

**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 da saúde das pessoas idosas, na UBS São Francisco,  
Atalaia do Norte /AM**

**Caridad Guilarte Otamendy**

**Pelotas, Ano 2016**

**Caridad Guilarte Otamendy**

**Melhoria da atenção da saúde das pessoas idosas, na UBS São Francisco,  
Atalaia do Norte /AM**

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

Orientadora: Catiuscie Cabreira da Silva

Co-orientador:

Pelotas, 2016

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

O87m Otamendy, Caridad Guilarte

Melhoria da Atenção da Saúde das Pessoas Idosas, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM / Caridad Guilarte Otamendy; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

95 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus que e deu força para terminar este projeto de intervenção. A meu esposo e a meu filho por estar sempre me apoiar e ajudar nos momentos mais difíceis, apesar da distância. E, em especial a meus pais que desde o céu sempre cuida de mim.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradecer a Deus por ter-me dado saúde e força para superar as dificuldades. Gostaria de agradecer nestas linhas a ajuda que muitas pessoas e colegas me prestaram durante o processo de intervenção e redação deste trabalho, de forma especial a toda as equipes de trabalho de nossa unidade básica São Francisco e a comunidade, sem eles este trabalho não teria sido possível.

Quero agradecer a meu orientadoras Chandra Maciel Lima e Catiuscie Cabreira da Silva, por ter-me orientado em todos os momentos que precisei de seus conselhos.

À UFPEL e ao Departamento de Medicina Social, por ter-me brindado um curso cheio de materiais importantes para fortalecer os conhecimentos e, aprender novos, pelo bem da saúde do Povo do Brasil e, as facilidades que tem dado para levar a cabo esta Especialização em Saúde da Família através da modalidade à distância.

## Resumo

OTAMENDY, Caridad Guilarte. **Melhoria da atenção da Saúde das pessoas idosas, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.** 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde, faz parte de uma das áreas do departamento de ações programáticas e estratégicas deste ministério. Infelizmente a assistência ao idoso é algo que não se encontra muito bem sistematizada na maioria das UBS, visto que, estamos diante de uma população de extrema importância para atenção à saúde. O Objetivo geral da intervenção foi Melhorar a atenção da Saúde das pessoas idosas, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM, A intervenção foi realizada num período de 12 semanas, onde foram desenvolvidas atividades na UBS, em função desta ser uma das ações programáticas que apresentava maior dificuldade para indicadores de qualidades de idoso em nosso serviço de saúde. Para análise da cobertura de nossa intervenção, consideramos como denominador a estimativa dos cadernos das ações programáticas que estimaram que em nossa área existem 344. Consideramos que esta seria a estimativa mais próxima da nossa realidade e melhorar os indicadores de qualidade deste grupo. Durante o desenvolvimento da intervenção foram feitos acompanhamentos/cadastramentos das pessoas idosas de 60 anos e mais existentes na área, alcançando no primeiro mês 103 idosos que corresponde a 29,9%, no segundo mês 185 (53,8%) e por fim no terceiro mês com 321 idosos o que representa uma cobertura de 93,3%. Todos os idosos passaram por avaliação multidimensional rápida, exame clínico, e rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Todos os idosos que apresentavam diabetes tiveram os pés avaliados. Dos idosos acompanhados 196(61,1%) tiveram medicamentos prescritos da farmácia popular. Em nossa área existem idosos acamados, no mês 1 foram cadastrados 17 idosos acamados, no mês 2 cadastrou-se 25 e no mês 3 acompanhamos 42(100%) pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção. Realizamos visita domiciliar a todos idosos acamados. Não conseguimos alcançar a meta, de realizar primeira consulta odontológica para 100% da pessoa idosa, entretanto, conseguimos atingir 30 (9,3%) dos usuários cadastrados. A intervenção proporcionou atenção integral a saúde dos idosos e melhoria dos indicadores qualidades, incluindo avaliação da rede social. Além disso, proporcionou a melhoria dos registros em relação a este foco de intervenção. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com participação e apoio da comunidade. Com o transcurso dos três meses, isto que começou como um trabalho de intervenção, suas ações e forma de trabalho estão sendo incorporadas à rotina diária da UBS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS São Francisco, Atalaia do Norte/AM	64
Figura 2	Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte/AM	67
Figura 3	Proporção de pessoas idosas acamadas ou problema de locomoção com visita domiciliar, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte/AM	68
Figura 4	Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte/AM	69
Figura 5	Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte/AM	73

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de ações programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CRAS	Centro de referência de assistência social
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de cadastramento das pessoas com Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de coleta de dados
PSF	Programa saúde da família
SIAB	Sistema de informação de Atenção Básica
SINASC	Sistema de informação sobre nascidos vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de vigilância alimentar e nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e metas .....	27
2.2.1 Objetivo geral .....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	27
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	48
2.3.3 Logística .....	54
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	62
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados.....	63
4.2 Discussão .....	74
5 Relatório da intervenção para gestores .....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências .....	84
Apêndices.....	85
Anexos 88	

## **Apresentação**

O Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família, representado neste volume e promovido à distância pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, vêm com a finalidade de melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco da cidade de Atalaia do Norte-Amazonas.

O mesmo está organizado em quatro unidades de maneira sequenciada e interligadas. Elas estão dispostas da seguinte maneira: na unidade 1 do curso observamos a Análise Situacional. Na segunda parte, é apresentada a Análise Estratégica por meio da construção do Projeto de Intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

Na terceira parte, temos o Relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a Unidade 3 do curso.

A avaliação dos Resultados representa a quarta parte e, a quinta parte o relatório de intervenção dos gestores, relatório de intervenção para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Para finalizar o trabalho ainda temos os anexos e apêndices.

O curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em maio de 2015 e, término em abril de 2016, com a entrega final do Trabalho de Conclusão de Curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco há um ano e seis meses, atendendo oito horas por dia. O serviço funciona em um local alugado, com uma estrutura física improvisada, visto que a UBS do município está em construção. A UBS tem boas condições estruturais, dispõe de uma sala de espera geral e triagem dos usuários; tem também o local da recepcionista, onde estão arquivados os prontuários; quatro consultórios, dois para médicos (não dispõe de local para lavar as mãos), dois para as enfermeiras; e uma sala de vacina. No segundo andar, com uma escada perigosa está a farmácia e a Secretaria de Saúde do município, neste espaço possui boa iluminação e ventilação. Aqui trabalhamos três equipes, o serviço nunca fica sem médico para os atendimentos de demanda espontânea.

A equipe que estou atuando é a 09 - PSF 2 e é composta por um médico; um enfermeiro; um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Temos 2.625 pessoas no território da equipe, sendo que, 1.389 tem 15 anos ou mais anos; 863 mulheres de 10 a 59 anos; 58 gestantes cadastradas; 132 crianças menores de 2 anos, com 120 menores de 1 ano e 43 menores de 6 meses, somente uma não está em aleitamento materno exclusivo porque foi adotada; pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são 86 e de Diabetes Mellitus (DM), 11. Em conjunto com a coordenadora da atenção básica organizamos a agenda de atendimento, tenho quatro horas semanais de atenção a indivíduos com HAS e DM puericultura, pré-natal e visita domiciliar. Os outros dias são destinados à demanda espontânea.

Na visita domiciliar sempre vou acompanhada da enfermeira ou de uma técnica de enfermagem e do ACS da área. A comunidade de minha área está

localizada em uma parte mais periférica do município, com baixo nível cultural e más condições de moradia e higiene. Mais de 95% das casas são de madeira, o tratamento da água no domicílio é feito com hipoclorito e o abastecimento é da rede pública, o lixo é coletado. A população gosta muito da visita do médico e da atenção que recebem, se a pessoa precisa de uma visita domiciliar na semana, sempre damos um jeito na escala de trabalho.

As doenças mais prevalentes na região nas crianças são as infecções respiratórias e doenças de peles e nos idosos são as artralguas multifatoriais. Os exames solicitados aos usuários são realizados no hospital, para onde também encaminhamos as urgências. As pessoas que precisam de atendimentos para o dentista ou fisioterapia são encaminhados para outra UBS do município que dispões dessas especialidades. O trabalho de nossa equipe de saúde é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos, acredito que temos melhorado a eficiência e qualidade dos serviços de saúde do município.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Atalaia do Norte é um Município brasileiro do interior do Estado do Amazonas, pertencente a Mesorregião Sudoeste do Alto Solimões, localiza-se a sudoeste de Manaus, capital do Estado. O município possui uma população estimada de 17.658 habitantes, sendo 51,8% população masculina e 48,2% população feminina, analisando a população por faixa etária verifica-se a predominância de crianças e adultos jovens. Há uma predominância da população de cor parda seguida de um porcentual considerável de indígenas que residem no município e um porcentual mínimo de pessoas com cor preta e amarela. O município tem a maior reserva de índios isolados do mundo, além de ter sido o local de umas das maiores queda cósmica da história moderna, que fico conhecida como evento Rio Curucá. Neste município existem duas UBS com equipe de saúde da família. Existem no município dois consultórios odontológicos locais, um no posto de saúde Dona Joanna e outro que fica localizado na Escola Municipal Raimunda Galate. Para o município está aprovado a implantação de um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), mas este ainda não funciona, já que o Ministério da Saúde não depositou o recurso financeiro para este coletivo, que deve fazer parte da atenção básica (Existe no município 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 assistência social e 01 farmacêutico).

Não tem disponibilidade de centro especializado odontológico (CEO), no município não existe atenção especializadas, os usuários são encaminhados por critério médico a diferentes especialidades, possui uma Unidade Mista Hospitalar de gestão dupla entre estado e município onde também se realiza os exames complementares do município (Laboratorial, electrocardiograma, ultrasonografias, RaioX e mamografias).

Nossa UBS fica localizada na zona urbana, funciona sobre a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), está vinculada à prefeitura e é conhecida como “posto de saúde São Francisco”, adaptado para o serviço, existe vínculo com o SUS e não são desenvolvidas atividades de ensino. Encontra-se em funcionamento há 18 meses, com áreas geográficas de abrangência definidas. Aqui trabalham (04) equipes de saúde da família, compostas por um (1) médico geral integral, um (1) enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), os usuários que necessitam de atendimento odontológico são encaminhados para este serviço. Além disso, existem outros profissionais trabalhando no posto de saúde: 02 vigilantes, 01 auxiliar de farmácia, 02 auxiliares de serviço geral, 02 recepcionistas e 02 técnicos de enfermagem que trabalham na equipe de imunização.

Com relação à infraestrutura, em nosso serviço não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação. Existe um ambiente para recepção/arquivo de prontuários, dispõe de uma sala de espera geral; não há sala de administração e gerência nem sala de reuniões e de educação em saúde; não existe sala para ACS, não existe almoxarifado, existe apenas uma sala para farmácia e armazenamento de medicamentos. Quanto à estrutura para atendimento Clínico, dispõe de quatro consultórios que não possuem sanitários, destes dois são consultórios médicos e dois consultórios são utilizados de forma compartilhada pelo restante dos profissionais da equipe, um destes funciona, também, como consultório ginecológico e não possui sanitário privado. Todos os consultórios possuem condições de serem feitos atendimentos em mesa de escritório, com os usuários e o acompanhante sentados. Tem uma sala de vacina, não tem sala de curativos e procedimentos, não existe sala para coleta de material para análise clínica, não tem sala de nebulização. Na UBS não tem abrigo para resíduos sólidos; tem um sanitário para funcionários e um sanitário para usuários, possui cozinha, não existe depósito para material de limpeza, não tem sala de esterilização e estocagem de material e não tem sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, e depósito para lixo contaminado e não contaminado. Todos os ambientes têm janelas que possibilitam a

circulação de ar, tem iluminação natural, as paredes internas e os pisos são todos laváveis e de superfície lisa, não possui telas mosquiteiras. Relacionando com as Barreiras arquitetônicas, o prédio é inadequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência.

Nós como profissionais da UBS participamos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, desenvolvendo várias atribuições, identificação de grupo, família e indivíduos expostos a risco, identificação de grupos de agravo (HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase), assim como sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escola, etc), e das redes sociais (grupo de mães, idoso, associação de moradores, conselho local, etc). Se realiza atendimento de urgência/emergência, bem como, a busca ativa de faltosos as ações de programáticas ou programa existente. Também realizamos cuidado domiciliar, levantamento dos usuários/moradores da área que necessitam receber cuidado domiciliar, se realizam procedimentos, como curativos, orientação, revisão, medição de pressão arterial, consulta médica e de enfermagem, entrega de medicamentos, administração de medicação oral e injetável, vacinação, coleta de exame, troca de sonda, tudo isto com a participação da equipe de saúde.

