

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas – UFPel**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Josefa Savedra, Novo  
Airão/AM**

**Arnoldo Olivera Gonzalez**

**Pelotas, RS**

**2015**

**Arnoldo Olivera Gonzalez**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Josefa Savedra, Novo  
Airão/AM**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS como requisito para aprovação na unidade de análise estratégica.

Orientador: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G643m González, Arnaldo Oliveira

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Josefa SAVEDRA,  
Novo Airão/AM / Arnaldo Oliveira González; Monica Bergmann Correia  
Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso  
4. Assistência domiciliar 5. Saúde Bucal I. Vohlbrecht, Monica  
Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Ao meu país, Cuba, e ao Brasil pela oportunidade que me foi dada em compartilhar tamanha experiência.

À minha família, que é minha razão de existir, por confortar minhas angústias e estimular continuamente meu desenvolvimento profissional.

À orientadora Mônica B. C. Vohlbrecht pelo incentivo constante, orientação e ajuda das atividades deste Trabalho de Conclusão de Curso.

A toda minha equipe da Unidade Básica de Saúde Josefa Savedra, de Novo Airão/AM.

À comunidade do município, em especial a todos os participantes do grupo de idosos de nossa área pela participação, acolhimento, interação com nossa equipe e por aceitarem fazer parte deste projeto.

## Resumo

GONZALEZ, Arnaldo. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Josefa Savedra, Novo Airão/AM.** 2015. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A promoção da saúde da população idosa se dá porque o Brasil será um dos países com taxas mais elevadas de população idosa nos próximos anos. Por isso torna-se um desafio para a Atenção Primária à Saúde, mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este trabalho trata-se da implementação de uma intervenção para melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Josefa Savedra, Novo Airão/AM. Os objetivos específicos foram: ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar a adesão dos idosos ao Programa, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco da área de abrangência, promover a saúde dos idosos. Nossa área de abrangência tem uma estimativa de 206 idosos e a intervenção foi feita em 12 semanas com 136 idosos cadastrados correspondendo a uma cobertura de 100% dos usuários idosos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Ações foram realizadas em quatro eixos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Realizou-se exame clínico e solicitaram-se exames complementares, de acordo com o protocolo, prescreveram-se medicamentos da Farmácia Popular, avaliou-se a necessidade de atendimento odontológico, buscaram-se ativamente faltosos às consultas, registraram-se adequadamente informações para o acompanhamento dos usuários, realizaram-se estratificação de risco cardiovascular e orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e a higiene bucal. Conclui-se que a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas por meio do acolhimento mais efetivo, do cuidado integral e contínuo em equipe multidisciplinar são estratégias que favorecem a superação das dificuldades no controle das doenças, promovendo a adesão ao tratamento e a qualidade de vida desses usuários do sistema de saúde.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção a saúde do idoso na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	51
Figura 2	Proporção de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	52
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	52
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	53
Figura 5	Proporção de idoso com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	55
Figura 6	Proporção de idoso com avaliação de rede social em dia na Unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.	56
Figura 7	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Novo Airão/AM, 2015.	57
Figura 8	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Novo Airão/AM, 2015.	58
Figura 9	Proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia. Novo Airão/AM, 2015.	58
Figura 10	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Novo Airão/AM2015.	59
Figura 11	Proporção de idoso com avaliação de rede social em dia na unidade de Saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM,	60

2015.

Figura 12	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Novo Airão/AM, 2015.	61
Figura 13	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em Novo Airão/AM, 2015.	61

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Ecocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa de saúde da família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de informação da Atenção básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VDRL	Teste do vírus da sífilis



## Sumário

Apresentação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1 Análise Situacional .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2 Análise Estratégica .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1 Justificativa .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2 Objetivos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2.1 Objetivo geral .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 Metodologia .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.1 Detalhamento das ações .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.2 Indicadores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.3 Logística .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.4 Cronograma.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3 Relatório da Intervenção.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4 Avaliação da intervenção.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 Resultados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2 Discussão .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5 Relatório da intervenção para gestores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Referências .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## **Apresentação**

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela Equipe de Saúde da Família da UBS Josefa Savedra, do município de Novo Airão, no estado do Amazonas. O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade.

O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. Ainda constam os relatórios voltados para os gestores (item 5) e para a comunidade (item 6). O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do especializando e por fim traz a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como seus apêndices e anexos.

## **1. Análise situacional**

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

Trabalho em uma UBS que acabou de ser inaugurada, com o nome de Josefa Savedra, esta foi construída a partir de uma casa reformada e alugada pela Secretaria da Saúde do município, já que nossa UBS final começará a ser construída nos próximos meses. Sua localização é distante do centro da cidade, atende uma população ribeirinha, já que muitos indivíduos vivem na margem do Rio Negro, onde o saneamento e a higiene não são os melhores, então nosso trabalho pretende inverter esta situação.

Nossa equipe conta com médico, farmacêutica, enfermeira, técnica de enfermagem, motorista, recepcionista e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para quem são passadas informações sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e riscos de acidentes em casa. Todas as sextas-feiras têm atendimento odontológico e nos demais dias esse serviço é prestado nas escolas da Comunidade.

Em curto período de tempo pretendemos alcançar a incorporação das mulheres grávidas e crianças menores de um ano à nossa consulta, bem como manter o controle de doenças como DM e HAS. Com relação ao trabalho em equipe, esperamos alcançar progresso na prevenção e controle de doenças. Nossa unidade, embora pequena, não conta com todas as condições, já que é em uma casa, mas trabalhamos como uma equipe e temos o apoio da prefeitura.

Uma vez por mês fazemos ações de saúde em conjunto com todas as Secretarias do Município, isto ocorre no último sábado do mês. Também atendemos consultas na margem do Rio, nas comunidades, para apoiar outra UBS de nosso município. Não fazemos atendimento em barcos, vamos para as

escolas e realizamos palestras educativas, assim também treinamos nossos ACSs no controle da Pressão Arterial e realização do teste de glicemia. Nosso trabalho é em equipe e estamos em um processo organizacional para o melhor atendimento aos nossos usuários, nós começamos as consultas as 7:00 horas e terminamos às 11:00 horas da manhã, à tarde começamos as 13:00 e se conclui as 17:00 horas. Fazemos visitas domiciliares nas quintas-feiras, sendo que se algum usuário precisar de nossa presença por doenças agudas vai a qualquer dia.

Temos relações de trabalho e apoio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Não temos em nosso município Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os usuários que precisam são transferidos para um município nas proximidades. Sobre o hospital, temos que dizer que nós não temos apoio, está em reforma durante vários meses e, muitas vezes, não tem médicos para atendimento de urgência e emergência, quando realizamos as referências da UBS os usuários são cuidados por enfermeiras e retornam novamente, assim afetando a qualidade do atendimento, esta situação é conhecida pelos supervisores e gerente municipal.

Em nossa UBS, podemos fazer o teste para malária e temos um grupo de medicamentos básicos, mas nem sempre chegam a ser suficientes, pois a demanda é grande. Não temos internet em nossa unidade, mas estamos confiantes de que nosso trabalho vá na direção certa, precisamos de muito ainda para ser feito pela saúde da nossa comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município Novo Airão, se localiza na parte nordeste do Estado do Amazonas, a 180 quilômetros da capital, via terrestre. Foi fundado no dia 19 de dezembro do ano de 1955 e, é um dos poucos municípios que tem acesso via fluvial pelo Rio Negro e terrestre com a capital, sua população é de 16.143 habitantes, sua economia sustenta-se na pesca, artesanato, construção naval, turismo e outros serviços.

Com relação ao sistema de saúde, pode-se referir que conta com quatro UBSs, todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF), não têm unidades tradicionais e nas quatro UBS temos disponibilidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nota-se que apenas uma tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), não se dispõe de atenção especializada, em certos casos realiza-se termos de referência para instituições estaduais. O município tem um hospital de Unidade Mista, que no momento encontra-se em reforma, funcionando uma sala de pronto socorro com duas camas de observação, onde na maioria das vezes não tem médico, além disso, lá está localizado um pequeno laboratório clínico.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) não se tem possibilidade de realização de exame de laboratório, Raios-X, Ultrassom, nem ecocardiograma (ECG), a atuação dos médicos é meramente clínica, ou seja, fazemos diagnósticos só com a clínica, porque não temos os exames descritos, além de fazer promoção e prevenção. Os usuários que precisam de certos serviços tem que marcar com antecedência de 15 a 30 dias. Esses atendimentos acontecem no hospital da capital estadual, observa-se que o traslado provoca espera dos usuários e demora em obter os resultados.

A UBS Josefa Savedra foi inaugurada há três meses, atualmente, conta com uma equipe completa de profissionais da saúde, atendendo a população da zona urbana e rural do Rio Negro. Está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através dos hospitais que pertencem ao SUS, através de referências e contra referências de usuários, além do sistema de capacitação.

Realizam-se palestras em instituições de ensino com o objetivo de fazer promoção de saúde, no entanto, precisam-se incrementar estas atividades.

A atenção da ESF conta com uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, uma técnica em farmácia, oito agentes de saúde, uma recepcionista, um microscopista e uma auxiliar de serviços gerais. Há uma equipe de odontologia composta por um dentista e um técnico que atende só as sextas-feiras na UBS.

A estrutura física da unidade está formada por: Recepção, dois consultórios, dois banheiros, sala de curativo (pequena) e um local adaptado para fazer o teste de malária. Não existe sala de vacinas, sala de nebulização, escovário, sala de esterilização, abrigo para resíduos sólidos, sanitário para deficientes físicos e cozinha, tampouco sala de reuniões e educação em saúde, que são de grande importância para um bom atendimento. A UBS não comporta atendimento odontológico, devido ausência de espaço físico, mas é feita em um trailer, nota-se que o acesso a este serviço é por uma inclinação, o que dificulta para os usuários cadeirantes. O ambiente é limpo e organizado, além disso, a sala do médico e da enfermeira está climatizada. É importante destacar que está previsto para começar a construção de uma nova UBS nos próximos meses, o que é de grande valia.

Nota-se como atribuições positivas da equipe: levar saúde à comunidade da zona urbana e rural, fazendo atendimentos a todos os usuários necessitados. Também se faz visita domiciliar a idosos, acamados, grávidas, crianças e a outras pessoas com necessidades. Com esse serviço se vai às comunidades de difícil acesso onde nunca havia ido um médico, aumentando o grau de satisfação dessas comunidades. É fundamental continuar incrementando a capacitação aos agentes de saúde e continuar oferecendo a nossos usuários o melhor trato, continuar nosso esforço em prevenir doenças que é melhor que sarar. Os profissionais têm que ter por objetivo organizar adequadamente as tarefas e atividades.

A área de abrangência tem uma população adstrita de 3.014 pessoas, em 412 famílias. Distribuídas por grupo de idade e sexo, é uma população grande, mas distribuída em bairros e comunidades distantes, onde a equipe utiliza o tempo requerido para atendimento da mesma, estando estruturada adequadamente a equipe para o tamanho na área adstrita. A problemática está no planejamento adequado, assim como nos recursos que a equipe necessita, como: para o traslado, medicamentos, insumos e outros.

Quando a equipe programa o trabalho para cada semana do mês, sempre se deixa um dia ou dois da semana, pela manhã ou pela tarde para atender os

casos agendados, por exemplo, pelo programa HIPERDIA. Os pontos positivos de atenção à demanda espontânea estão contemplados nesta UBS, pela capacidade que tem a equipe para o atendimento de pronto socorro. Não existe excesso de demanda, nos dias que atendemos os usuários agendados, se chega outro usuário que precisa de consulta avalia-se a necessidade que ele tem de ser atendido e faz-se a consulta.

