluindo o risco cardiovascular é necessário que os testes, neste caso o colesterol total e creatinina. Houve dificuldades na execução destes exames no ultimo mês de intervenção, por falta dos reativos, e o exame do Colesterol HDL não ser realizado no Município, porem as avaliações foram feitas parcialmente, em casos que precisavam.

**Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.**

Realizaram-se as investigações de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosa assim com a avaliação da rede social para o 100% deles.

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

Foram orientadas para orientação nutricional em cada consulta feita pela Enfermeira, dentista e doutora, além de houver orientado aos ACS de fazer este tipo de promoção de saúde. Fizemos uma parceria com a NASF e foram

avaliadas as pessoas idosas que assim precisavam seja desnutrição ou obesidade, por nutricionista.

**Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas.**

A prática física foi orientada e incorporada junto à academia de idosos que funciona na cidade e acompanhada por nossa equipe, em parceria da coordenadora dos idosos e professor de educação física que funciona três vezes por semana.

**Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.**

A atividade de promoção de saúde bucal foi feita desde o início da intervenção, foram feitas capacitações por parte do odontólogo para toda a equipe para que cada um fizesse sua parte em diferentes cenários de atuação da equipe, vale ressaltar as dificuldades encontradas neste tópico devido a falta de conhecimento, informação e preconceito com respeito a este tipo de atendimento na terceira idade.

**Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.**

As alterações da mucosa bucal foram avaliadas pelo odontólogo e equipe, a qual foi capacitada para este fim, mesmo tendo sido avaliado apenas 89,4% do total da população idosa, foi considerado um bom êxito, tendo em vista que esta avaliação nunca havia sido administrada dentro das ações da unidade.

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

Durante a intervenção, existiram dificuldades com a realização de testes aos idosos por dificuldades com reativos na cidade, os que mais afetaram a intervenção: Creatinina, Ureia, para o cálculo da Taxa Glomerular para avaliação da função renal.

Outra dificuldade encontrada na ação da Saúde Bucal do idoso, simplesmente não basta capacitações e sensibilização com a importância além da

equipe pronta para cumprir com a avaliação, faltaram mais ações de convencimento para que eles permitissem esta avaliação.

O exame clínico, foi cumprido parcialmente pois não existiam instrumentos como oftalmoscópio, otoscópio, equipe de eletrocardiograma, entre outros.

Os medicamentos só foram garantidos os referentes às Doenças crônicas, os restantes medicamentos da Farmácia Popular se mantiveram faltosos durante toda a intervenção, importante lembrar que nossa unidade não apresenta farmácia incluída.

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

Nem todos os dados foram possíveis coletar com a planilha de coleta de dados, para me identificar os testes com dificuldades, as avaliações da fragilidade na velhice, os resultados da multidimensional rápida.

Todos os dados recortados na planilha foram de fácil preenchimento e compreensão, foram ajuda importante na interpretação de quase todos os resultados e cálculo de indicadores.

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

Vale ressaltar que a Equipe de Saúde da UBS decidiu dar continuidade as ações programáticas a serem exercidas futuramente na UBS, tomando por base as ações seus objetivos e metas executados e contidos neste trabalho durante às 12 semanas de Intervenção, no intuito da obtenção de melhorias e resultados positivos relevantes a saúde do idoso.

A farmácia dentro da unidade é um pedido feito desde o início da intervenção, com planos futuros para mudanças na estrutura física da UBS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Inicia-se com a descrição da população sujeita à intervenção.

Nossa ação programática escolhida foi “Saúde do Idoso”.

Nossa meta de cobertura pactuada na Intervenção Nossa meta de cobertura pactuada para 12 semanas de intervenção era 100% da população acima de 60 anos em nossa área de abrangência. A população da área da equipe de Estratégia Saúde da Família Maria de Fatima Ferreira de Paula são 2.318 usuários. Não tínhamos os programas de saúde do idoso implantado, mas mesmo assim eram atendidos, em consultas clínicas, 238 (10,2%) pessoas com idade de 60 anos e mais. Segundo o caderno de Ações Programáticas (CAP), nossa estimativa era 232 pessoas, sendo a população alvo acima da estimativa.

Ao início da intervenção só tinham acompanhamento periódico em dia, 148 idosos que representaram 55% da população idosa. No percurso da intervenção logrou-se atender, segundo o protocolo, 201 (84,4%) de indivíduos de 60 anos até 101 anos, deles, 18 nos foram captados ao cumprimentar 60 anos de idade (7,5%) durante a intervenção.

O cadastro feito no percurso da intervenção foi muito importante no resultado deste objetivo, sendo feita a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, com convites feitos para estes fins.

O aumento da cobertura e da qualidade da assistência foi no programa foi gradual, conforme pode ser observado nos resultados.

Objetivos 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

No primeiro mês logramos atender 93 usuários (39,1%), no segundo mês foram atendidos 169 (71,0%) e no terceiro mês foram atendidos 238 (100%) pessoas.

O principal fator para o êxito neste eixo foi o trabalho em equipe, apoio da comunidade e sensibilização da necessidade do atendimento qualificado para essa população. Durante a intervenção foram acompanhados 130 idosos que pertencem a Academia Municipal, que não foram incluídos na composição da cobertura, pois não são de nossa área de adstrição. Além destes, também atendemos, em demanda espontânea, pessoas de fora de área, porém não chegam a contar quantos.

A academia conta com 98 idosos oriundos das outras sete Unidades Básicas de Saúde do Município. Apesar de participarem das atividades da academia, estas equipes não têm programa de saúde do idosos implantada em suas áreas. A gestão pretende, no futuramente, desenvolver nosso programa nas outras UBS.