Encaminhamos os usuários aos profissionais de outros níveis do sistema de saúde respeitando os fluxos de referência, encaminhamento para internação. Todos os profissionais da equipe de saúde participam das atividades de qualificação, a maioria é multiprofissional e o foco é a atualização técnica e o fortalecimento do controle social. Também participamos do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento de UBS. Desenvolvemos um conjunto de ações que incluem: visitas domiciliares, planejamento das ações de saúde, divulgação de informações, ações de comunicação, ações informativa/educativa para elevar a capacidade de conhecimentos sobre os problemas de saúde dos indivíduos e toda comunidade.

Temos uma população total de 5.700, sendo 46,3% população masculina e 53,7% população feminina, mulheres em idade fértil (10-49) (1886), mulheres de 25 a 64 anos (1205), mulheres de 50 a 69 anos (279), gestantes cadastradas na área (86), menores de 1 ano (165), menores de 5 anos (257), pessoas de 5 a 14 anos (1299), pessoas de 15 a 59 anos (3.635), pessoas de 60 anos ou mais (344), pessoas de 20 a 59 anos (2.868), pessoas de 20 anos ou mais (3.212), pessoas com 20 anos ou mais e HAS (855), pessoas com 20 anos ou mais e DM (187). Nessa UBS, cada

equipe tem uma população entre 1.500 a 1.900 habitantes, quantidade adequada à média que se deve ter, nenhum ACS trabalha com mais de 750 pessoas. A distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com as estimativas da população brasileira, também o número de crianças menores de um ano existente é de 2,8% da população, assim como as gestantes de 1,5%, de acordo com a realidade do Brasil.

No posto de saúde que atuo, o acolhimento dos usuários é realizado na recepção pela recepcionista e técnicos de enfermagem. A modelagem do acolhimento utilizado é da equipe de acolhimento do dia. Todos os usuários que chegam a UBS têm suas necessidades escutadas e atendidas. A equipe de saúde conhece e utiliza avaliação e classificação do risco biológico e de vulnerabilidade social definindo o encaminhamento da demanda do usuário.

É frequente que o usuário solicite consulta quando estão com problema de saúde agudo e precisam ser atendidos no dia, ou quando apresentam problemas agudos que precisam de atendimento- imediato-prioritário, o médico e o enfermeiro oferece esse tipo de atendimento. Se existe excesso de demanda com usuários residentes na área de cobertura da UBS, sempre se realiza o atendimento no mesmo dia. O grupo que mais procura atendimento para problemas agudos são as crianças menores de cinco anos, sempre se realiza avaliação de risco para identificar as situações de maior urgência e com isso proceder com as devidas prioridades. Os usuários que precisam de atendimento por problemas agudos que precisam atendimento imediato-prioritário não são em excesso, porém o número não é considerado pequeno, isso se deve ao fato de que existe um fluxo invertido do hospital, o qual envia o usuário com estes problemas para a UBS onde não existe nenhuma condição para curativos, procedimentos, administração de medicação injetável, parenteral, nem local para observação dos usuários. Mas felizmente já se contratou um médico para trabalhar no hospital de 8h da manhã às 17h. Acreditamos na melhoria da qualidade do atendimento e assim evitando os "vai e vem" de usuários. Os usuários não solicitam o atendimento com o dentista, pois conhecem e sabem que não oferecemos este serviço.

Em nossa UBS se realiza atendimento de puericultura nos grupos etários de menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 23 meses a 72 meses, priorizando o grupo menor de 12 meses. Não acontece todos os dias da semana, o atendimento é realizado somente pelo médico das equipes de saúde, com 4 horas de atendimento na semana. Todas as crianças são da área de cobertura da UBS e saem com a data

marcada da próxima consulta após o atendimento. Existe demanda em excesso de crianças de até 72 meses de idades para atendimento de problemas de saúde agudos, mas são atendidas no mesmo dia.

Em relação a saúde da criança existe 165 menores de um ano e 100% está cadastrada, delas 57(35%) tem consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério, 47(26%) com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 78(47%) com teste de pezinho até sete dias e 107(65%) tem primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias e 0% com triagem auditivo e avaliação de saúde bucal. Também 102(62%) com vacina em dia, todos recebem orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Existe protocolo de atendimentos de puericultura estabelecido pelo Ministério de Saúde, a data da publicação mais atual é do ano de 2012, são utilizados por todos os profissionais da equipe. As ações desenvolvidas no cuidado as crianças e na puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, imunizações, promoção de aleitamento materno, de violência, de anemia, hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da saúde mental, teste de pezinho, prevenção de infecção respiratória aguda e diarreias.

Utiliza-se classificação para identificar crianças de alto risco e se utilizam protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis de saúde, como: encaminhamentos para atendimentos nas especialidades e internação hospitalar. O serviço de pronto atendimento é realizado no posto de saúde.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico, o arquivo é o mesmo para os demais usuários, os quais são revisados semanalmente pelo médico, enfermeiro e técnica enfermagem, verificando crianças faltosas, completude de registro, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacina) e crianças de risco, avaliação da qualidade do programa. Sempre solicitamos a caderneta da criança nos atendimentos e são preenchidas com as informações atuais da criança, conversa-se com o responsável sobre as dicas de alimentação saudáveis disponíveis na caderneta da criança, explicam-se os significados do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, se chama a atenção para a data da próxima vacina e o local da caderneta onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.



No município existe o programa bolsa família do Ministério da Saúde, o setor responsável pelo cadastramento das crianças e pelo envio dos cadastros à secretaria de saúde é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Existem outros programas do ministério implantados no município, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), criança saúde de ferro e de vitamina A. As ações desenvolvidas pelas equipes no cuidado as criança e na puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, imunizações, promoção de aleitamento materno, de violência, de anemia, hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da saúde mental, teste de pezinho, prevenção de infecção respiratória aguda e diarreias. Atividades com grupos de mãe das crianças não são realizadas, no entanto já foi conversado com a coordenadora da APS a possibilidade de que cada equipe de saúde realize as atividades mensalmente, alternando entre as três equipes de saúde.

Existe uma profissional no município (Nutricionista), que se dedica ao planejamento, gestão e coordenação da puericultura, também à avaliação e ao monitoramento, ainda não realiza reuniões. As fontes de dados que são utilizadas são prontuário, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e um livro de registro das crianças de até 12 meses feito pela nutricionista que se revisa diariamente. Não são feitos relatórios com os resultados encontrados, sugerimos que se realizem reuniões com o relatório correspondente.

Quanto à atenção ao pré-natal, os atendimentos são realizados em todos os dias da semana e em todos os turnos, o atendimento é realizado por profissionais diferentes das equipes de saúde, o médico tem 4 horas de atendimento e o enfermeiro têm 8 horas. Toda gestante é da área de cobertura da UBS, esse grupo é atendido também pela nutricionista e odontóloga do município, com a frequência de 4 horas na semana. As gestantes saem com a data marcada da próxima consulta após o atendimento. As ações desenvolvidas no cuidado a gestante são diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral; controle de cânceres de colo de útero e mama; imunizações; planejamento familiar; promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, das atividades físicas, da saúde bucal, da saúde mental e outras (prevenção de DST, risco do tabagismo, álcool e drogas na gravidez). É realizada a avaliação e classificação do risco gestacional e se utiliza protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis, (encaminhamentos para atendimentos nas especialidades, internação hospitalar). Existe protocolo de atendimentos pré-natal

estabelecido pelo Ministério de Saúde, a data da publicação mais atual é do ano de 2012, ele é utilizado por todos os profissionais da equipe. Trabalhamos também com protocolo específico do município, mais ainda não tem nada escrito, estão trabalhando na elaboração disso.

Os atendimentos a gestante são registrados no formulário especial de pré-natal, o arquivo é o mesmo para os demais usuários, arquiva-se a gestante independente por ruas, os qual são revisados diariamente pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, verificando gestantes faltosas, completude do registro, identificação de gestante com data provável de parto, pré-natal de risco e avaliação da qualidade do programa. Sempre solicitamos o cartão de pré-natal nos atendimentos, se preenchem com as informações atuais da gestante; se explica sobre as dicas de alimentação saudável; o significado do peso na curva de ganho de peso. Desde a primeira consulta se encaminha ao dentista, que coincide com os dias de consultas pré-natais e marca-se a data do próximo atendimento se for necessário; também encaminhamos para vacina, onde é anotada a vacina corresponde e se preenchem a data da próxima vacina no cartão de pré-natal. Conversamos sempre sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, atividade física, os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez e sobre a anticoncepção pós-parto. Se recomenda às gestantes que se realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto (na maioria das vezes realizamos o atendimento em domicílio já que não vão ao posto) e entre 30 e 42 dias de pós-parto.

Existe o programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde, o responsável pelo cadastramento das gestantes e pelo envio dos cadastros a secretária de saúde é o enfermeiro que inicia o pré-natal, por protocolo da secretaria de saúde. Realizam-se atividades com grupos de gestante com a participação da equipe de saúde, pelo município (nutricionista, odontólogo, assistência social, fisioterapeuta). Existe uma profissional da UBS (uma enfermeira) que se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal e também a avaliação e ao monitoramento.

Sobre o puerpério, realiza-se revisão puerperal até os 7 dias e ante 42 dias de pós parto 100% de 133 usuárias. É pequeno o número de puérperas que vem a consulta nos primeiro 7 dias de pós parto, geralmente se realiza em domicílio, existe também algumas crenças da população que proíbem sair de casa antes dos sete dias pós parto, já entre 30 e 42 dias de puerpério é que elas vêm com maior frequência a consulta, em cada consulta é feito exame de mama, abdome a todas cadastradas e

nem todas permitem o exame ginecológico no puerpério, atualmente só 104(78,1%) , porém tenho a certeza que se aumentarmos as orientações desde o pré-natal pode-se alcançar melhores resultados. Todas recebem orientação de aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar.

Estas atividades são realizadas por todos os integrantes da equipe de saúde. Na semana atendemos seis gestantes que são agendadas previamente, também realizamos atendimentos a gestante com problemas agudos, no qual não tem excesso, no mês atendemos de 6 a 8 puérperas, seja no domicílio ou consulta na UBS.

Sobre os indicadores de qualidade da atenção o pré-natal, temos 1,5% de mulheres grávidas o que corresponde com os dados existentes no Brasil e 77% delas iniciaram precocemente o pré-natal, indicador essencial para poder alcançar seis consultas ou mais. Como indicador de maior qualidade dos cuidados maternos, 100% tem consulta em dia de acordo com o calendário, solicitação de exame laboratorial na primeira consulta e indicação de uso do sulfato ferroso, exame ginecológico na primeira consulta e receberam orientações de aleitamento materno exclusivo. Temos que continuar orientando nas consultas a importância das vacinas e saúde bucal, que são indicadores que ainda não alcançamos 100%.

Ainda temos dificuldade em fazer com que 100% das gestantes iniciem o atendimento pré-natal precoce e possam realizar o exame ginecológico nos três trimestres da gestação, pois realizamos em todas no primeiro trimestre. Estamos aumentando a busca ativa em mulheres com idade fértil que tem amenorreia, que não usam nenhum tipo de anticoncepcional e em múltipara para que façam consulta de planejamento familiar, aumentem a participação em atividades educativas com este tema. Queremos desenvolver mais atividades educativas individuais e em grupo (sala de espera) sobre importância do exame ginecológico em gestante, atenção odontológica, planejamento familiar, entre outros.

Quanto ao Controle do câncer de colo de útero, em nossa UBS os profissionais de saúde orientam todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo. Realizam-se ações de educação a mulher, realização periódica do exame preventivo de câncer do colo uterino, se realiza coleta de exame citopatológico, que acontece só um dia da semana em quatro horas de trabalho. A coleta do exame às mulheres da área de cobertura da UBS, na sua grande

maioria, é realizada pela enfermeira e poucas vezes por médicos. Todos os profissionais das equipes aproveitam seus contatos com as mulheres para, assim, verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino onde se utiliza 02 (duas) formas de rastreamento oportunístico (95%) e o organizado (5%). Também existe o protocolo de prevenção do câncer de colo uterino, produzido pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, o qual é utilizado por todos os profissionais das equipes (médico, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS). Investigam-se os fatores de risco do câncer de colo uterino em 42% das mulheres que realizam o exame. Não se tem conhecimento de quantas mulheres foram identificadas com o exame citopatológico alterado nos últimos 03 (três) anos, nem se sabe quantas desta tiveram perda de seguimento.

