

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS José Figliuolo, Manaus/AM**

**William Jesus Betancourt Toro**

**Pelotas, RS  
2015**

**William Jesus Betancourt Toro**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS José Figliuolo, Manaus/ AM**

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

**Orientador:** Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

T686m Toro, William Jesus Betancourt

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS José Figliuolo, Manaus/AM / William Jesus Betancourt Toro; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por me permitir alcançar cada uma das minhas metas como profissional, e a meus padres que são exemplos para minha vida.

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a cada um dos integrantes da equipe que fez parte do trabalho e permitiu a realização do mesmo, a meus colegas médicos que trabalharam comigo durante o desenvolvimento da intervenção. A nossa diretora, por nos apoiar quando foi preciso.

A minha orientadora da especialização, que foi a base fundamental para o desenvolvimento e cumprimento do projeto.

Sem vocês nada teria sido alcançado.

Obrigado.

## Resumo

JESUS BETANCOURT TORO, William. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS José Figliuolo, Manaus/ AM. 2015.** 85f. 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.

Com o aumento no ritmo de envelhecimento da população brasileira, torna-se fundamental planejar e desenvolver ações de saúde que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos brasileiros. Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. O presente trabalho objetivou melhorar a atenção à saúde dos idosos pertencentes ao bairro “Viver Melhor” atendidos na Unidade Básica de Saúde José Figliuolo. A intervenção com foco na saúde do idoso foi escolhida porque a cobertura do programa na unidade era desconhecida pelo fato de ser uma unidade nova, e a análise situacional realizada revelou uma fragilidade na organização dos atendimentos e dos registros, pois, os idosos não tinham acompanhamento de saúde regular e de qualidade. A intervenção foi estruturada a partir de quatro eixos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço. Foi realizada no período de março a junho de 2015, com a população alvo de 3.323 idosos que residiam na área de abrangência da UBS. O cadastro foi realizado mediante o preenchimento da ficha espelho no atendimento clínico. Foi utilizado Protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2010, além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2007. Durante as 12 semanas da intervenção foram cadastrados 337 idosos, o que representou 10,1% do total de idosos da área, essa cobertura pode ser justificada pelo fato de termos uma população superior à capacidade de resposta da equipe e da unidade, influenciando no resultado desse indicador. Por outro lado, indicadores como o rastreamento para Diabetes Mellitus dos usuários hipertensos, fornecimento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, orientações de saúde e higiene bucal, alcançaram 100% (337) dos idosos cadastrados mediante os atendimentos clínicos, o qual melhorou a dinâmica e a qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde da unidade. Por isso, ao final da intervenção continuaremos com o trabalho até alcançar 100% da cobertura. Apresentamos muitos fatores positivos com a intervenção, contribuindo para união da equipe e dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações, fazendo com que a comunidade tenha uma participação ativa na intervenção e melhorando a saúde dos idosos participantes. Apesar do fim das doze semanas do projeto, a intervenção já foi incorporada à unidade, com grande apoio da equipe e funcionários, pois entendemos que é fundamental manter ações de promoção e prevenção para a saúde do idoso, que são essenciais para a melhoria da qualidade do estilo de vida dos idosos da área.

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

## Lista de Figuras

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Avaliação dos sinais vitais, pesquisa de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Manaus/AM, 2015. | 50 |
| Figura 2 | Atividades feitas pela fisioterapeuta com os idosos do área. Manaus/AM, 2015.                       | 53 |
| Figura 3 | Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Manaus/AM, 2015.             | 57 |
| Figura 4 | Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Manaus/AM, 2015.            | 60 |
| Figura 5 | Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção com visita domiciliar. Manaus/AM, 2015.   | 61 |
| Figura 6 | Proporção dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Manaus/AM, 2015.     | 63 |
| Figura 7 | Proporção dos idosos com a primeira consulta odontológica programática. Manaus/AM, 2015.            | 64 |
| Figura 8 | Proporção de idosos com registro específico na ficha espelho em dia. Manaus/AM, 2015.               | 67 |
| Figura 9 | Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Manaus/AM, 2015.                        | 68 |

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

|          |   |
|----------|---|
| ACSSs    | Agente comunitário da Saúde   |
| APS      | Atenção Primária de Saúde   |
| CAP      | Caderno de Ações Programáticas  |
| EaD      | Ensino a distancia  |
| ESB      | Equipe de Saúde Bucal   |
| ESF      | Estratégia da Saúde da Família  |
| HIPERDIA | Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos |
| OMIA     | Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações                    |
| PA       | Pressão Alta  |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| UBS      | Unidade Básica de Saúde   |
| UFPeI    | Universidade Federal de Pelotas                                       |

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| Apresentação .....   | 10 |
| 1 Análise situacional.....   | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....                | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional.....                          | 13 |
| 1.3 Comparativo texto inicial e o relatório da AS .....            | 22 |
| 2 Análise Estratégica.....   | 23 |
| 2.1. Justificativa.....  | 23 |
| 2.2 Objetivos e metas.....   | 26 |
| 2.2.1 Objetivo geral .....   | 26 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas.....                           | 26 |
| 2.3 Metodologia.....   | 28 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações.....                                  | 28 |
| 2.3.2 Indicadores.....   | 40 |
| 2.3.3. Logística.....  | 46 |
| 2.3.4 Cronograma.....  | 48 |
| 3 Relatório da Intervenção .....                                   | 49 |
| 3.1. As ações previstas e desenvolvidas.....                       | 49 |
| 3.2. As ações previstas e não desenvolvidas.....                   | 54 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....    | 55 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço..... | 55 |
| 4 Avaliação da intervenção .....                                   | 56 |
| 4.1 Resultados .....   | 56 |
| 4.2 Discussão.....   | 70 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores.....                      | 75 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....                  | 78 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....  | 80 |
| Referências .....  | 82 |
| Anexos .....   | 83 |

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo principal Melhoria na saúde das pessoas idosas cadastradas na UBS José Figliuolo, localizada em município norte da cidade de Manaus, Amazonas, e teve uma duração de 12 semanas. Este volume engloba a análise situacional na UBS José Filiuolo, foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção de saúde do idoso e de sua família e que fazem acompanhamento na unidade, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a análise estratégica, que é o projeto de intervenção; o relatório da intervenção que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o relatório dos resultados da intervenção que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das referências e dos anexos.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em março de 2015 e finalizou em junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 21/09/2014**

Ao longo da nossa preparação como médicos, nós nos concentramos no desenvolvimento do bem-estar social, incluindo ótimo desenvolvimento biológico, psicológico e social de uma determinada população, que servimos e aplicamos nosso conhecimento médico. Vamos definir objetivos e metas alcançáveis dentro de nosso campo de Trabalho, apoiado pelas condições materiais e físicas emprestadas para o funcionamento das mesmas.

Atualmente estou no estado do Amazonas, ao norte da cidade de Manaus, trabalhando em uma Unidade básica de saúde "tradicional" que tem por Nome Dr. José Figliuolo. Unidade construída recentemente, apresentando uma boa estrutura e adequada para a quantidade de população que presta serviços. Ela está estruturalmente organizada com 1 recepção, 1 sala de espera, 1 administração, 1 farmácia, 1 laboratório, 1 cozinha, 1 sala da assistente social, 1 sala da diretora, 1 sala de armazenamento, 1 auditório, 2 banheiros para funcionários ( um para mulheres o outro para homem), e 2 banheiros para o público em geral (um para mulheres o outro para homem), 1 clínica de ginecologia, 1 clínica de pediatria e 1 clínica de medicina geral, 1 clínica de serviços odontológicos, 1 sala de preparação, 1 sala de esterilização e também conta com áreas verdes e estacionamento para bicicletas e Veículos.

Faço parte de uma equipe comprometida com o desenvolvimento de um sistema único de saúde em funcionamento, que trabalha dia a dia com seu conhecimento e realizam esforços grandes para cumprir a meta de promover a saúde da nossa população e também garantir que cada um de nossos usuários tenha o atendimento ideal. A equipe é formada por 2 técnico de farmácia, 3 clínicos gerais, 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 administrador, 4 enfermeiros, 6 técnicas de enfermagem, 2 dentistas, 1 técnico de prótese dentária, 1 técnico de laboratório, 1 secretário de laboratório, 2 assistente social, 1 fisioterapeuta, 2 recepcionistas, 1 secretario de arquivo, 4 pessoal de limpeza.

O funcionamento do nosso centro é de segunda a sexta no horário de oito horas da manhã às cinco horas da tarde. O espaço permite-nos desenvolver

diferentes atividades, como por exemplo, ações programáticas da atenção primária consulta agendada, planejamento de demanda livre e fazer visitas domiciliares a usuários que necessitam de nossos serviços, dar seguimento e monitoramento de usuários com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, fortalecimento do processo de formação e de conhecimento através das atualizações nas reuniões semanais pela equipe de trabalho para a integração e troca de experiências dentro do centro de saúde.

Na minha UBS o atendimento aos usuários é a livre demanda, onde os usuários vão pegar fichas para fazer seu atendimento. A demanda de usuários é programada para as diferentes especialidades, pois os especialistas trabalham todos os dias para atender os usuários que vão ser consultados. Quanto as visitas domiciliares, temos feito poucas, mais a equipe esta disponível a fazer em conjunto com a enfermeira se tiver um caso necessite, pois priorizamos as pessoas que realmente carecem, como os idosos, grávidas e pessoas com deficiência. Realizamos reunião de equipe pela tarde, quando se faz necessário, pois como a UBS é recente, precisamos ir ajustando nosso trabalho, e identificando as limitações.

O desenvolvimento de programas para diferentes doenças facilita o controle de cada um dos nossos usuários com diabetes, hipertensão, puerpérios, gravidez como parte da nossa população, sendo apoiadas por nossos especialistas em diferentes áreas e também pelos enfermeiros, agentes de saúde e a própria comunidade, de quem temos recebido grande receptividade para o nosso trabalho.

A população da área de abrangência da UBS é uma população humilde, mas também preocupado com o problema de drogas e promiscuidade entre os jovens; hipertensão e diabetes mellitus nos adultos, enquanto as doenças infecciosas, o parasitismo é mais frequente entre crianças e jovens.

Eu tenho meus desafios, o idioma é um deles, alguns falam mais rápido do que outros, mas graças a Deus eu entendo quase todos. Eu amo este trabalho, porque isso realmente me faz ter contato direto com as pessoas carentes, pessoas que realmente apreciam o trabalho diário dos médicos. Apesar da minha UBS não ter trabalhadores efetivos na comunidade como são os ACS, a equipe coopera bastante, fazendo um esforço para conhecer nossa população. Um grande desafio é

o problema da droga que afeta a juventude da comunidade, muita falta de educação, pois a minha comunidade é caracterizada por pessoas muito pobres, moradores anteriormente de favelas e zonas de alto risco que foram unificadas nessa área através do projeto do governo. A Saúde do Homem é outro desafio, porque os homens não costumam fazer consultas e não querem controlar seus exames.

Só espero que no final desta especialidade, tenha a possibilidade de me sentar em uma mesa de diálogo, tentando encontrar uma solução para este problema com maior embasamento do que eu tenho agora. As pessoas da área me aceitaram 100% em sua comunidade, só espero que eu possa ajudar a resolver os seus principais problemas de saúde e muito mais importante educar como prevenir a doença.

Esperamos continuar com o Trabalho feito, e continuar a melhorar sempre que possível, o único sistema público de saúde do Brasil, assim como também a qualidade do modo de vida de toda a nossa população atendida.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 03/12/2014**

Manaus é um município brasileiro, capital do estado do Amazonas e o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. É uma das cidades brasileiras mais conhecidas mundialmente, principalmente pelo seu potencial turístico e pelo ecoturismo, o que faz do município o décimo maior destino de turistas no Brasil. Manaus pertence à mesorregião do Centro Amazonense e à microrregião homônima. Destaca-se pelo seu patrimônio arquitetônico e cultural, com numerosos museus, teatros, templos, palácios e bibliotecas.

É localizada no extremo norte do país, a 3.490 quilômetros da capital nacional, Brasília. É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 2.020.301 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, sendo também a 7ª mais populosa do Brasil e a 131ª mais populosa do mundo. Para garantir a prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, Manaus conta com

9.299 servidores e ainda com uma rede composta por 1 maternidade, 1 central SAMU-192 com oito bases descentralizadas (18 ambulâncias de suporte básico, 05 de suporte avançado e duas “ambulanchas” de suporte avançado), um SOS social, 10 serviços de pronto atendimento (SPAs), 8 policlínicas, 1 centro de referência em saúde do trabalhador, 1 serviço de fisioterapia, 3 centros de especialidades odontológicas, 2 centros de apoio diagnóstico distritais, 1 laboratório de citopatologia, 1 laboratório de vigilância em saúde, 1 centro de controle de zoonoses, 1 central de medicamentos, 46 unidades básicas de saúde, 3 módulos de Saúde da Família, 20 postos de saúde rural e 158 Unidades Básicas de saúde da família, todas distribuídas nos distritos de saúde norte, sul, leste, oeste e rural. Existe uma grande demanda por consultas especializadas, logo, muitas vezes os usuários esperam por um longo período por uma vaga.