Em relação à saúde da criança, nossa UBS tem 114 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, dessas 39 crianças tem menos de um ano, 61% de acordo com o caderno de ações programáticas, pois a estimativa é que na área tenham 64 crianças menores de um ano e, todas as 39 (100%) tem feito teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, 35 (90%) tem cartão de vacinas atualizado. Todas as mães das 39 (100%) crianças recebem orientação para aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, 39 (100%) familiares foram orientados sobre as medidas mais importantes para prevenir acidentes domésticos com crianças, problema que acontece em muitas famílias e, é causa de morte infantil.

As principais deficiências presentes estão relacionadas com a realização da triagem auditiva e com a avaliação da saúde bucal que se realiza com dificuldade. Dentro das ações de atenção à saúde a equipe faz captação de criança recém-nascida, consulta de puericultura, campanhas de vacinação, amamentação exclusiva e visitas domiciliares, amplia a cobertura e melhora a saúde bucal, fazemos palestras, atividades práticas no manejo da alimentação e higiene das crianças. As ações estão estruturadas de forma programática, adotando um protocolo de ação que conta com um registro específico para realizar monitoramento.

Neste momento a UBS tem 42 gestantes, totalizando 93% da estimativa do caderno de ações programáticas, já que a estimativa para a área é de 45 gestantes. Quanto aos indicadores de qualidade, podemos fazer um esforço no sentido de melhorar, mais precisamente, porque são muitos os passos a seguir para que a avaliação desse indicador seja ótima. Os dados seguintes evidenciam os aspectos anteriormente falados, por exemplo: Das 42 gestantes

acompanhadas, 23 (55%) iniciaram pré-natal no primeiro trimestre, 12 (29%) realizaram exame ginecológico por trimestre.

Nota-se que se faz atenção ao pré-natal desde a captação das grávidas, assim como seguimento segundo planejado no protocolo brasileiro, com solicitações de exames laboratoriais, teste de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatite B e C, teste do vírus da sífilis (VDRL) e ultrassom.

Um aspecto positivo observado é que há grávidas que nunca haviam assistido a uma consulta médica e agora fazem seu controle de pré-natal. Nos aspectos negativos, o município não conta com laboratório para APS, nem ultrassom. A grávida é encaminhada a outro município distante para realização dos mesmos, comprometendo a atenção de qualidade. Há grávidas que não conseguem realizar todos os exames solicitados. Observa-se que a população concorda com as ações propostas, já que eleva a qualidade da atenção à saúde e comunidade.

Todos os membros da equipe participam nas atividades de educação em saúde que se efetuam nas comunidades, principalmente com as grávidas, enfocando as atividades de alimentação, exercícios físicos, vacinação, preparação para o parto e na amamentação exclusiva do futuro bebê.

Outra estratégia que deve ser lembrada é o controle do câncer de colo uterino, pode-se dizer que na unidade se faz exame de rastreamento de forma oportunista e organizada, realizada em um dia na semana, atende-se a todas as mulheres que chegam querendo realizar o exame. Quanto à cobertura acredita-se que existam muitos problemas, começando por tomar medidas para aumentar esse indicador, pois se tem um total de 521 mulheres entre 25-69 anos na área de abrangência chegando a 82% de cobertura, pois a estimativa de acordo com o caderno de ações programáticas é de 637 usuárias nessa faixa etária. Avaliando os indicadores de qualidade da prevenção do câncer de colo de útero, acredita-se que só olhando os resultados obtidos podemos facilmente concluir que há deficiências, por exemplo: Das 521 acompanhadas, existem 69 (13%) usuárias com exame citopatológico em dia e 452 (87%) mulheres com atraso de mais de seis meses.



Os dados anteriores demonstram a necessidade que tem na unidade básica de encaminhar ações de como planejar mais reuniões com a equipe de saúde, como programar a realização ordenada do exame de rastreamento para câncer de colo de útero. É importante destacar que se pode receber apoio das agentes de saúde que ficam mais próximas a nossas mulheres. Também realizar ações que promovam qualidade de vida, aumente o acesso dessas usuárias aos serviços de saúde para ampliar a cobertura, explicar mediante a realização de palestras a importância da realização da citologia a cada três anos e os fatores de risco que podem desencadear o aparecimento deste tipo de câncer.

Relacionado a isso, ainda é fundamental citar o câncer de mama, o rastreamento realizado na unidade é também feito de forma oportunista e organizada. Temos um total de 147 mulheres entre 50-69 anos atingindo 100% do índice de cobertura de acordo com o caderno de ações programáticas, dessas 32 (22%) estão com as mamografias em dia, temos 115 mulheres com mais de três meses de atraso equivalentes a 78%, 41 (28%) mulheres avaliadas com risco pra sofrer câncer de mama, 69 (47%) receberam orientação sobre a prevenção do câncer de mama. Além disso, é importante dizer que se realiza o exame clínico das mamas para aquelas usuárias que chegam com esse propósito.

Nota-se que a equipe de saúde deve planejar de forma organizada a realização de palestras, orientando sobre os malefícios do tabagismo, consumo excessivo de álcool, sobre como controlar o peso corporal por meio de uma boa alimentação, indicar mudanças nos estilos de alimentação que não sejam saudáveis, agendar consultas para mulheres com risco, fazer exame de mamas, indicar mamografia e ensinar como realizar o autoexame de mamas. Como positivo, devemos dizer que no município será instalado um novo mamógrafo, quando terminar a reforma do hospital, que ajudará a aumentar o número de testes realizados. Além disso, também é necessário abordar a questão do uso dos protocolos por todos os profissionais que prestam atendimentos a estas mulheres.

Considero de muita importância e necessidade de incrementar na UBS as ações que promovam acesso a informação sobre: no que consiste o câncer de

mama, quais são os grupos de risco, como podemos prevenir a doença, os sinais de alerta que precisam ser avaliados por um profissional, para todas as mulheres.

Já para a população de indivíduos com doenças crônicas como hipertensão e diabetes nota-se que existem 169 hipertensos acompanhados pela unidade, que alcança um percentual de 32% do índice de cobertura de acordo com o caderno de ações programáticas, já que a estimativa para a área de abrangência é de 535. Isso demonstra a necessidade de pesquisa nas áreas, as cifras concordam com os denominadores estimados no caderno, existindo um grupo numeroso de pessoas com cifras tensionais elevadas que não conhecem sua doença e não tomam medicamentos com o risco de sofrer um acidente vascular cerebral (AVC) ou outra complicação própria desta doença. Temos 90 usuários que representam 53% com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 72 (43%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 21 (12%) com exames complementares em dia, já que não tem hospital operativo, 145 (86%) usuários com orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável.

Com relação à avaliação de saúde bucal em dia, temos 32 (19%) usuários avaliados, a causa desta problemática é que as consultas odontológicas ocorrem em um só dia da semana. Em relação aos usuários diabéticos dos 153 estimados só temos 47 (31%) acompanhados na unidade, abaixo do estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), isto indica a necessidade de atualizar o cadastro. Temos 12 (26%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e com avaliação de saúde bucal em dia tem 21 (45%), deficiência que deve melhorar, nota-se que estas pessoas têm que se locomover das suas comunidades até a zona urbana para receber atendimento médico.

A UBS adota um protocolo ou manual técnico e conta com um registro específico de cada doença crônica, além de realizar monitoramento regular destas ações, descrevendo em seu prontuário de consulta as observações encontradas, assim como o tipo e quantidades de medicamentos que consomem individualmente. No aspecto positivo de atendimento aos usuários portadores de doenças crônicas, podemos sinalizar a presença da equipe de saúde em cada comunidade dando seguimento, orientações referentes à dieta, exercícios e

compartilhando não só com o doente, mas também com os familiares. Negativamente influem no atendimento a falta de laboratório clínico, Raios-X, Ultrassom, ECG, oftalmoscópio, assim como as possibilidades de inter-consultas com especialista.

A população acolhe positivamente o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, recebendo uma atenção de qualidade, as atividades de educação em saúde que se desenrolam nas próprias comunidades com todos os integrantes e membros da equipe.

Dentro dessa lógica não se pode deixar de abordar o envelhecimento populacional que constitui um dos maiores desafios, especialmente em países em desenvolvimento, nos quais este fenômeno vem ocorrendo de forma acelerada e em ambientes de grandes desigualdades sociais, portanto, transpassa a mera questão das quantidades e, é um desafio para os profissionais de diversas áreas.

Na UBS se faz atendimento as pessoas idosas todos os dias, além das visitas domiciliares, as quais têm incluídos entre os grupos priorizados os indivíduos da terceira idade. Existem nessa área de abrangência 136 idosos acompanhados, totalizando 75% da estimativa do caderno de ações programáticas, já que esse demonstra uma estimativa de 182 idosos na área de abrangência, cifra que indica que é preciso aumentar as ações para favorecer o aumento dessa cobertura. A UBS precisa melhorar os indicadores de qualidade, avaliados como baixos. Dos 136 usuários idosos que são acompanhados adverte-se que com caderneta da Saúde da pessoa idosa existe apenas para 39 (29%) indivíduos. Com realização de avaliação multidimensional rápida temos 97 (71%) idosos. Acompanhamento em dia 90 (66%), apresentando HAS 95 (70%) idosos. Com manifestação de Diabetes Mellitus 21 (15%) e com avaliação de saúde bucal em dia apenas 15 (11%) indivíduos. A atenção à saúde da pessoa idosa exige conhecimento sobre alterações decorrentes do processo de envelhecimento normal e também sobre as doenças típicas dessa etapa do ciclo de vida, assim como a compreensão de todo meio em que o idoso vive.

Dentro da atenção à saúde do idoso, esta UBS realiza as tarefas a serem desenvolvidas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à

promoção da saúde, observando as incapacidades e a manutenção das capacidades funcionais da pessoa idosa, evitando-se, assim hospitalizações, internações permanentes em asilos e outras formas de isolamento.

A equipe de saúde faz palestra para idosos e suas famílias sobre componentes nutricionais, atividades físicas, comportamento preventivo, controle do estresse e componente de relacionamento, tratando a pessoa de acordo com sua idade, orientando as famílias que são importantes, que continuem compartilhando os momentos de suas vidas, que demonstrem o quanto a estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem. É muito importante escutar e valorizar o que o idoso fala, suas preocupações, dando-lhe participação nas decisões da família. A saúde do idoso está estruturada de forma programática, realizando monitoramento regular destas ações e fazendo avaliações periódicas da mesma.

Atividades de saúde bucal são realizadas pela equipe de saúde bucal com participação ativa dos demais integrantes da equipe de trabalho ações como conversas educativas sobre promoção da saúde, prevenção e controle de câncer bucal, higiene adequada dos dentes incluindo a higiene das próteses dentárias riscos do tabagismo, importância da consulta odontológica, além da realização de exames e diagnósticos odontológicos, as quais foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade. Apesar de existir dificuldades com a frequência dos atendimentos do dentista e as condições inadequadas da sala do dentista, por ser nossa UBS uma casa alugada, o que afeta o serviço aos usuários idosos.

Os maiores desafios que a UBS apresenta são com relação à necessidade de levar as comunidades uma atenção médica de qualidade, de forma sistemática, focado na prevenção de doenças e na promoção de saúde a todos seus integrantes, para promoverem qualidade de vida saudável.

Os melhores recursos que a UBS conta são na qualidade humana de sua equipe, sua capacidade de trabalho, seu humanismo, assim como sua experiência no trabalho de saúde da família.

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

Como comentário comparativo entre "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e este "Relatório da Análise Situacional", notou-se que o relatório é mais explicativo e melhor organizado com relação às ideias iniciais, a respeito do município, da estrutura física da UBS, das atribuições das equipes, da população da área adstrita, da saúde da criança, em relação ao pré-natal, à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, atenção aos hipertensos e diabéticos e à saúde dos idosos. Todas as atividades que foram elaboradas em um único relatório tendo uma visão de forma mais profunda e abrangente de nosso trabalho na UBS, para o melhor atendimento e desenvolvimento da intervenção proposta.