Temos na UBS 1.205 mulheres cadastrada de 25 a 64 anos, acompanhadas para a prevenção do câncer de colo de útero 484(40,1%) delas com atraso de mais de 3 meses 132 (10,9%) e não acompanhadas 721 representando 27,2% quantidade insuficiente para a população-alvo. Estamos realizando exames citopatológico no município apenas há 10 meses. Os exames citológicos são coletados e enviados semanal ou quinzenalmente a Manaus, porém há um grande problema com a demora em se obter os resultados, pois são quase seis meses de espera do retorno, isso se torna muito grave para resultados alterados. Diante desta situação, a Secretária Municipal de Saúde esclarece que a única atitude que pode ser tomada para tentar solucionar esse problema tem sido a cobrança ao estado (atenção à saúde da mulher), notificando a grande quantidade (quase 400) de resultados que precisam ser avaliados e entregues. Não existe registro de citopatológico alterado, sugerimos a realização do registro, assim como um registro primário de todas as mulheres em idade fértil, com a data de da última coleta e resultado, para podermos fazer um acompanhamento adequado e organizado do programa.

As mulheres que realizam a coleta são registradas em um livro, também são identificadas no prontuário clínico com uma fita cor rosa. Quanto ao resultado, não existem arquivos específicos para registro do resultado do exame citopatológico de câncer de colo uterino, quando chegam os resultados as usuárias são encaminhadas ao seu médico para avaliação deste.

As equipes de saúde realizam atividades com o grupo de mulheres (nas escolas, na associação de bairro/comunitário, no âmbito na UBS), não existe grupo

de saúde específico. As atividades são realizadas a cada três meses envolvendo a participação de todos os profissionais das equipes.

Existe uma enfermeira que se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do programa de câncer de colo uterino, assim como avaliação e monitoramento do programa, utilizando as fontes de dados (livro de registro), não se realiza reuniões, não se produzem relatórios.

Quanto ao Controle do câncer de Mama, em nossa UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, se orienta sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, para todas as mulheres da área de cobertura. Também são realizadas ações de educação direcionadas a mulher para que se venha ter reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e ações de rastreamento (exame clínico de mama e/ou solicitação de mamografia). Todos os dias da semana e em todos os turnos, o rastreamento é realizado pelos médicos e poucas vezes pelos enfermeiros. Todos os profissionais das equipes aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar ações de rastreamento de câncer de mama, se utiliza o rastreamento oportunístico. A investigação dos fatores de risco para o câncer de mama tem indicador de 33% das mulheres que realizam as ações de rastreamento. Não se conhece quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada nos últimos três anos, nem quantas destas tiveram perda de seguimento. As mamografias são realizadas no hospital, neste caso não existe arquivo para o registro dos resultados da mamografia. Não existe profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama, assim como avaliação e monitoramento do programa.

Nossa UBS tem 279 mulheres de 50 a 69 anos cadastradas, delas são acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de mama 132 (47,2%), com mamografias realizadas 76 (27,2%), com mais de três meses de atraso 56 (42,4%) do total de usuárias acompanhadas, com avaliação de risco para câncer de mama 132, realizada pelos profissionais das equipes.

A mamografia começou a ser feitas há um mês no hospital, não enviam contra referência com os resultados, portanto não existem registros de mamografia alterada, sugerindo-se a realização deste solicitando o envio do resultado para atenção primária, responsável pelo seguimento, tratamento ou encaminhamento de acordo com o protocolo.

Uma das ações para melhorar a atenção voltada às mulheres nessa faixa etária, seria aumentar o número de atividades educativas de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade relativa a saúde da mulher (permanente).

Quanto à atenção aos adultos com HAS e DM, em nossa UBS se realiza atendimento a este público três vezes por semana. Estes são feitos pelo médico e enfermeiros das equipes de saúde, com quatro horas de atendimento semanal, onde todos atendimentos são feitos em usuários da área de cobertura da UBS. Não existe demanda em excesso para o atendimento de usuários da área de cobertura da UBS com problemas de saúde agudos causados pela HAS e DM, os atendimentos são realizados diariamente e acontece nos dois turnos. As ações desenvolvidas no cuidado aos adultos portadores de HAS e DM são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, obesidade, sedentarismo, orientação para mudança no estilo de vida (hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estímulo e prática regular de atividade física), orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco. Utiliza-se classificação para estratificar o risco cardiovascular em adultos portadores de HAS e DM e se utiliza protocolos para regular o acesso destes a outros níveis de saúde, como: encaminhamentos para atendimentos nas especialidades e internação hospitalar. Os atendimentos em adultos com HAS e DM são registrados no prontuário clínico, o arquivo é o mesmo para os demais usuários, arquiva-se de acordo com as equipes de saúde e não são revisados periodicamente. Os profissionais nem sempre explicam aos usuários como reconhecer (identificar) os sinais de complicações da HAS.

Nesta UBS existe o programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) do Ministério da Saúde. Existe uma enfermeira responsável pelo cadastramento e envio destes à secretaria municipal de saúde, procedimento que não funciona, acreditamos que o atual processo de cadastramento deveria ser feito por todas as equipes, de forma a ajudar a melhorar a organização do programa HIPERDIA, pois não existem outros programas do ministério implantados no município. Não se realizam atividades com grupos de adultos com HAS e DM de forma independente, todos são incorporados aos grupos de usuários idosos. A enfermeira que se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações disponibilizadas aos adultos com HAS e DM, bem como a avaliação e monitoramento, que infelizmente ainda não funciona e, portanto, não se realizam reuniões, nem se faz relatórios.

Gostaria de pontuar que por falta de local para consulta na UBS, a consulta de enfermagem para acompanhamento das pessoas com diagnóstico de HAS e DM são feitas no domicílio (4 horas por semanas), assim como rastreamento de pessoas que tem alto risco para desenvolver as doenças (obesidade, sedentarismo, pressão arterial elevada, glicemia capilar elevada, etc.). Realiza-se solicitação de exames previstos no protocolo, encaminha ao médico com a consulta programada agendada e também realizam atividades educativas individuais e coletivas.

Em nossa UBS existem 1.012 pessoas com mais de 20 anos cadastrada com HAS, só tem acompanhamento no dia 759(75%). Destas 759 pessoas, 100% realizaram a avaliação do risco cardiovascular, receberam orientação nutricional e de prática de atividade física, 7% com avaliação da saúde bucal e com atraso na consulta de mais de 7 dias, e 25%(253) possuem o exame periódico em dia em atraso.

Quanto à atenção aos portadores de DM, nossa forma de registro também permitiu conhecer as estimativas do número de pessoas com Diabetes Mellitus com 20 anos e mais residente na área, que é de 289 (5%) da população total, com consulta no dia 210 (73%). Todos os acompanhados (100%) realizaram a avaliação do risco cardiovascular e receberam orientação nutricional e de prática de atividade física, só 11% passou por avaliação da saúde bucal e 91% tiveram os pés examinados, e 79 (27,3%) apresentam atraso da consulta em mais de 7 dias. Considera-se os indicadores da qualidade da atenção as pessoas portadoras de HAS e DM ainda insuficiente para diminuir e prevenir a morbimortalidade causadas por estas duas enfermidades.

A estimativa do número de pessoas idosas residentes na área de cobertura é 344 pessoas, o que corresponde a 6% da população, valor que não corresponde com os dados atuais do Brasil que traz que 10% da população são idosos. Acompanhados na UBS 196(56,9%) idosos, quantidade insuficiente para o total da população alvo. Destas 196 pessoa idosa, 100% possuem a caderneta do idoso e tem o acompanhamento clínico avaliado em relação aos indicadores de fragilidade da velhice e avaliado os riscos de morbi-mortalidade, também receberam orientação nutricional sobre a prática de atividade física e avaliação multidimensional rápida. Deles com HAS 48(24,4%) e Diabetes Mellitus 19(5,6%), com acompanhamento em dia 141(72%). Nenhum dos idosos realizou avaliação da saúde bucal. Dessa forma, os indicadores de qualidade ainda são considerados insuficientes.

Quanto ao atendimento aos idosos, estes são realizados pelo médico das equipes de saúde com 04 horas de atendimento semanal, junto aos atendimentos de adultos com HAS e DM. Todos os atendimentos são feitos em usuários da área de cobertura da UBS. Os idosos somente são atendidos pela nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e odontóloga do município quando encaminhamos (não existe dia específico). Após a consulta os idosos não saem com data da próxima consulta, pois estas são agendadas pelas enfermeiras das equipes onde as consultas são organizadas por cada ACS. Não existe demanda em excesso para o atendimento de idosos da área de cobertura da UBS com problemas de saúde agudos, realizados diariamente e nos dois turnos. Não existe protocolo de atendimentos para idosos. As ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal. Não se utiliza protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis de saúde, como encaminhamentos para atendimentos nas especialidades e internação hospitalar, isto se faz a critério médico e de enfermagem.

Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico. O arquivo é o mesmo para os demais usuários, e não são revisados periodicamente. Foram entregues aos usuários idosos a caderneta de saúde da pessoa idosa, os profissionais de saúde as solicitam nos atendimentos, e quando está disponível preenchem com as informações. Não existe estatuto do idoso nem programa de atenção aos idosos implantados no município.

São realizadas atividades municipais com este público, que inclui os usuários com HAS e DM, em parceria com o CRAS, eles realizaram duas atividades este ano (2015) tendo a participação das equipes de saúde e do município (nutricionista, fisioterapeuta, odontólogo e técnico de saúde bucal). Todos os profissionais da UBS realizam cuidado domiciliar aos idosos, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber este cuidado. Não existe nenhum profissional na UBS que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, bem como a avaliação e monitoramento.

Uma estratégia para melhorar o atendimento aos idosos é dispor de 04 horas de atendimento para esse grupo especificamente, de forma a não congestionar o número de consultas no mesmo dia com usuários portadores de HAS e DM, e poder fazer uma consulta com qualidade, cumprindo o estabelecido no protocolo para estes



usuários. Assim, sugere-se implantar no serviço o protocolo de atendimento (caderno de atenção básica para saúde do idoso do Ministério da Saúde) que sirva para o seguimento das consultas de todos os profissionais da equipe responsável pelo atendimento dos idosos; solicitar mais caderneta da pessoa idosa e entregar a 100% dos idosos da área, para que sejam sempre solicitadas pelos profissionais tanto em consulta como em visita domiciliar. Também seria importante elaborar uma ficha espelho para este grupo com todas as informações, sendo preenchida a cada consulta, o que facilitaria a revisão periódica dos profissionais das equipes (verificando se o idoso está faltoso às consultas, completude de registros, identificar procedimentos em atraso, idoso de risco e avaliar qualidades do atendimento) e aumentar o número de ações educativas aos idosos, cuidadores e familiares como componente essencial do planejamento assistencial para pessoas idosas.

Na UBS São Francisco, não existe consultório odontológico, portanto não existem fontes de dados para preencher as informações do caderno de ações programáticas. Os usuários não têm prontuário odontológico. Existem no município dois consultórios odontológicos locais, um no posto de saúde Dona Joanna, que oferece atendimento a toda população adulta incluindo as grávidas do município. Neste consultório só se realiza consulta programada das grávidas de nossa UBS, com 04 horas de atendimento semanal (acontece no turno da manhã, toda terça-feira), elas sempre saem com data marcada para a próxima consulta. Os idosos, como grupo prioritário, não têm dia específico, só realizam consultas para demanda espontânea. Existe outro consultório odontológico que fica localizado na Escola Municipal Raimunda Galate, onde realiza o atendimento de pré-escolares e escolares no município, não temos o conhecimento de como funciona e sem existe alguma fonte de registro.

Para que atenção à saúde bucal no município possa melhorar, sugerimos à Secretaria Municipal de Saúde (responsável por avaliar a atuação das equipes de saúde bucal e orientar no processo de trabalho) avaliar a possibilidade de um planejamento de quatro horas semanais para atendimento da pessoa idosa, usuários com HAS e DM (ainda não tivemos resposta da sugestão).

Conseguimos participar da elaboração da escala de atendimento e agendamento de consultas programadas nesta UBS. Programando-se 4 horas semanais de atenção ao atendimento de usuário com HAS e DM, Puericultura, Pré-Natal e visita domiciliar, o restante dos dias é para demanda espontânea. Quanto às

peças que precisam de atendimento para o dentista, nutrição, assistente social ou fisioterapia são encaminhadas para outra UBS onde ficam estas especialidades. Atualmente com o grupo priorizado as gestantes, têm 04 horas semanal de atendimento de consulta programada em odontologia. Os exames solicitados as pessoas são realizados no hospital, para onde também encaminhamos as urgências e usuários com critério de internação quando precisamos de outros exames que não são feitos no município, se realiza a solicitação à secretaria de saúde para ser feito no município de Benjamin ou Tabatinga, onde coleta-se a amostra no hospital e envia-se, não sendo necessário o usuário se deslocar para fazer isso.

Os maiores desafios e recursos que tem nossa UBS e independentemente de ser um local improvisado com falta de algumas áreas de atendimento as condições estruturais são adequadas e apresenta boa ambientação, também temos equipes de saúde da família com profissionais com boa preparação, conhecimentos técnicos capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e /ou diminuir danos e sofrimento. Existe a disponibilidade de recursos materiais, insumos e medicamentos que garantam os tratamentos adequados e oportunos, temos a garantia pela gestão da atenção primária à saúde (APS) de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população.