A UBS José Figliuolo é urbana e o seu modelo é a rede tradicional. A unidade possui a equipe formada por 5 médicos, 2 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem, 3 recepcionistas, 2 farmacêuticos, 4 serviços gerais, 2 técnicos de vacinação, 2 odontólogos e 1 técnico de odontologia, ainda não temos ACS, a última informação que tivemos da direção é que logo chegará o pessoal. Nossa UBS ainda não tem vínculo com instituições de ensino, pois não tem estagiários que realizem atividades. A unidade funciona de segunda a sexta, nos dois turnos, manhã e tarde. Iniciam as atividades às 8 da manhã, mantendo-se aberta até 12h. Nesse horário, a unidade fecha para almoço e retorna o atendimento a partir das 14h estendendo-se até às 17h.

É uma UBS pequena com uma população grande, pois temos 55.000 habitantes. Temos 3 salas para os médicos, 1 da enfermeira, 1 para atendimento odontológico, 1 sala de vacinação, 1 farmácia, 1 cozinha e 2 banheiros para trabalhadores e outros 2 para os usuários, nenhum deles é adaptado para cadeirantes, temos 1 sala de espera, onde os usuários esperam o atendimento sentados nas cadeiras colocados ao lado da cada consultório, também temos 1 auditório para os Agentes de Saúde realizarem suas atividades, porém não contamos com agentes de saúde, e essa sala é utilizada para fazer as reuniões de equipe, programando atividades de educação em saúde para a população. Além disso, a Unidade possui 1 sala de nebulização e 1 para coleta de exames de laboratório o que é muito positivo para nosso trabalho, já que faz a realização de

exame aos usuários e já recebem os resultados nas próximas consultas; só não temos sala de observação para os usuários que chegam em condição crítica e que necessitam de intervenções medicamentosas imediatas para aliviar sintomas agudos, como nos casos de cefaleia, labirintite, crises hipertensivas e emergenciais o que representa uma grande limitação para nosso trabalho. O certo seria que esses usuários fossem estabilizados, antes de encaminhá-los aos serviços especializados. Destacamos ainda que a unidade também não possui uma sala que favoreça a realização de pequenas cirurgias, nem equipamentos respiratórios de suporte de vida básica, quando se apresentam com muitas dificuldades, fazemos o atendimento improvisado na sala de curativo ou nebulização.

O atendimento na unidade é realizado por vários integrantes da equipe. A equipe visa garantir o cuidado da população, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Para tal, os trabalhadores exercem suas atividades de forma coordenada. A partir da avaliação com classificação do risco e da capacidade de resposta da unidade, estes são encaminhados para os respectivos profissionais. Assim também são encaminhados para os serviços de vacinação, realização de preventivo, realização do teste de escarros para a tuberculose e outros; também orientam os usuários que vem em busca de resultados de exames. Os usuários que após avaliação são encaminhados para consulta médica ou de enfermagem é realizado a checagem dos sinais vitais, pressão arterial, medida de peso, altura, e de glicemia capilares para as pessoas diabéticas aferidas pelos técnicos de enfermagem. Embora fazemos parte de uma UBS tradicional, nossa equipe tem procurado melhorar o atendimento priorizando os grupos mais vulneráveis como crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiências físicas ou com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Dentro das limitações se podem identificar a falta do ACS, que fazem um papel importante, já que são eles os que nos vão permitir entrar na casa e reorganizar a população com a qual prestamos serviço.

A unidade foi inaugurada por nós há 2 meses, e a área de abrangência da equipe se distribui em um bairro formado por edifícios e casas urbanas, que tem por nome “Viver Melhor, localizado em Santa Etelvina ao norte da cidade de Manaus, Amazonas. Conta com uma população humilde de aproximadamente 55.000 habitantes, a qual possui poucos recursos econômicos e com baixa escolaridade,

concentrada em sua maioria no nível secundário de estudo e um terço dessa população possui formação superior ou cursos politécnicos, outros são aposentados.

A unidade faz atendimento a livre demanda, os casos de demanda espontânea são acolhidos pela unidade em ambos os turnos. Realizamos a escuta qualificada de todos os casos, garantindo atendimento no mesmo dia, levando em consideração o horário de chegada. Como estratégia para garantir o acesso dos usuários que buscam a unidade como demanda espontânea, estes são atendidos em quantidade de fichas disponível para cada turno, se distribui 28 fichas para clínico geral para o horário da manhã e 28 para o da tarde; 28 fichas para pediatria em horário de manhã e 28 pela tarde, e igualmente com ginecologia e obstetrícia, só que em menor quantidade de fichas, já que só temos um especialista na UBS. Desta forma garantimos o atendimento de todos que procuram a unidade. O acolhimento é realizado por vários integrantes da equipe. Todo os usuários ao chegar à unidade são atendidos primeiro pela recepção, que os direcionam para os técnicos de enfermagem, que realizam a escuta dos seus problemas de saúde e dos motivos que o levaram ao posto, além disso, atendemos usuários que apresente emergência e que se dirigem a UBS, também os casos de usuários que vieram para pegar ficha e não conseguiu, esse é orientado a retornar para o dia seguinte em horário mais cedo. Em caso de cadeirantes, pessoal com dificuldade de locomoção, deixamos 2 vagas disponíveis por médicos para serem atendidos sem necessitarem de fichas. Depois de fazer o atendimento dos usuários preparados, fica tempo disponível e se tiver algum usuário que precise do serviço se faz o atendimento, dentro de o horário correspondente, sem problema.

Como estamos trabalhando com uma UBS tradicional e que foi recentemente inaugurada, não temos como descrever os valores da cobertura de cada ação programática com fidelidade, visto que esses dados não existem de forma contabilizada em nossa Unidade.

Nossa unidade busca garantir atenção à saúde da criança a qual se constituem por 2750 de 0 a 72 meses de idade segundo o caderno de ações programáticas, que correspondem a 5% da população total, acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento, utilizando o protocolo do Ministério da Saúde. No entanto, enfrentamos algumas dificuldades na operacionalização desse programa,

visto não realizamos o teste de pezinho e a triagem auditiva, tanto por falta de espaço físico quanto pela ausência de treinamento dos profissionais. No que se refere à avaliação de saúde bucal, a mesma é realizada pela odontóloga em dois turnos, onde agora estão especificados os dias específicos para grávidas, idosos, criança e adolescentes. Os casos que julgamos necessários são encaminhados para o hospital da criança, embora tenham consulta especializada de pediatria. Enfrentamos dificuldade em realizar o monitoramento de toda a população, pois não temos ACS, e trabalhamos com uma população muito grande com 55000 habitantes. Em todas as consultas orientamos às mães no cuidado de seus filhos, mostrando a importância da amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e a alimentação adequada nos meses seguintes, conversamos sobre hábitos de higiene e cuidados com o cordão umbilical, alertamos sobre prevenir os acidentes em casa com a água quente, asfixia durante o sono. Acho que nosso posto cumpre com o protocolo ministerial, só que as dificuldades apresentadas são decorrentes de uma unidade recém inaugurada, mas acho que devemos melhorar a forma de cadastro e atualização dos dados. Também acho importante realizar o acompanhamento constante de mães e filhos para assegurar que venham as consultas mensais de acompanhamento previstas pelo protocolo. Apesar do nosso controle, ainda não conseguimos manter a vacinação das crianças em dia, pois não conseguimos alcançar 100% de cobertura da área, seria interessante que tivéssemos uma sala de vacinação implantada na unidade, também como, a realização do teste do pezinho.

No atendimento as gestantes estão cadastradas apenas aquelas que procuram atendimento na Unidade de saúde. Estima-se no CAP que na UBS possuam em um ano 550 gestantes na área de abrangência, o que representa o 1% da população total, as quais possuem entre 16 e 37 anos, porém a maior parte se concentra no grupo etário de 20 a 29 anos. Nosso cadastro aponta para um número maior do que o previsto no caderno de ação programática, sendo acolhidas na nossa unidade, desde sua chegada. Elas recebem atendimento de todos os profissionais da equipe, sempre recebem atendimento preferencial, todas elas recebem um cartão de gestante na primeira consulta do pré-natal, onde anotamos todas as informações atualizadas a cada consulta e com os exames de laboratórios atualizados, vacinações e exame físico realizado anotando os índices de massa corporal, altura uterina, controle do batimento cardíaco fetal, movimento fetal,

contratura uterina e bem-estar físico da mãe, e sempre agendando uma data de retorno a sua próxima consulta. Em nossa UBS, as gestantes realizam consultas agendados pelo departamento de enfermagem e por isso temos uma estrita vigilância sobre a saúde mãe-criança. Realizamos atividades educativas na comunidade sobre o controle pré-natal. Como há facilidade de acesso aos serviços, a população adere ao acompanhamento, indo de maneira regular para suas consultas. Por este motivo, temos observado, diminuição nos casos da mortalidade materno-infantil em nossa população. Hoje, garantimos acesso aos exames laboratórios em cada consulta conforme preconizado pelo protocolo, a ultrassonografia é agendada como prioridade e os exames laboratoriais estão garantidos para todas. Elas recebem Ácido Fólico até a 12ª semana de gestação e o Sulfato Ferroso até o puerpério; todos os medicamentos são garantidos por nossa farmácia durante todo o período gestacional. Esse modelo de cuidado, tem permitido identificar precocemente os casos de riscos, assim posso considerar que o programa tem cumprido seu objetivo, já que foi adequadamente implantado, o que tem auxiliado, a diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil e os números de complicações perinatais na nossa unidade.

Em nossa unidade realizamos a prevenção do Câncer de colo de útero e mama, estima-se que as quantidades de mulheres entre 25 e 64 anos é de 11.642, que representa um 26% de total geral. Para tal, seguimos o estabelecido do protocolo ministerial sendo acompanhado pelo departamento de enfermagem. Em nossa unidade realizamos a coleta de exames citopatológicos durante a semana, sendo realizados em ambos turnos. No momento, ainda não temos uma forma de organização que garanta o rastreamento dos casos, as mulheres buscam o serviço de forma espontânea. Todas as mulheres na idade de 25 a 64, segundo o protocolo do Ministério de Saúde, devem ser orientadas durante as consultas e as visitas domiciliares sobre a importância de realizar seus exames periodicamente, mas infelizmente não possuímos registros atualizados. Enfrentamos problemas para atualizar os dados na unidade, já que não temos ACS trabalhando nas áreas. Até o momento cadastramos apenas as mulheres com exames positivos na pesquisa de Câncer de colo uterino e de mama, que procuram a unidade. Como estratégia de prevenção ao Câncer de colo de útero e mama, estamos atualizando os dados da população de mulheres residentes na área e que devem ser incluídas nos

programas de prevenção de câncer de colo uterino e de mama. O gineco-obstetra fez um jeito de registro que contém informações pessoais das mulheres como: nome, idade, endereço, fatores de risco, se realizou ou não citologia e mamografia e data do exame. Almejamos com isso garantir a realização semestral dos exames preventivos, ao mesmo tempo que serão solicitados exames priorizando as usuárias de acordo com os fatores de risco e o tempo que não faz acompanhamento, entretanto temos enfrentado dificuldade na garantia das ações desse programa devido a demora do resultado dos exames, que demoram aproximadamente 8 meses, sem contar que em alguns casos as usuárias precisam repetir o exame. Por este motivo perdemos muitas usuárias que preferem realizar os exames em clínicas particulares, e não usam os serviços do posto, impossibilitando que realizemos o seu acompanhamento. Acho que deveria abrir mais laboratórios, ampliando a capacidade da rede de analisar em tempo hábil os exames realizados, retornando-os com mais brevidade para a unidade. Desta maneira acreditamos que poderíamos garantir a adesão dos usuários aos serviços prestados pelo posto, e assim, não perderíamos os usuários para os consultórios particulares e poderíamos monitorar melhor o controle de câncer de colo de útero e de mama em nossa população. Também achamos necessário implantar em nossa unidade, o rastreamento das usuárias com exames alterados, para tal, pensamos em implantar a busca ativa, que se tivéssemos ACS eles iriam realizar essa busca. Por fim, estamos tentando cumprir as metas estabelecidas pelo protocolo de controle do Câncer de colo de útero e mama do ministério. Olhando o Caderno de Ações Programáticas acredito que tanto os indicadores de cobertura quanto os indicadores de qualidade estão abaixo do desejado, e assim precisamos trabalhar mais no diagnóstico precoce dessas doenças em nossa comunidade; também se faz necessário campanhas educativas com às mulheres do grupo de risco, pois segundo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde é importante sensibilizar as mulheres para a realização do auto exames da mama diariamente, de modo que possibilite identificar precocemente alterações; complementando o diagnóstico precoce sugere que os exames citopatológicos e a mamografias sejam realizados periodicamente, capacitando todos os integrantes da equipe, de modo que possam atuar no cuidado as mulheres, avaliando os diferentes fatores de risco das diferentes doenças. Acho importante que cada trabalhador compreenda a sua atribuição e auxilie a equipe no desenvolvimento de ações e no cumprimento do programa. Acredito que só assim, a

equipe será capaz de promover a assistência e o cumprimento das ações do programa de prevenção ao Câncer de colo de útero e mama, atuando sobre os fatores de risco, principalmente por orientar as mulheres sobre o diagnóstico precoce. Como estratégia de cuidado, devemos garantir o acompanhamento das mulheres com exame alterado, e assim, os dados das mulheres com exame positivo devem estar atualizados em seus prontuários, de modo que garanta o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Realizamos o acompanhamento dos hipertensos os quais correspondem a uma estimativa de 17,7% da população total, e em relação aos usuários diabéticos os quais corresponde a 5%, o que representa 2.790 pessoas do área. Hoje possuímos um total de 85 pessoas diagnosticadas com hipertensão e 62 usuários diabéticos, que não correspondem às estimativas, visto que possuímos uma população de 55.000 habitantes. As consultas do programa possuem um dia específico de atendimento, sendo realizadas uma vez por semana. Antes da consulta, os técnicos de enfermagem realizam as medidas de importância, estatura, pressão arterial e a glicemia capilares, registrando nos prontuários médicos, e depois desse atendimento, eles são conduzidos a consulta médica. Na consulta médica realizamos a avaliação física, revisão de medicamentos, e observamos a resposta do usuário frente ao mecanismo de compensação e as possíveis alterações da resistência aos medicamentos. Avaliamos também a manutenção dos hábitos dietéticos saudáveis e atividades do usuário. Os estudos laboratoriais como o hemograma completo, estudo da glicemia, proteinúria 24hrs, exame de urina simples, colesterol, creatinina, estudos eletrocardiográficos entre outros estão garantidos para todos, mas uma das limitações enfrentadas pela equipe, é a garantia do atendimento especializado. Isto porque existe uma grande demanda e poucos especialistas para acolhê-los. No que se refere a disponibilidade de medicamentos do programa, temos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais em nossa farmácia, e raramente ocorre a sua falta. Existem alguns remédios não disponíveis a nível nacional, como é a insulina, contudo, os usuários têm acesso, quando necessitam.