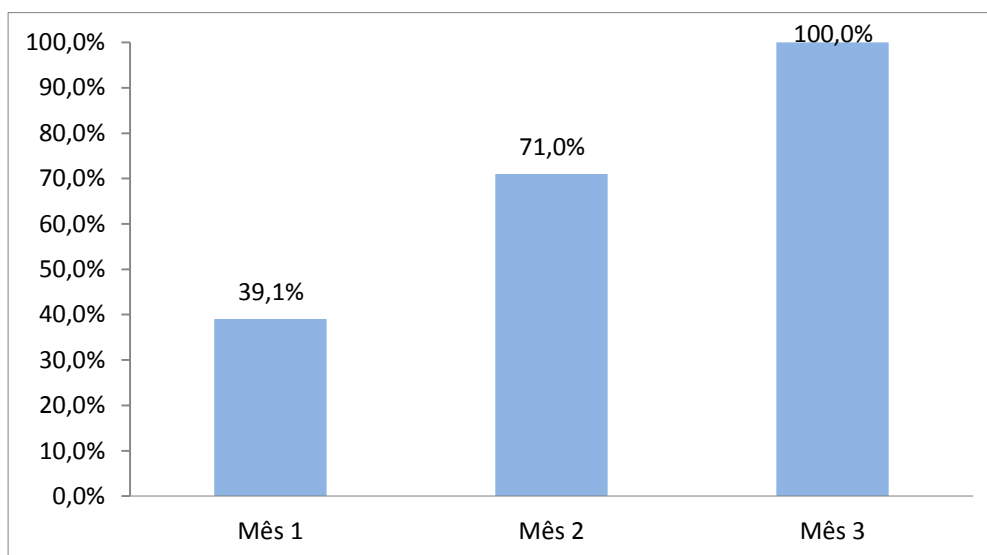


Figura 6: Gráfico com a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS





Figura 7: Academia municipal

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

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

Essa meta foi cumprida em 100% nos três meses. Foram atendidos no primeiro mês 93 idosos (100%), no segundo mês foram avaliados 170 idosos (100%), ao terminar a intervenção 238 (100%) idosa foram avaliados, cumprindo a meta de cobertura proposta. A abordagem do exame físico apropriado para pessoas idosas, antes do início da intervenção, era insuficiente. Acontecia para 55% das pessoas atendidas. Desde o primeiro mês de intervenção oferecemos, em parceria com a enfermeira, a avaliação multidimensional rápida, para todas as pessoas atendidas. A avaliação multifuncional rápida inclui a Avaliação Funcional Global, realizada aos 100% dos idosos acompanhados.

Segue os achados clínicos mais frequentes

Sistema Musculoesquelético: 100% dos idosos com poliartralgia.

De alguma maneira, 84,43% dos idosos entrevistados acamados ou não, achavam-se dependências de cuidadores para atividades básicas da vida, tais como, medo de queda durante o banho, dificuldade para deslocar-se entre cadeiras e camas, principalmente ao acordar pela manhã. As mais relevantes foram percebidas nas atividades instrumentais, ou seja, dificuldade para preparar as refeições; tomar remédios na hora certa, usar o telefone; sair sozinho de casa.

Já nas funções cognitivas, de maneira geral, 100% referem-se a dificuldades com a memória de trabalho, a memória episódica estava mantida em

97,47% deles. Durante a intervenção acompanhamos 4 idosos diagnosticados com Alzheimer, acompanhados por neurologista e psiquiatra, apresentavam alterações do pensamento como bradipsiquismo, prolixidade do pensamento, pensamento incoerente.

Entre as limitações físicas e motoras, 5 (2,1%) dos entrevistados citaram dificuldade visual, sendo que 4 (1,6%) apresentam cegueira total. Acamados, por dificuldade motora, estão em 17 (7,1%).

Um dado muito preocupante: 89% dos idosos citaram já ter tido quedas ao menos uma após os 60 anos de idade. Por outro lado, apenas 5% deles moram sozinhos ou não tem cuidador. Com exceção destes últimos, todos os idosos e cuidadores receberam palestras e orientações para diminuição dos riscos de quedas e outros acidentes, os 5% que moram sozinhos, são acompanhados semanalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde, quinzenalmente pela Equipe do NASF e Equipe de Saúde da UBS e mensalmente por Psicólogas da Assistência Social do Município.

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.

Nos três meses de intervenção foi realizado exame físico apropriado, inclusive com exames dos pés para 100% das pessoas com 60 anos e mais. Foi rastreado para diabetes mellitus durante o primeiro mês um total de 93 (100%) idosos no segundo mês tínhamos avaliados 170(100%) e ao concluir a intervenção foram rastreados 238 idosos (100% da mostra)

Vale dizer que no Caderno de ações programáticas estavam previstos 48 idosos com diabetes mellitus, mais só encontramos na área 43 idosos, Destes, 38 já acompanhados pela equipe. Diagnosticamos dois novos casos. Foram realizadas palpação da presença dos pulsos tibial posterior e pedioso e medição da sensibilidade.

Meta 2.3: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Durante o primeiro mês foram indicados 93 (100%) testes periódicos, no segundo mês, 169 testes (99,4%), no final da intervenção 237 (99,6%) exames complementares solicitados em dia.

As pessoas idosas da área de abrangência tiveram a solicitação de exames complementares em dia, com exceção de uma pessoa que negou-se a realizar os testes, totalizando 237 idosos acompanhados. Vale mencionar que o usuário, em outras oportunidades foi visitado pela psicóloga, enfermeira, médica e médica, negando-se novamente.