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

O desenvolvimento da análise situacional foi muito importante para conhecer e identificar desde o início a situação atual dos problemas da UBS, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde e gestores de saúde neste processo, como na construção do plano de ações que serão desenvolvidos. A análise situacional nos permitiu caracterizar, medir, e explicar o perfil de saúde-doença de nossa população, incluindo os danos e problemas de saúde, bem como a identificação das necessidades e prioridades de saúde para identificação de intervenções apropriados para assim poder realizar posteriormente avaliação de seu impacto. Acredito que com a identificação da realidade da UBS possibilitará organizar melhor o trabalho produzindo resultados importantes na saúde da população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde, faz parte de uma das áreas do departamento de ações programáticas e estratégicas deste ministério. Tal preocupação se deve à importância e necessidade de mudanças na linha de cuidados e de atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do envelhecimento ativo. As consequências do crescente número de idosos no mundo e no Brasil implicam em um considerável no aumento das demandas sociais, e passam a representar um grande desafio político, social e econômico. (MALTA;MERHY,2010).

Infelizmente a assistência ao idoso é algo que não se encontra muito bem sistematizada na maioria das Unidades, visto que, estamos diante de uma população de extrema importância para atenção à saúde. Na área de abrangência de nossa UBS existe uma prevalência de 6% de pessoas idosas, acima de 60 anos com baixo percentual de cobertura de usuários acompanhados. Em nossa UBS, são frequentes os atendimentos em consultas médicas de idoso por diferentes causas, notando-se deficiente conhecimento da sua própria qualidade de vida. Depois de fazer uma reunião com nossa equipe de saúde optamos pela definição do foco de intervenção na atenção à saúde da pessoa idosa.

Nossa Unidade fica localizada na zona urbana, funciona sobre a lógica da ESF, está vinculada à prefeitura e é conhecida como “posto de saúde São Francisco”, tem uma estrutura adaptada para o serviço. Temos uma população total de 5.700 pessoas, sendo 46,3% população masculina e 53,7% população feminina, e com áreas geográficas de abrangência definidas. Aqui trabalham (04) equipes de saúde

da família, compostas por um (1) médico geral integral, um (1) enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), os usuários que necessitam de atendimento odontológico são encaminhados para este serviço.

As estimativas do CAP do número de pessoas idosas residentes na área de abrangência da UBS são de 344 pessoas, o que corresponde a 6% da população, e acompanhados na UBS 196, com uma cobertura de 56,9% dos idosos, também são muito ruins os indicadores de qualidade deste grupo. Quanto ao atendimento aos idosos, estes são realizados pelo médico das equipes de saúde com 04 horas de atendimento semanal, junto aos atendimentos de adultos com HAS e DM. Todos os atendimentos são feitos em usuários da área de cobertura da UBS. Os idosos somente são atendidos pela nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e odontóloga do município quando encaminhamos (não existe dia específico). Após a consulta os idosos não saem com data da próxima consulta, pois estas são agendadas pelas enfermeiras das equipes onde as consultas são organizadas por cada ACS. Não existe demanda em excesso para o atendimento de idosos com problemas de saúde agudos. As ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal.

Nossa intervenção é muito importante porque para vai permitir melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, aumentar as ações para prevenção, promoção e recuperação da saúde as doenças que afetam esse grupo populacional. Também promover o treinamento e capacitação dos profissionais, familiares e comunidade em geral sobre critérios para atendimentos a necessidade do idoso já que não existe um trabalho educativo abordando os fatores de risco modificáveis e falta atenção por parte dos familiares. As facilidades que temos é a existência de equipes com profissionais bem preparados e motivados para o desenvolvimento da intervenção, existe a disponibilidade de recursos materiais, insumos e medicamentos que garantam os tratamentos adequados e oportunos. Temos a garantia pela gestão de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário, e apoio da nutricionista, assistência social e fisioterapeuta. Com esta intervenção e os conhecimentos técnicos adquiridos, seremos capazes de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população idosas e/ou diminuir danos e

sofrimento desta, a realização das consultas programadas deste grupo é necessária para melhorar a saúde da população idosa.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção da saúde das pessoas idosas, na UBS São Francisco no município Atalaia do Norte /AM.

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

1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.
3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco das pessoas idosas.
6. Promover a saúde das pessoas idosas.

## **2.3 Metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do programa saúde da pessoas idosas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas idosa da área da UBS.

**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.

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

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

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.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas de 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.

**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 cadastradas.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS/ESF São Francisco, no Município de Atalaia do Norte/AM. Participarão da intervenção toda a população com 60 anos ou mais, com objetivo de melhorar a atenção da saúde das pessoas idosas e contempla a participação de todos os membros da equipe de saúde e gestores de saúde. Os instrumentos utilizados serão a planilha de coleta de dados (PCD) e a ficha espelho.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente, pelo menos mensalmente.

Detalhamento: Cada ACS deverá verificar em sua área a cobertura das pessoas com mais de 60 anos.

Organização e Gestão do Serviço:

- Acolher as pessoas idosas.

- Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS.

Detalhamento: Fazer reuniões com as equipes sobre importância do acolhimento às pessoas idosas, estas pessoas serão cadastradas no momento da visita domiciliar, atendimento em consulta e acolhimento na UBS.

- Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.

Detalhamento: Designar a enfermeira para atualizar cada mês as informações do SIAB/e SUS.

#### Engajamento público

- Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS. - Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Detalhamento: Realizar trabalho da equipe na comunidade para informar a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico na UBS.

#### Qualificação da prática clínica:

-Capacitar a equipe no acolhimento as pessoas idosas. -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.

Detalhamento: Capacitaremos a equipe no acolhimento as pessoas idosas (Médico) e sobre a Política Nacional de Humanização, bem como, capacitar os ACS para a busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento (Médico e enfermeira).

### **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:

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

Detalhamento: Será feita pelo médico na consulta.

#### Organização e gestão do serviço



- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Detalhamento: O médico e enfermeira solicitarão ao gestor municipal para garantir os recursos necessários para avaliação.

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

Detalhamento: Na reunião da equipe será definido as atribuições de cada profissional.

#### Engajamento público:

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

Detalhamento: será realizada atividade educativa na comunidade e sala de espera por todos os membros da equipe.

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

Detalhamento: Corresponde ao médico compartilhar com os usuários as condutas.

#### Qualificação da prática clínica

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

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

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

Detalhamento: Será feito em reunião de equipe, com estudo do protocolo.

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

#### Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será realizado pelo médico em cada consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.

Detalhamento: Na reunião da equipe se definirá as atribuições de cada membro.

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

Detalhamento: Será feita pela técnica de enfermagem e ACS.

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

Detalhamento: a responsável será a enfermeira.

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

Detalhamento: o responsável será o médico.

#### Engajamento público:

- Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: será feita capacitação na reunião de equipe, utilizando o protocolo.

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:

- Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos. 2.2. Garantir busca a pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: será definida na reunião da equipe.

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

Detalhamento: a organização da agenda será feita pela enfermeira

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

Detalhamento: o médico será o responsável por garantir a referência e solicitar ao gestor municipal que garanta a contra - referência.

#### Engajamento público:

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

Detalhamento: será feita palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado.  
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: será feita na reunião com a equipe de saúde (o responsável será o médico).

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pessoas idosas hipertensos e diabéticos 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: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: o responsável será o médico.

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

Detalhamento: o médico e enfermeira serão os responsáveis por solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames.

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

Detalhamento: será definida na reunião da equipe o sistema de alerta. Semanalmente a técnica de enfermagem examinará o registro dos idosos no hospital identificando aqueles que estão com exames completos atrasados. O técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa de todas as pessoas idosas em atraso. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão monitorada pelo enfermeira.

#### Engajamento público:

- 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: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde, também serão orientados em consulta e visita domiciliar.

#### Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico)

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

#### Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Será feito pela técnica de enfermagem em conjunto com o farmacêutico.

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

Detalhamento: Médico será o responsável por manter o registro das necessidades de medicamentos.

Engajamento público:

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

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde

Qualificação da prática clínica.

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

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico)

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:

- Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Será responsável a enfermeira em conjunto com a técnica de enfermagem e ACS.

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde

#### Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável será o médico e enfermeira)

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

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Será organizada pela enfermeira.

#### Engajamento público:

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

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

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade e sala de espera da UBS com a participação de todos os membros da equipe de saúde

#### Qualificação da prática clínica

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção.

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico e enfermeira)

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

#### Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço

- 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 médico e enfermeira serão os responsáveis para solicitar ao gestor municipal o material e por melhorar o acolhimento em conjunto com a equipe.

#### Engajamento público:

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

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

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico)

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:

- Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço

- Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de DM.

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

Detalhamento: o Médico e enfermeira serão responsáveis por solicitar ao gestor municipal o material e melhorar o acolhimento junto à equipe

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

Detalhamento: Médico será o responsável por criar o sistema de alerta. Realizaremos reuniões com a equipe sobre como orientar as pessoa idosa e familiares na correta preparação que devem ter antes da coleta da mostra. A enfermeira da equipe será a responsável pelo monitoramento. O médico será o responsável pela leitura dos resultados.

#### Engajamento público:

- 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.

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde

#### Qualificação da prática clínica.

- 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 reunião com a equipe de saúde (responsável médico).

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

#### Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

#### Organização e gestão do serviço.

- Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será definida na reunião da equipe como organizar acolhimento dos idosos.



- Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Detalhamento: Será feito por todos os membros da equipe.

- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Responsável médico e enfermeiro de oferecer atendimento prioritário.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Será organizada pela enfermeira em conjunto com a técnica de odontologia.

#### Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade com a participação de todos os membros da equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico)

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

#### Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: o médico verificará o resultado feito do exame e avaliação uma vez por mês e a enfermeira verificará o número de idosos que realizou acompanhamento odontológico a cada semana.

#### Organização e gestão do serviço:

- Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será definida na reunião da equipe como organizar acolhimento dos idosos.

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

Detalhamento: As pessoas idosas serão encaminhadas para o odontologista na outra UBS do município que dispões dessa especialidade, serão agendado pelo

enfermeira, com 08 vagas na semana. A enfermeira verificará o número de idosos que realizou acompanhamento odontológico cada semana.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: Será organizada pela enfermeira em conjunto com a técnica de odontologia.

- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Detalhamento: Responsável médico e enfermeiro de oferecer atendimento prioritário.

#### Engajamento público:

- 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: Trabalho da equipe, em sala de espera, visita domiciliar, na comunidade (Igreja e outros espaços), para informar a comunidades sobre as pessoas idosas e atendimento odontológico prioritário, de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias sobre este tema.

#### Qualificação da prática clínica:

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

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

Detalhamento: Serão realizadas reuniões para atualizar a equipe para realizar exame clínico apropriado, também no registro adequado do procedimento clínicos em todas as consultas e acolhimento do idoso de acordo protocolo, assim como encaminhamento ao serviço odontológico.

- Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

Detalhamento: Será realizada uma reunião para capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

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

Detalhamento: Será realizada uma reunião para capacitar os cirurgiões dentista.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço.

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

- Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.

Detalhamento: a enfermeira será a responsável por organizar ações conjuntas em campanha de vacina para captar a pessoas idosas, e também por solicitar aos gestores de saúde que disponibilizem material informativo necessário para autoexame da boca.

Engajamento público

- 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 realizada palestra para comunidade na sala de espera, onde participarão todos os membros da equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica.

- 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 feito na reunião com a equipe de saúde e equipe de saúde bucal (responsável médico) em conjunto com odontólogo.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: Será realizado pelo médico ou enfermeira na consulta e visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço.

- Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses

- Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: o médico será o responsável, em conjunto com cirurgia dentista, por solicitar os materiais ao gestor municipal ou garantir os mencionado a possibilidade de ser feita em outro município.

Engajamento público:

- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: será realizada palestra na comunidade e participarão todos os membros da equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: Na reunião com a equipe de saúde (responsável médico)

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será feito pelo médico e enfermeiro, verificando prontuário clínico com periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos - Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira organizará as visitas domiciliares da equipe para buscar faltosos, também agendará o acolhimento as pessoas idosas proveniente das buscas domiciliares.

Engajamento público:

- 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: Serão realizadas palestras com a comunidade para dar cumprimento às ações anteriores, esclarecendo a importância destas.

Qualificação da prática clínica:

-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: Serão feitas reuniões com os ACS para atualizar seus conhecimentos acerca da periodicidade das consultas das pessoas idosas e definir a periodicidade destas.