A unidade é responsável pelos idosos da área, através do CAP reconhecemos que eles representam 6% de nossa população total, com uma estimativa de 3.323 pessoas com 60 anos ou mais, previsto no protocolo do Ministério

da Saúde. Ainda não temos o total certo de pessoas maiores de 60 anos residentes na comunidade. A consulta dos idosos é realizada em todos os dias da semana e nos dois turnos. O seu acompanhamento é iniciado desde o momento que se realiza seu cadastro, sendo eles avaliados e levando em consideração a sua capacidade física, o aparecimento de doenças, a disponibilidade ou não de cuidadores familiares, e acompanhando também outros critérios. Após a análise dos dados, são planejadas as consultas e as visitas domiciliares, considerando cada caso particularmente. Todos os profissionais da unidade, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiros e médico realizam atendimento aos usuários idosos, eles sempre têm prioridade no atendimento e suas consultas são planejadas. Seus familiares podem solicitar as visitas domiciliares e estas solicitações são correspondidos de caráter imediato devido as alterações fisiológicas. Os idosos estão propensos e susceptíveis a aparecimentos de vários problemas de saúde, os principais são as doenças crônicas e degenerativas, podendo aparecer doenças como a artrose degenerativa, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares, cardiovasculares entre outros. Na unidade, garantimos aos usuários idosos a realização de exames físicos completos, exames laboratórios, prescrições médicas-farmacológicas e os encaminhamentos às consultas especializadas quando o caso se necessário. Durante as consultas recebem orientações sobre hábitos dietéticos saudáveis, as vantagens de praticar exercícios físicos regulares e adequados, envolvendo movimentos das articulações, estiramento de músculos, caminhadas e outros exercícios com os quais se sentem cômodos. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde, tomando em conta os riscos de acidentes domiciliar, e fazemos orientações sobre a importância da interação social e participação em atividades comunitárias, interação com os vizinhos. Os familiares recebem orientações também da importância de evitar complicações nos casos dos usuários acamados por longo período. Como limitação na atuação com o programa do idoso pontuamos a ausência de fisioterapeutas em nossa unidade e de nutricionista de referência, o que impossibilita que sejam realizados tratamentos de reabilitação, exercícios físicos orientados e com um adequado esquema nutricional.

O atendimento odontológico é feito pela equipe de saúde bucal formada pela dentista e a técnica de saúde bucal. É realizado o acolhimento com base no

protocolo em saúde bucal, se disponibiliza o atendimento todos os dias da semana e no horário da manhã e tarde, além de realizar ações de saúde em prevenção de doenças próprias da higiene bucal com a comunidade durante o tempo de espera.

Acho que um dos problemas mais grave da minha área de saúde é não garantir os exames especializados, muito triste ver os usuários esperar até 6 meses para se consultar com uma especialista. Deveria ter acesso à especialista semanalmente para atender as populações de difícil acesso, isto ajudaria bastante o sistema de saúde pública e diminuiria o índice de mortalidade.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

Depois de um bom tempo de trabalho ao norte de Manaus, e no estado de Amazonas posso entender que o sistema de saúde de Brasil tem protocolos a serem seguidos e mantém clara a finalidade do atendimento ao usuário. Tive a oportunidade de trabalhar em duas unidades de saúde, ambas de rede tradicional com o mesmo funcionamento, com estruturas físicas similares, quantidades de pessoal semelhantes, e companheiros de trabalhos comprometido em um funcionamento ótimo de cada uma das unidades de saúde, mas olhando de jeito sistêmico observacional, posso relatar que desde o início as dificuldades são muitas.

Inicialmente tem o desconhecimento de um sistema de saúde novo, as dificuldades de idioma, mas com o dia a dia e trabalhando em equipe, isso permite se adaptar e identificar as dificuldades para melhorar cada dia o trabalho feito, cujos profissionais da equipe tentam cumprir com metas estabelecidas pelos protocolos do Ministério da Saúde compreendendo as atividades programadas.

O trabalho realizado em cada um dos serviços feitos pela unidade básica, permite um seguimento continuo de cada um dos usuários, havendo o sistema de agendamento de consultas e de atendimento a livre demanda se mantendo bem estabelecido e sem interrupção para o atendimento da população, e assim cumprindo em cada umas de áreas o que foi estabelecido.

Em comparação com a atualidade no trabalho que desempenho agora, acho que não é fácil trabalhar em uma população nova em que se tem que cadastrar pela primeira vez toda a população, principalmente por se tratar de uma população carente de muita atenção médica, mas é ótimo fazer parte dessa equipe de trabalho,

só que ainda temos algumas dificuldades com respeito a falta dos ACSs, pois quando trabalhamos com esse apoio fica mais fácil conhecer toda população, e ter melhor controle e assim criar estratégias de saúde e melhorar o atendimento a cada um de nossos usuários.

Desde o princípio quando cheguei nessa UBS, a impressão que tive foi ótima, e acho que tudo depende da bondade de nossos companheiros de trabalho em juntar os esforços em equipe para melhorar a atenção em cada um dos usuários.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). Com base neste critério, o Brasil já pode ser considerado um país envelhecido, o censo de 2010 estima 10% de idosos e com projeção de 30% para o ano de 2050, com tendência a crescer, consideração que o processo de envelhecimento se caracteriza pela diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição e a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis as doenças (BRASIL, 2007). Dessa forma a atenção primária a saúde deve realizar a avaliação global da saúde da pessoa idosa, com ênfase na funcionalidade, criando ótimas estratégias que permitam uma melhor atenção a nossa população idosa.

Pela necessidade de fazer um acompanhamento mais próximo da saúde do idoso, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. José Figliuolo, uma UBS "tradicional" construída recentemente, apresentando uma boa estrutura e adequada para a população a quem presta serviços. Ela está estruturalmente organizada com 1 recepção, 1 sala de espera, 1 administração, 1 farmácia, 1 laboratório, 1 cozinha, 1 sala da assistente social, 1 sala da diretora, 1 sala de armazenamento, 1 auditório, 2 banheiros para funcionários ( um para mulheres o outro para homem), 2 banheiros para o público em geral (um para mulheres o outro para homem), 1 sala de ginecologia, 1 de pediatria, 1 de medicina geral, 1 de serviços odontológicos, 1 preparação, 1 esterilização e também conta com áreas verdes e estacionamento

para bicicletas e Veículos. Faço parte de uma equipe comprometida com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalha dia a dia com seu conhecimento e realizam esforços grandes para cumprir a meta de promover a saúde da nossa população e também garantir que cada um de nossos usuários tenha o atendimento ideal. A equipe é formada por 2 técnicos de farmácia, 3 clínicos gerais, 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 administrador, 4 enfermeiros, 6 técnicas de enfermagem, 2 dentistas, 1 técnico de prótese dentária, 1 técnico de laboratório, 1 secretário de laboratório, 2 assistentes social, 1 fisioterapeuta, 2 recepcionistas, 1 secretario de arquivo, 4 pessoal de limpeza e infelizmente ainda não contamos com Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que representa uma grande dificuldade para o desenvolvimento de esta investigação em conhecer e identificar a população total de idosos do área adstrita. Conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos uma população humilde de aproximadamente 55.000 habitantes que frequentam o atendimento nesta nova sede de saúde, representando assim um local para melhorar a qualidade e estilo de vida de cada um dos idosos cadastrados, fazendo um seguimento continuo das doenças frequentes nesta etapa da vida, já que é uma população que cada dia mais cresce dentro de nossa sociedade.

Contamos com uma população na qual possuem poucos recursos econômicos, com baixa escolaridade e são aposentados. Fazemos o atendimento a livre demanda, onde eles são acolhidos para o atendimento em ambos os turnos. Realizamos a escuta qualificada de todos os casos, garantindo atendimento no mesmo dia, levando em consideração o horário de chegada. Como estratégia para garantir o acesso dos usuários que buscam a unidade como demanda espontânea, estes são atendidos em quantidade de fichas disponível para cada turno, se distribui 28 fichas para clinico geral onde é acolhida à população idosa, para eles ainda não tem estabelecido um número de fichas disponíveis com exclusividade só para esta população, como também dias específicos para fazer seus atendimentos.

O acompanhamento do idoso é iniciado desde o momento que se realiza seu cadastro, sendo eles avaliados e levando em consideração a sua capacidade física, o aparecimento de doenças, a disponibilidade ou não de cuidadores familiares, e acompanhando também outros critérios. Após a análise dos dados, são planejadas as consultas e as visitas domiciliares, considerando cada caso particularmente. Todos os profissionais da unidade, técnico de enfermagem, enfermeiros e médico

realizam atendimento aos usuários idosos, eles sempre têm prioridade no atendimento e suas consultas são planejadas. Seus familiares podem solicitar as visitas domiciliares e estas solicitações são correspondidas de caráter imediato devido às alterações fisiológicas.

Garantimos aos usuários idosos a realização de exames físicos complementares, exames de laboratórios, prescrições médicas-farmacológicas e os encaminhamentos às consultas especializadas quando se faz necessário. Durante as consultas recebem orientações sobre hábitos dietéticos saudáveis, as vantagens de praticar exercícios físicos regulares e adequados, envolvendo movimentos das articulações, estiramento de músculos, caminhadas e outros exercícios com os quais se sentem cômodos. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde, tomando em conta os riscos de acidente domiciliar, e fazemos orientações sobre a importância da interação social e participação em atividades comunitárias, interação com os vizinhos. Os familiares recebem orientações também da importância de evitar complicações nos casos dos usuários acamados por longo período.

Ainda não temos o total certo de pessoas maiores de 60 anos residentes na comunidade, o que nos faz trabalhar com dados estimados pelo CAP, que são 3.323 idosos, assim sendo, a consulta dos idosos é realizada todos os dias da semana e nos dois turnos. Como médico ativo que lida com esta população junto a uma equipe multidisciplinar que se mostra bastante envolvida, está disposta a investir nessa intervenção, pois antes a comunidade não tinha atendimento médico na área, dessa forma se estabelece a necessidade de conhecer o estado geral de Saúde da população Idosa, pertencente a área de abrangência da UBS.

Como limitação na atuação, pontuamos a ausência de nutricionista de referência, o que impossibilita que sejam realizados adequação alimentar, exercícios físicos orientados com um adequada esquema nutricional, assim como também pertencer a uma UBS nova e não contar com ACS, que facilitem a captação de 100% de nossa população idosa, que dessa forma estamos com um percentual muito baixo de cobertura a essa população, mostrando a necessidade de investir nesse grupo. Por ser uma UBS nova, temos a vantagem de permitir a criação de diferentes estratégias para conhecer o estado de saúde, identificando as dificuldades estruturais e geográficas que afetam diretamente a população idosa,

com a finalidade de melhorar, o estilo e a qualidade de vida de cada um dos nossos usuários. Com o apoio deles, queremos motivar a integração de diferentes atividades sociais exclusiva para eles, melhorando o encaminhamento para especialidades, garantindo a atenção aos idosos que apresentam dificuldades de locomoção, facilitando assim o desenvolvimento integral e familiar a qual eles pertencem.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS José Figliuolo, Manaus/ 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 50%.

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

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

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

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

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

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

**Meta:2. 6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

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

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

**Meta:2. 9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% 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 a100% 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 12 semanas, totalizando 3 meses na UBS José Figliuolo, Manaus/Amazonas. Participarão da intervenção todos os idosos (pessoas acima dos 60 anos) da área da unidade básica de saúde. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos será feito no momento da consulta e os registros das atividades serão colocadas na ficha espelho, pois com os dados obtidos destes registros serão preenchidos a planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Será utilizado o Protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2010 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2007.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

**Monitoramento e avaliação:** Revisão de prontuários será realizada uma vez por semana para informar o número de idosos cadastrados.

Organização e gestão do serviço: Se organizará 2 turnos da semana para atender os idosos, deixando duas fichas para idosos com consultas em atraso, e duas fichas para idosos com problemas agudo de saúde.