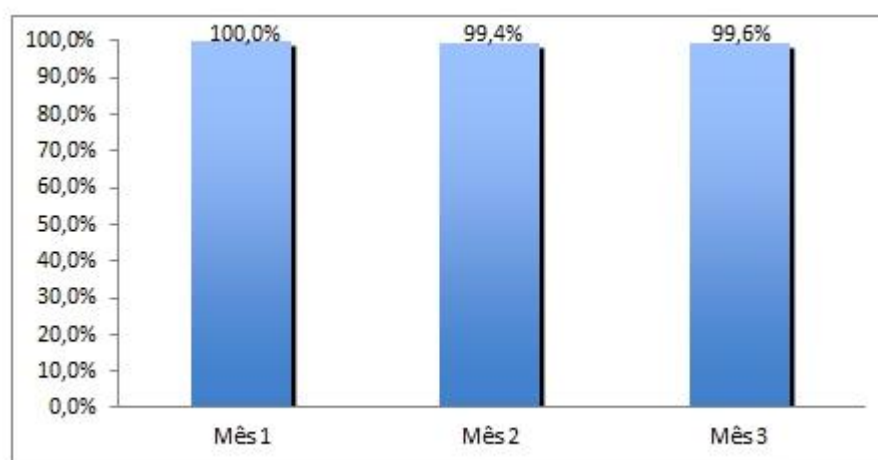


Figura 8: Gráfico com a Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Observando os resultados dos exames, foi possível constatar que as maiores alterações eram relacionadas com danos renais, para isso foi utilizado exames de creatinina - 13 casos com a taxa de Filtrado glomerular em estádios 3<sup>a</sup>- 3<sup>b</sup>, estes estágios sugerem a necessidade de avaliação pelo nefrologista, pois estão perdendo microalbuminúria e funções renais importantes. A Ureia estava alterada em 21 casos, ou seja, (8,8%). por ultimo 39 idosos (16,3%) estava com infecção urinária assintomática sendo um achado clínico.

A equipe identificou falhas no decorrer da intervenção alusiva as ações de promoção de saúde dos idosos, com dificuldades na detecção oportuna para a contenção dos primeiros estágios da doença, mas todas as pessoas foram encaminhadas e estão sendo acompanhadas, desde a realização da intervenção.

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

Nos três meses de intervenção foi possível prescrever medicações da farmácia popular para 100% das pessoas. No primeiro mês foram atendidos 93 idosos (100%) no segundo mês completo 170 (100%) e o terceiro mês completamos 238 idosos (100%). Vale aclarar que estes medicamentos correspondiam ao tratamento de doenças crônicas, houve dificuldades com os medicamentos para outros fins. Os tratamentos garantido 100% são para HAS e DM.

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

No primeiro mês se atualizo o cadastro sendo inicialmente de 15 idosos (100%) pela equipe, no segundo mês foram cadastrados 21 que inicialmente estavam cadastrados (100%) idosos e no último mês foram incorporados mais 5, finalizando com 26 idosos acamados visitados (100%).

O cadastro das pessoas idosas acamadas foi feito em parceria com a enfermeira. Conhecíamos, antes da intervenção, 21 idosos acamados, com ela descobrimos 26 novos casos de pessoas acamados e/ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

No primeiro mês visitamos 15 pessoas idosas (100%) no segundo mês foi completada a cifra de 21 idosos (100%) e no último mês foram visitados 5 idosos para completar ao final da intervenção 100%.

Foram realizadas 100% das visitas domiciliar a pessoas idosas pertencentes à área de abrangência. As visitas foram feitas em conjunto: ACS a técnica de enfermagem, a Enfermeira e a medica. Todas as pessoas, identificadas com problemas de locomoção e/ou acamados, foram cadastradas no programa.

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

Foi feito o rastreamento em 100% das pessoas idosas. Durante toda a intervenção foi feito, recepção na UBS, o rastreamento da pressão arterial,

independentemente da queixa de base. A enfermeira e a médica fizeram a verificação da pressão para todas as pessoas acima de 60 anos, durante a consulta. No primeiro mês foram rastreadas 93 (100%) pessoas idosas, no segundo chegou-se em 170(100%) idosos e no terceiro mês completamos 238(100%) idosos. No início da intervenção 130 (54,6%) pessoas idosas estavam com diagnóstico de HAS, sendo identificados mais 10 casos (4,2%) durante a intervenção.

O acompanhamento foi feito segundo o protocolo de atuação da atenção básica para HAS, com avaliação inicial com identificação de fatores de risco, indicar exames classificação da HAS e passar tratamento não farmacológico e farmacológico segundo o estágio do paciente, tendo acompanhamento médico anual e pela enfermeira cada seis meses. Todos os demais funcionários intervieram sua atuação em correspondência as necessidades do idoso.

Para este fim foi feita uma capacitação das técnicas de enfermagem para realizar o acolhimento e orientação sobre a importância de verificar a pressão regularmente.

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).

As pessoas com diagnóstico de HAS, com pressão arterial maior de 135/80, no ato do exame físico, foram rastreadas para DM. No primeiro mês foram 140 (100%) pessoas, deles só 2 idosos diagnosticou-se intolerância à glicose.

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

No primeiro mês alcançamos avaliar 82 pessoas, (82,2%), no segundo mês foram 158 pessoas, (92.9%) e no terceiro mês foram 158 pessoas, (95%). Não conseguimos atingir a meta de 100 % porque uma pessoa não concordou em ser avaliada.

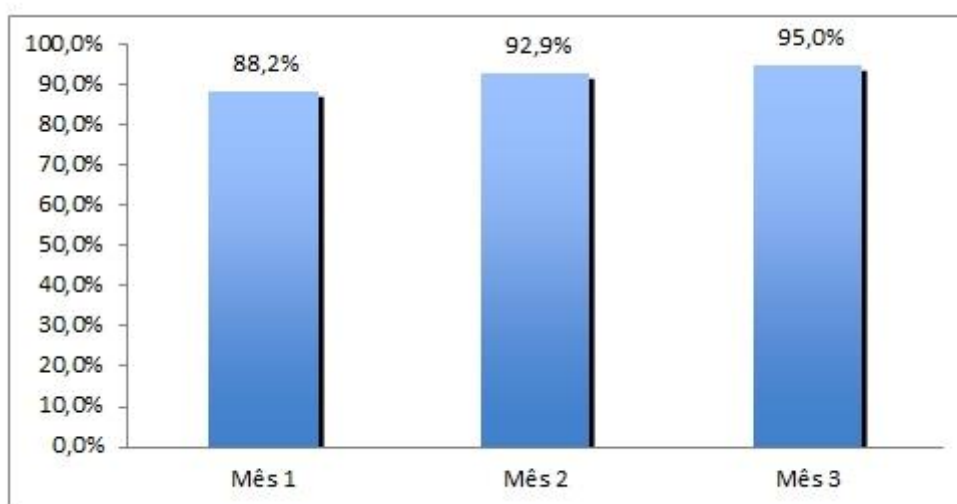


Figura 9: Gráfico com a proporção da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 12 semanas