**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.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Será feito pela equipe (médico, enfermeiro, técnica enfermagem e ACS) responsável por sua área de abrangência.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico e enfermeira seriam os encarregados de implantar a planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: será feita reunião com a equipe de saúde sobre o registro da informação gerada durante a intervenção.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o médico será o responsável pelo monitoramento do registro

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

Detalhamento: o médico e a enfermeira solicitarão ao gestor municipal a disponibilização das cadernetas de saúde da pessoa idosa.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: as informações serão mantidas atualizadas pelo médico e enfermeira

- 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: um novo sistema de registro será criado pelo médico em conjunto com a equipe

#### Engajamento público:

- 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.

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: Realizar atividades educativas com a comunidade e idosos sobre seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário e a importância de portar sempre a caderneta quando forem atendidos em outros serviços.

#### Qualificação da prática clínica:

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

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

Detalhamento: Fazer reuniões com a equipe de saúde para orientar no preenchimento de todos os registros das pessoas idosas.

**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).

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Será feito pelo médico na consulta.

Organização e gestão do serviço:

- Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Será feito e informado pelo médico na consulta.

Engajamento público:

- Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentam alto risco.

Detalhamento: Será feito pelos integrantes da equipe de saúde quando apresentarem alto risco.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será realizada pelo médico em reunião com a equipe de saúde.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será feito pelo médico em consulta.

Organização e gestão do serviço:

- Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: Serão priorizados pela enfermeira quando organizar o agendamento.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Serão orientados por todos os membros da equipe em consulta, visita domiciliar e atividades comunitárias.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será realizada na reunião com a equipe.

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

Monitoramento e avaliação:

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

- Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: Será realizada por todos os membros da equipe em Consulta e visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: o agendamento será realizado pela enfermeira.

Engajamento público:

- 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: serão feitas palestra na comunidade, em consulta e visita domiciliar, por todos os membros da equipe em conjunto com a assistência social e líderes da comunidade.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será realizada na reunião da equipe.

**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.



#### Monitoramento e avaliação:

- 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.

Detalhamento: Será feito por todos os integrantes da equipe de saúde em consulta, visita domiciliar e na comunidade.

#### Organização e gestão do serviço:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular. - Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: será feita reunião com a equipe para definir o papel de cada membro na orientação nutricional e realização de atividade física e solicitado ao gestor municipal pelo médico e enfermeira de parceira institucional para a realização de atividade física.

#### Engajamento público:

- 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.

Detalhamento: serão feitas palestras com a comunidade sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### Qualificação da prática clínica:

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

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

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

Detalhamento: será realizada reunião com equipe de saúde para orientar as pessoas idosas sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a realização de atividade física regular.

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O médico em cada consulta realizará o monitoramento das atividades educativas individuais

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: a enfermeira e o odontólogo serão os responsáveis por organizar o tempo médio de consulta.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Será feito pelo odontólogo e auxiliar de odontologia em todas as consultas, também será tratado nas atividades educativas da comunidade realizadas pela a equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será feito pelo médico e odontólogo na reunião com da equipe.

### 2.3.2 Indicadores

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

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

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

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da 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).

Indicador 2.1. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

Indicador 2.2. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

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

**Meta 2.3.** Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

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

**Meta 2.4.** Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus

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

**Meta 2.5.** Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

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

**Meta 2.6.** Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador 2.7. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

**Meta 2.8.** Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Indicador 2.8. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

**Meta 2.9.** Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas no programa saúde da pessoa idosa.

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

Indicador 2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

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

**Meta 2.12.** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

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

**Meta 2.13.** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

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

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

Indicador 3.1. Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

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

Indicador 4.1. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

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

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

Indicador 4.2. Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

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

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

Indicador 5.2. 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 5.3. 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.

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

Indicador 6.1. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da pessoa idosa.

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

Indicador 6.2. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da pessoa idosa.

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

Indicador 6.3. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Para dar início a nossa intervenção no programa de atenção à saúde da pessoa idosa vamos utilizar o manual técnico de atenção da pessoa idosa do Ministério de Saúde do ano de 2006, para que possa ser utilizado por todos os membros da equipe de saúde. Também utilizaremos a ficha-espelho fornecida pelo curso para este grupo, nesta ficha serão preenchidos todos os dados para gerar os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, onde pretendemos



ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%. Será solicitado ao gestor municipal a impressão de todas as fichas-espelho, total de 344, para que possam ser utilizadas. Também trabalharemos com a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso para o acompanhamento mensal das ações.

Para organizar o registro específico do programa a medida que as pessoas idosas venham a consulta programada para o atendimento clínico será preenchido a ficha-espelho, esta será completada pela enfermeira com base nos dados existente no prontuário clínico.

O cenário de nossa intervenção será a UBS São Francisco no município de Atalaia do Norte e terá a participação de toda a equipe de saúde (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes comunitários), e gestores de saúde, também a fisioterapeuta, nutricionista e odontólogo do município.

Foi feita uma reunião com todas as equipes de saúde que trabalha em nossa UBS onde foi discutido o foco da intervenção, dessa forma, continuamos fazendo reuniões para capacitar todos os membros sobre o manual técnico de atenção a pessoa idosa e que será usado em nossa intervenção. Essas capacitações serão realizadas na própria UBS durante duas horas no final do expediente, no horário tradicional utilizado para reunião de equipe, onde cada membro da equipe está estudando uma parte do manual técnico para expor o conteúdo aos outros membros, estas reuniões serão também feitas ao longo de desenvolvimento da intervenção, sempre esclarecendo dúvidas relativas ao projeto de intervenção.

Para acolher a demanda de problemas agudos das pessoas idosas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão feitas como está no momento, serão realizados agendamento das consultas para as pessoas idosas proveniente da busca ativa pelas enfermeiras, serão reservadas cinco vagas em três dias na semana (cinco para cada equipe).

Será realizado trabalho da equipe na comunidade para apresentar o projeto, esclarecendo a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico, assim como o atendimento odontológico prioritários e a importância para saúde geral, além das facilidades que serão oferecidas na UBS. Previamente faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência, solicitando o apoio da comunidade para as ações.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos idosos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e consulta odontológica atrasados. O técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa de todas as pessoas idosas em atraso. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Finalmente chegamos no relatório da intervenção desenvolvido durante três meses, deixando claro que todos os membros da equipe tem mantido seu papel protagonico com muito amor e dedicação em função das atividades planejadas na intervenção, pois todos foram importantes no desenvolvimento deste. De forma geral enfrentamos entraves em todas estas semanas, consciente de que os desafios fazem parte do dia a dia do trabalho sempre encontramos alternativas e soluções para cada um dos problemas apresentados e concluímos de forma satisfatória nossa intervenção.

Durante a intervenção como facilidades, sempre encontramos bom acolhimento das pessoas idosas, familiares e comunidade em geral enquanto o programa de atenção deste grupo carente por muito tempo de um atendimento adequado que é importante para sua qualidade de vida. Também gostaria de ressaltar o empenho dos profissionais em captar cada orientação adquirida em cada capacitação que foi feita, e ser capaz de transmitir este conhecimento a comunidade idosa, familiares e demais membros da população da área para poder melhorar a atenção da terceira idade. É importante os conhecimentos adquiridos pelos gestores de saúde em relação ao programa de atenção a pessoa idosa e de fazer este projeto de intervenção nunca feito antes no município.

Na semana 3 de intervenção foi feita a primeira atividade em grupo de idosos, havia um grupo numerosos de homens cadastrado pelos ACS, estavam presentes 102 homens de 60 anos e mais, e assim foi feita a primeira atividade em grupo com eles, com o apoio da fisioterapeuta do município, também estavam presente a secretaria de saúde, a coordenadora de APS, e os membros da equipe de saúde, o

tema desenvolvido foi programa de atenção a pessoa idosa e a importância da realização de exercícios físicos regulares, onde todos ficaram muito satisfeitos.

Já na semana 10 de intervenção tivemos apoio da igreja católica da área que durante os dias de missa ao Santo padroeiro do município, o São Sebastião, o festejo foi desenvolvido durante 09 dias com a participação de muitas pessoas idosas e seus familiares. O tema da missa no terceiro dia foi sobre a saúde das pessoas, que aproveitando a oportunidade o padre expôs sobre o Programa de Atenção a pessoa idosa, fizeram-se presentes muitos outros membros da equipe de saúde juntamente com nós médicos que trabalhamos na UBS e município. É importante colocar que todas as pessoas presentes ficaram muito curiosas com nosso trabalho, e no final da missa nos cercaram para fazer perguntas ao respeito do tema abordado, perguntas como, por exemplo, o que tinham que fazer para que seus pais, avós ou outros familiares fossem avaliados? de quanto em quanto tempo têm que ir a consulta na UBS? Esse momento só foi possível com ajuda oferecida por algumas lideranças da comunidade. Contamos com a fisioterapeuta (coordenadora do programa Saúde do Idoso no município), a nutricionista e assistência social em todas as atividades de grupo planejadas.

Durante a intervenção a equipe trabalhou nas ações planejadas, tais como atendimento clínico, entrega diária de caderneta da pessoa idosa, busca ativa diária de faltosos a consulta bem como a realização de visita domiciliar a idosos acamado ou com problema de locomoção. Cabe lembrar que, durante o monitoramento da intervenção foram excluídas da planilha de coleta de dados, duas pessoas idosas falecidas nas semanas 9 e 10 da intervenção. A perda de uma pessoa idosa na família é um momento de tristeza para a comunidade e fundamentalmente para seus familiares, assim a equipe deve estar atenta a esta família que precisa de apoio psicológico e ações que contribuíssem a melhorar uma crise de desmembramento.

Na semana 11 da intervenção tivemos muito trabalho para todas as equipes e principalmente para mim, já que trabalhamos somente com dois médicos em todo o município, eu sozinha na UBS de três equipe, pois um médico pediu demissão e a outra médica foi prestar serviço em outro posto de saúde que estava sem médico, pois a médica de lá estava em serviço nas comunidades ribeirinhas do município nessa semana.

Durante a semana 12 da intervenção, a equipe trabalhou duramente, ultrapassando as vezes o horário para poder avaliar todas as pessoas idosas

agendadas no atendimento clínico na consulta e visita no domicílio a usuários acamados ou com problema de locomoção sempre acompanhados dos ACS e a técnica de enfermagem, que se mantem na distribuição de cadernetas de pessoa idosa, ressaltando a importância do acompanhamento no programa.

Encontramos dificuldades, desde o início tais como o atendimento para a primeira consulta odontológica aos usuários com necessidades de avaliação e que tem sido durante toda o desenvolvimento da intervenção. No início poucos turnos de atendimento com o dentista e depois ficamos sem este profissional, porém a enfermeira e eu mantivemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os idosos durante o atendimento clínico. Outra dificuldade que encontramos em nosso município é a falta de solução para a realização de próteses dentárias. Outro problema desde o início é o pouco número de pessoas idosas com avaliação das redes sociais, esse indicador melhorou no último mês da intervenção e continuará sendo feita esta avaliação daqui para frente.

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

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente em harmonia e vistas durante avaliação da intervenção, isto foi possível graças ao empenho de nossa equipe de trabalho, envolvendo gestores de saúde do município, também pelo apoio da nutricionista, fisioterapeuta, assistência social, lideranças e comunidade em geral, algumas atividades foi necessário remarcar, mas mesmo assim foram cumpridas satisfatoriamente. Dessa forma acreditamos conseguimos atingir todas as nossas metas.

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

Quanto a planilha de coletas de dados e preenchimento da ficha espelho não tivemos problemas, pois desde o início foram esclarecidas todas a dúvidas existentes entre a equipe e as dúvidas que foram aparecendo no andamento da intervenção.

Ao final da intervenção realizamos uma reunião com todos os membros da equipe e em conjunto se examinaram as fichas espelho dos idosos, para consolidar

todas as informações e monitoramento geral, fazendo avaliação de nossa intervenção e enfatizar novamente que a intervenção deve continuar a rotina do serviço.

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

No momento de chegada da intervenção foi necessário fazer ajustes de algumas ações programadas, no início ficamos com um pouco de medo de não alcançar os objetivos e metas planejadas no cronograma, mas felizmente tudo deu certo. Gostaria de deixar claro que tenho um imenso prazer de trabalhar com esta equipe de profissionais que com desejo e amor têm se esforçado e dado continuidade ao trabalho no dia a dia com o objetivo de melhorar a atenção da saúde das pessoas idosas.