Engajamento público: Se realizarão reunião de 30 a 40 minutos com a associação de vizinhos, palestra informativa de a saúde do idoso na sala de espera da unidade 2 vezes por mês para dar a conhecer o programa de saúde dos idosos, suas vantagens e benefícios.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana será dedicada a capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, a capacitação da equipe da unidade de saúde será feita com uma reunião de aproximadamente 1 hora a qual será feita o dia de a reunião de equipe, com a fim de relembrar o protocolo de saúde do idoso, e como se levará a cabo essa intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará a revisão dos prontuários para conhecer o número de idosos que ingressaram ao programa, identificar e classificar mediante a revisão dos prontuários o número de idosos com hipertensão e com diabetes, e aqueles que têm consulta bucal feita.

Organização e gestão do serviço: Uma vez por semana, logo da revisão dos prontuários em caso de ter usuários sim consulta dental feita se realizará ligação para agendar uma consulta para eles, igualmente se realizará ligação para os usuários diabéticos e hipertensos que tem mais de 6 meses sim assistir a consulta medica. Haverá reuniões na primeira semana para definir a atribuição de cada membro da equipe.

Engajamento público: Nas consultas iremos informar a população em geral, a importância de uma conduta saudável, informar a população idosa sobre o compromisso que tem que ter com o controle de suas doenças e a importâncias das

consultas durante o ano, de igual jeito se informará a toda a população durante as reuniões nas associações de vizinhos e nas palestras feita na UBS.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção será realizada uma reunião com a equipe de capacitação sobre o acolhimento do idoso em nossa unidade, e sobre o protocolo que se tem que cumprir.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez pôr semana será revisados os prontuários e ficha espelho para informar o número de idosos na qual foi realizada a avaliação do exame clínico.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana da intervenção durante a capacitação da equipe, se distribuirá as funções e atribuições a cada membro da equipe, se pesquisará o funcionamento correto dos equipamentos (glicosímetro, esfigmomanômetro) para um exame físico completo adequado, se realizará revisão dos prontuários consertando as ligações feitas para cada usuário agendado para as próximas consultas, fazer as consultas com exame físico completo e realizar a referencia para cada um deles que precisarem.

Engajamento público: Em todas as consultas dos usuários idosos se informará os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, se explicará os sinais de alarme que podem aparecer, e se orientará também sobre o calçado adequado.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção na reunião que será realizada, se capacitará a equipe, em especial as técnicas de enfermagem, sobre o modo correto estabelecido pelo ministério para realizar o exame clínico do usuário e como registrar adequadamente nos prontuários os procedimentos clínicos feitos em cada consulta.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana serão revisados os prontuários, ficha espelho para informar o número de idosos a qual foi solicitado exames laboratoriais, e quais foram feitos.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana da intervenção será combinado com o pessoal de laboratório e com o gestor para garantir vagas disponíveis para todos os usuários idosos atendidos que precisem atualizar o realizar exames específicos de laboratórios.

Engajamento público: Em todas as consultas de usuários idosos se informará aos familiares e usuários qual a importância de manter feitos os exames complementares, e se orientará a data específica para quando tem que fazer o controle.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção na reunião que será realizada, se informará e capacitará toda a equipe de trabalho na solicitação a cada consulta de exames de laboratórios que cada usuário precise.

**Relativas a meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana será revisado em conjunto com o técnico de farmácia todo o material medicamentoso disponível na farmácia segundo o protocolo do ministério de saúde.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana da intervenção se informará a equipe de farmácia a importância de preencher o formulário dos medicamentos com saídas de nossa unidade, de tal jeito que uma vez por semana se realizará a revisão dos medicamentos dos programas de diabetes e hipertensão que estejam em falta, para assim fazer seu pedido, fazendo com antecedência para não deixar faltar.

Engajamento público: Em cada uma das consultas se informará a cada usuário que a medicação prescrita será retirada da na farmácia de a unidade.

Qualificação da prática clínica: Se informará a cada profissional da nossa Unidade a importância de manter atualizada a variedades de medicamentos disponíveis nas

diferentes farmácias populares, para assim poder realizar referências a estas farmácias em caso de não contar com a medicação em nosso centro de saúde.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana serão revisados os prontuários, ficha espelho para informar o número de idosos acamados o com problemas de locomoção, na qual foi realizada a avaliação da consulta.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana se informará a equipe a importância de fazer o registro específico identificando os usuários acamados e com problema de locomoção atendidos em nossa unidade.

Engajamento público: Se informará a comunidade de a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, mediante reuniões com as associações de vizinhos e palestras feitas na sala de espera nossa unidade.

Qualificação da prática clínica: Como ainda não temos equipe de ACS, a equipe de recepção e técnicos de enfermagem realizará o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção que solicitem o atendimento em nossa unidade.

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

Monitoramento e avaliação: Semanalmente se realizará uma revisão dos prontuários daqueles usuários idosos e/ ou acamados a qual foi feita a visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço: Uma vez por semana se realizará revisão dos prontuários dos usuários idosos e/ou acamados e verificaremos se agendaram para realizar sua respectiva visita domiciliar na seguinte semana.

Engajamento público: Se informará a toda a comunidade que assista a nossa UBS da disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção, mediante as palestras na UBS e reunião de associação de vizinhos.

Qualificação da prática clínica: Como ainda não temos equipe de ACS, se informará a equipe de recepção sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Relativas a meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Monitoramento e avaliação: Uma vez por mês será revisado todos os prontuários, ficha espelho para informar o número de idosos com cifras de pressão arterial alta.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana se reforçará o conhecimento para a tomada de pressão arterial, se realizará uma revisão de todo o material para a tomada adequada da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento público: Em cada consulta se informará a todos os usuários a importância da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade, e dos fatores de risco, assim como também se informará mediante as palestras feitas na sala de espera de nossa unidade.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana de a intervenção, na reunião que será realizada, se capacitará a equipe de técnicos de enfermagem sobre a tomada adequada da pressão arterial.

**Relativas a 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)

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará revisão dos prontuários, ficha espelho para informar o número de idosos hipertensos com rastreamento para DM.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana se realizará uma revisão de todo o material para a realização de rastreamento para DM, se realizará em conjunto com a equipe de técnicos de enfermagem e recepção, sendo anotado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento.

Engajamento público: Em todas as consultas se orientará os usuários a importância do rastreamento de DM para todos os usuários com hipertensão, assim como também se orientará nas palestras feitas e nas reuniões com as associações de vizinhos.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana se realizará uma capacitação reforçando o conhecimento de toda a equipe de técnicos de enfermagem na realização do hemoglicoteste em idosos com PA maior que 135/80 mmHg.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará a revisão dos prontuários e se identificará aqueles usuários que ainda não tem avaliação de consulta odontológica.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana de reunião se informará a equipe para a realização do atendimento prioritário dos idosos e informar o agendamento para a consulta odontológica para todos eles.

Engajamento público: Orientar a comunidade, em especial adultos já idosos, a importância de realizar a consulta odontológica, em todas as consultas, e em palestras feitas na unidade.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana se realizará uma reunião com tudo a equipe informando sobre a necessidade de tratamento odontológico para nossa população idosa e combinar como será realizada essa avaliação na unidade.

**Relativas a meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará a revisão dos prontuários e ficha espelho, para informar o número de usuários idosos cadastrados com a avaliação de consulta pelo odontólogo.

Organização e gestão do serviço: Uma vez pela semana se realizará revisão dos prontuários, e identificará aqueles usuários idosos cadastrados para realizar agendamento e consulta de saúde bucal, além disso, em cada consulta se informará a toda nossa população idosa a realização de encaminhamento para a consulta odontológica, e organizará seu agendamento, organizando o acesso prioritário com os técnicos de saúde bucal.

Engajamento público: Durante as reuniões de associação de vizinhos e palestras, e em cada consulta se informará a toda a população a importância do atendimento dos usuários idosos na consulta de saúde bucal.

Qualificação da prática clínica: Na primeira de semana da intervenção se realizará uma capacitação em conjunto com a equipe de saúde bucal de nossa unidade falando do acolhimento dos usuários idosos para a consulta de saúde bucal.

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

**Relativas a meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará a revisão dos prontuários, ficha espelho para informar o número de idosos consultados com agendamento segundo o protocolo dos idosos adotado pela unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: A casa quinze dias será aliada visitas domiciliares para procurar usuários idosos faltosos e organizar as vagas semanais que serão disponíveis para os idosos.

Engajamento público: Em todas as consultas dos usuários idosos, hipertensos e diabéticos, nas reuniões da associação e nas palestras se informará a comunidade a importância do acompanhamento regular do idoso.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção na reunião, se realizará a capacitação da equipe sobre como identificar idosos com consultas de atrasadas segundo o protocolo do idoso do ministério de saúde.

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

**Relativas a meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisará os prontuários, ficha espelho para informar se estão sendo preenchidos todos os acompanhamentos dos idosos.

Organização e gestão do serviço: Uma das técnicas de enfermagem será a responsável por monitorar o registro das informações nos prontuários, ficha espelho e todo o pessoal da equipe deverá preencher a ficha de acompanhamento, independente de sua ação programática.

Engajamento público: Em todas as consultas dos idosos se informará aos usuários e familiares, as reuniões quinzenais com a comunidade, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, em particular de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção na reunião que será realizada, se capacitará a equipe, sobre o preenchimento da ficha espelho de acompanhamento do usuário idoso.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana serão revisados os prontuários, fichas espelho para informar a quantidade de usuários idosos que temos cadastrados e garantir sua caderneta de saúde.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana da intervenção, se solicitará ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Engajamento público: Na consulta de cada usuário se informará a importância de portar a caderneta quando for se consultar em outros níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica: A primeira semana da intervenção se capacitará a equipe para o preenchimento correto da caderneta de saúde da pessoa idosa

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

**Relativas a meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisará todos os prontuários, fichas espelho para informar o número de idosos em situação de alto risco que tenha consultas em atraso.

Organização e gestão do serviço: Uma vez por semana se realizará uma revisão dos prontuários e ficha espelho, para identificar o número de idosos de maior risco e realizar agendamento oportuno.

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos, e palestra na unidade se informará a toda a população sobre a importância do acompanhamento mais frequente quando apresentar alto risco.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará a toda a equipe, especialmente a equipe de técnicos de enfermagem, para a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisará os prontuários e fichas espelho para informar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Organização e gestão do serviço: Uma vez por semana se identificará mediante revisão de prontuários e fichas espelho os usuários idosos fragilizados na velhice e se realizará o agendamento

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos, e palestra na unidade se informará a toda a população sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos idosos fragilizados.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará toda equipe, especialmente a equipe de técnicos de enfermagem, para a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

**Relativas a meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisará os prontuários e fichas espelho para informar o número de usuários idosos com avaliação da rede social, e cujos idosos tenha rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço: Todos os membros da equipe deverão fornecer informações aos usuários e familiares das pessoas idosas para facilitar o agendamento e a visita domiciliar com rede social deficiente, que se identificaram na revisão uma vez por semana.

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos, e palestra na unidade se informará a toda a população sobre como acessar o atendimento prioritário na unidade de saúde, estimulando assim a promoção de socialização de pessoa idosa.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará a toda equipe, especialmente a equipe de técnicos de enfermagem, para a realizar a avaliação de a rede social dos idosos.

#### **Objetivo 6: Promover a saúde dos idoso.**

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se realizará a revisão de prontuários e fichas espelho para identificar e informar o número de usuários idosos com obesidade / desnutrição, e realizar a revisão do recebimento de a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana da intervenção se informará sobre o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos, e palestra na unidade, se informará a toda a população sobre os benefícios de adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará todo a equipe especialmente, a equipe de técnicos de enfermagem, para a realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para

alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", e de acordo ao grupo de idosos hipertensos ou diabéticos.

**Relativas a meta 6.2:** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisarão os prontuários, ficha espelho para informar o número de usuários idosos que realizam atividade física regular, e que assistem a diferentes atividades físicas com fisioterapia.

Organização e gestão do serviço: Todos os membros da equipe deveram fornecer informações aos usuários idosos para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos e palestra na unidade se informará a toda a população sobre a importância da realização de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará a toda a equipe, especialmente a equipe de técnicos de enfermagem, para orientar a os idosos sobre a realização de atividade física regular.

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

Monitoramento e avaliação: Uma vez por semana se revisarão os prontuários e ficha espelho para identificar os usuários idosos que receberam orientações sobre as atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço: Na primeira semana informará a toda a equipe que se organizem para que o tempo médio na consulta possa garantir orientações em nível individual de cada usuário.

Engajamento público: Nas consultas, reuniões de associação de vizinhos e palestra na unidade se informará a toda população sobre a importância do acompanhamento pelo odontólogo para uma higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica: Na primeira semana da intervenção se capacitará a toda equipe, especialmente a equipe de técnicos de enfermagem, para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

### 2.3.2 Indicadores

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 50%.**

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida 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 3 meses para diabéticos.**

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

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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:** 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:** Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

**Indicadores:** 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:** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações:

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

**Indicador:** Proporção de idosos com registro na ficha 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.**

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos:

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3. Logística**

Para a realização da intervenção será utilizado o protocolo de saúde do idoso do Ministério da Saúde, 2010. No que se refere ao eixo de monitoramento e avaliação, aponta-se que no momento o serviço da unidade não conta com uma ficha espelho para o programa de saúde do idoso, por isso será implantada a ficha disponibilizada pelo curso, na qual cada integrante da equipe que tenha contato com o usuário idoso deverá olhar se está em falta alguma das ações em saúde que são preconizadas pelo protocolo do ministério de saúde, como por exemplo, se tem feita a consulta odontológica.