Também foi interessante avaliar os indicadores de cobertura e qualidade, preenchendo o caderno de ações programáticas, pois com essas ações tivemos a possibilidade de reconhecer onde estávamos errando e repensar sobre uma forma correta de executar ações para o melhoramento do trabalho.

O relatório realizado trouxe como principal diferença entre o texto inicial a possibilidade de análise mais profunda, nos permitiu enxergar que as barreiras a serem vencidas para se conseguir melhorar a atenção básica não se limitam basicamente à reforma da unidade, que é necessário. Creio que o estudo da análise situacional nos permitiu identificar questões mais subjetivas, assim como quais são as nossas fortalezas e que estratégias devemos planejar para chegar ao lugar que declaramos como nossa meta, ajustando ao que o Ministério da Saúde recomenda.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A importância da ação programática na promoção da saúde do idoso se dá porque o Brasil será um dos países com taxas mais elevadas de população idosa nos próximos anos. Por isso torna-se um desafio para a Atenção Primária à Saúde, mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2010).

Na área de abrangência da UBS Josefa Savedra existe uma população adstrita de 3.014 pessoas, em 412 famílias. Em minha área de abrangência existem 136 idosos, totalizando 75% de cobertura dessa população específica (conforme o Caderno de Ações Programáticas), cifra que indica que é preciso aumentar as ações para favorecer o aumento dessa cobertura, a qualidade da atenção à saúde desta população idosa pode melhorar trabalhando em equipe e com uma melhor organização do serviço.

As ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas são: palestra para idosos e suas famílias sobre componentes nutricionais, atividades físicas, comportamento preventivo, controle do estresse e componente de relacionamento, tratando a pessoa de acordo com sua idade, orientando as famílias que são importantes que continuem compartilhando os momentos de suas vidas, que demonstrem o quanto a estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem. O envolvimento da equipe é ótimo, assim será realizado treinamento para a tomada da pressão arterial, realização de glicemia e identificação de lugares na casa de possível queda. As principais dificuldades e limitações existentes são com relação à avaliação de saúde bucal que está sendo realizada em apenas 11% dessa população, muito baixa, já que o atendimento é em um dia na semana nos dois turnos, na qual se fazem extrações, obturações, limpeza, aplicação de flúor e o trabalho preventivo, as cirurgias e próteses, necessárias neste grupo, são feitas em clínicas privadas e geralmente as pessoas não tem recursos econômicos para fazer esse tratamento.

Na luta por um sistema público de saúde de qualidade no Brasil existem vários desafios para enfrentar, um deles é a prevenção em saúde para os idosos. O controle do corpo e da mente é uma das mais antigas aspirações da humanidade. Qualquer que fosse o motivo para isso - poder, riqueza material, conhecimento, ascensão espiritual ou a busca da cura e da imortalidade - dedicar-se à tarefa de prevenir e curar doenças físicas ou mentais tem sido o cotidiano de pessoas, cientistas e instituições, motivo pelo qual escolhi esse grupo para fazer meu foco de intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção saúde do idoso na UBS Josefa Savedra, Novo Airão/AM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos.



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

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

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

### **2.3. METODOLOGIA**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses, na área da UBS Josefa Savedra do Município Novo Airão. Participarão da intervenção todos os idosos, pessoas acima dos 60 anos, da área de abrangência da unidade. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 19 – Saúde do Idoso (BRASIL, 2006) e no Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010).

Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta, a qual será utilizada para monitoramento e acompanhamento da intervenção. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo B).

#### **2.3.1 Detalhamento das ações**

A UBS Josefa Savedra do Município de Novo Airão, na parte nordeste do Estado do Amazonas, tem uma população adstrita de 3.014 pessoas, em 412 famílias. Existem nessa área de abrangência 136 idosos, totalizando 75%, cifra que indica que é preciso aumentar as ações para favorecer o aumento dessa cobertura.

A UBS precisa melhorar os indicadores de qualidade, avaliados como baixos, sendo os maiores desafios levar as comunidades uma atenção médica de qualidade, de forma sistemática, focado na prevenção de doenças e na promoção de saúde a todos seus integrantes, para promoverem qualidade de vida saudável.

A seguir são descritas as ações que serão desenvolvidas, com o intuito de melhorar a assistência prestada a esses indivíduos. Estas ações serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Com isso, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção, contemplando todas as metas e indicadores estabelecidos para a ação programática com foco nos usuários idosos da unidade.

### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, ACSs e da enfermeira. Serão responsáveis pela ação o médico e a enfermeira, além disso, existirá a ficha-espelho para compilar todas as informações, o levantamento será realizado durante as visitas domiciliares realizadas diariamente pelo médico e ACSs.

Além disso, serão utilizadas as cadernetas de saúde do idoso, prontuário, livro de registro de exames, ficha de atendimento odontológico e livro de registro de visitas domiciliares. A partir de todos esses dados será preenchida a planilha de dados, na qual estarão compiladas todas as informações de cada usuário do programa, após quinzenalmente será avaliado pela equipe nas reuniões.

Para que todo esse processo de monitoramento e avaliação aconteça de forma exitosa será necessário manter as informações do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) atualizadas, quem será responsável por esta atividade será a enfermeira. As informações da atenção básica serão mantidas pelo mecanismo estabelecido pelo SUS de forma escrita e informatizada no município.

Será fundamental pactuar com toda a equipe o registro das informações, com a organização desse sistema de registro será possível verificar as situações de alerta, quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, quanto ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

A planilha conterá informações sobre a realização de exame clínico apropriado, realização de exames laboratoriais segundo o protocolo do Ministério

da Saúde (MS) e necessidade de avaliação odontológica para os usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, haverá um espaço para indicação do número de medicamentos que cada usuário utiliza e se este tem recebido pela farmácia popular a totalidade de seu tratamento.

Para essa análise o médico ficará responsável da verificação semanal desses dados, se for observado que existem indivíduos com atraso na realização de exames complementares, este realizará a solicitação e encaminhará para o recepcionista que já providenciará o agendamento, após o agente de saúde será comunicado da data e horário previsto para o exame e se encarregará de comunicar o usuário através de visita domiciliar com entrega do agendamento e solicitação do exame.

Ainda se realizará o controle de estoque dos medicamentos, incluindo a validade, quem será responsável por essa ação será a enfermeira, que manterá um registro das necessidades de medicamentos dos idosos cadastrados na unidade de saúde, disponibilizando todos os medicamentos necessários para todos os usuários cadastrados na ação programática. Além disso, mensalmente a técnica de enfermagem irá verificar se há atraso na entrega e solicitará que o agente em sua visita informe que há disponibilidade de sua medicação na unidade e que este pode ir a qualquer momento retirá-lo.

Além disso, serão verificados os exames de cada usuário e, em caso de atraso no acompanhamento, já serão encaminhados para execução dos mesmos. Como também será verificada semanalmente, através da revisão das fichas-espelho de cada usuário do programa, a necessidade de atendimento odontológico.

O monitoramento da qualidade dos registros será semanal, nas reuniões de equipe, nas quais serão discutidos os números de indivíduos cadastrados e se passará a priorizar os usuários identificados com essas patologias recentemente, sendo que serão disponibilizadas cerca de 70 consultas mensais para esses usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano para cada idoso da área de abrangência da unidade.

Com respeito às ações de promoção de saúde, essas serão monitoradas semanalmente através da revisão dos arquivos específicos, pois nele há um espaço de preenchimento, verificando se o usuário recebeu orientações nutricionais, de prática de atividade física e de estímulo a abstinência do tabagismo.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Será organizado, como prioridade na intervenção, a atualização dos profissionais disponibilizando versão atualizada do Caderno de Atenção Básica nº 19 – Saúde do Idoso (BRASIL, 2006) e no Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010). Todos os profissionais poderão se apossar de uma versão atualizada dos protocolos que serão impressos pela enfermeira e ficará a disposição na unidade. Além disso, no início da intervenção serão definidas as atribuições de cada membro de equipe.

A equipe de enfermagem e o médico pretendem organizar a planilha disponibilizada pelo curso de Especialização à Distância da Universidade Federal de Pelotas que servirá como sistema de alerta para os exames complementares preconizados, para o atraso nas consultas de acompanhamento e a não realização da estratificação de risco. Essa planilha será preenchida e atualizada uma vez por semana, sendo que a cada consulta dos usuários seus dados serão atualizados, caso seja necessário.

A técnica de enfermagem será responsável pela realização do controle de estoque e validade das medicações, além de manter a organização do registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados. Isso será realizado mensalmente, por meio de uma listagem das medicações.

Os ACSs farão a organização das visitas domiciliares por microárea de abrangência para buscar idosos faltosos as consultas, conforme a periodicidade recomendada e a recepcionista organizará a agenda para o atendimento desta demanda, assim como priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Essas visitas serão realizadas pela enfermeira, médico e ACSs, sendo que será utilizado o meio de transporte da secretaria de saúde. Ficará sobre responsabilidade da enfermeira e do médico, os quais manterão atualizadas as informações, implantando a ficha de acompanhamento (ficha-espelho). Ainda será pactuado com a equipe o registro das informações sendo o responsável pelo monitoramento desses registros o médico e a enfermeira.

### **Engajamento público**

Serão realizadas palestras na UBS, comunidades, bairros, nas escolas, e igrejas com a finalidade de prestar a promoção da saúde desse grupo populacional e de informar a comunidade sobre: a existência do programa de atenção à saúde dos idosos na unidade de saúde. Além disso, essa ação terá como finalidade esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso e estilo de vida.

Além disso, vamos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, de hipertensão, de diabetes, sobre a importância da realização e periodicidade das consultas, sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros e acesso a segunda via, pois pretendemos ouvi-los nessas atividades sobre as estratégias que podemos tomar para não ocorrer à evasão desses usuários.

Faremos contato através de reuniões, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, na igreja da área de abrangência, apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da realização das consultas, o cadastro, o diagnóstico precoce e sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

### **Qualificação da prática clínica**

Será realizada uma capacitação para os ACSs e a equipe completa para que cada profissional saiba orientar este grupo da população. Fará parte da capacitação o tema pesquisa ativa dos usuários com fatores de riscos ou

mobilidade oculta na população e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da UBS.

A equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares e realização de exame clínico apropriado. Todos deverão saber sobre a forma correta de verificar a pressão arterial e realizar o teste de glicemia, diagnosticar Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), doenças muito frequentes neste grupo, além de interpretação dos resultados dos exames complementares e presença de fatores de risco sociais e biológicos, de forma criteriosa.

Além disso, será realizada atualização do profissional no tratamento da HAS e DM. A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários idosos, assim como realizar palestras na UBS, comunidades, bairros, nas escolas e igrejas com a finalidade de prestar a promoção da saúde desse grupo populacional e continuar pesquisando os casos que ainda não foram diagnosticados.

Ainda serão desenvolvidas ações voltadas ao aprimoramento da educação em saúde com foco na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, na prática regular de atividade física dos usuários idosos e sobre os riscos do tabagismo.

### **2.3.2 Indicadores**

**Meta relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

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

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

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

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

**Metas relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

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

**Indicador 2.1:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

**Numerador:** Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, com exame clínico apropriado em dia.

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

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

**Indicador 2.2:** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.5:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

**Denominador:** Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

**Indicador 2.7:** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

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

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

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

**Indicador 2.8:** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.



**Numerador:** Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.10:** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

**Meta relativa ao objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

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

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

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

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

**Metas relativas ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para fazer a intervenção na Atenção à Saúde do idoso vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Saúde do Idoso (BRASIL, 2006) e o Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010). Utilizaremos a ficha de atenção aos usuários idosos da UBS. A ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico e dados relativos à classificação de risco, exame de laboratório, além de encaminhamentos a outras especialidades.

Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, iremos adotar a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dessas fichas e para imprimi-las, estas serão anexadas às fichas de acompanhamento da unidade. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha manual, pois não temos ainda sistema eletrônico de coleta de dados, após os dados serão digitados para a planilha eletrônica.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários idosos que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho que também serão usadas pelos ACSs. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso, mais os fatores de risco de morbimortalidade e atraso com dentista para os já cadastrados.

A logística referente as ações de qualificação da prática clínica se dará através de capacitações como objetivo de orientar os ACSs e a equipe completa sobre como realizar a orientação para este grupo da população, para pesquisa ativa dos usuários com fatores de riscos ou mobilidade oculta na população e cadastramento dos idosos de toda área de abrangência da UBS. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exame complementar e realização de exame clínico apropriado.

Ainda fará parte da capacitação a forma correta de verificar a pressão arterial e realização de teste de glicemia, para diagnosticar HAS e DM, além da

correta interpretação dos resultados dos exames complementares e presença de fatores de risco sociais e biológicos, de forma criteriosa, realizando atualização dos profissionais no tratamento da HAS e DM.

A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da farmácia popular, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários idosos, assim como realizar palestras na UBS, comunidades, bairros, nas escolas e igrejas com a finalidade de prestar a promoção da saúde desse grupo populacional e continuar pesquisando os casos que ainda não foram diagnosticados, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários idosos e sobre os riscos do tabagismo.

Todas essas ações de capacitação serão realizadas na própria UBS, durante as reuniões, no espaço reservado para as reuniões de equipe. Serão realizadas pelos próprios profissionais da UBS. Essas capacitações terão o intuito de alcançar um maior conhecimento e preparação pelos integrantes da equipe e assim melhorar a atenção à saúde da comunidade, oferecendo um serviço de qualidade e multiprofissional. E para tal se utilizarão materiais como manuais e protocolos do Ministério da Saúde, papel e caneta, computador e Datashow.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, fará parte da capacitação a leitura do manual de atenção aos usuários idosos para que toda a equipe utilize esta referência. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final de cada semana, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros, mas primeiramente se emitirão aulas para ACSs e técnicos de enfermagem sobre os protocolos emitidos pelo ministério de saúde, sendo que quem ficará responsável por essa ação serão o médico e a enfermeira.

No que se refere à logística para as ações de organização e gestão do serviço, pretendemos garantir o registro dos idosos cadastrados no programa por

meio do trabalho dos ACSs e melhorar o acolhimento aos usuários. O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem.

Durante a reunião de equipe vamos definir as atribuições de cada membro. Na mesma oportunidade pretendemos estabelecer a periodicidade das atualizações e organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos da unidade de saúde. Além disso, todos os profissionais poderão se apropriar de uma versão atualizada dos protocolos que serão impressos pela enfermeira e ficará a disponibilidade na unidade.

Convidaremos o gestor municipal de saúde para participar de uma reunião com a equipe para que ele possa tomar conhecimento da intervenção, aproveitaremos o momento para garantir que os profissionais possam fazer a solicitação dos exames complementares e que haja agilidade para a realização dos mesmos, já que o hospital está em reforma. Garantindo assim material adequado para a coleta de amostra, além disso, solicitaremos o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como nutricionista e educador físico na UBS para auxiliarem nas ações de promoção à saúde, além de manter a presença de medicamentos na unidade.

A equipe de enfermagem e o médico organizarão a planilha que servirá como sistema de alerta para os exames complementares preconizados, para o atraso nas consultas de acompanhamento, a não realização da estratificação de risco. Essa planilha será preenchida e atualizada uma vez por semana. A técnica de enfermagem será responsável pela realização do controle de estoque e validade das medicações, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados. Fará isso mensalmente, por meio de uma listagem das medicações.

A organização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico será realizada uma vez por semana, bem como a agenda para as consultas, ficando a cargo da equipe de saúde bucal. Será envolvido o dentista dentro do programa para manter boa higiene bucal dos idosos. Além disso, também organizarão o tempo médio das consultas a fim de ter tempo para orientações individuais.

Os ACSs farão a organização das visitas domiciliares por microárea de abrangência para buscar idosos faltosos as consultas, conforme a periodicidade recomendada e a recepcionista organizará a agenda para o atendimento desta demanda, assim como priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Essas visitas serão realizadas pela enfermeira, médico e ACSs, sendo que será utilizado por meio de transporte da secretaria de saúde.

Ficará sobre responsabilidade da enfermeira e do médico manter atualizadas as informações, implantar a ficha-espelho, pactuar com a equipe o registro das informações, além da responsabilidade pelo monitoramento desses registros. Para tal será necessário computador com acesso à internet que ainda não temos. Este trabalho será feito na reunião mensal da equipe e na parceria com Secretaria Municipal de Saúde e Ministério de Saúde para os prontuários eletrônicos.

Toda a equipe deverá conhecer os usuários de alto risco para poder priorizar a sua atenção e organizar a agenda para o atendimento dessa demanda. Isso será feito através de uma listagem dos usuários de risco, que será confeccionada pelo médico e pela enfermeira e disponibilizada a todos os membros da equipe.

A organização das práticas coletivas será feita em conjunto, por toda a equipe e os temas se referem a alimentação saudável e orientação para atividade física, assim como orientação da higiene bucal, realização de mamografia, antígeno prostático específico (PSA). Para tal serão utilizados recursos audiovisuais como vídeos, músicas, panfletos e cartazes. Esses recursos audiovisuais ainda não estão em nossa unidade e serão providenciados pela Secretaria de Saúde. Nós precisamos fazer 35 PSA e 42 mamografias, assim será solicitado ao gestor os meios para essa ação.

A logística referente as ações do eixo de engajamento público se dará no sentido de informar a comunidade sobre: a existência do Programa de Atenção à saúde dos idosos na unidade de saúde. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso e estilos de vida. Orientar os usuários quanto ao seu nível de

risco e a importância do acompanhamento regular, assim sobre a importância de trabalhar com os usuários faltosos a consulta de acompanhamento, quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos.

Além disso, vamos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas de hipertensão, de diabetes, a importância da realização e periodicidade das consultas, sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros e acesso a segunda via, pois pretendemos ouvi-los nessas atividades sobre as estratégias que podemos tomar para não ocorrer a evasão desses usuários.

Faremos contato através de reuniões, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas, o cadastro e o diagnóstico precoce para esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.





### **3. Relatório da Intervenção**

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

O Brasil será um dos países com taxas mais elevadas de população idosa nos próximos anos, dessa forma é preciso o planejamento de ações para favorecer o bem estar das pessoas idosas por meio da inserção da família e da sociedade. A terceira idade é uma etapa natural da vida do ser humano, por isso decidiu-se realizar a intervenção com o foco na saúde do idoso.

Antes de tudo vale a pena explicar que a intervenção foi planejada para 16 semanas, mas a intervenção foi concluída em 12 semanas devido as minhas férias, então conforme recomendado pela coordenação do curso estabeleceu-se que a intervenção ocorreria em 12 semanas.

Os dados para monitoramento do projeto de intervenção foram coletados durante os meses de abril, maio, junho e julho de 2015, de acordo com cronograma. Começamos a nossa intervenção na UBS em relação à Prevenção da Saúde do Idoso que consideramos muito importante para o nosso trabalho no dia-a-dia.

No início foi realizada uma reunião com toda a equipe de saúde da família da ESF Josefa Savedra, Novo Airão/AM, a qual está composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais, oitos ACSs e um médico.

Na reunião apresentou-se o projeto de intervenção, seus objetivos e as possíveis ações conforme o cronograma do projeto e agendadas as reuniões da equipe para todas as sextas-feiras, em que seriam avaliados os resultados da semana, assim como planejada as novas tarefas da próxima semana e também se

discutiu os casos mais relevantes em busca das soluções possíveis. Também apresentamos as propostas de intervenção na reunião em conjunto com o secretário municipal de saúde e toda a equipe, assim como mostra o projeto intitulado Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Josefa Savedra, Novo Airão/AM.

Foram realizadas visitas na área de abrangência e conseguimos manter os três grupos, cada um em uma quinta-feira do mês: Bairro Nossa Senhora Auxiliadora, Bairro Chico, Bairro Santo Elias, os quais são grupos de saúde para usuários idosos que tem como objetivo o controle e seguimento dos mesmos, assim como promoção das ações de saúde e prevenção de doenças e suas complicações. Em cada grupo contamos com uma média de 20 a 25 idosos participantes.

Nossa equipe fez múltiplas conversas educativas durante este processo para nossos idosos, seus familiares e outros representantes da comunidade. Os resultados foram os esperados mobilizando boa representação da comunidade em especial os idosos e seus familiares com um total de 163 participantes.

O mais interessante foi o entusiasmo tanto da equipe de saúde na realização do seu trabalho, assim como a divulgação na comunidade para promover a participação dos usuários idosos da UBS não inscritos e não diagnosticados, mas com fatores de riscos para a saúde, a fim de fazer um diagnóstico precoce e adequado para cada uma dessas doenças e também tentar incorporar ao programa.

Na primeira semana do mês de maio foi feita a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), capacitando a equipe de saúde para a atenção à saúde do idoso em todos os aspectos do processo de trabalho sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários. Além disso, foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e se deu início ao cadastramento dos usuários idosos da área de abrangência. Os ACSs fazem as visitas domiciliares por

microárea, para buscar idosos faltosos as consultas, conforme a periodicidade recomendada.

Nossa equipe fez palestra/conversa educativa durante este processo, os quais foram orientados sobre a prática de exercícios físicos regularmente, sobre os riscos do tabagismo, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, cuidados gerais com os hipertensos e diabéticos orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias), sobre a necessidade de ir as consultas de forma organizada e planejada, a realização de exames complementares e a importância da incorporação de todos os usuários no programa realizado na UBS. O principal objetivo desta palestra foi a divulgação do projeto de intervenção Prevenção da Saúde do Idoso, para as famílias da comunidade e o detalhamento do mesmo, demonstrando a importância de ser saudável e de ter qualidade de vida adequada nesta faixa etária da vida.

Houve instabilidade do carro da unidade de saúde para fazer as visitas programadas nas sextas-feiras e não encontramos incorporação no início do projeto do Estomatólogo, problemas que já foram resolvidos nas primeiras semanas. Também é válido mencionar as áreas alagadas pela cheia do Rio Negro, este traz como problema o aumento de atendimento de doenças diarreicas, respiratórias e de pele, especialmente em crianças, além disso, agora os usuários idosos tem que andar mais para alcançar a unidade, isso causa problemas no atendimento às consultas agendadas.

Como facilidade podemos dizer o entusiasmo tanto da equipe de saúde na realização do seu trabalho, assim como para a divulgação na comunidade para promover a participação dos usuários idosos da UBS, além da disposição da Secretaria de Saúde para ajudar. Também foi realizada uma atividade na UBS pelo dia dos namorados, as quais convidaram-se os jovens e os idosos, já que eles hoje representam uma parte da sociedade que querem aproveitar a vida, ser felizes e comemorar o Dia dos Namorados como os jovens.

Difundimos o dia 15 de junho como o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. A data foi instituída em 2006, pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Rede Internacional de

Prevenção à Violência à Pessoa Idosa. Recebemos a visita de uma equipe jornalística e o coordenador da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estado do Amazonas, além do Secretário de Saúde de nosso município onde foi visitada uma comunidade ribeirinha e feita uma reportagem sobre o trabalho dos Mais Médicos no Amazonas, aproveitamos e falamos sobre nosso projeto de Saúde do Idoso e realizamos uma palestra, com a participação da Comunidade. A comunidade falou muito bem do programa Mais Médicos, já que pela primeira vez, tem um médico perto de sua casa que escuta e ajuda não só as queixas sobre as doenças orgânicas, mas também as doenças da alma. Nossa comunidade ficou muita envolvida e motivada com o projeto, com a participação ativa nas ações planejadas. Acreditamos que foi uma atividade muito importante.