Temos a certeza que estas ações previstas no projeto continuarão sendo desenvolvidas no dia a dia desta UBS e foram parte do trabalho diário de cada um de nossos profissionais, já que esta experiência marcou grandemente a consciência de cada um de nós, em função de contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com um melhor estado de saúde. A longevidade é, sem dúvida, um triunfo, planejar, programar e realizar ações que envolvam a atenção à saúde da pessoa idosa de forma mantida e sistemática, é uma das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, assim como identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou processo de fragilização e conhecer hábitos de vida destes usuários de seus familiares e da comunidade.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção foi desenvolvida na UBS São Francisco, Município Atalaia do norte/AM, que tem uma população de 5700 usuários cadastrados no área adstrita da UBS. O principal objetivo foi melhorar a atenção da Saúde das pessoas idosas. As estimativas do CAP do número de pessoas idosas residentes na área de abrangência da UBS é de 344 pessoas, o que corresponde a 6% da população, com baixo percentual de cobertura de usuários acompanhados, 196 (56,9%) dos idosos, também são muito ruins os indicadores de qualidade deste grupo, sendo esta dificuldade uma proposta pelo curso para realizar nossa intervenção, organizado para 12 semanas.

Apresentamos os resultados dos indicadores alcançados de acordo com cada uma das metas proposta na intervenção.

**Objetivo 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%.

Para análise da cobertura de nossa intervenção, consideramos como denominador a estimativa dos cadernos das ações programáticas que estimaram que em nossa área existem 344. Consideramos que esta seria a estimativa mais próxima da nossa realidade. Durante o desenvolvimento da intervenção foram feitos cadastramento das pessoas idosas de 60 anos e mais existentes na área, alcançando no primeiro mês 103 idosos que corresponde a 29,9%, no segundo mês 185 (53,8%) e por fim no terceiro mês com 321 idosos o que representa uma cobertura de 93,3% (Figura 1). Todos os idosos são da área adstrita da UBS e foram incluídos na intervenção para receber atendimento clínico e demais ações previstas no projeto. Sempre tive a participação de todos os membros das equipe e apoio das lideranças

comunitárias que foram capacitadas no protocolo da atenção da saúde da pessoa idosa em alcançar a meta proposta no projeto. Esse apoio da equipe foi fundamental para melhorar o cadastramento e as ações irão continuar no trabalho diário da UBS.

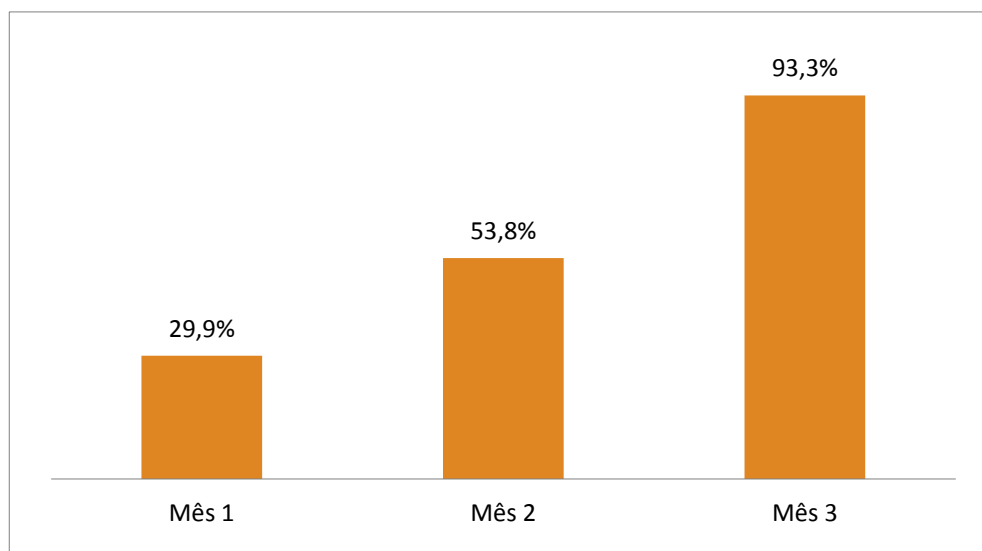


Figura 1. Cobertura do programa de atenção a saúde da pessoa idosa na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.

**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. (Utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Utilizando a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, que representa uma avaliação rápida, utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas, foi feita avaliação de todas as pessoas idosas em atendimento clínico alcançando no primeiro mês 103 usuários, no segundo mês 185 e terceiro mês um total 321 idosos, com 100% dos idosos avaliados em cada mês. Essa avaliação foi sempre feita pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde, na consulta ou visita domiciliar, que aproveitam os espaços para orientar sobre a importância desta avaliação e frequência, assim na reunião com a equipe.

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

**Meta 2.2:** Realizar exames clínicos apropriado em 100% das consultas.

Durante todo o desenvolvimento da intervenção foram realizados exames clínicos apropriados para todas as pessoas idosas em atendimento clínico, alcançando neste indicador 100 % em cada mês da intervenção, no primeiro 103(100%), segundo 185(100%) e no terceiro mês 321(100%) idosos avaliados. Essa avaliação também foi realizada pelos médicos e enfermeiros das equipes de saúde, na consulta ou visita domiciliar. E nas atividades de grupos, na palestra na sala de espera, na visita domiciliar os membros da equipe deixavam sempre claro a importância de exame clínico a usuários idosos para melhor a qualidade de vida. Essa orientação era repassada para usuários, familiares e comunidade.

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

**Meta 2.3.** Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Todas as pessoas idosas cadastradas e agendadas para atendimento clínico durante a intervenção passaram por rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual alcançou bons resultados 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram 103 (100%) idosos rastreados para HAS, no segundo mês 185 usuários (100%) e já no terceiro mês 321 (100%) que foi o número final de nossa intervenção. Esse rastreamento foi feito pelos profissionais que realizaram a avaliação (médico ou enfermeiro), os quais orientamos sobre as medidas de prevenção e promoção desta doença e fatores de risco considerando que entre as pessoas idosas a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nesta faixa etária. A HAS não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento e se controlada adequadamente reduz significativamente morbi-mortalidade.

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

**Meta 2.4.** Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

O DM é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade, que apresenta alta morbi-mortalidade. Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticado até que se manifestem sinais de complicação. Visto que a doença é “silenciosa” o teste de rastreamento é indicado em indivíduos assintomáticos que apresentam maiores riscos da doença, entre eles a idade. Previamente todas as

peças idosas foram orientadas pelos ACS e técnico de enfermagem a fazerem o atendimento clínico em jejum onde foi feita a glicemia capilar para rastreamento de DM e a busca de sintomas e sinais desta doença durante o atendimento, sendo avaliado no primeiro mês 103 usuários e rastreados para DM 103 (100%), no segundo mês 185 usuários foram acompanhados e todos foram rastreados 185(100%), e no terceiro mês 321(100%) idosos passaram por rastreamento para DM 321(100%).

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

**Meta 2.5.** Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Na intervenção encontramos usuários com DM, os quais foram realizados exames físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio o e medida sua sensibilidade, avaliação importante na evolução e complicação desta doença. Sempre damos orientação individual e coletiva. A avaliação dos pés foi feita em 100% dos idosos acompanhados e foi realizada pelos os médicos e enfermeiras. No primeiro mês dos 20 idosos com DM acompanhados todos tiveram examinados; no segundo mês 35(100%) idosos com DM receberam esta ação, e no terceiro mês 65 pessoas idosas e com diabetes estavam com exame apropriado dos pés em dia, 100%.

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

**Meta 2.6.** Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Para os 321 idosos avaliados nestes três meses de intervenção, na consulta e na visita domiciliar foram solicitados exames complementares. No primeiro mês 103 idosos (100%), no segundo mês 185 idosos (100%) e no terceiro mês 321 pessoas idosas (100%). Previamente foi conveniado entre os gestores de saúde e hospital para a prioridade da realização de exames neste grupo, assim foi dada prioridade no agendamento e na hora de ser realizado o exame. A amostra de sangue do idosos acamados ou com problema de locomoção sempre foram solicitados pelo médico ou enfermeiro, também foram recebidos e comentados os resultados. Nas capacitações realizadas com as equipes se falou sobre a importância da realização de exames complementares periódicos para os idosos, também na palestra educativas durante o atendimento, a idosos e familiares e comunidade.

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

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas. No primeiro mês de intervenção dos 103 usuários cadastrados no programa saúde da pessoa idosa 46(44,7%) tinham prescrição da farmácia popular, no segundo mês dos 185 cadastrados 99(53,5%) apresentavam prescrição da farmácia popular, e no último mês de intervenção dos 321 acompanhados 196(61,1%), dados apresentados na Figura 2. Estamos diante de uma população de alto risco em desenvolver doenças crônicas não transmissível, felizmente, de forma regular, temos os medicamentos em existência na farmácia para em caso da secretária de saúde não ter como disponibilizar temos como dar um jeito e compra para usuários idosos que os necessitem. Todos os membros da equipe estão preparados para alertar e avaliar o uso regular de medicamentos a usuários com prescrição.

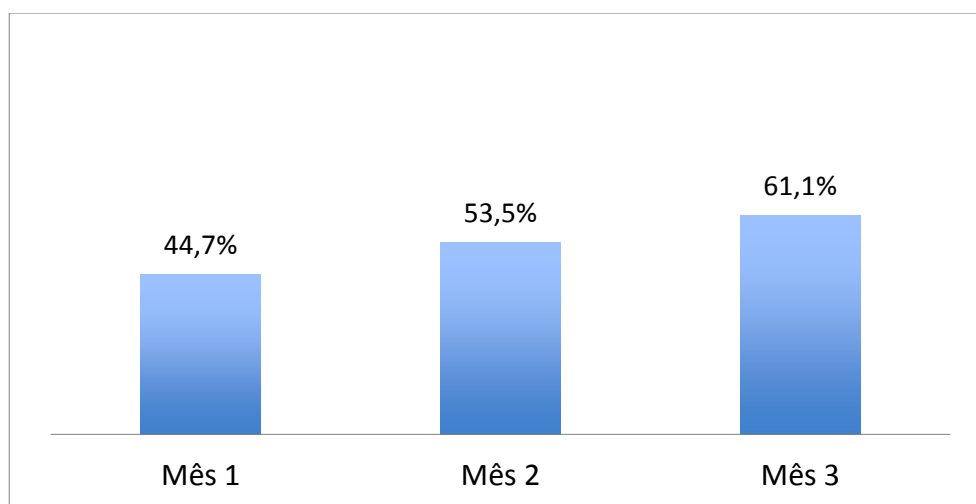


Figura 2. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.

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

**Meta 2.8.** Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Todos os membros da equipe foram capacitados para cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, o qual foi feita sem dificuldades, no mês 1 foram cadastrados 17 idosos, no mês 2 cadastrou-se 25 e no mês 3 cadastramos e acompanhamos 42 pessoas idosas acamadas ou com

problema de locomoção, 100% dos existente no área adstrita da UBS, que representa os 13,8% das pessoas idosas da área, e não se corresponde com as estimativa de 8% da população idosa, pois está acima desta.

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

**Meta 2.9.** Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

A visita domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adstrita, sendo sempre organizada. Nesta visita é possível estabelecer juntos aos familiares um suporte mais adequado as necessidades específicas da pessoa idosa realizadas sempre em companhia do ACS da área. Os resultados alcançados de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar foi: no mês 1, dos 17 idosos cadastrados, 14 (82,4 %) receberam visita domiciliar, no mês 2 foram cadastrados 25 e todos receberam visita domiciliar (100%) e no mês 3 foram cadastradas 42 pessoas idosas e manteve-se a visita domiciliar a todos usuários. Dessa forma somente no mês 1 não alcançamos os 100%. As causas foram as frequentes chuvas ocorridas no município conforme comentadas anteriormente, pelo que foram recuperados no mês seguinte. Resultados apresentados na Figura 3.

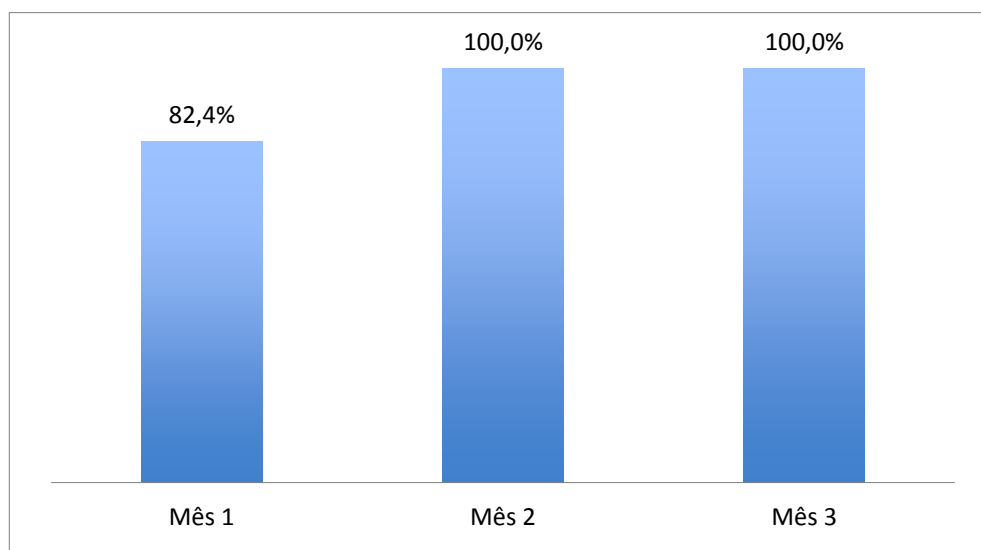


Figura 3. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.