A ficha espelho consta de todos os indicadores a ser avaliados na intervenção e os dados serão extraídos, uma vez por semana para manter em dia os registros do programa na Planilha Coleta de Dados que curso também disponibilizará. Serão levados os registros em ficha eletrônicas no computador existente na unidade para manter em dia a coleta de dados. Também serão revisados os prontuários dos usuários que já foram consultados na unidade com a finalidade de obter alguma informação e iniciar a coleta de dados, anotando consultas, vacinas dentre outras que tenha em atraso.

Em cada consulta será solicitado a caderneta de idoso, e aqueles que não possuírem, estaremos entregando, para que possamos obter dados dela, acrescentar as informações e fazer todas as anotações nela. As ações serão monitoradas semanalmente pelo profissional médico e enfermeiro mediante a revisão de prontuários e da ficha espelho; estaremos atento ao número de idosos cadastrados na unidade, quais deles se consultaram nos últimos 6 meses, quais fizeram os diferentes testes e avaliações do diabetes e hipertensão, quais estão com consultas em atraso, quais estão em alto risco, quais receberam as orientações de promoção e prevenção de saúde.

No referente à organização e gestão em serviço na recepção serão disponibilizadas diariamente de segunda a sexta 20 fichas de atendimento de rotina, dando prioridade a idosos com descompensação, e idosos com alguma deficiência, além disso será disponibilizadas 4 fichas diárias para problemas agudos de saúde, os quais serão avaliados inicialmente pela técnica de enfermagem ou a enfermeira, os quais receberão atendimento no momento da procura, e semanalmente serão disponibilizadas mais 4 fichas para idosos em alto risco e com consultas em atraso que necessitem atendimento. Uma vez por semana a recepcionista realizará ligações aos usuários ou familiares, com consultas em atraso as quais seriam agendadas nas 4 vagas disponibilizadas para esta situação. Em conjunto com a diretora e pessoal da administração serão solicitadas as Xerox das fichas espelho que serão utilizadas na intervenção e que irão com cada prontuário, e cada uma das pessoas que integram a equipe, técnicas de enfermagem, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta e médicos revisarão e preencherão dependendo do caso. Os idosos deverão sair da unidade com o próximo retorno agendado. No caso do material requerido para realização de medidas de pressão e glicemia, peso, tala, suplementos, não tem necessidade de solicitar já que a unidade conta com os insumos em quantidade suficiente.

Nas ações de engajamento público a comunidade será informada sobre o programa de saúde do idoso através de contato direto com a população na sala de espera, quinzenalmente será realizado exposições de 20 minutos sobre as vantagens, benefícios do programa e facilidades de atenção na unidade, além disso se contará com o apoio da associação de vizinhos para realizar reuniões quinzenais



### **3 Relatório da Intervenção**

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

#### **3.1. As ações previstas e desenvolvidas**

Dentre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, destaca-se inicialmente o cadastramento dos idosos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Figliuolo, Manaus-AM. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência, a partir da implantação do Programa de Atenção à Saúde do idoso.

Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura em, pelo menos, 100%. Para tanto, solicitei a toda a equipe da unidade, que informasse aos usuários a importância de realizar o atendimento na unidade de todos os idosos residentes na área de abrangência, e preencher a ficha espelho com os nomes dos idosos para a inclusão ao programa da intervenção. Como a unidade não conta com ACS, a partir do qual seria possível realizar a busca ativa de todos os idosos não cadastrados na unidade, então apenas foi realizado o cadastro dos usuários que procuraram o atendimento por livre demanda. O atendimento a estes idosos foi priorizado na rotina da unidade, ou seja, se estabeleceu a prioridade de entregar fichas aos usuários idosos que assistissem a Unidade em procura de atendimento, dentro das 28 fichas disponibilizadas por dia durante todos os dias da semana, já deixávamos reservado o atendimento a população-alvo.

A equipe de saúde foi capacitada para realizar o acolhimento e atendimento de todos idosos, bem como a respeito da saúde do idoso e informações a serem repassadas aos familiares e a comunidade em geral. Todos os idosos da área de abrangência que compareciam por demanda espontânea eram atendidos e prontamente cadastrados no Programa. Dessa forma, foi possibilitada a inclusão no programa da intervenção com o cadastro na Unidade, onde muitos idosos que ainda não havia realizado atendimentos na UBS, e assim facilitando o acesso deles e otimizando os resultados. Foi realizado também um trabalho de conscientização,

tanto para a equipe da unidade, quanto para a população, sobre a importância e benefícios provenientes da participação do Programa.

Os atendimentos de cada um dos idosos foram monitorados e avaliados quanto à realização do teste de glicose, tomada da pressão arterial, peso, avaliação para a fragilização na velhice, avaliação de necessidade e primeira consulta odontológica programada para o idoso. Todo o material para verificação da pressão e glicose foi providenciado. Da mesma forma a disponibilidade de medicamentos entregues dentro da unidade sempre teve garantida na dispensação. Os idosos com alterações que precisam de avaliação pelos especialistas, são encaminhados para as unidades de referência da área. Os exames complementares foram disponibilizados e amplamente realizados em cada caso requerido.



Figura 01: Avaliação dos sinais vitais, pesquisa de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Manaus/AM, 2015.

O protocolo não foi impresso, apesar da solicitação à gestão municipal, no entanto, foi disponibilizado em arquivo pdf no computador da unidade para que todos pudessem consultá-lo quando houvesse necessidade. Todas as cadernetas do idoso, equipamentos e condições necessários para sua realização já estavam garantidos antes mesmo de iniciada a intervenção, sem ocorrência de qualquer contra tempo.

Infelizmente, as fichas-espelho não foram reproduzidas e fornecidas pelo gestor municipal, ele tem se apresentado com pouco ou nenhum envolvimento nas

ações previstas na intervenção. Foi com ajuda da diretora da unidade que essas fichas foram conseguidas. Sua utilização como forma de registro facilita o monitoramento e acompanhamento de todos os idosos participantes do Programa, sendo necessária a constante atualização das informações. Em relação às consultas de monitoramento da pressão arterial e teste da glicose, tanto os médicos como os enfermeiros estão aptos para realização e preenchimento. O dentista é responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem pela atualização das informações referentes aos sinais vitais. Assim, todos estes são responsáveis atualização dos registros, sendo o médico e os enfermeiros responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa.

Dessa forma, foi dada a importância quanto à completude das fichas-espelho para que não prejudicasse o controle e para que a abordagem fosse a mais completa possível, facilitando dessa forma o monitoramento e avaliação periódica do acompanhamento dos idosos. Os familiares responsáveis foram orientados quanto ao direito e importância de manter os registros de seus idosos atualizados.

As consultas foram organizadas de modo que os idosos, ao comparecer à unidade por livre demanda, passassem pela consulta médica e faziam o agendamento para consulta odontológica e também o controle do mapa da pressão arterial pelas técnicas de enfermagem. Dessa forma, todos os idosos tinham seu cadastramento no Programa de intervenção. Infelizmente ainda não conseguimos adequar a agenda do dentista para o atendimento de todos os idosos, mas conseguimos deixar duas vagas para os idosos que apresentem emergência bucal, durante a semana de atendimento. Essas consultas também foram parcialmente efetuadas, com muita dificuldade, uma vez que o atendimento ficou suspenso um período por falta de material e também porque o compressor odontológico não se encontrava em funcionamento. Optou-se pelo agendamento odontológico em outro período, mas todos os idosos eram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo que todos eram encaminhados ao dentista para sua primeira consulta programática.

O engajamento público foi realizado, sendo passado aos familiares e a comunidade em geral sobre as orientações e informações a respeito do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, bem como as vantagens e facilidades ao participar do mesmo. Tal papel foi desempenhado por todos da equipe durante as oportunidades

de contato possível entre membros da equipe e a população. Foi mostrada a importância também de compartilhar com os vizinhos às informações a respeito do estado de saúde de seus idosos pra ter uma forma a mais de ajuda, alertando sobre anormalidades e o que se espera para um idoso saudável, a importância de se integrar as atividades feitas na unidade para melhorar a qualidade de vida de cada um deles, bem como quais são os principais fatores do risco durante essa faixa etária.

Uma ação que ocorreu parcialmente foi à capacitação do pessoal da recepção quanto aos procedimentos realizados durante o acolhimento dos usuários, com a finalidade de que ficassem cientes das principais características deste acompanhamento, facilitando a observação e identificação de qualquer alteração. Esta ação não foi completamente desempenhada devida à recusa de alguns da equipe da recepção, alegando ser uma atribuição além de suas funções na unidade. Posso entender que, por ser uma unidade de saúde nova, o trabalho da equipe de recepção é muito grande, pois é realizado o preenchimento de prontuários novos, cadastramento de novos usuários, além de enfrentar uma população totalmente desconhecida, com particularidades em suas necessidades.

As técnicas de enfermagem acompanharam as consultas e me auxiliaram a medir, pesar, preencher as fichas-espelho, bem como foram treinados para a verificação e preenchimento da pressão arterial e o teste de glicose. O intuito não era que elas desempenhassem rotineiramente este papel, mas que fossem capazes de se atentarem às particularidades a serem consideradas neste tipo de acompanhamento e, uma vez identificadas quaisquer alterações durante a procura de atendimento ou outras ocasiões, providenciasse prontamente o encaminhamento a consulta.

Para melhorar a adesão ao Programa de Saúde do Idoso, foi monitorado regularmente o cumprimento da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo. Foi procedida à orientação as técnicas de enfermagem para analisar a partir das fichas-espelho como forma de facilitar o monitoramento, além de aumentar o controle da população atendida, pois precisamos trabalhar com esta equipe, pelo fato de ainda não termos ACS para realizar o controle corretamente dentro da comunidade.

Há a necessidade de passar tal atribuição também para a enfermeira, pois ela auxilia nesta tarefa e ainda delegaria progressivamente esta ação aos ACS quando

chegasse, até que estivessem completamente aptos e acostumados a esta atribuição. Mesmo porque, há uma troca contínua de médicos na unidade, então melhor seria que quem permanecesse na unidade tivesse conhecimento de todo o processo de trabalho em relação ao Programa e demais ações assumidas pela UBS, para que todas as orientações fossem repassadas a diante. Há também uma dificuldade em realizar a integração dos idosos da área para participar das atividades feitas por nossa fisioterapeuta, ou seja, mesmo alguns idosos tendo participado das atividades regularmente, não temos como passar a informações a outros usuários da comunidade que não seja pela ajuda dos próprios usuários. Dessa forma, foi solicitado à integração de agentes comunitários de saúde a nossa equipe de trabalho.

Figura 2: Atividades feitas pela fisioterapeuta com os idosos do área. Manaus/AM, 2015.

Todos os idosos participantes do Programa são avaliados quanto à presença



de fatores de risco, de acordo com o protocolo seguido. Os idosos classificados como de alto risco são identificadas nas fichas-espelho, sendo estes monitorados com maior atenção nas consultas e tendo prioridade de atendimento. Principalmente nas consultas foram fornecidas orientações aos familiares e a comunidade em geral a respeito das situações ou condições que possam representar fatores de risco para

a saúde do idoso. As técnicas de enfermagem foram capacitadas a identificar tais fatores nos usuários atendidos e dar orientações para eles.

Em relação à promoção da saúde do idoso, as orientações de prevenção de acidentes e todas as demais referentes ao acompanhamento foram fornecidas principalmente nas consultas médicas e odontológicas, as quais foram devidamente registradas nas fichas-espelho de acompanhamento, tanto pelo médico como pelo dentista. Dentre os temas abordados durante as consultas, pode-se destacar a alimentação, a realização de exercícios, prevenção de acidentes, orientações nutricionais e saúde bucal. Outro aspecto de fundamental importância foi o trabalho de conscientização em relação à responsabilidade e cuidados compartilhados, extensamente abordados durante as consultas médicas. Tais informações também foram repassadas à comunidade durante atividades de educação em saúde feita na recepção da Unidade. Para tanto, a equipe de saúde foi capacitada, tendo como parâmetro o protocolo adotado, a qual ocorreu em reuniões à distribuição de alguns materiais para aprofundamento dos assuntos. Cada integrante da equipe de trabalho seria responsável por uma atividade na qual abordaria uma função. Foram realizadas três atividades, dentre das previstas no cronograma. Não houve cumprimento de todas devido à elevada demanda de usuários na unidade, havendo a dificuldade de administrar todas as atividades, além de dias de férias durante a intervenção, roubo que ocorreu na unidade, e isso atrapalhou algumas atividades do cronograma que seriam realizadas pelos integrantes da equipe. O médico, dois técnicos de enfermagem e o dentista realizaram palestras de educação em saúde com familiares e responsáveis antes que fosse iniciado o atendimento do idoso. Foram registradas através de fotografias, porém não houve assinatura em lista de presença.

A busca ativa e a realização de visitas domiciliares de usuários acamados ou com problema de locomoção pouco foram feitas, pois a unidade de saúde tem seu atendimento em livre demanda, conseguido apenas realizar duas visitas domiciliares por semana e apenas a esses usuários que os familiares solicitam na unidade de saúde.