Dos problemas de saúde bucal, o mais frequente encontrado foi a hipersensibilidade da dentina, problemas nas pontes/próteses totais, câncer bucal em uma pessoa, que foi encaminhada a serviço de maxilo facial e hoje já fica em recuperação.

Para ter êxito, nesta avaliação, foi necessária a participação da equipe de forma integral, inclusiva a ajuda da psicóloga. Foi necessário, em alguns casos, desenvolver técnicas de comunicação de tipo individualizada, devido a varias condutas a primeira queixa foi por medo a tumor, acontecida em 7 idosos (2,9%), outra queixa foi não ter percepção de risco e dificuldades ao reconhecer sua necessidade, isto ocorreu em 5 idosos (2,1%)

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

Esta meta foi a mais difícil de conseguir. No primeiro mês logrou-se 30 pessoas idosas (32,3%), no segundo mês 61 pessoas (35,9%) e em terceiro mês 101 pessoas (42,4%). O atendimento odontológico em nossa região é muito difícil. Nossa equipe inclui um Cirurgião Dentista, a dificuldade na assistência a consulta está baseada em critérios da mesma sociedade e do idoso mesmo.

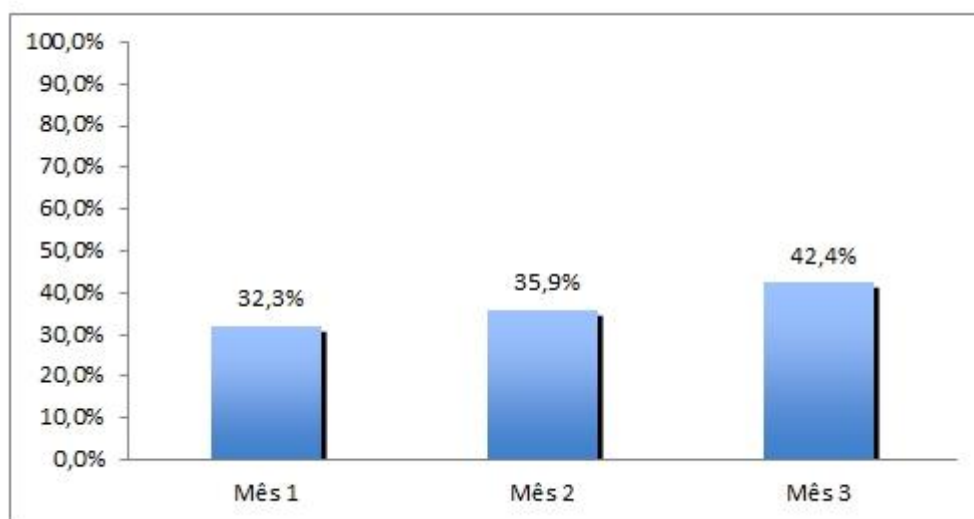


Figura 10: Gráfico com a proporção de primeira consulta odontológica realizada nas 12 semanas de intervenção

O primeiro passo foi à reorganização do serviço para incluir o atendimento para idosos, foram identificadas as dificuldades em atividades prevenção e promoção em saúde bucal, para este fim se realizaram atividades de capacitação e planejamento para lograr o atendimento do idoso.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Tive uma melhoria para a adesão das pessoas idosas ao programa no primeiro mês só receberam busca ativa 10 pessoas idosas (100%) e as 10 foram resgatadas no período, no segundo mês tivemos 24 pessoas (100%) com buscas ativa e 100% resgatada e por último ao final da intervenção receberam busca ativa um total de 38 pessoas idosas todas elas resgatada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Os registros utilizados na intervenção foram as fichas espelhos preenchidas durante todo o processo, mantendo-se após desta, o instrumento preenchido em 238 usuários (100%) seu comportamento durante o período demonstrou que em um primeiro momento se preencheram 93 fichas espelhos

(100%), distribuídas em quatro semanas, 15 delas feitas a idosos com dificuldades de locomoção e acamados, o resto foi preenchido na sala de consultas. No segundo mês de preencheram em um total de 68 pessoas, 170 cadernetas em dois meses (100%), no último mês alcançamos a meta prevista em 238 idosos (100%).

Para estes fins foram feitos capacitações e treinos na equipe para ter conhecimento, e demonstrar a importância dos registros, infelizmente no início da intervenção não existia ficha espelho para as ações programáticas, partimos de 0.

Toda a equipe foi capacitada para compreender como fazer e, sobretudo, a importância dos registros. Vale dizer que todos os idosos atendidos, mesmos os de fora da área, receberam ficha-espelho e prontuários com o novo padrão de anotações.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

As cadernetas de idosos estavam preenchidas parcialmente então foram atualizadas e preenchidas no 100% das pessoas idosas, no primeiro mês 93 cadernetas (100%), no segundo mês ficavam preenchidas 170 (100%) e no último mês se preencheu e atualizo 238 cadernetas (100%) o total da população idosa.

Foi todo um processo de capacitação devido a dados que deviam ser preenchidos, por exemplo, IMC, preenchimento adequado dos dados do cuidador.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Foi alcançado 100% de rastreamento do risco de morbidade para as pessoas idosas. No primeiro mês foram 93 idosos avaliados (100%), no segundo mês tínhamos avaliado um total de 170 idosos (100%) e no último mês foram 238 pessoas (100%).