No dia 15 de julho foi comemorado o Dia do Homem, muitos desconheciam que havia essa data, pois a mesma foi proposta pela Ordem Nacional dos Escritores em 1992, com o objetivo de conscientizar os homens da importância de cuidarem de seu corpo e de sua saúde. Um exemplo desse tipo de conscientização diz respeito ao câncer de próstata, que atinge grande parte da população masculina de todo o mundo. Outras doenças relacionadas, como o uso do tabaco e de bebidas alcoólicas também são colocadas em questão na oportunidade desse dia.

Os registros da intervenção foram ótimos e atualizados para 100% dos usuários cadastrados. O monitoramento dos registros foi feito semanalmente para levar o controle daqueles usuários com exames ou outras avaliações pendentes e assim planejar novas ações até conseguir a atualização dos registros de cada um desses usuários.

O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados é feito no momento da consulta, a qual é utilizada para monitoramento e acompanhamento da intervenção. Para registro das atividades foi utilizado os prontuários clínicos individuais e a ficha-espelho. A equipe fez atendimento clínico dos idosos e busca-ativa dos faltosos e novos usuários idosos. Falamos com líderes comunitários, sobre a importância da ação programática aos idosos, solicitando apoio para a

captação deles e para as demais estratégias que serão implementadas aos nossos usuários.

É válido explicar que nossa população está concentrada em bairros pobres, com situações socioeconômicas desfavoráveis e de baixo nível intelectual e cultural, porém os líderes e pastores das igrejas dos bairros podem identificar os problemas e apoiar nossa equipe nessas ações. Foram feitas algumas atividades fora da estrutura da UBS como as palestras planejadas no bairro, escolas e igrejas. Todas as ações planejadas para nosso projeto foram realizadas. Durante o projeto completamos os 136 cadastramentos de usuários idosos que representam 100% da nossa área de abrangência.

Com relação a isso, precisamos esclarecer que quando eu preenchi os dados do Caderno Ações Programáticas, no ano passado, minha UBS tinha 182 usuários idosos, só que no início do ano de 2015 foi criada uma nova UBS no nosso município e a gestão decidiu por passar uma parte da minha área de abrangência para a nova unidade de saúde, ficando assim com 136 usuários neste grupo etário.

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

Todas as ações planejadas para nosso projeto foram realizadas.

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

Durante todo o processo de coleta de dados algumas dificuldades foram encontradas no percurso, inicialmente minhas férias no primeiro mês da intervenção e logo outras como as dificuldades de transporte e as condições climatológicas pela presença de alguns dias de chuvas intensas e cheias do rio Negro nas áreas de abrangência da Unidade.

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

Aconteceu o fechamento da intervenção para o curso, mas os serviços em nossa UBS continuam normalmente, pois a intervenção está incorporada à rotina da mesma porque faz parte de atendimento diário e bem aceito tanto pelos profissionais da unidade, quanto pela comunidade, pois temos melhoria no acolhimento dos usuários idosos, assim como uma atenção completa e adequada para um melhor seguimento e controle dos mesmos, sendo dessa forma mais aceita pela população.

Também houve mudança na vida diária dos usuários idosos e transformação na rotina e saúde deles o que permitiu fazer uma avaliação dos meses de trabalho em que foi estimulante para todos nós e para a população em geral. Quanto aos profissionais ganhamos uma equipe mais unida e satisfeita com nosso projeto, este trabalho pode ser cada vez melhor adequando e continuando as reuniões e o planejamento e avaliação.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e benéficos para os usuários idosos. No período de acompanhamento de 12 semanas de intervenção, nossa pretensão foi alcançar a cobertura no programa de atenção à saúde do idoso de nossa unidade de saúde de 100% de nossos 182 usuários idosos da área de abrangência da UBS.

Com relação a isso e como referido anteriormente no relatório da intervenção os 182 usuários não refletem a realidade apresentada agora em nossa área de abrangência, já que no início do ano de 2015 foi criada uma nova UBS no nosso município e a gestão decidiu passar uma parte da minha área de abrangência para a nova unidade de saúde, sendo que nesse montante de usuários 46 eram idosos, dessa forma nossa estimativa mudou para 136 usuários neste grupo etário.

Em relação ao **objetivo 01**: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso da área da unidade de saúde para 100% conseguimos cadastrar no primeiro mês, quando iniciamos o grupo, 25 (13,7%) usuários idosos, no segundo mês foram 79 (43,4%) usuários idosos e no terceiro mês completamos 136 usuários idosos (100%) do total de residentes no território área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção à saúde do idoso foi a esperada ao final do terceiro mês, pois atingimos um percentual de nossa meta de 100% de toda a área de abrangência da equipe. Caracterizando que nossa estratégia pode ser melhorada, como pode ser observada na Figura 1.



Com relação a isso é importante destacar que o indicador de cobertura observado na análise situacional não reflete mais a realidade de nossa unidade, já que foi iniciado o cadastramento e atendimento dos usuários idosos do zero, assim garantindo que o acompanhamento fosse de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Por isso que se observarmos a cobertura do CAP, anterior a intervenção vemos que temos 75% (136) de cobertura e após a intervenção, continuamos com os mesmos 136 usuários, mas agora atendidos de forma correta.

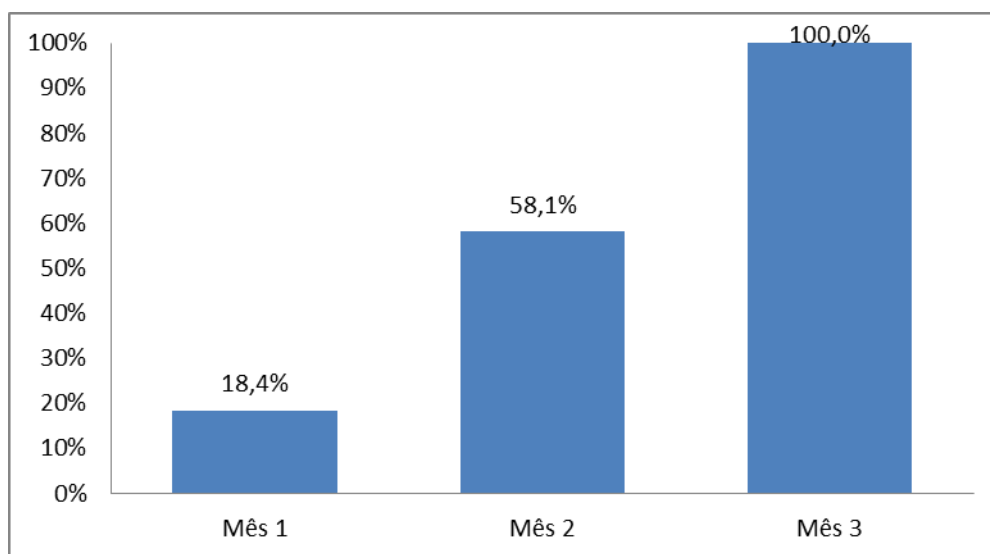


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção a saúde do idoso na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação ao **objetivo 02**: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, a meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em dia foi de 25 usuários idosos no primeiro mês (100%), no segundo mês 78 usuários (98,7%) e no terceiro mês completamos 135 usuários idosos (99,3%). Caracterizando que nossa estratégia também foi adequada pode-se observar a Figura 2.

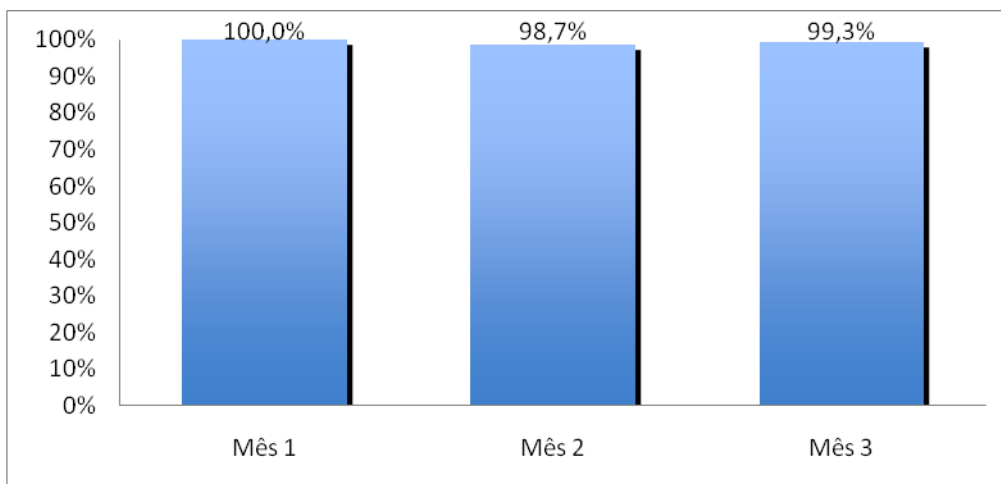


Figura 2 – Proporção de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação à meta 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia observamos que a proporção foi de 25 usuários idosos (100%), no primeiro mês, no segundo mês 74 usuários (93,7%), e no terceiro mês completamos 136 usuários idosos (100%). O que mostra o aumento da proporção de usuários idosos acompanhados ao longo dos meses da intervenção, dessa forma conseguimos alcançar as metas planejadas, como mostra a Figura 3.

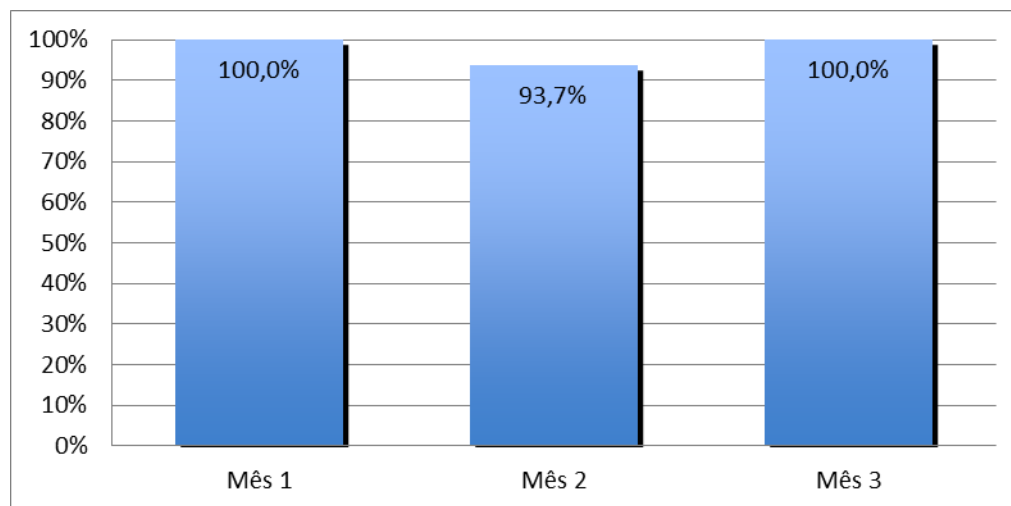


Figura 3 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação à meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos foi de 11 usuários idosos (64,7%), no primeiro mês, no segundo mês 38 usuários (69,1%) e no

terceiro mês de 60 usuários idosos (61,2%). Para a realização dos exames solicitados houve dificuldades, já que a unidade hospitalar estava em reforma, na figura 4 é apresentada a evolução do indicador.