### **3.2. As ações previstas e não desenvolvidas**

Nenhuma ação prevista no projeto deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme se pretendia. Mas ressalto que

buscamos a colaboração das instituições presentes na área de cobertura, que não manteve parceria, mas foram comunicadas para que encaminhassem os idosos da nossa área de abrangência frequentadores do local, mas mesmo assim, eles não incentivaram os idosos a participarem da intervenção. Também observamos pouco interesse de alguns integrantes da comunidade em participar desta ação. Como não há creches, nem equipe de ACS que me ajude a entrar na comunidade, não temos um tempo hábil para desempenhar a busca de idosos, mas seria uma ação de extrema importância, uma vez que outras instituições, como igrejas, pudessem se mostrar engajadas no auxílio e acompanhamento dos idosos do nossa área de abrangência.

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

Não houve muitas dificuldades na coleta e sistematização dos dados. Mesmo com um curto período de adaptação, as planilhas são de fácil utilização. O preenchimento das mesmas foram todas preenchidas por mim. No entanto, em algumas oportunidades pela quantidade de usuários da população, de 55.000 habitantes, era necessário maior tempo de registro para que não ocorresse qualquer dificuldade no processo de coleta de dados e cálculo dos indicadores, para isso foi imprescindível que as fichas-espelho estivessem preenchidas de forma correta e com informações completas.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço**

A incorporação das ações previstas é completamente possível e apresenta grande viabilidade para tornar-se parte da rotina, no entanto, é preciso que todos os integrantes da equipe estejam conscientes da importância do Programa para a comunidade, bem como o envolvimento em todas as fases do processo de trabalho.

Parcela dos integrantes da equipe tem a visão de que sou o único responsável por fazer o Programa funcionar, devendo assumir grande parcela das atividades, uma vez que sou eu e os outros médicos que fazemos o curso de especialização. Fui trabalhando persistentemente com a equipe sobre a necessidade do engajamento de todos na unidade. Muitas vezes, o ambiente e condições de trabalho não são completamente adequadas e ocorre sobrecarga de trabalho, porém a sensibilização faz-se necessárias no sentido de buscar respostas

e soluções para que seja fornecido um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por mais que os benefícios ocorram a longo prazo.

Assim, o empenho e envolvimento de todos é essencial para garantir a efetivação da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo, preenchimento correto das fichas-espelho e demais ações pertencentes ao Programa.

Além disso, a secretaria municipal de saúde também tem que fornecer o apoio necessário para que a equipe consiga trabalhar de maneira adequada, e os familiares também devem assumir sua responsabilidade nos cuidados com a saúde de suas idosos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O Projeto de Intervenção foi formulado com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Figliuolo, Manaus-Amazonas. Para tanto, foram definidos e coletados alguns indicadores para que fosse possível a avaliação da intervenção e, com isso, adequar e melhorar continuamente o serviço oferecido pela unidade a esta população-alvo.

O primeiro indicador a ser analisado é a cobertura da ação. Foi estabelecida a meta de cobertura de 50%. Na área de abrangência, há uma estimativa de 3.323 idosos. Deste total, 337 idosos foram cadastrados e participaram efetivamente do Projeto de Intervenção, ou seja, foi atingida uma cobertura de 10,1%. No primeiro mês de intervenção 171 idosos (5,1%) foram cadastrados e 243 (7,3%) no segundo mês, conforme a figura 1. O aumento da taxa no terceiro mês da intervenção, 337 idosos (10,1%) que foram cadastrados no último mês de intervenção, reflete uma maior habitualidade da equipe e melhor acompanhamento na rotina de trabalho da equipe de saúde no terceiro mês.

Dessa forma, pode-se dizer que a meta de cobertura estabelecida no projeto de intervenção não foi cumprida, já que tínhamos uma estimativa de 50% da

população idosa, correspondente a 1.661 idosos aproximadamente. No entanto, o mais importante é que a cobertura seja progressivamente ampliada até que todos os idosos da área adscrita sejam cadastrados e acompanhados. Acreditamos que com a organização do atendimento diariamente, seja possível cadastrar muitos mais idosos que compareçam por demanda espontânea, e priorizando o atendimento deste usuário no dia-a-dia.

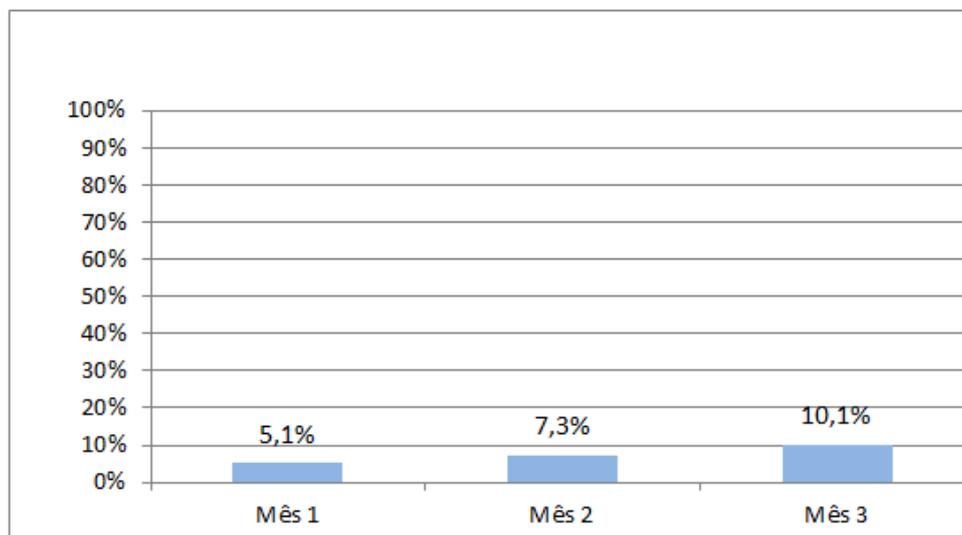


Figura 3: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Manaus/AM, 2015.

Quanto a Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia felizmente as taxas iniciaram bem (100,0%) e foram progressivamente mantidas no decorrer da intervenção, passando para 100,0% durante o segundo e o terceiro mês. Ou seja, foi mensalmente 171, 243 e 337 idosos cadastrados durante o período da intervenção, e 100% tiveram avaliação multidimensional rápida utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Todos os idosos cadastrados tiveram a avaliação multidimensional durante as consultas.

Outro indicador coletado visando à melhoria na qualidade do atendimento foi a proporção do idosos com exame clínico apropriado durante as consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. Durante a intervenção, este

indicador sempre se manteve elevado. No primeiro mês, a taxa foi de 100%, mantendo este percentual no segundo e último mês da intervenção. Assim, 171, 243 e 337 idosos tiveram seu exame clínico apropriado. A meta de 100% foi alcançada. Ou seja, de todos os idosos que compareceram à unidade, um total de 337, todos eles, 100%, tiveram o exame clínico apropriado. Este resultado foi obtido em função de se ter em mente a importância da realização de um bom atendimento nos usuários idosos.

Outro dos indicadores coletados para a melhoria da qualidade no atendimento foi à solicitação de exames complementares periódicos em dia nos usuários idosos, hipertensos e/ou diabéticos. Para este indicador, as taxas alcançadas foram de 100% (170, 238 e 322) durante todo o período da intervenção, não havendo oscilações dos respectivos índices. É muito difícil fazer com que todos os idosos que compareçam à unidade para o acompanhamento realizem os exames, mas no decorrer da intervenção, todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos que se apresentavam, eu e os outros médicos solicitávamos os exames correspondentes, a técnica de laboratório da unidade conhecia a importância do acompanhamento, pelo que mostrava o apoio na realização dos mesmos, desempenhando um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto são essenciais no desenvolvimento de ações para o acompanhamento dos usuários.

O indicador a ser analisado quanto à qualidade do atendimento, é a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. No decorrer da intervenção, a taxa de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos cadastrados foi, inicialmente, de 100,0%, continuando em 100,0% no segundo e terceiro mês. A taxa do primeiro mês se manteve durante toda a intervenção. O motivo foi devido que todos os médicos e enfermeiros conhecemos a realidade da situação econômica da população atendida, uma vez que eu monitorei na farmácia da unidade todos os medicamentos que tínhamos disponível e quais não tínhamos, todos acordaram a prescrição dos medicamentos disponíveis

na farmácia popular. Uma ação que facilitou muito a obtenção destes resultados foi adoção de uma lista dos medicamentos fornecido à técnica de farmácia com todos os medicamentos disponíveis na farmácia popular, a qual tinha vários aspectos abordados, como o nome do medicamento, princípio ativo e preço, funcionando como um *check-list* que ajudou no cumprimento de todas as ações.

Para analisar à qualidade do atendimento também utilizamos a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no decorrer da intervenção, a taxa dos idosos cadastrados foi, inicialmente, de 0,0%, ou seja, nenhum idoso acamado ou com problemas de locomoção foi cadastrado durante o primeiro mês, isso se deve ao atendimento que na unidade é de livre demanda e durante o primeiro mês não assistiu na unidade nenhum idoso com essa características, passando assim para 100% (2) no cadastro dos usuários atendidos no segundo mês, e, por fim, 100% (4) no terceiro mês, conforme figura 2. No segundo mês foram atendidos dois idosos acamados, pois os familiares fizeram o pedido a diretora da unidade e a equipe realizou o atendimento médico domiciliar correspondente; no terceiro mês foi realizado o atendimento de mais dois usuários com problemas de locomoção.

Em relação à proporção do cadastro de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área), não foi possível alcançar a meta correspondente a 8% dos idosos da área, apenas quatro foram cadastrados no desenvolvimento da intervenção, representando um percentual de 0,11% do total da estimativa da população idosa da área. Esse baixo valor pode ser justificado pela falta de ACSs que estejam na área e conheçam esses idosos acamados, e dessa forma só realizamos o cadastro daqueles que os familiares vinham a nossa procura na UBS.

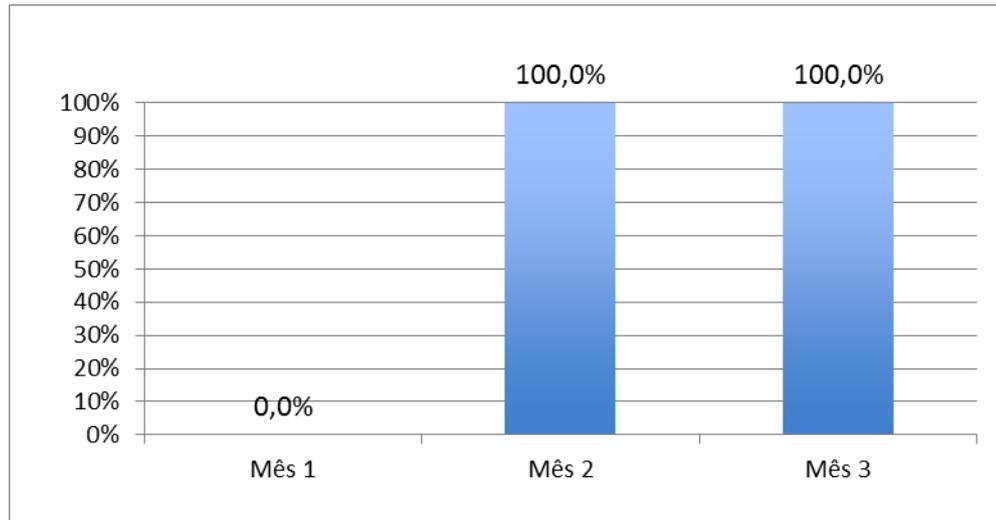


Figura 4: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Manaus/AM, 2015.

O próximo resultado teve o objetivo de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A figura 5 mostra que no primeiro mês foi constatado um índice de 0,0%, pelo que nenhum idoso foi cadastrado como acamado ou com problema de locomoção que recebesse visita domiciliar. Tal índice se elevou no segundo mês para 100% e no terceiro mês para 50%. Ou seja, no primeiro mês, dos 171 idosos atendidos, nenhum estava acamado ou com problema de locomoção; no segundo mês 2 idosos acamados cadastrados receberam visita domiciliar refletindo um total de 100%, e no último mês, 04 idosos com problemas de locomoção foram cadastrados, mas desses 4, apenas 2 receberam visita domiciliar e os outros 2 o atendimento foi realizado diretamente na UBS.