Neste rastreamento os riscos encontrados foram: cardiovascular em 54,6%, insuficiência renal crônica (IRC) em 8,8%, com necessidade de acompanhamento pela atenção primária ao menos uma vez por ano. Encontrou-se na pesquisa de risco 13 idosos com cálculo de Filtrado Glomerular em estágio 3b, estágio onde a microalbuminúria ou perda rápida da função renal (>



5ml/min/1,73m<sup>2</sup>) em período mínimo de 6 meses porém foram encaminhados para nefrologia e ficam com acompanhamento com a especialidade com retorno para a unidade.

Riscos de dislipidemias foram encontrados para 115 idosos (48,3%). Em nenhuma pessoa encontrou-se risco de depressão, no momento da intervenção. Porém, é importante ter em conta que o declínio funcional da pessoa, passa por aspectos subjetivos que podem não ter sido percebidos no momento desta avaliação.

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

Os indicadores da fragilização na velhice foram avaliados em 100% dos idosos. No primeiro mês avaliamos 93 idosos (100%), no segundo mês se avaliaram 170 idosos (100%), chegando a realizar avaliação em 238 idosos (100%), para atividade na vida diária. Tivemos um índice de fragilização da velhice de 39 idosos (16,3%)

Foi capacitada a equipe para identificar presença de indicadores de fragilização, partindo da classificação clínico-funcional dos idosos, baseados em incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinências esfinterianas, incapacidade comunicativa.

Esta atividade vira novidade, não havia sido posta em prática em nenhum momento do trabalho da equipe, nem o município, porém a instrução no tema foi bem-vinda. No percurso da intervenção, durante os encontros semanais, foram sendo aclaradas as dúvidas e discutido como e quando considerar o idoso frágil. Foi importante para equipe perceber a importância da aplicação e do desenvolvimento desta avaliação.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

A rede social dos idosos foi avaliada durante toda a intervenção, No primeiro mês foram avaliados 93 (100%) idosos, deles moravam sozinhos 3 (1,2%), no segundo mês avaliamos a rede social de 170 (100%) idosos, neste mês descobrimos uma pessoa que mora de aluguel e não tem família. No terceiro mês se avaliaram 238 idosos (100%).

Durante a intervenção foi feita uma capacitação para poder ter um critério único de quais são as necessidades do usuário e quando puder intervir, deixando de forma transparente o objetivo e a importância da fidelidade dos dados coletados.

Antes da intervenção, a entrevista de avaliação social não era feita para todos os idosos e as informações não tinham fidedignidade dos dados e nem tinha-se a consciência de sua importância.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

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

A orientação nutricional tornou-se parte de nossas consultas. 100% dos idosos foram orientados para este fim, no primeiro mês foram orientados 93 idosos (100%), no segundo mês foram culminadas 170 orientações (100%) e no terceiro mês foi cumprida a meta de 238 (100%) de idosos orientaram.

Para lograr este objetivo se ofereceram atividades de capacitação da equipe, tendo em conta as diretrizes do SUS. Isso foi implantado pela nutricionista. Todas as pessoas com IMC acima e abaixo do esperado, foram encaminhadas para avaliados da nutricionista. Além destes casos, outras duas pessoas, por fazer uso de sonda nasogástrica, foram encaminhados para avaliação e acompanhamento, com maior frequência, pela nutricionista.

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

A orientação da prática de exercícios físicos já existia no município a mais ou menos três anos, por conta da existência de uma academia de ginástica, com professor de educação física, nutricionista e psicóloga. Não é exclusiva para pessoas acima de 60 anos, mas a maioria dos frequentadores é constituída pelas pessoas desta faixa etária. De nossa área, 21 pessoas, correspondendo (8,8%) dos idosos, frequentam a academia. Este espaço nos permitiu organizar palestras e educação para a saúde dos idosos e familiares que acompanhamos, assim como poder individualizar as dificuldades físicas, motoras e psicológicas dos idosos.

Tornou-se parte de nossas consultas a orientação da prática de exercícios físicos, 100% dos idosos foram orientados para este fim, no primeiro mês foram orientados 93 idosos (100%), no segundo mês foram 170 orientações (100%) e no terceiro mês foi cumprida a meta de 238 (100%) de idosos orientaram.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

Para garantir este objetivo foi feito um trabalho de capacitação para a equipe toda, o dentista foi quem liderou a atividade e demonstrou a importância. O comportamento das orientações foi similar as anteriores: metas cumpridas em 100%. No primeiro mês alcança 93 idosos (100%), no segundo mês alcançamos orientar 170 idosos (100%) e no terceiro mês foi orientado 238 idosos (100%).

Meta 6.4 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

No primeiro mês conseguimos 75,3% (70 pessoas), no segundo mês 85,9% (146 pessoas) e no terceiro mês 89,2% (213 pessoas). Não atingindo a meta planejada, mas conseguimos um atendimento mais alto do que o de primeiro atendimento. Isso porque quem fez essa avaliação foi o dentista, técnico de saúde bucal, em parceria com a enfermeira e a medica para poder identificar e encaminhar para atendimento odontológico.