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

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

Previamente capacitados por médico odontologista e estudando o caderno de atenção básica para idoso (médico e enfermeiro), realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas. Os resultados alcançados durante o primeiro mês foi de 103 idosos cadastrados, avaliados 103 (100%), no segundo mês 185 foram avaliados (100%), e no terceiro mês encerramos com um total 321(100%) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, alcançando 100% da meta planejada.

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

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

Durante todo o desenvolvimento da intervenção, o atendimento odontológico foi um de nossos maiores problemas. No início poucos turnos e depois ficamos sem odontólogo, até o momento com os resultados da intervenção mais abaixo que o esperado: no primeiro mês dos 103 idosos cadastrados, 14 (13,6%) tiveram consulta odontológica programática, no segundo mês cadastrado dos 185 e acompanhados 30 (16,2%) receberam esta ação, e no terceiro mês terminamos com um total de 321 idosos cadastrados e mantivemos a avaliação para os 30(9,3%) usuários. Não foi possível alcançar 100% da meta planejada, e que a única solução é contratar pelo menos dois médicos odontólogos, cabe ressaltar ser bem difícil por conta falta de vontade dos profissionais em trabalhar no município do interior de Amazonas. Resultados apresentados na Figura 4.

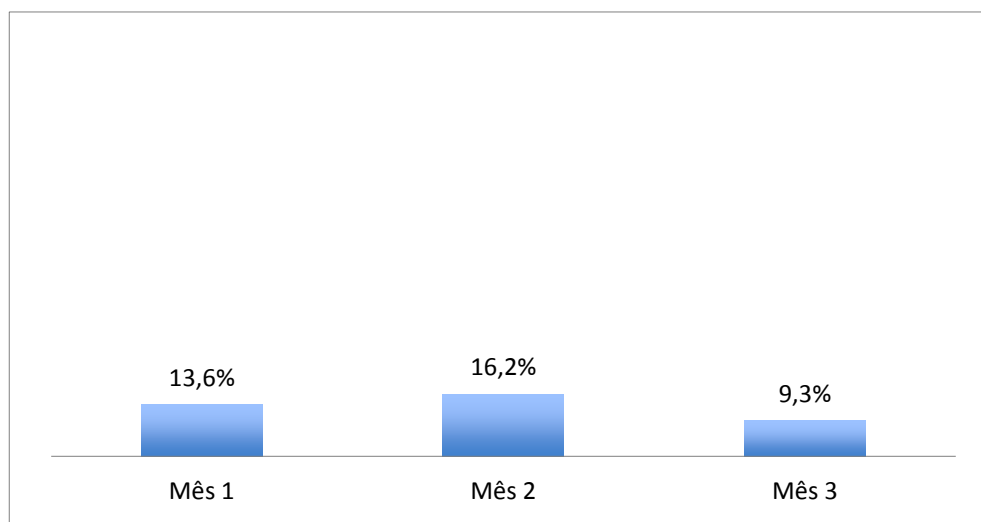


Figura 4. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.

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

**Meta 2.12.** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Avaliar alterações de mucosa bucal nos usuários idosos é muito importante, principalmente para a prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal. Realizamos avaliação da pessoas idosas durante o atendimento clínico, os resultados durante o primeiro mês foram de 103 idosos avaliados (100%), no segundo mês dos 185 cadastrado todos receberam esta ação e no terceiro mês terminamos com um total de 321 idosos cadastrados, alcançando na avaliação de alterações de mucosa bucal 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

**Meta 2.13.** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Realizamos avaliação da necessidade de prótese dentaria em 100% das pessoas idosas cadastradas, os resultados durante o primeiro mês foram de 103 (100%) idosos avaliados, no segundo mês 185 (100%) e no terceiro mês terminamos com um total de 321 idoso cadastrados e todos os 321(100%) com avaliação alcançando, assim, 100% da meta planejada. A avaliação foi feita pelo médico ou enfermeiro, encontrando se falta de solução pelos gestores de saúde para a realização de prótese dentaria a usuário com necessidade.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso.

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

Em relação a proporção das pessoas idosas faltosas as consultas programadas, se realizou a busca ativa deles com os ACS que são ferramentas fundamentais nesta busca e que foram capacitados em reunião feitas durante a



intervenção, com os seguintes resultados: no primeiro mês tivemos 6 faltosos as consultas e todos foram buscados, no segundo mês dos 14 faltosos todos receberam busca ativa, e já no terceiro mês tivemos 36 faltosos e 100% deles receberam busca ativa, e foram agendados novamente pelo enfermeira.

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

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

Para a proporção de pessoas idosas com registro específico adequado conseguimos manter 100% de qualidade nos três meses de intervenção. No primeiro mês de 103 idosos cadastrados todos tinham registro adequado, no segundo mês foram cadastrados 185, e 100% com registro específico adequado no terceiro mês dos 321 acompanhados 100% tinham registro satisfatório. Para todos os usuários foram preenchidos e atualizados a ficha espelho. Também toda a equipe foi capacitada e treinada para manter o registro específico atualizado.

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

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

A caderneta de saúde da pessoa idosa é um instrumento valioso que auxiliar na identificação das pessoas idosa frágeis ou em risco de fragilização e possibilita o melhor planejamento e organização das ações. A distribuição de caderneta de saúde da pessoa idosa se comportou da seguinte forma: no primeiro mês todos os 103 idosos cadastrados receberam a caderneta, no segundo mês foram cadastrados 185 e 100% recebeu este instrumento, e já no terceiro mês foram cadastrados 321 idosos e 100% receberam a caderneta de saúde. Durante a intervenção foram preenchidas, entregues e atualizadas por todo os membros da equipe.

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

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

Relacionado com o indicador de rastrear as pessoas idosas para risco de morbimortalidade, os resultados alcançados foram de 100% durante três meses de intervenção. Rastreados, 103, 185 e 321 idosos do mês 1 ao mês 3 respectivamente.

Fizemos o rastreamento no atendimento clínico, na consulta ou domicílio, em cada pessoa idosa, já que neste grupo de usuários são frequentes doenças como HAS, DM, hipercolesterolemia entre outras, e que não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento e se controlada adequadamente reduz significativamente morbi-mortalidade. Orientamos sempre os usuários, familiares e cuidadores sobre como reconhecer algum dos sinais e sintomas das doenças crônicas, já que não há uma causa única para essas doenças, mas sim vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

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

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

Se torna importante identificar precocemente os sinais e sintomas que sugerem a instalação da síndrome de fragilização, e frente a eles, é possível adoção de medidas de intervenção específicas que contribuam para a eliminação ou postergamento deste processo. Durante a intervenção foi investigada a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas cadastradas, durante o primeiro mês foram 103(100%) idosos, no segundo mês 185(100%), e no terceiro mês 321 (100%). Considero o trabalho dos ACS como importante ferramenta no reconhecimento dos possíveis sinais, fundamental dada sua constante presença na comunidade e contato frequente com a população.

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

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

A participação da rede social é um recurso indispensável para a atuação nas dimensões sociais neste grupo populacional. Ao observar como se comportou o indicador para avaliar a rede social das pessoas idosas, no início tivemos um baixo número de pessoas idosas com avaliação das redes sociais, com avanços nos últimos meses da intervenção. Durante o primeiro mês de 103 idosos cadastrados 27 (26,2%) receberam esta ação, no segundo mês dos 185 cadastrados 75 (40,5%) tiveram rede social avaliada, e por fim no terceiro mês dos 321 cadastrados 122 receberam esta avaliação o que refletiu em 62% neste indicador. Foi possível alcançar os resultados pelas ações conjuntas, indicador que se continuará trabalhando no dia-a-dia no serviço para atingir a meta de 100%. Estes resultados são apresentados na Figura 5.

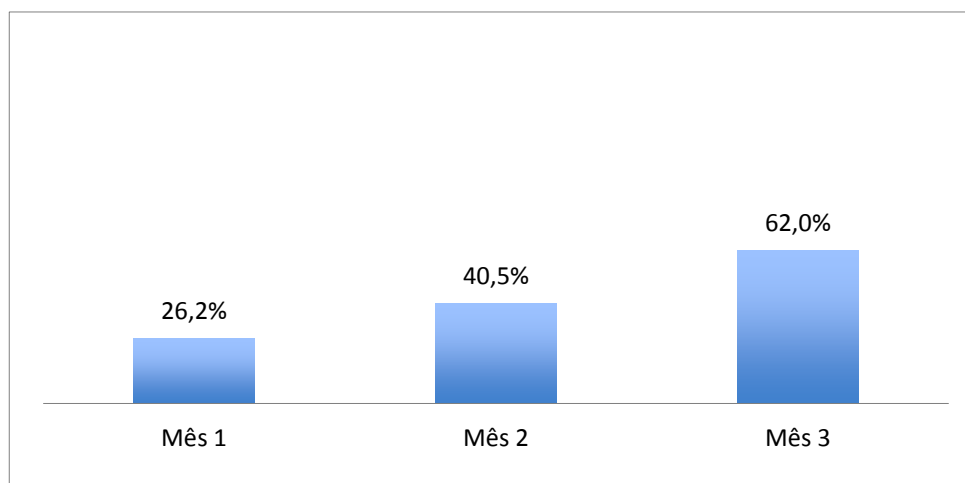


Figura 5. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia, na UBS São Francisco, Atalaia do Norte /AM.

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

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

O indicador referente a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis evoluiu da seguinte maneira, durante o primeiro mês de 103 idosos acompanhados todos receberam orientação nutricional, no segundo mês cadastrado 185(100%) recebeu esta ação, e no terceiro mês, mantivemos a cobertura de 100% para 321 pessoas idosas acompanhadas e com orientações gerais relacionadas a alimentação da pessoa idosa. Essas orientações foram feitas por todos os profissionais de saúde das equipes, junto com a nutricionista do município, capacitados por meio do estudo do Manual do Ministério da Saúde “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Essa ação foi muito importante e realizada tanto de forma individual como coletiva.

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

**Meta 6.2:** Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% pessoas idosas.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importante para as doenças crônicas associada a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. Quanto orientação para a prática regular de atividade física, o indicador também se comportou em 100% das pessoas idosas cadastradas nas 12 semanas do desenvolvimento da intervenção. Assim como as

atividade de promoção realizada em cada cenário (individual e coletivo), e por cada membro da equipe. Sua proporção foi no primeiro mês de 103 idosos cadastrados e 100% recebeu esta ação, no segundo mês 185 (100%) recebeu esta ação, e no terceiro mês 321 (100%).

**Objetivo 6:** Promover a saúde das pessoas idosas

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

Ao ver como se comportou o indicador referentes as orientações sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentarias (usuários com próteses), verificamos que esta ação foi realizada para 100% das pessoas idosas cadastradas. Cada usuário recebeu as orientações dos integrantes da equipe de saúde, seja na consulta, no domicílio, de forma individual e coletiva. Assim tivemos 103(100%) idosos orientados no primeiro mês, no segundo mês 185(100%), e no terceiro mês um total 321(100%).

De forma geral estes foram os resultados de nossa intervenção, quando demonstrado que alguns objetivos não conseguimos atingir a meta do 100% conforme o planejado, considerando que essas metas não dependem do tempo que foi desenvolvida a intervenção, sem o problema que não dependem do trabalho da equipe, mais sim dos gestores de saúde.

Mas sentimo-nos satisfeitos porque alcançamos melhoria dos indicadores de qualidade das pessoas idosas na UBS São Francisco Município Atalaia do Norte/AM. É preciso lembrar que a saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos, mas que a intervenção deve continuar na rotina do serviço e que o fechamento realizado é só a análise das ações prevista no projeto de intervenção e não do atendimento qualificado de atenção a saúde das pessoas idosas.

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS, São Francisco, no Município Atalaia do Norte/AM proporcionou a ampliação da cobertura e melhoria na qualidade da atenção a saúde das pessoas idosas. Além disso, proporcionou a melhoria dos registros em relação a este foco de intervenção, algo que não existia em nosso serviço de saúde e a qualificação dos atendimentos, feitos de forma integral e diferenciada a este grupo

de usuários identificando fatores de risco, alterações relacionadas as modificações fisiológicas, psicológicas e sociais e ocorrências de doenças crônicas.