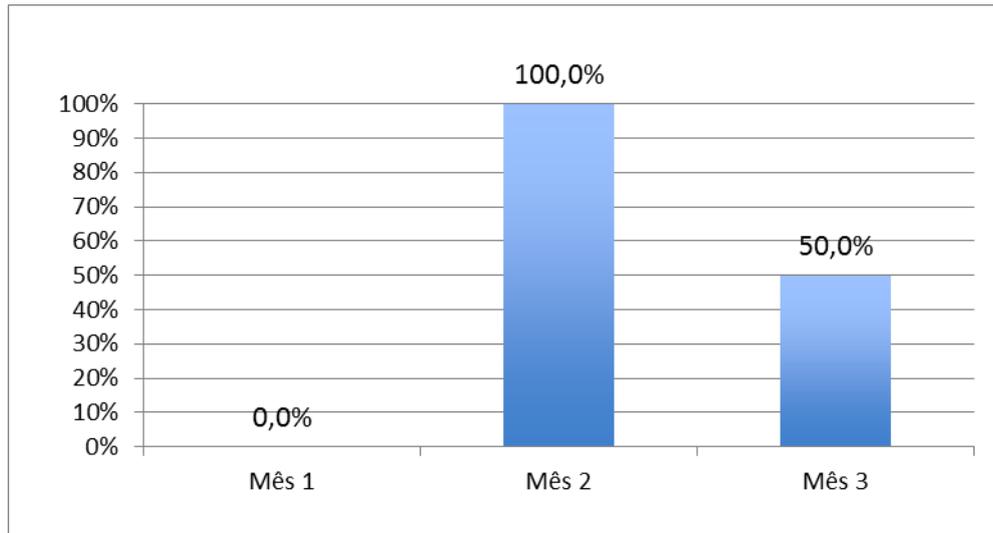


Figura 5: Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção com visita domiciliar. Manaus/AM, 2015.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde do idoso, foi estabelecida como meta rastrear 100% dos idosos para verificação da pressão arterial na última consulta. Para tanto, foi orientado o controle da pressão arterial a todos os usuários idosos que assistissem a consulta de acordo ao programa de saúde do idoso. Assim, para todos idosos atendidos, durante todo o período de realização da intervenção, foi feito a toma da pressão arterial, obtendo-se a taxa para este indicador de 100% em todos os meses da intervenção com 171, 243 e 337 idosos com verificação de pressão arterial. O motivo para o bom resultado para este indicador foi a importância dada pela equipe das técnicas de enfermagem, ao fato de que nenhum idoso atendido na unidade básica de saúde poderia ficar sem acompanhamento da pressão arterial. Fazia-se a toma da pressão arterial destes idosos não apenas para cumprir uma meta, mas também pela necessidade de se conhecer os motivos das suas alterações durante o comparecimento na unidade. Além disso, é mais uma oportunidade de fornecer orientações às suas famílias e tentativa de aproximação deste usuário e seus responsáveis com a equipe de saúde.

A proporção de idosos cadastrado na unidade e com registro atualizado de pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de

hipertensão arterial foi rastreado para Diabetes Mellitus com o objetivo de melhorar o registro das informações, e identificar outros fatores de risco nos usuários atendidos, fazendo um atendimento integral do usuário e 100% dos idosos cadastrados que apresentavam seu registro de pressão arterial maior que 135/80 mmHg se realizou o rastreio para Diabetes Mellitus, ou seja, o resultado obteve 100% de idosos rastreados durante o primeiro (171), segundo (243) e terceiro (337) mês de nossa intervenção. Alguns fatores contribuíram para que este indicador obtivesse índices muito altos durante a intervenção. Podemos citar que houve todo o material necessário para o desempenho das técnicas de enfermagem na realização dessas tarefas, por isso, foi disponibilizado o atendimento com este profissional com a disponibilidade de glicosímetros e tensiômetros. Durante o primeiro mês da intervenção, pensando em garantir ao máximo o atendimento completo dos usuários idosos de nossa unidade, ficou estabelecido que todos os usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial fosse rastreado para Diabetes Mellitus durante as consultas.

Já a proporção dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi estabelecida como uma meta, mas não conseguimos cumprir 100%. Como pode ser observado na figura 4 ilustrado a seguir, que no primeiro mês da intervenção apenas 12 (7%) dos idosos atendidos passaram por esta avaliação. No segundo mês, 18 (7,4%) e no terceiro mês 22 (6,5%). Houve uma pequena oscilação em que a taxa se elevou e, após, foi seguida por uma queda. Entre o primeiro e o segundo mês de intervenção, apesar de ter havido um aumento na taxa, apenas alguns idosos deixaram ser avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico, isto se deu pelo fato de ter ocorrido o atendimento de 12 idosos pelo dentista, mas que não aguardaram pelo atendimento médico. No terceiro mês, mais outros idosos não passaram pela avaliação médica, assim, ao final da intervenção, se somaram outros poucos idosos. De um total de 337 idosos atendidos durante toda a intervenção, só 22 receberam essa avaliação. No entanto, independente da conclusão desta avaliação, todos os idosos são encaminhados para atendimento

com o dentista. Os baixos resultados obtidos podem ser pelo reflexo das dificuldades encontradas com os equipamentos da consulta odontológica, pois o compressor teve muitas falhas durante os três meses da intervenção, obrigando a pessoal a suspender o atendimento por longo períodos de tempo. No entanto, todos os membros da equipe acordamos agendar as consultas da dentista para o momento que resolver essa situação, pelo que eram colocadas para uma agenda posterior nas consultas de acompanhamento odontológico. Trata-se de um momento importante na avaliação da saúde do idoso, que precisamos intensificar os índices de manutenção dos equipamentos odontológicos em nossas Unidades Básicas de Saúde.

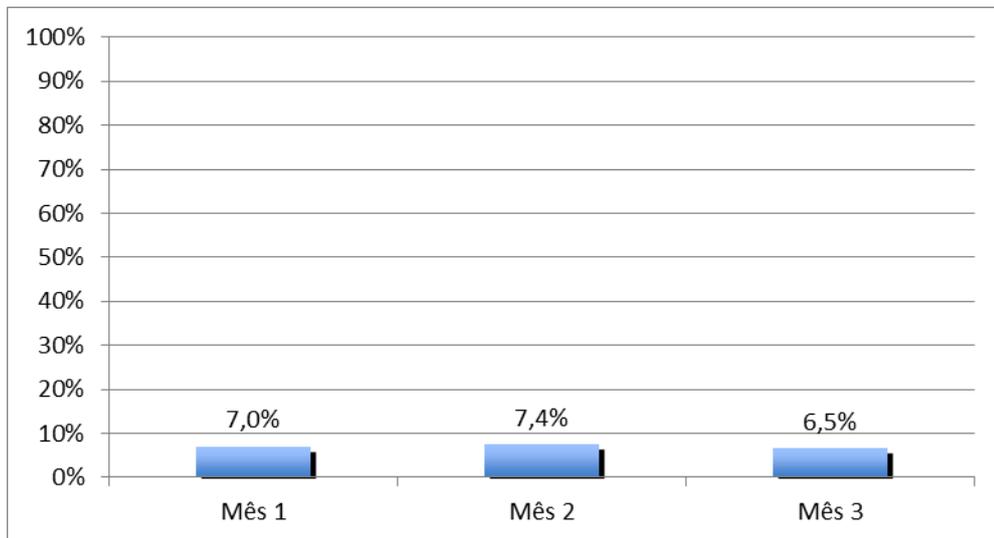


Figura 6: Proporção dos idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Manaus/AM, 2015.

O próximo indicador a ser avaliado foi realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos, a proporção de idosos com a primeira consulta odontológica foi muito baixa com respeito a nossa população cadastrada. O seja, todos os idosos devem ser avaliados quanto à presença de fatores de risco com uma primeira consulta odontológica, a fim de se mapear os idosos de risco pertencentes à área de abrangência, mas as dificuldades que se apresentaram interferiram nos resultados.

De acordo com a figura 7 a seguir, no primeiro mês, a taxa foi de 10,5% (18), passando para 9,9% (24) no segundo e retornando para 8,3% (28) no último mês de

intervenção. Dessa forma, 28 foram realizados a primeira consulta odontológica, de um total de 337 idosos cadastrados. Muitos idosos faltaram às consultas e não compareceram à unidade apesar de ter sido realizada uma agenda para eles nas consultas odontológicas, logo não foi possível a realização da primeira consulta odontológica dos mesmos. O outro fator foi o longo período de tempo que se manteve o compressor com falhas atrasando o atendimento dos usuários na unidade, diminuindo assim a quantidade dos usuários atendidos pela dentista.

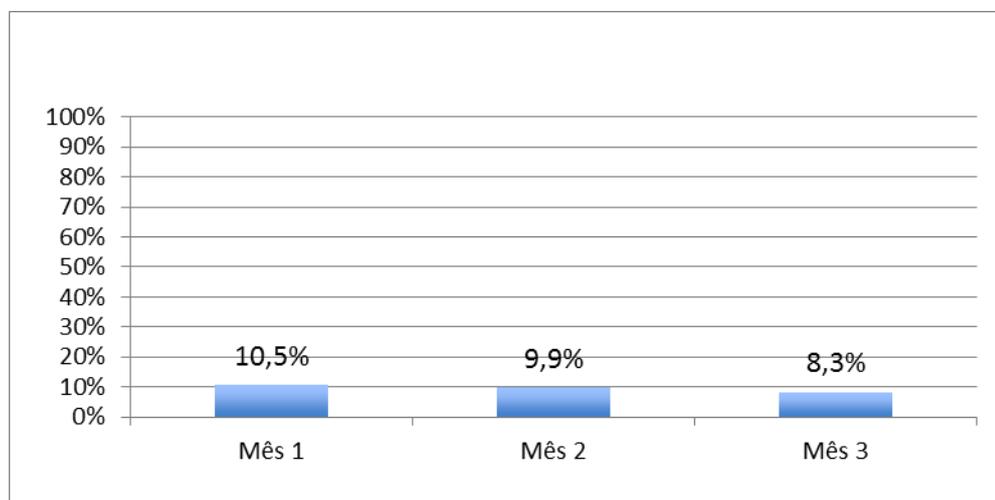


Figura 7: Proporção dos idosos com a primeira consulta odontológica programática. Manaus/AM, 2015.

Outro indicador foi buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. Com essa meta não foi alcançada nenhum resultado. Em função do atendimento na Unidade de Básica de Saúde José Figliuolo ser de livre demanda, pois não se realiza agendamento de usuários para realizar o atendimento, mas se disponibiliza 28 fichas diárias, durante todos os dias da semana, para todos aqueles usuários que procuram atendimento na unidade, incluindo todas as faixas etárias, e dessa forma não foi possível contabilizar os usuários faltosos. Ou seja, de todos os idosos convocados e que compareceram à unidade, os quais se realizaram seu cadastro em nossa intervenção, foi por iniciativa própria, sendo um total de 337 idosos, todos eles, 100% foram avaliados quanto à presença de risco à saúde do idoso.

Durante o início da intervenção se planejou dar prioridade sempre a todos os idosos que viessem até a unidade em busca de atendimento, além de deixar 4 vagas disponíveis para se um deles procurassem atendimento. Também foi informado ao recepcionista para realizar uma vez por semana ligações aos usuários ou familiares, com consultas em atraso as quais seriam agendadas nas 4 vagas disponibilizadas para esta situação, mas não se conseguiu realizar, pelo fato que na unidade não contamos com telefone disponível para realizar as ligações, e a equipe de recepção referiu ser um gasto econômico adicional a sua fatura telefônica.

Foram obtidos resultados nulos deste indicador em função da grande maioria dos idosos, residentes da área, ser acompanhando pelo CAPS, e outro fator muito importante e que a UBS não conta com equipe de Agentes Comunitários de Saúde, os quais tem a função essencial na busca ativa de usuários faltosos da área de abrangência.

Temos consciência que precisamos intensificar os índices de atendimento na busca ativa dos usuários na comunidade, mas para isso precisamos contar com uma equipe de ACS, que é muito importante para o desenvolvimento da atenção, apesar da Unidade ser praticamente nova, e trabalhar com uma população de 55000 pessoas encaramos como um grande desafio. Concordamos que o trabalho desempenhado pelos ACSs em uma área de saúde é muito vantajoso, já que permite o completo conhecimento da comunidade na área em que estamos trabalhando.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde do idoso, foi estabelecida como meta manter o registro específico na ficha espelho em dia em 100% das pessoas idosas. Nessa meta conforme a figura 8 conseguimos obter 100% durante o primeiro (171) e segundo mês (243), obtendo um valor decrescente para 99,1% (334) no terceiro mês. Um dos aspectos que poderia ter influenciado os resultados inicialmente foi que, durante as reuniões de equipe se dava muita ênfase no preenchimento da ficha espelho, além de fornecer todos os dados que a ficha

solicitava, se tentou garantir todo o material durante toda a intervenção, mas tivemos algumas dificuldades em manter todo o material no terceiro mês, o que explica a pequena caída no terceiro mês do registro. Todos os idosos que assistiram a unidade durante o período da intervenção forem cadastrados, ou seja, seus respectivos cadastramentos foram realizados apenas quando compareciam na unidade, dando a impressão de que nenhum idoso havia faltado às consultas, houve uma intensificação na orientação com os responsáveis e familiares destes idosos, e assim poucos usuários ficaram sem cadastro no acompanhamento. O monitoramento do acompanhamento através da ficha-espelho facilitou muito o cadastro dos usuários e a vigilância dos fatores de risco ao cumprimento das consultas conforme estabelecido pelo protocolo adotado.

As porcentagens citadas acima podem causar a impressão de que se trata de bons resultados. No entanto, há muito que melhorar em relação a este indicador. Primeiro, porque há, até então, cadastrados 337 idosos, pertencentes à área de abrangência de aproximadamente 3.323 e ao final de três meses de intervenção, apenas 10,1% possuem o registro atualizado. Segundo, porque ainda há idosos com necessidade de continuidade de tratamento odontológico e apesar de ter sido realizada o agendamento ainda continuam as mesmas dificuldades, e eles não retornaram à unidade para finalizar o tratamento. E, por último, há inconsistências em relação à adequada completude dos dados registrados. Então, é necessário que se consiga fazer um correto preenchimento das fichas-espelho para que possam representar a realidade de forma fidedigna e permita um acompanhamento de melhor qualidade e de maneira integral.