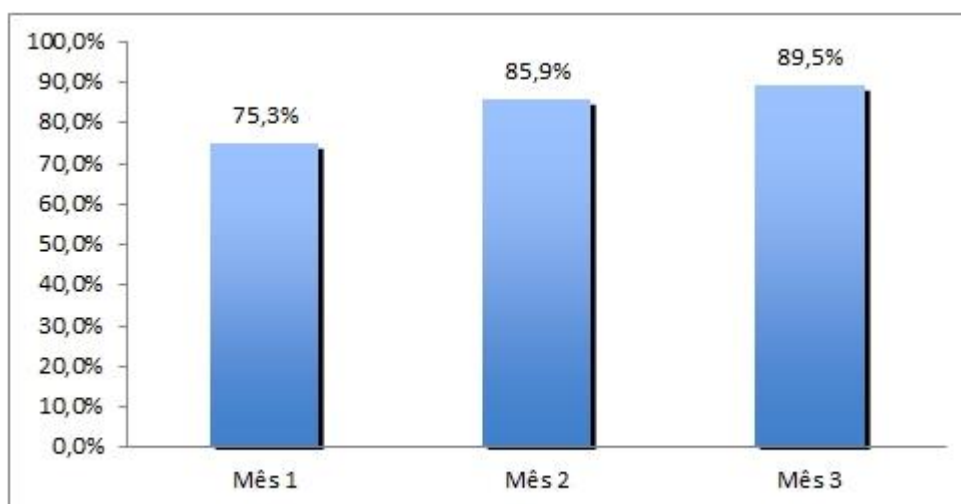


Figura 11: Gráfico com a proporção de Avaliação de alterações de mucosa bucal em idosos cadastradas

## 4.2 Discussão

Com a intervenção, implantamos uma Ação Programática voltada à saúde do idoso na área de abrangência da UBS Maria de Fátima Ferreira de Paula, a qual nos proporcionou muitas mudanças, tanto no comportamento da população alvo, quanto da equipe, dos gestores e da população em geral.

Permitindo que a população se sensibilizasse no que se refere à importância da saúde do idoso, e a importância de sua participação nas atividades desenvolvidas. A participação da equipe no acompanhamento da atividade física na Academia de Idosos (figura 1), a qual funciona a nível municipal e a integração dos idosos. Criou um ambiente de trabalho com dinâmica de acolhimento com escuta inicial especializada e humanizada, com organização de prontuários e fichas espelhos, preenchimento das cadernetas de idosos por ACS, permitiu a pronta solução dos problemas encontrados nesta faixa etária, nesta intervenção deu-se a inclusão da Enfermeira na realização da avaliação multidimensional rápida e a introdução da saúde bucal.



Figura 12: academia ao ar livre

Durante as 12 semanas de intervenção, foi possível criar registros específicos, tais como, Prontuários, Fichas Espelhos e Caderneta de Idosos, que facilitaram no controle e melhoraram nossas informações sobre os usuários. Foram feitas avaliações do risco de morbimortalidade, indicadores de fragilização da velhice, busca ativa para doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS),

Diabetes Mellitus (DM) esta última, com inclusão do exame físico dos pés, deu-se início a primeira consulta do atendimento odontológico dos idosos com avaliação da saúde bucal, como também garantiu-se os exames periódicos, e os medicamentos desta atenção na Farmácia Popular. Constituiu-se a partir desta intervenção a promoção em saúde com orientações nutricionais e hábitos alimentares saudáveis, associados à atividade física regular, através de academia implantada no município,

A intervenção consolidou o trabalho em equipe, permitiu compartilhar experiências, ideias coletivas, deu sentido de pertinência, logrou-se o desenvolvimento do trabalho organizado, houve então, capacitação e integração junto a Ação Programática, o que fez com que compartilhássemos compromissos e responsabilidades. Obtivemos, a partir disso, valores humanísticos, solidários de interesse comum para alcançar nossos objetivos.

A Intervenção contribuiu para uma melhoria no desempenho da equipe de saúde no que se diz respeito a interpretação e entendimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde, aperfeiçoando assim estes colaboradores para o tema, entre outros. Este foi um dos pontos positivos da Intervenção junto à equipe de saúde.

A intervenção permitiu a introdução da escala de trabalho dos profissionais em saúde junto a ação programática na UBS, a transformação do pensamento e desenvolvimento do processo da equipe com respeito à dinâmica do trabalho e a introdução de novos conceitos na atuação da APS, segundo os protocolos de atuação no Brasil, tais como, o comprometimento com o indivíduo, a família e a comunidade assim como o acompanhamento sistemático em ausência de doença. Torna-se a população alvo agenda de trabalhos dos tópicos dos profissionais da equipe, dando importância à faixa etária, contribui não só a desenvolver a ação programática, também a refinar o acolhimento com o treino e capacitação do pessoal, foi determinante o papel da enfermeira, dentista e médica nesta transformação. A Comunidade foi sensibilizada sobre a importância da intervenção em Saúde da Pessoa Idosa, impacto foi relevante, a assistência à consulta foi ótima, propicio prevenir aparição de co-morbidade, mortalidade prematura, com a redução da dependência de cuidador e permitindo a introdução para a sociedade das pessoas idosas intervindo no processo social.

Creio que a intervenção está dando certo, e é muito importante pensar que se fosse recomeçar, interviria mais junto a gestão para obter mais e melhores recursos para os testes de laboratório como creatinina, equipamento como oftalmoscópio e otoscópio para ter uma qualidade maior assim como solicitar uma equipe de EKG para poder avaliar corretamente os exames de rotina que ficaram sem ter avaliação.

Entendo que já foi vinculada na rotina do serviço, sem nenhum problema com total aceitação da comunidade, equipe e os gestores.

O que melhorar encaminhar nossos passos para que o atendimento da saúde bucal seja uma sistematicidade que permita avaliar ao idosos uma vez por ano, também introduzir instrumentos importantes na avaliação da saúde do idoso, como oftalmoscópio e otoscópio, que não foram possíveis garantir no percurso da intervenção. E pensar que pode ter extensão da intervenção para todo o município de Plácido de Castro para o benefício da comunidade.

Os próximos passos devem ser encaminhados à busca ativa de riscos Insuficiência Renal Crônica, as Cataratas entre outras para ter uma velhice com qualidade de vida e atendimento integral.