A intervenção exigiu que as equipes se capacitassem para seguir as recomendações do protocolo de atenção de saúde da pessoa idosa do Ministério da saúde 2006. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde, ou seja, do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS, ficando estabelecido o papel de cada profissional na ação programática. Os médicos e enfermeiros seriam os responsáveis de realizar atenção integral, atendimento clínico incluindo avaliação multidimensional rápida na consulta ou domicílio, prescrever medicamento quando necessário, na solicitação de exames complementares e monitoramento da intervenção. Também é importante destacar que todos os profissionais da equipe participaram nas ações educativas relativas a saúde das pessoas idosas em nossa área de abrangência de acordo com o planejamento da equipe, tanto na sala de espera, como na consulta, no domicílio ou comunidade. Sendo os ACS os protagonistas em cadastrar as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado, além de preencher, entregar e atualizar a caderneta de saúde da pessoa idosa. As técnicas de enfermagem ficaram responsáveis pelo acolhimento dos usuários na unidade e de supervisionar o trabalho dos ACS, e junto com os mesmos realizaram busca ativa de idosos faltosos as consultas.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde da pessoa idosa eram somente centradas na função da medica. A intervenção reviu as atribuições da equipe visualizando a atenção a um maior número de pessoas com a participação de todos os profissionais das equipes, no acolhimento das pessoas idosas de forma humanizada, bem como a abordagem integral e resolutiva de atendimento. Dessa forma a intervenção foi importante para os profissionais da equipe pois sistematizou como deveriam ser os atendimentos. A intervenção retomou as obrigações e responsabilidades a cada um dos membros da equipe de saúde, bem como um melhor atendimento à demanda espontânea e classificação por grupos de risco no serviço.

A intervenção também foi importante para o serviço pois com a melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A intervenção tem sido significativamente importante para apoio a priorização do atendimento dos idosos, com uma melhor organização e fluxo durante acolhimento geral dos usuários na UBS.

Para comunidade o trabalho realizado foi importante, pois qualificou a atenção da população idosa assim como a identificação de pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização. O impacto da intervenção foi pouco percebido pela comunidade no primeiro momento, mas a medidas que a intervenção avançava a comunidade passou a ter conhecimento, interesse e a comprometer mais com o programa. Foi notável que os idosos, familiares ou cuidadores, e comunidade em geral demonstram satisfação e gratidão com a prioridade no atendimento, assim como em algumas ocasiões geram insatisfação na sala de espera de outros usuários, onde os membros das equipes aproveitaram o cenário para conversar e explicar a importância do motivo da priorização, para a qualificação da atenção à população idosa.

Nossa intervenção alcanço cobertura completa das pessoas idosas na área adstrita na UBS, sendo incorporada na rotina de trabalho. Pelo comportamento da comunidade durante e após o desenvolvimento da intervenção acreditamos que a população percebeu as mudanças feitas na organização do atendimento individual e das atividades de grupo, permitido prestar atenção continua às necessidades de saúde da pessoa idosa.

Sem fossemos realizar a intervenção neste momento, ela poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido as atividades que vinha desenvolvendo. Sem dúvida, se tivéssemos iniciado a discussão das atividades bem antes, integrando as equipes de saúde e articulando com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção a pessoa idosa e discutindo a melhor maneira de implementar isto talvez os resultados seriam melhores. Agora estamos no fim do projeto, tenho a certeza que as equipes estão integradas e com a experiência adquirida durante a intervenção, as dificuldades encontradas, seriam superada no trabalho diário, já que vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço.

Como já descrito a intervenção será incorporada a rotina do serviço ou melhor já faz parte do trabalho diário de nossas equipes de saúde, para isso vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção a saúde das pessoas idosas; assim como atividade de promoção de saúde e orientação sobre enfoques de risco e de atendimento a demanda espontânea.

Com o trabalho em equipe estamos habilitados de superar as dificuldades enfrentadas nos três meses da intervenção e seguir a melhoria de qualidade da saúde do idoso. Como próximos passos para melhorar a atenção ao serviço fica a busca de

aperfeiçoar outros programas priorizado na APS como pré-natal, puericultura, atenção do controle e detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores em saúde do município Atalaia do Norte/AM,

Desde a terceira semana do mês de setembro de 2015 iniciou-se em nossa UBS São Francisco, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar atenção da saúde das pessoas idosas. Este foi o foco de nossa intervenção, sendo uma das ações programáticas, com um 56,9% de cobertura de pessoa de 60 anos e mais cadastrados e acompanhados no atendimento programado, também os indicadores de qualidade do atendimento deixavam a desejar.

A intervenção iniciou-se com uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção da pessoa idosa, do Ministério da saúde, 2006. Para nossa área de cobertura estimava-se que existiam 344 idosos de acordo com estimativas do cadernos das ações programáticas ofertados pelo curso de Especialização em Saúde da Família. Considerando que seria os mais próximos da realidade, propusemo-nos então alcançar a cobertura do programa da pessoa idosa em 100%, e melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram feitos cadastros de todas as pessoas idosas de 60 anos e mais existentes. No primeiro mês cadastramos 103 (29,9%) de idosos, seguido de 185 (53,8%) no segundo finalizamos com 321 idosos, o que representa uma cobertura de 93,3% (Figura 1).

Durante a intervenção realizamos ações educativas permanentes relativas a saúde da pessoa idosa individual e de grupo, fizemos contato com lideranças comunitárias, incluindo a igreja católica, no primeiro momento para falar sobre a importância das ações programáticas de atenção da pessoa idosa, solicitando apoio para o acompanhamento periódico na UBS. No segundo momento fizemos um contato para conhecer a percepção deste e da comunidade referente ao trabalho que estávamos realizando, o que nos ajudou bastante para melhorar o que estava acontecendo.

Em todas as semanas nos dois turnos de trabalho da UBS a equipe trabalhou nas ações planejadas, tais como atendimento clínico, fazendo avaliação integral dos usuários (avaliação multidimensional rápida, odontológica, risco para morbimortalidade, e avaliação para fragilização). Além disso entregamos diariamente as cadernetas da pessoa idosa, fizemos busca ativa diária de faltosos a consultas



bem como a realização de visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Em relação a proporção de pessoa idosa com exames complementares periódicos foram solicitados durante o atendimento clínico, assim como o rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus com exame apropriado dos pés.

Também para alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa, foram feitas atividades educativas de promoção da saúde na comunidade. Foram capacitadas as equipe para promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável”, bem como a realização de atividade física regular e higiene bucal.

Em relação a proporção de pessoa idosa com a primeira consulta odontológica programática, não conseguimos alcançar esta meta, por falta de odontólogo, mas conseguimos que os médicos e as enfermeiras fizessem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o atendimento clínico, além da avaliação de alterações de mucosa bucal e necessidade de próteses dentária.

No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da família, estas ações programáticas como as demais ações na atenção primária em saúde, são muito importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo. Com nosso trabalho, o maior desafio na atenção a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, sendo que os funcionários de saúde e a população em geral, precisam do apoio dos gestores municipais de saúde na parte logística e assistencial, incluindo solução para melhora do atendimento odontológico da população, bem deficiente neste momento no município, para melhor desenvolvimentos das ações de saúde da UBS

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

Prezada comunidade do bairro centro do Município de Atalaia do Norte,

Durante os últimos três meses, realizamos em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), São Francisco, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar atenção da saúde da pessoa idosa na faixa etária de 60 anos e mais, já que identificamos que este programa estava deficiente na qualidade do atendimento, para obter uma avaliação integral para as pessoas em seu processo de envelhecimento. A avaliação integral torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, acompanhamento e um julgamento clínico adequado, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas.

Por isso, foi necessário o trabalho em equipe, que se responsabilizam pela saúde da população e foram realizadas ações, como palestras coletivas com nossa comunidade (vocês), as atividades de grupo de usuários idosos, familiares ou cuidadores, informando a vocês sobre a importância de realização das consultas e esclarecimentos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e atividade educativa de promoção da saúde sobre hábitos saudáveis.

Também para realizar a intervenção nos reunimos com as lideranças comunitárias como parte de vocês e foram capacitados no protocolo de atenção a saúde da pessoa idosa. Além disso tivemos encontros com os líderes da comunidade e a comunidade para conhecer e sentir de perto a avaliação de nosso trabalho, o que nos ajudou consideravelmente para melhorar o já tínhamos realizados e finalizar a intervenção satisfatoriamente.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram feitos cadastramento e atendimento clínico na consulta na UBS a os 321 idosos existente em nossa área e

houve acompanhamento no domicílio dos 42 acamados o com problema de locomoção que não podiam se deslocar até a UBS.

Informa-se que a principal dificuldade encontrada está relacionada com avaliação odontológica a usuários idosos que necessitam, por falta de odontologista que sempre tem sido um problema do atendimento deste serviço em nosso município, mas que este problema não será esquecido. As ações desenvolvidas e a forma de trabalho estão sendo incorporadas a rotina diária do serviço da unidade, consciente de que os desafios fazem parte do dia a dia do trabalho sempre encontraremos alternativas e soluções para cada um dos problemas que se apresentem.

É muito importante continuar a divulgação para toda a população da área de abrangência de nossa UBS sobre o protocolo de atenção a saúde da pessoa idosa e destacar que todo o trabalho de nossa equipe é proporcionar condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa já que neste grupo de usuários são frequentes doenças crônicas e se controladas adequadamente reduzirão significativamente morbimortalidade.

Podemos considerar que ainda há muito o que fazer, além do mais temos a certeza que o apoio de os cidadãos e as comunidades juntos as equipes de saúde trabalharem no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas, e contribuirão para uma atenção integral, ou seja, a organização do cuidado para essa população vista a garantir a integralidade da atenção a sua saúde e bem-estar coletivo, sejam bem-vindo.

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

Depois de nosso estudo no Curso de Especialização em Saúde da Família, estamos em condição de fazer uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante este tempo. Bom uma experiência nova para mim foi a realização de um curso a distância, nunca tinha participado de uma atividade nesta modalidade, o que trouxe durante o andamento dele, muitas expectativas e dúvidas que foram esclarecidas e superadas.

Até a plena ambientação na utilização e navegação nas ferramentas e instruções que recebi no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), foi muito importante para mim e de grande valia, todo o material oferecido pela universidade, sendo uma ferramenta que nos permitiu aperfeiçoar nosso trabalho e conhecer mais sobre o SUS do Brasil.

Apesar de nossa experiência de trabalho como médico da família em nosso país, foram experiências novas já que cada país tem sua própria estratégia no funcionamento do modelo de Estratégia de Saúde da Família, tendo o mesmo objetivo que é oferecer melhor qualidade de atenção integral a saúde da população, sendo importante conhecê-la para oferecer dentro da realidade que atuamos melhor atenção médica. Outra experiência nova, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde a outras maneiras de organização da atenção básica.

Vale ressaltar a existência dos protocolos do Ministério de saúde da Brasil, que ajudou muito na realização do projeto de intervenção e para nosso trabalho diário, assim como as orientações oferecidas pelos orientadores durante o desenvolvimento deste trabalho, que nos serviram de apoio e motivação em cada adequação e propostas sugeridas, apesar de trocar de orientador na meta do andamento da intervenção que influenciou no processo de aprendizagem no primeiro momento.

Tenho a certeza de que ambas orientadoras são profissionais preparadas e com conhecimento total de seu trabalho, pois sempre tive algo que aprender com elas, com sua sugestão e recomendações.

Também durante o andamento do trabalho tivemos muitas dificuldades em relação a internet dos municípios do interior de Amazonas, dificultando muitas vezes o acesso ao curso por problemas de conexão, assim como fazer conversa frequente no fórum coletivo e de clínica, com colegas e orientadores, para enriquecer nossa aprendizagem.

Acredito que já nesta etapa final, a Especialização em Saúde da Família aumentou nossos estudos e aprendizagem, fortalecendo cada um de nós para que possamos ter maior potencial de aprofundar os princípios da ESF na atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades no país. Tudo isto foi possível pelo ensino a distância que pode ser feito de qualquer lugar do país, tendo o curso alcançado as expectativas e anseios que tive inicialmente.

## Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, 2006. Caderno de atenção Básica n.17.

Ministério da Saúde. Atenção à Saúde de pessoa Idosa e Envelhecimento. Serie Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília -2010.

BRASIL. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. Diretrizes papercusora o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa. Maio 2014

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis, Sep. 2010.

## **Apêndices**

**Apêndice A – Fotos de atividades realizadas com os idosos participantes da intervenção**







## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



## Anexo B - Planilha de coleta de dados (continuação)

Digite apenas nas células em **VERDE**.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área								<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p> <p>Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.</p>
Número total de idosos residentes na área e <b>acompanhados</b> no programa de Saúde do Idoso				Mês 1	Mês 2	Mês 3		<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p> <p>Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde da Pessoa Idosa. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde da Pessoa Idosa instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (F&amp;A) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.</p>
Número total de idosos residentes na área que estão acamados ou com problemas de locomoção				Mês 1	Mês 2	Mês 3		<p>Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de</p>
*Estimativa de idosos no território								
População total								<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</p>





## **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