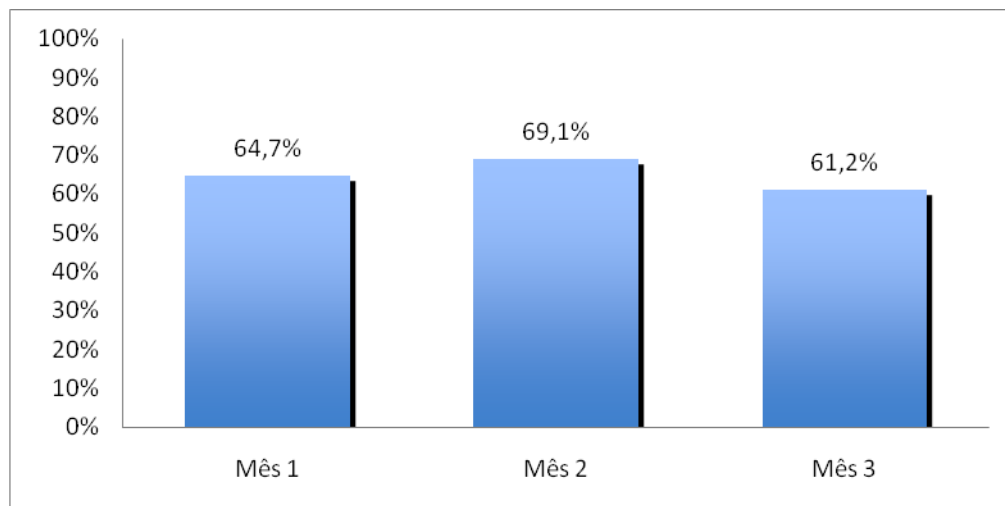


Figura 04– Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação à meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos foide 18 usuários idosos (67,0%), no primeiro mês, no segundo mês 56 usuários (70,9%) e no terceiro mês 100 usuários idosos (73,5%). Como dificuldades podemos dizer que ficamos sem medicamentos da Atenção Básica por 19 dias afetando nosso indicador como é demonstrado na Figura 5.

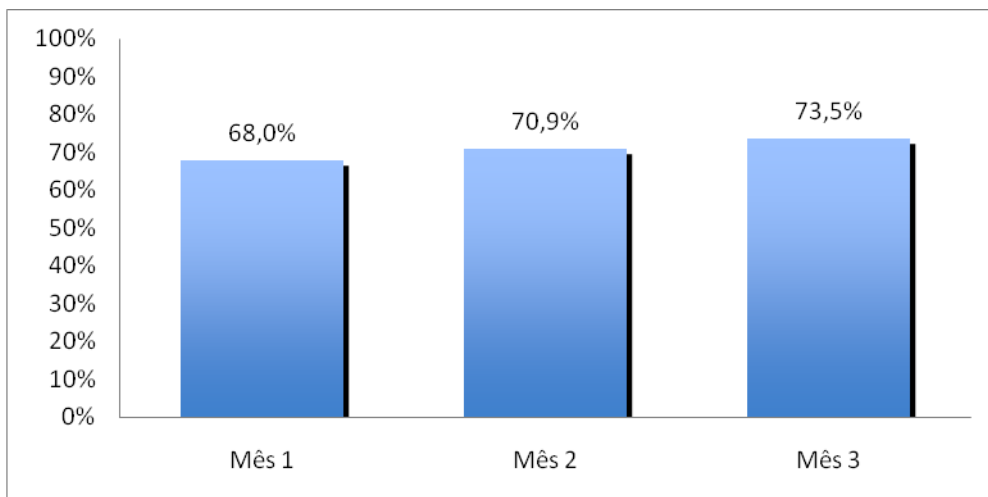


Figura 05- Proporção de idoso com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação à visita domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e verificação da pressão arterial na última consulta foi de 100% para todos os meses de intervenção, sendo que foram 04, 20 e 38 usuários idosos avaliados nos meses 1, 2 e 3, respectivamente da intervenção.

Em relação ao Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta foi de 136 (100%) usuários idosos, no três meses da intervenção. Isso foi possível porque durante a consulta clínica foi feito exame clínico apropriado a todos os idosos cadastrados no programa, 25, 79 e 136 nos meses 1, 2 e 3 da intervenção, respectivamente.

Em relação ao Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes no primeiro mês foi de 10 (76,9%) usuários idosos, no segundo mês 42 (84%) usuários e no terceiro mês de 79 (94%) usuários idosos. A frequência em que os exames são pedidos para uma boa avaliação e importante, também orientar sobre exames complementares de rotina em consultas médicas a fim de rastrear as doenças também é de fundamental importância.

A meta nove e dez do objetivo 02: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos observou-se que para a meta nove, no primeiro mês foi de 13 usuários idosos (52%), no segundo mês 44 usuários (55,7%) e no terceiro mês de 77 usuários idosos (56,6%).

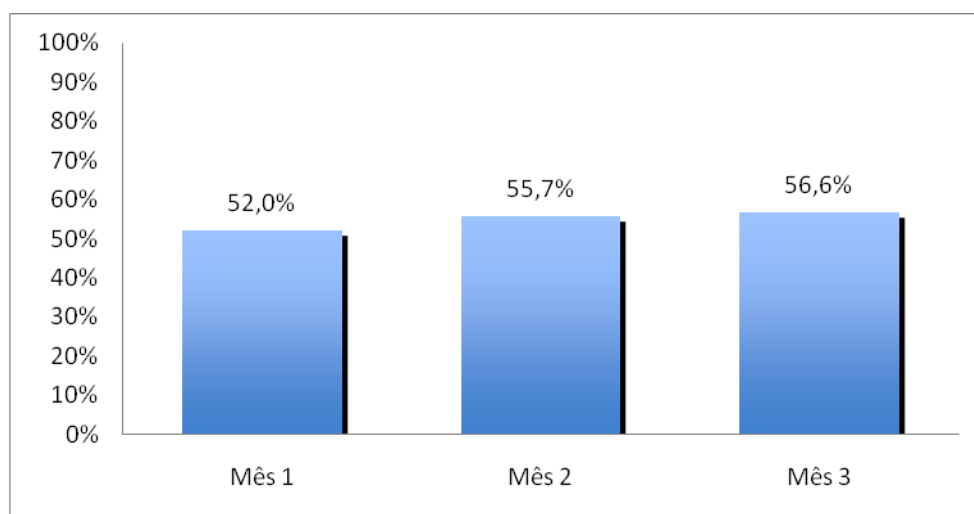


Figura 06- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação à primeira consulta odontológica programática no primeiro mês foi de 13 usuários idosos (52%), no segundo mês 45 usuários (57%) e no terceiro mês de 53 usuários idosos (53,7%). As ações realizadas pela equipe de saúde bucal como palestras sobre promoção da saúde, prevenção e controle de câncer bucal, higiene adequada dos dentes, riscos do tabagismo, importância da consulta odontológica, ademais a realização de exames e diagnósticos odontológicos foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade. Como dificuldades encontramos que não existem todas as condições na sala do dentista, por ser nossa UBS uma casa alugada, o que afeta um melhor serviço ao usuário idoso.

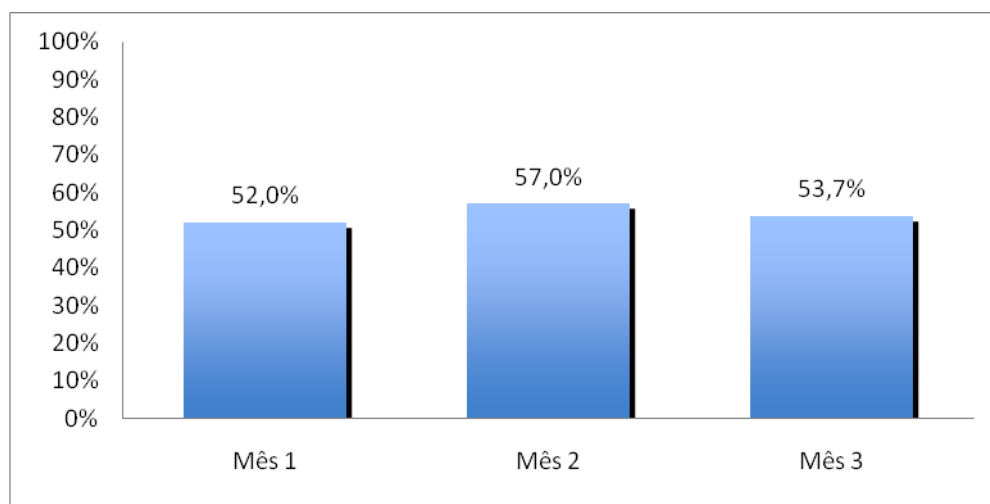


Figura 7- Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação ao **objetivo 3**: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso: A busca de 100% dos idosos faltosos às consultas programadas no primeiro mês não foi atingida, apenas 04 usuários (80%), no segundo e terceiro mês da intervenção todos os cadastrados estavam com consulta em dia, por isso no final do período todos (100%) os usuários estavam com suas consultas em dia. As reuniões semanais avaliaram os usuários cadastrados e faltosos para planejar busca ativa e agendamos datas para realizar as intervenções e visitas domiciliares para aqueles usuários que não

podem comparecer até unidade. Enfrentamos dificuldades e uma delas, foi à dificuldade com o transporte para fazer as visitas domiciliares, apesar de termos resolvido, através da nossa secretaria de saúde no menor tempo possível. Outras dificuldades foram às situações climáticas, ou seja, dias chuvosos e cheias do rio, que afetaram o trabalho da equipe.

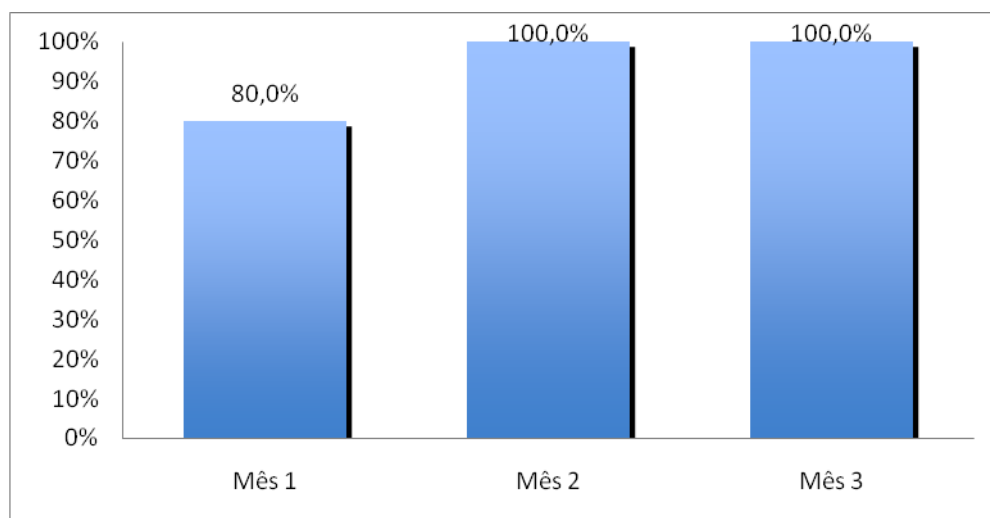


Figura 8- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação ao **objetivo 04**: Melhorar o registro das informações, a primeira e segunda meta foram: manter registro específico de 100% das pessoas idosas e distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. Com relação à primeira meta, no primeiro mês foram 24 usuários idosos (96%) com registros adequados, no segundo mês 74 usuários idosos (93,7%) e no terceiro mês de 126 usuários idosos (92,6%).