Tomando este projeto como uma abertura a novas intervenções, foram já apresentados pela enfermeira a realização de um projeto Amigo da Criança, com a preconização do aleitamento materno como premissa, todo isto com apoio dos gestores e comunidade e manter todas as ações programáticas que até agora funcionam na UBS tais como Saúde da criança; saúde da mulher, saúde do homem, Pre natal, Puerpério e Hipertensão todos em parceria da Enfermeira o Dentista e Medica.

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

### Relatório para gestores

Senhores gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção à saúde do idoso, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

O envelhecimento é uma preocupação mundial, a população idosa está crescendo no mundo e o Brasil é uma das populações que também vai envelhecendo, até por isso optamos por reorganizar esse programa.

Quando iniciamos a intervenção, acompanhávamos apenas 148 idosos, ou seja, 55% da população da área. Em 12 semanas conseguimos cadastrar 238 idosos, o que representa 100% da população idosa da área de abrangência Maria de Fatima Ferreira de Paula.

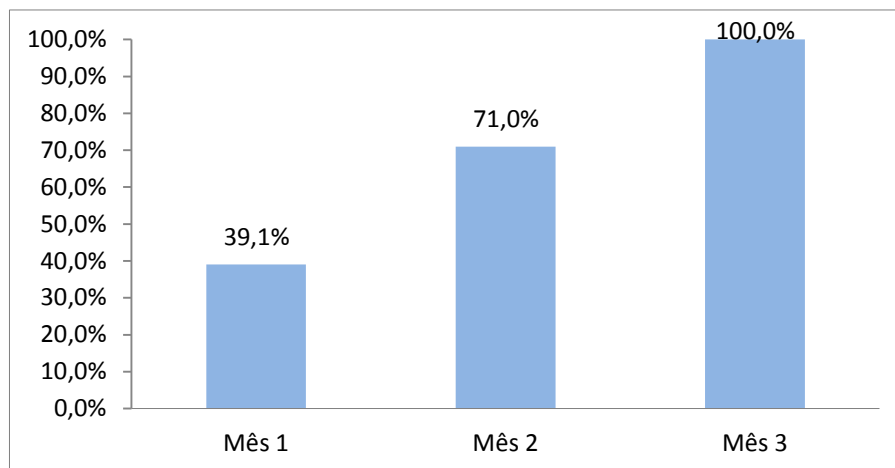


Figura 13: Gráfico com a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS

Além de intervir na cobertura, nossa meta era melhorar a qualidade da assistência. No início da intervenção observamos que apenas 55% das pessoas atendidas tinha a avaliação multidimensional rápida realizada, hoje 100% das pessoas têm essa avaliação em dia, fruto da parceria entre mim e a enfermeira.

Infelizmente a realização da avaliação oftalmológica foi suspensa pela falta do instrumento apropriado, outra dificuldade foi na avaliação neurológica, no existem instrumentos para este tipo de exame clínico, na UBS. No que se refere aos exames complementares, todos foram solicitados conforme o protocolo menos o de uma pessoa que se recusar a fazer. A realização dos exames complementares de rotina foi fundamental para detectar a existência de pessoas com sérios problemas renais, evitando assim o agravamento da situação.

É importante mencionar que durante o período existiu dificuldades com reativos para testes como Ureia, Creatinina, EKG (eletrocardiograma), realização de RX. Problemas menores, mas com potencial grande de impedir o acompanhamento de situações graves que podem causar infelicidade as pessoas, suas famílias e ainda demandar recursos financeiros públicos muito superior aos necessários para prevenção.

Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, diminuindo as despesas deles com medicações. O que foi um Vitória para todos, mas é importante dizer que não temos farmácia em nossa UBS e é importante pensar em como oferecer esse serviço para população de nossa área.

Hoje podemos dizer que conhecer e acompanhamos todas as pessoas acamadas e/ou com problemas de locomoção em nossa área. São 26 pessoas,



10,9% dos idosos. Um serviço de saúde de APS que não conhece sua população não é digno de ser chamado de serviço de saúde e hoje nós podemos afirmar que em nossa área não existe pessoas acamadas sem acompanhamento. Sabemos quais são os idosos que têm diabetes, hipertensão, quais estão vulneráveis, fragilizados na relação família, quais precisam de atendimento odontológicos e por quais problemas, quais demanda mais atenção por parte da equipe e dos serviços públicos.

Nossos processos de trabalho também foram melhorados, repensados segundo os protocolos do Ministério da Saúde, atividades educativas foram introduzidas no trabalho diário. A equipe deixou de estar no território esperando a dor se manifestar a passou a ir até as pessoas, entender o porquê de uma falta na consulta agendada. Para chegar a esses e outros resultados, foi necessário não apenas decidir fazer, mas a capacitação de todos os membros da equipe, segundo as orientações do Ministério da Saúde.

Hoje nosso trabalho não está perfeito, ainda falta muito que adequar as necessidades da população, mas fizemos grandes coisas e estamos em uma situação que engrandece nossa equipe, mas todo o serviço de saúde e a própria gestão municipal. Precisamos muito do apoio da população e da gestão para continuar evoluindo no serviço e estender essa forma de trabalhar para toda cidade.

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

Intervenção da saúde do idoso na Unidade de Saúde Maria de Fatima Ferreira de Paula, encaminhada a melhorar a saúde desta etapa da vida, desenvolvendo ações para lograr nosso objetivo.

O desafio tinha como objetivo alcançar a meta de 100% de idosos da área de abrangência com acompanhamento, assim como sensibilizar a comunidade e gestores da importância da saúde da pessoa idosa, neste sentido nos apoiou no material enviado pela universidade para fazer nossa intervenção.

Foram feitas várias ações para o melhoramento da qualidade do atendimento alcançando:

Avaliação multidimensional rápida 100% dos idosos (avaliação individual de desempenho diário que permitem identificar agravos na funcionalidade assim como riscos)

Exames clinicam 100% dos idosos, incluindo exames físicos dos pés para idosos diabéticos.