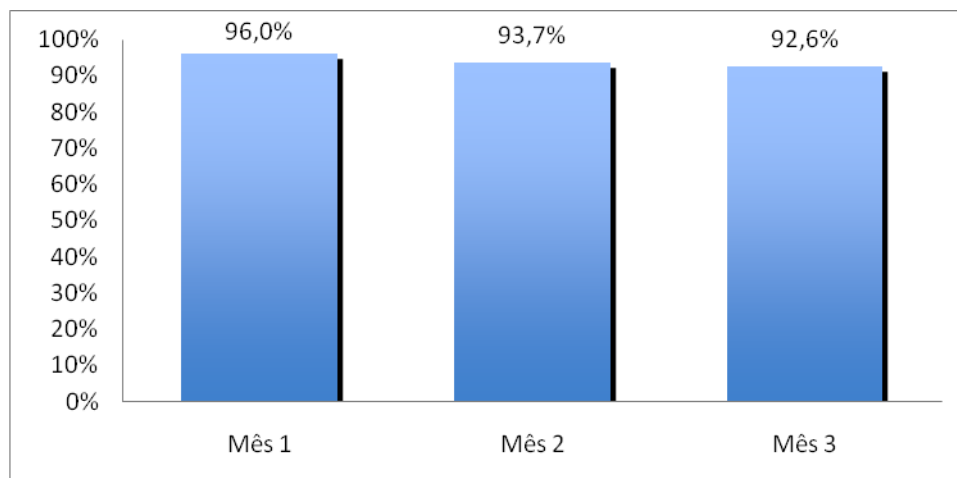


Figura 9- Proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação segunda meta no primeiro mês foi de 17 usuários idosos (68,0%) com caderneta da saúde do idoso, no segundo mês 62 usuários (78,5%), e no terceiro mês de 136 usuários idosos (100%). Como facilidade podemos citar que a Secretaria de Saúde nos apoiou com as Cadernetas de Saúde para esses usuários.

É importante comentar que no início não atingimos a meta, por uma falha na compreensão do indicador, sendo que entendíamos que só poderíamos considerar com caderneta os idosos que receberam a caderneta durante a intervenção, mas após se compreendeu que todos os usuários que portavam a caderneta de saúde da pessoa idosa entrariam como positivos no levantamento realizado, corrigindo o erro no final.

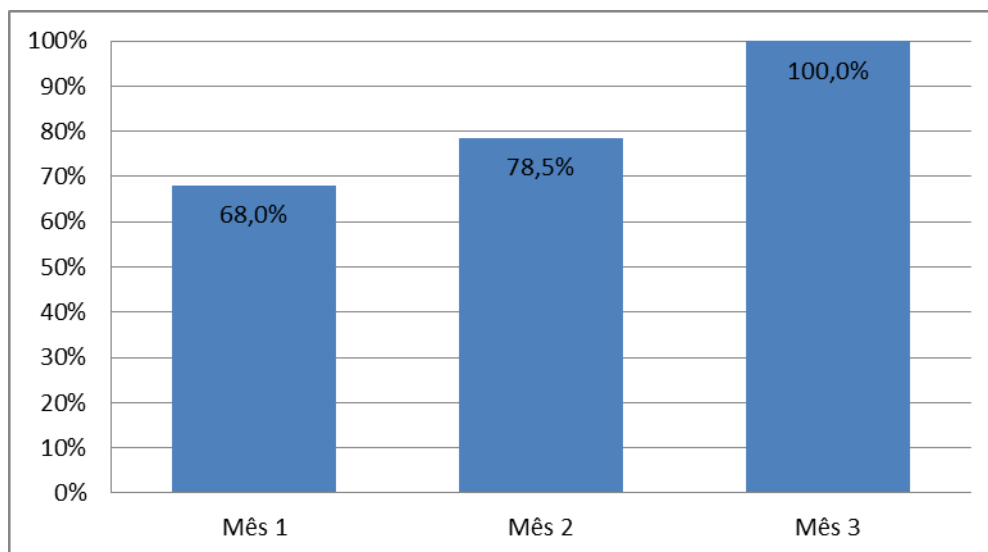


Figura 10- Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação com o **objetivo 05**: Mapear os idosos de risco da área de abrangência. A meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade em dia e a meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas foi realizado, chegando ao final do terceiro mês com os resultados esperados. Sendo que no primeiro mês foram avaliados quanto ao risco 25 (100%) usuários, 79 (100%) no segundo mês e 136 (100%) no terceiro mês, assim como para a avaliação da fragilização.

Com relação à meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos no primeiro mês foi de 15 usuários idosos (60%), no segundo mês 44 usuários (55,7%) e no terceiro mês de 73 usuários idosos (53,7%) como é demonstrado na Figura 11.



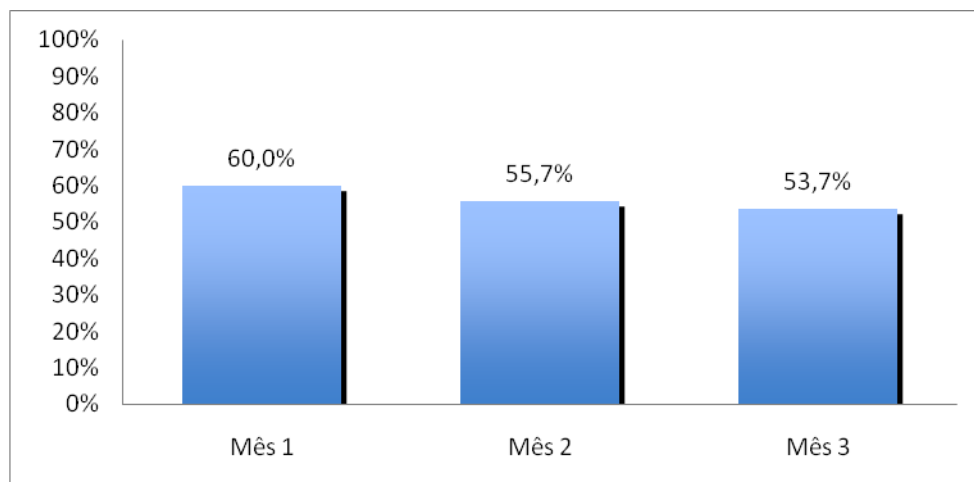


Figura 11- Proporção de idoso com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde Josefa Savedra, Novo Airão/AM, 2015.

Em relação ao **objetivo 6**: Promover a saúde dos idosos, a primeira meta: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas. Os usuários idosos cadastrados no programa receberam orientações nutricionais com auxílio dos profissionais nutricionistas e orientações dos profissionais da unidade. Sendo que o indicador se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês 25 (100%) usuários, 79 (100%) no segundo e no terceiro 136 (100%).

A segunda meta: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos. A proporção dos usuários idosos cadastrados que receberam orientação sobre atividade física foi atingida com os resultados esperados. A atividade física e as orientações nutricionais são de grande importância para a redução do quadro hipertensivo, através das mudanças nos hábitos de vida, como redução de peso, redução do índice de massa corpórea e redução do consumo de bebidas alcoólicas. Observou-se que ainda é necessário mais ações nesse sentido, pois no primeiro mês foram orientados 25 (100%) usuários, já o segundo mês foram orientados apenas 75 (94,9%) dos 79 usuários cadastrados e no terceiro mês 136 (100%) usuários.

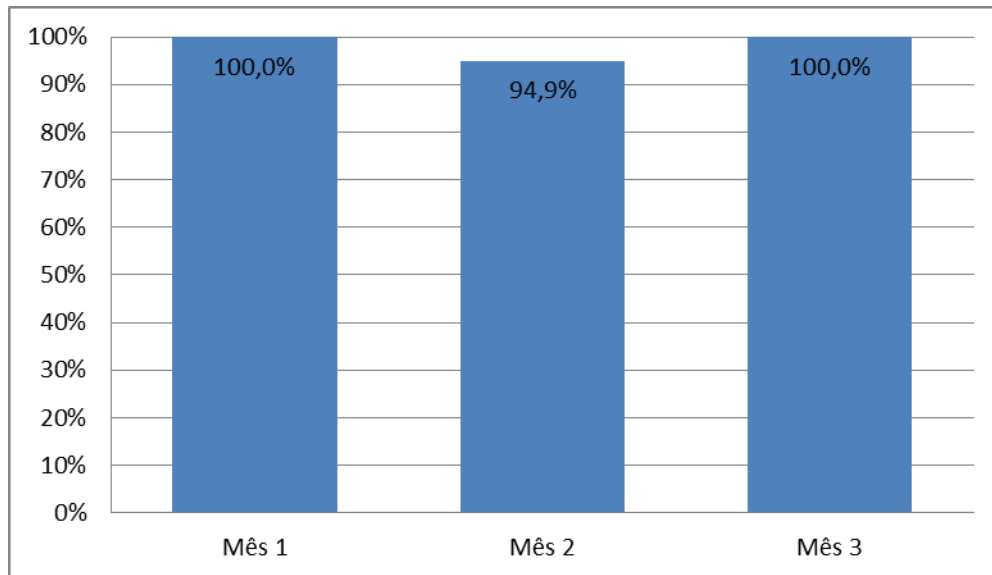


Figura 12- Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Novo Airão/AM, 2015.

A terceira meta: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados no primeiro mês foi de 15 usuários idosos (60%), no segundo mês 61 usuários (64,6%), e no terceiro mês 136 usuários idosos (100%), atividades que devem continuar melhorando em conjunto com toda a equipe de saúde. Como dificuldades os idosos têm que ser transportados para a capital do estado, que fica a 220 quilômetros, para a realização de prótese dentária.

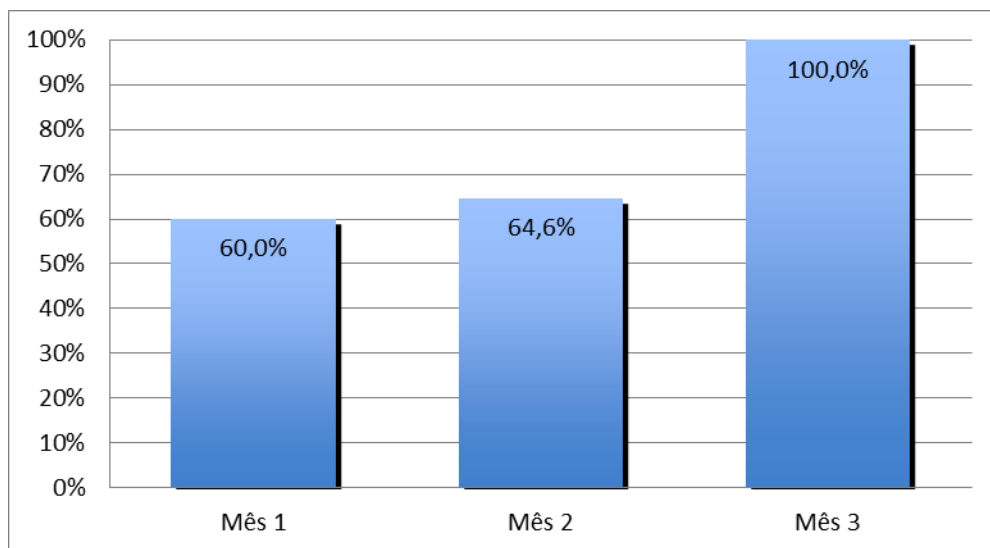


Figura 13- Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Novo Airão/AM, 2015.

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de usuários idosos também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde. Nossa primeira ação realizada foi quando as ACSs foram até os bairros de nossa área de abrangência para fazer os convites a todos os idosos residentes na área de abrangência da UBS para fazerem parte do nosso projeto, sendo o primeiro acolhimento que eles tiveram da equipe.

## 4.2 Discussão

Com a realização de nossa intervenção em minha unidade básica de saúde conseguimos a ampliação da cobertura da atenção aos usuários idosos da área de abrangência, melhoria do acompanhamento da doença desses usuários, melhorou a adesão ao tratamento, diminuição do número de encaminhamentos por complicações, melhoria dos registros, assim como a atenção qualificada e completa que agora recebem, com destaque para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a avaliação de risco dos usuários idosos.

Os usuários idosos melhoraram sua saúde, alguns usuários conseguiram perder peso com a prática do exercício e a maioria manteve os níveis glicêmicos menores e normais, se comparados com a situação anterior ao entrarem no programa. Foi proporcionado maior conhecimento sobre DM e HAS, além de outras doenças frequentes nos idosos e suas complicações para toda a equipe e para a comunidade em geral, o que permitiu um maior conforto e bem-estar aos usuários. Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação da equipe multiprofissional, apoio dos gestores/gestão da secretaria e engajamento da comunidade.