Foram indicados os testes complementares 100% dos idosos.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos só para doenças crônicas.

Foram cadastrados o 100% dos idosos e identificados os acamados e com dificuldades para a locomoção efetuando-se as visitas domiciliares correspondentes.

O atendimento odontológico alcança a participação dos idosos no programa de saúde bucal.

Se o distribui as Cadernetas para os idosos em 100%.

Foram mapeadas todas as pessoas idosas para riscos de doenças crônicas no transmissível (risco de morbimortalidade), avaliar a presença de indicadores de fragilidade na velhice, assim como avaliação da rede social.

A promoção de saúde em hábitos saudáveis e realização de exercícios físicos.

Em coordenação com os gestores foi celebrado o dia do idoso o 1º de Outubro na Academia dos idosos, com a presença da equipe toda e os gestores.

Foram feitas atividades em conjunto com a comunidade como dois cafés da manhã em Outubro de Rosas com objetivo de jornada de pesquisa de câncer de mama na mulher idosa e citologia vaginal, e também café da manhã atividade de Novembro Azul que foi feita a busca ativa de câncer de próstata em pessoa idosa.

Foi feita atividade de busca ativa da Hipertensão arterial em Associação do Idoso.

As dificuldades no percurso da intervenção foram causadas por dificuldades com reativos para realizar teste importante na avaliação dos idosos, outra dificuldade encontrou-se com os medicamentos na rede pública, embora tiver garantido os referentes às doenças crônicas. Outra dificuldade achada no percurso da intervenção foi os critérios com respeito ao atendimento odontológico e a negativa de idosos a assistir a consulta o deixar avaliar a boca, porem os resultados não atingiram as metas.

Sendo assim achamos muito positivo a realização da intervenção em nossa unidade porque trouxe dedicação e qualidade ao acompanhamento do idoso e a família.

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

No início pensava que este curso teria a possibilidade de um desenvolvimento como Profissional em Atenção Primária, com crescimento pessoal e como ser humano, atualmente após 10 meses, me permitiu uma formação de independência, como havia explicado na primeira semana quando falava de minhas expectativas, permitiu, auto estudo, autopreparação, o desenvolvimento interativo e dinâmico com representação nos fóruns de clínica de saúde coletiva e o mais importante, com o vínculo ao Orientador, onde aprendizagem vira parceria, pode se olhar no conteúdo do trabalho final, sua precisão, o resultado de um trabalho em equipe bem monitorado, com a dificuldade de troca de orientador, a comunicação muda, também a forma do pensamento, porém o especializando fica as vezes sem saber como se comportar no enquanto se adapta a seu novo orientador que acho que também pode experimentar as mesmas dificuldades no entendimento.

Baseado no trabalho do dia-dia, a interação com o público, equipe, gestores, colocou problemas de saúde que foram mostrando sua relevância no tempo ao mesmo tempo em que possibilitava intervir neles com critérios claros. Os quatro eixos propostos pelo curso foram dialéticos, bem planejado, didático e pedagógico.

Enfim, o curso superou minha expectativa e até a educação presencial, que se imagina de maior qualidade. Neste sentido devo dizer que o uso das Tecnologias de Informações e Comunicação em saúde (TICS) foi útil e fácil de usar.

## Referências

BRASIL, Ministério de Saúde do Brasil. **Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica No 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acessado em: 06 set. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoofederal.pdf>> Acessado em: 06 set. 2015.

OMS. **Informações sobre estatísticas em saúde do em todo o mundo**. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/novo>> Acessado em 06 set. 015.

## **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 Srª  
Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

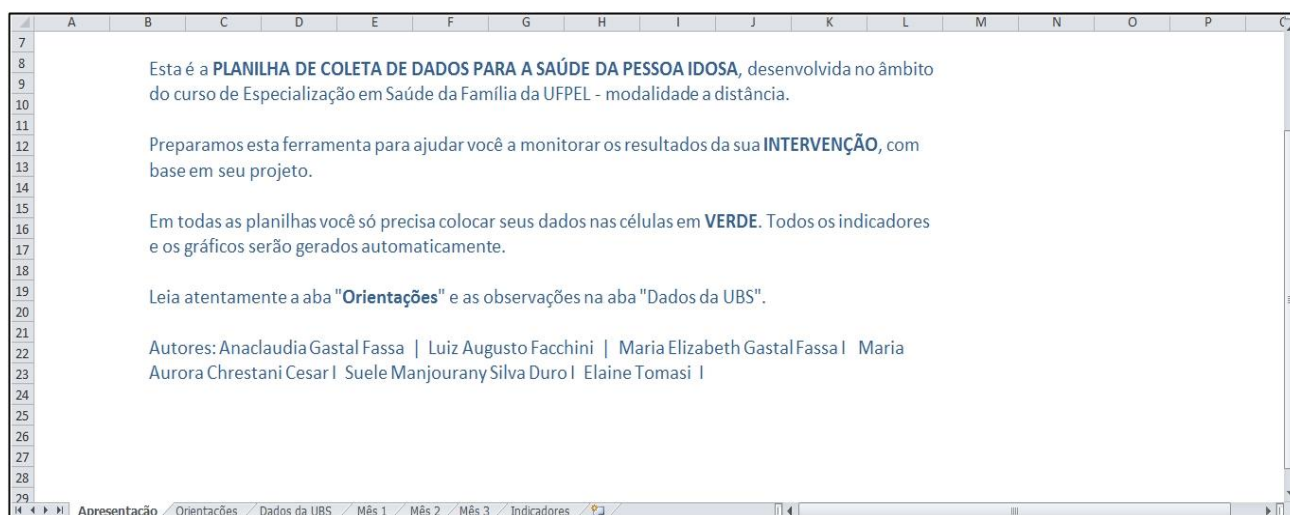
*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados







## 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