A intervenção proporcionou a capacitação da equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos, além disso, é importante manter as capacitações frequentes da equipe. Esta atividade promoveu um trabalho em conjunto multidisciplinar com o apoio de todos os profissionais da unidade, pois contei com o auxílio das técnicas de enfermagem, através da aferição dos sinais vitais e realização do teste de glicose com controle de pressão arterial. Ainda tivemos o apoio da enfermeira através de palestras e acompanhamento dos usuários, de diversos profissionais na avaliação de risco e através de palestras, na execução de atividades físicas sempre monitoradas. Os ACSs da área sempre estiveram juntos nos encontros, sendo responsável pelo acolhimento e busca ativa dos participantes faltosos e também palestraram para os familiares. O secretário de saúde mostrou todo apoio necessário para viabilização do estudo, as responsáveis pelos agendamentos na secretaria de saúde realizaram os agendamentos de consultas e exames solicitados.

O processo de intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço e o engajamento de outros profissionais, como nutricionista, dentista e psicóloga, que realizaram algumas atividades nos grupos de saúde desenvolvidos e outras palestras na comunidade.

A introdução do uso dos protocolos de atendimento de usuários idosos também foi uma grande vitória para nosso serviço, assim como fundamental na

melhoria do acolhimento e atendimento na unidade de saúde. Também proporcionou a visualização de que a saúde desses usuários também depende do acompanhamento de outros profissionais, não só do médico ou enfermeiro, depende de uma equipe de profissionais, por exemplo, a nutricionista e o dentista, os quais também são indispensáveis para evitarmos complicações de doenças, pois é importante o trabalho em equipe pelo bem-estar do usuário idoso para manutenção da motivação do mesmo em não abandonar o tratamento.

Todas estas ações realizadas junto com a equipe permitiram a atenção ao maior número de usuários idosos acolhidos na UBS, e nos sítios distantes com auxílio da unidade móvel. A melhoria do registro e do agendamento dos usuários idosos possibilitou a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea. A classificação do risco de morbimortalidade e dos idosos acamados ou com problemas de locomoção é crucial para a priorização e agendamento dos usuários, bem como para o monitoramento e tratamento deles.

Os participantes da intervenção e seus familiares demonstraram satisfação em fazer parte dele e notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças realizadas no grupo, de maneira que querem continuar com os encontros.

Quanto ao trabalho de prevenção com a comunidade também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois precisamos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos, principalmente por ser uma comunidade de nível socioeconômico e educativo com bastantes vulnerabilidades, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos articulado melhor as atividades desenvolvidas pela equipe. Também faltou uma melhor articulação com a comunidade pela falta de organização das mesmas, o que dificultou a explicação dos critérios de priorização da atenção e discussão da melhor maneira de programar isto.

O projeto alcançou seu objetivo. A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora

quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares dos usuários idosos, quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção na rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada aos usuários idosos, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Provavelmente a partir de outubro pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários idosos até atingir a meta de 100% dos usuários da área de abrangência. Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar em todo município.

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

Prezado Secretário,

Após cumprimentar vossa senhoria, gostaria de agradecer seu apoio pela realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de educação à distância, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), mas também a sua equipe de trabalho pela confiança depositada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Josefa Savedra, Nova Airão/AM. Temos certeza que sem vossa contribuição não teríamos alcançado os resultados, no período de 12 semanas, período compreendido entre maio, junho e julho de 2015, no programa de Atenção à Saúde do Idoso, que hoje nos faz sentir orgulhosos de fazer parte da Rede de Serviços de Saúde do município.

Baseado nos dados facilitados pela secretaria de saúde foi possível estimar a população idosa residente na área de abrangência da Unidade, tal estimativa foi o ponto de partida para calcular os indicadores previstos para o monitoramento e avaliação das ações propostas. Antes de falar sobre os resultados, gostaria de comentar que os registros de acompanhamento dos usuários idosos, em alguns casos, não incluíam avaliação de risco cardiovascular e da necessidade de atendimento odontológico, enquanto outros tinham os registros incompletos com exames clínicos e complementares atrasados, outros aspectos importantes para alcançar uma atenção integral. Com a implementação do projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente.

Durante a intervenção, a cobertura de Saúde do Idoso atingiu: no primeiro mês quando iniciamos o grupo foi de 25 usuários idosos (18,4%), no segundo mês

foram 79 usuários idosos (58,1%) e no terceiro mês completamos 136 usuários idosos (100%) que é o total de residentes no território da área de abrangência da UBS.

Os usuários idosos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade (73,5%). Os registros adequados e a busca ativa dos faltosos pelos ACSs permitiu que todos os cadastrados estivessem com consulta em dia, dessa forma no final do período todos os usuários estavam com suas consultas em dia. Em relação à visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e verificação da pressão arterial na última consulta foi de 100%.

A consulta odontológica programática aumentou progressivamente ao final de cada mês, para um total de 53,7%. As ações realizadas pela equipe de saúde bucal foram importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade. Os usuários atendidos no Programa recebem orientações nutricionais, sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal com auxílio dos profissionais nutricionistas e dentista.

Consideramos que os resultados obtidos na intervenção com a ajuda e apoio do gestor para o projeto foi ótimo. Promover a atenção integral e integrada à usuários idosos, estimulando o envelhecimento ativo, a prevenção e controle dos agravos em todos os níveis de atenção, capazes de superar suas deficiências e limitações, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de vida.

Destaca-se o papel da gestão municipal, já que esta é fundamental para contribuir na qualidade e assistência prestada. Aproveito esse momento para solicitar o constante apoio e auxílio no fornecimento de materiais e medicações necessários a atenção à saúde do idoso, temos a certeza que com ajuda permanente poderemos atingir resultados ainda melhores na qualificação da atenção prestada a esse público e outros que também podem ser alvos de ações futuras.

Atenciosamente,  
Equipe da Unidade



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

Olá usuários, famílias e comunidade Airãoenses!

Vocês recordam que antes da intervenção em poucas palavras nossos usuários idosos tinham que adoecer para serem atendidos na Unidade?

Lembram-se das primeiras impressões durante a realização da avaliação dos tratamentos medicamentosos, dos exames clínicos e complementares, assim como avaliação do risco cardiovascular e das necessidades de atendimento odontológico. O atendimento é demorado, os profissionais escutam as necessidades, examina e tocam os usuários, querem conhecer toda vida do usuário, alimentação, como é a família, entre outros comentários.

Graças ao empenho da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Josefa Savedra, Nova Airão/AM promovemos saúde aos usuários idosos da nossa área de abrangência, por meio da intervenção no período de 12 semanas, que aconteceu em maio, junho e julho de 2015. Nessa ocasião, famílias acompanham aos usuários idosos até a nossa UBS com a intenção de melhorar sua qualidade de vida, receber as orientações nas atividades de grupo, para tomar as medidas necessárias com objetivo de evitar a ocorrência daquelas complicações potencialmente evitáveis e conseguir o controle das doenças crônicas, com a segurança de que em caso de adoecimento, serão prontamente acolhidos e atendidos pelos profissionais da Unidade e receberam assistência digna, integral e humanizada.

Apresentei esse relato porque nós, profissionais desta Unidade de Saúde, sentimos a necessidade de informar a cada um de vocês às mudanças acontecidas em nosso atendimento. Ultimamente o nosso serviço está mais

organizado, graças aos ensinamentos facilitados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. Contudo consideramos ainda, que podemos fazer mais e melhor com a integração de todos os membros da comunidade e conselho local.

Temos garantido o atendimento aos usuários idosos na Unidade, por meio de palestras com apoio da equipe de nutricionistas e psicólogas, assim como nossa equipe de saúde bucal e visitas domiciliares semanais com os Agentes Comunitários de Saúde, médico e enfermeira.

Com a intervenção foram atendidos 136 usuários idosos, a todos eles foram ofertados exames clínicos e exames complementares periódicos apropriados, prescrição de medicamento da Farmácia Popular, verificação de peso e altura para avaliação nutricional, verificação de pressão arterial, controle de glicemia em jejum no caso dos diabéticos, avaliação para atendimento odontológico, registro das informações, avaliação de risco cardiovascular, promoção de saúde e orientações acerca da alimentação saudável, atividade física regular, higiene bucal e risco do tabagismo.

Podem ter a certeza que o programa beneficiará a uma quantidade maior de usuários idosos e vai ser mantido, como parte da rotina de trabalho da equipe. Agradecemos a toda a comunidade pela participação e confiança depositada na equipe de saúde da UBS para prestar cuidado e pelo apoio recebido para o alcance dos resultados. Esperamos continuar com essa parceria!

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

Antes de iniciar a especialização minhas expectativas do curso eram muitas porque eu não conhecia diretamente o funcionamento do SUS do Brasil. O curso me proporcionou a oportunidade de elevar meu nível acadêmico e meus conhecimentos profissionais em atenção primária à saúde, principalmente em relação à ESF, de forma prática, para levá-lo até à prática médica do dia-a-dia e em benefício da saúde da população. Também fiquei muito feliz com o curso porque me daria a oportunidade de compartilhar meus conhecimentos com minha equipe de trabalho e outros profissionais.

Os orientadores frequentemente auxiliaram a tudo aquilo que precisei. Agora posso concluir que minhas expectativas foram atendidas, que o curso foi de muita importância e permitiu-me alcançar meus objetivos ao longo do mesmo. O curso abordou temas muito importantes para nosso enriquecimento acadêmico sobre medicina e saúde coletiva.

Como exemplo dos temas está o Engajamento Público, Demanda Espontânea, Estrutura da UBS, Atribuições dos Profissionais, Atenção à Saúde da Criança, Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Atenção a Saúde do Idoso e Saúde bucal, Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e Análise Situacional. Este último permite avaliar os principais problemas de saúde da população para assim determinar o foco de intervenção e logo planejar estratégias com a finalidade de solucionar os mesmos.

Com a intervenção aprendi que as soluções dos problemas de saúde devem ser encontradas de forma participativa e envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento, até a implantação de intervenções em que a família desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Também aprendi que a assistência oferecida, o acompanhamento adequado aos usuários e o estabelecimento do vínculo com toda a equipe da UBS, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade relacionada às complicações, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS, associado às doenças crônicas por processos educativos, contínuos e de aprendizagem que traduzem conhecimentos, em ações para o autocuidado.

O método à distância para a realização do curso é ótimo. Uma grande vantagem do ensino à distância através da Internet é que pode ser utilizado por um grupo variado de pessoas que dele necessitam e que se encontram longe da sua universidade para "assistir" as aulas. No caso dos casos clínicos, dos estudos de prática clínica, dos questionários, estes foram muito interessantes, pois sempre abordaram temas importantes dentro da prática médica na atenção básica à saúde e as demais permitiram intercâmbios de opiniões entre os profissionais e os orientadores de forma contínua através do fórum.

O caderno de ações programáticas foi uma ferramenta muito útil que nos permitiu realizar a análise situacional, porque facilitou a obtenção de indicadores, tanto de cobertura, como de qualidade, para ações programáticas como pré-natal, puericultura, saúde do idoso e da mulher, atenção ao hipertenso e/ou diabético e saúde bucal, assim como dados gerais da população. O curso foi bem organizado e responde aos princípios que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro em cada unidade de estudo e permite interagir com outros profissionais, acho que fazer tarefas semanalmente é muito bom, já que permite planejar durante a semana o jeito individual de cada pessoa para estudar, fazer revisões bibliográficas e trocar ideias, antes de responder as tarefas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.44 p.

BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

## **Anexos**







## ANEXO C - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



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

Eu, Arnaldo Olivera Gonzalez medico clinico geral, 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: mvohlbrecht@gmail.com

### **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.

\_\_\_\_\_