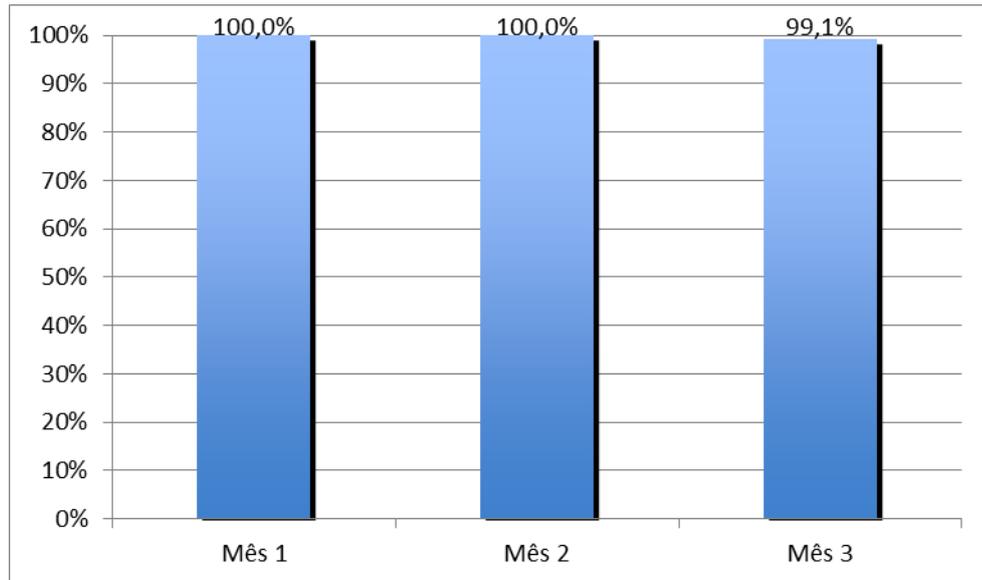


Figura 8: Proporção de idosos com registro específico na ficha espelho em dia. Manaus/AM, 2015.

A proporção de distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados foi realizado com o objetivo de melhorar o registro das informações. Conforme observamos na figura 9, 72,5% (124) dos idosos cadastrados no primeiro mês apresentaram sua caderneta de saúde da pessoa idosa, e os que não apresentavam, foi distribuído já com o registro atualizado. No segundo mês, 80,7% (196), e no terceiro mês, 84,0% (283). No início, alguns já apresentavam seu caderneta da pessoa idosa, embora outros esqueciam de levar para o momento da consulta, posteriormente de haver sido entregue pela equipe, mas a todo momento se tentou garantir que todos idosos atendidos tivessem sua caderneta de saúde do idoso.

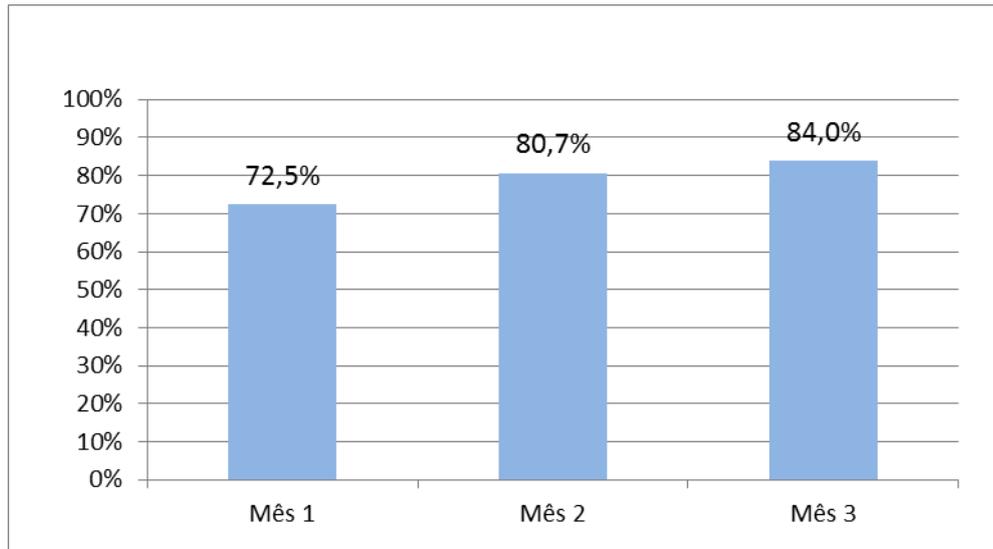


Figura 9: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Manaus/AM, 2015.

Outro indicador coletado visando à melhoria na qualidade do atendimento foi rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade. A proporção de idosos com rastreamento do risco de morbimortalidade foi de um 100% durante os três meses da intervenção (171, 243 e 337), este indicador sempre se manteve elevado, assim, dos 337 idosos cadastrados, todos os 337 tiveram seu rastreamento para o risco de morbimortalidade.

Este resultado foi obtido em função de se ter em mente a importância da avaliação completa e integral pelos médicos e enfermeiros que formam a equipe. É muito difícil fazer com que todos os idosos convocados da área de abrangência compareçam à unidade para o acompanhamento, mas todos idosos que compareceram no decorrer da intervenção, a equipe realizou o atendimento integral, com um adequado interrogatório, exame físico, e solicitava os exames complementares necessários, ainda assim se orientava as técnicas de enfermagem que insistissem na importância do acompanhamento, tanto que tiveram idosos que foram convocados mais de duas ou três vezes. As técnicas de enfermagem desempenharam um papel muito importante neste sentido, demonstrando o quanto são essenciais no desenvolvimento de ações na unidade.

Outros dos indicadores coletados para a melhoria da qualidade no atendimento foram identificar a presença de indicadores para fragilização na velhice

em 100% das pessoas idosas. Durante a avaliação da presença dos indicadores, as taxas alcançadas foram de 100% durante todo o período da intervenção, não havendo oscilações dos respectivos índices.

Em relação à proporção de idosos cadastrados com um total de 337, todos foram avaliados no primeiro mês (171), no segundo (243) e no último mês (337) da intervenção. Dessa forma, se pode observar o cumprimento da meta em 100% dos idosos acompanhados na UBS.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde do idoso, foi estabelecida a meta de avaliar a rede social de 100% dos idosos. Todos os idosos com consulta realizada pelo equipe da unidade durante o período da intervenção, foi avaliado em quanto a rede social. Assim, este indicador teve como resultado índice de 100% em todo o período da intervenção, o qual demonstra manter um 100% durante o primeiro (171), segundo (243) e terceiro (337) mês.

Trata-se de um momento importante na consulta, uma vez que precisamos identificar os fatores sociais, ambientais, culturais e econômicos nos quais estão inseridos nossa população idosa. Este ato é muito vantajoso, já que nos permite conhecer as necessidades reais dos idosos, e promove o fortalecimento do vínculo entre médico e usuário, além de vários outros benefícios. Os índices provavelmente chegariam a 100%, uma vez que há muitos idosos que já conhecem os médicos durante as consultas de acompanhamento.

Alguns indicadores acima obtiveram resultados idênticos, assim, a taxa de fornecimento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, se comportou do mesmo jeito, pelo que foi de 100%(171) no primeiro mês, 100% (243) no segundo mês e 100% (337) no terceiro mês, e assim, todos receberam tais informações. Como não contamos com a ajuda de nutricionistas, os médicos e a equipe de enfermagem foram os responsáveis de garantir essa tarefa, passando a comunidade orientações precisas sobre alimentação saudável, e assim, cumprindo a meta.

Da mesma forma que a meta anterior, a taxa foi de 100%, mantendo 100% no primeiro (171), no segundo (243) e último (337) mês de intervenção. Dessa forma, 337 idosos receberam orientação para a prática regular de atividade física, de um total de 337 idosos cadastrados. Foi possível uma boa porcentagem graças ao trabalho dos médicos da UBS, que estavam sempre levando o protocolo nas consultas realizadas, e orientando a participação nos programas da UBS. Esta ação não apresentou inconveniente, pois houve comprometimento pela fisioterapeuta da unidade na realização das atividades físicas com os idosos, fornecendo orientações importantes na qualidade de vida dos usuários.

Com o objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, foi estabelecida a meta de garantir orientações sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias, para 100% dos idosos cadastrados. Os resultados mostram que a meta foi cumprida em 100% durante o primeiro (171), segundo (243) e terceiro (337) mês da intervenção, orientando a todos os idosos tanto com primeira consulta odontológica, e também agendando às consultas subsequentes. Assim, este indicador teve como resultado índice de 100% em todo o período da intervenção.

## **4.2 Discussão**

A nossa intervenção apesar de ser um grande desafio pelas características da quantidade de população na qual estamos trabalhando, permitiu ampliar a cobertura de atenção de saúde do idoso da área da unidade de saúde, partindo do fato que trabalhamos em uma unidade de saúde nova, sem registro dos moradores da área, e que não tínhamos nenhum dado desse público, não sabíamos quantos idosos residiam na área de abrangência, como estava sendo feita sua avaliação e quais deles faziam acompanhamento em outras Unidades de Saúde. Agora, com os idosos cadastrados, vai permitir conhecer as características e identificar os fatores de risco da comunidade e continuar com o acompanhamento deles ao longo do

tempo. Esse aspecto também ajudará a melhorar a qualidade da atenção, porque quando um profissional diferente da unidade atender o idoso vai saber como esta sendo feito o acompanhamento e o que ainda está programado pra fazer, isso por meio da análise da ficha espelho preenchida, o qual foi um recurso essencial no desenvolvimento da intervenção.

Desde o início tivemos que fazer semana após semana a capacitação da equipe em temas diferentes relativos à saúde de idosos. Os temas abordados foram: Método para ampliar a cobertura do programa de idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, pesquisa da hipertensão arterial e diabetes mellitus, como realizar exame clínico apropriado em todas as consultas, importância de solicitação os exames complementares periódicos, visita domiciliar a quem solicitasse por haver dificuldade de locomoção ou fosse acamado, realização e registro das informações, programação das fichas disponíveis dando prioridade aos idosos, realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, exercício físicos para idosos, como promover a saúde dos idosos, programação com a fisioterapeuta para realização de atividades na unidade com os idosos, prevenção de acidentes entre outros. Este aprofundamento da teoria e dos protocolos nas reuniões se deu mediante a revisão das recomendações do ministério de saúde, bem como com o compartilhamento de práticas e vivências pessoais dos colegas.

Esses momentos contribuíram para a melhoria da confiança e da qualidade da atenção nos serviços atendidos, como vacinação, enfermaria e consultas médicas, permitindo assim que todos da equipe trabalhassem de forma organizada e firmada num mesmo objetivo, além de facilitar que todos os trabalhadores tivessem os conhecimentos gerais de todos os temas. Isso diminuiu o tempo de espera dos idosos para receber informações, que na maioria das vezes, eram fornecidas pelo profissional médico e que agora pode ser fornecidas por outros profissionais da equipe. Também melhorou a qualidade da atenção na sala de preparo que realizava medições, estão cada vez melhores e seguindo as recomendações para diminuir as

chances de erros, além disso, todos os profissionais passaram a conversar com os idosos sobre a importância de ter a caderneta dos idosos a qual tem muitas informações para melhor acompanhamento deles. Para o desenvolvimento da intervenção foi utilizado o Protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas (2010) além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007), o qual foi aplicado e colocado em prática por cada um dos integrantes da equipe, sendo determinante no cumprimento das atribuições para o desenvolvimento da intervenção. Toda equipe esteve bem envolvida na intervenção, o pessoal de recepção acolhia todos os idosos que procuravam por atendimento, passando pela avaliação das técnicas de enfermagem até chegar à consulta realizada pelos médicos e a integração de atividades feitas com os outros profissionais como fisioterapeuta, dentista.

Antes do início da intervenção só tínhamos dados registrados no prontuário de cada idoso que já havia sido atendido na unidade, e cada profissional da equipe fazia seu trabalho de forma isolada. O atendimento dos idosos anteriormente era direcionado apenas para o médico ou enfermeira. Ao iniciar a intervenção, com ajuda da equipe, podemos aumentar a qualidade da atenção aos idosos e para aqueles em situação de risco que assistiam a unidade procurando uma consulta imediatamente, para isso disponibilizamos mais 4 fichas diárias voltadas a esse público, o que refletiu no aumento do número de idosos atendidos semanalmente. Por outro lado, fazer o registro de cada um dos idosos melhorou também o atendimento durante as consultas de livre demanda, e facilitou a realização da busca de fatores de risco em cada um dos idosos que assistiram a consulta. Todo esse atendimento programado gerou impacto no tempo de espera de cada consulta o qual aumentou, e infelizmente, gerou queixas em alguns momentos por partes dos outros usuários que apontavam que a consulta com o médico demorava muito. Diante dessas queixas, com ajuda do técnico de enfermagem, recepção, dentista, enfermeira e médico realizaram momentos de conversa na sala de espera, e explicamos com calma que estávamos implantando uma intervenção a fim de

melhorar a qualidade de saúde dos idosos, mas que esperávamos contar com a ajuda e paciência deles. As pessoas receberam muito bem nossas explicações o que facilitou muito o trabalho.

A intervenção foi considerada de suma importância para a comunidade, pois a população da área de abrangência possui poucos recursos econômicos, baixa escolaridade e a maioria são aposentados. Fizemos a intervenção de forma que pudéssemos ajudar os quais tinham dificuldade em conseguir atendimento médico, e que precisavam de orientação em diferentes atividades de promoção e prevenção de saúde, levando em conta os riscos de acidente domiciliar, e orientações sobre a importância da interação social e participação em atividades comunitárias e a própria interação com os vizinhos. Fornecendo aos familiares dos usuários idosos, as orientações da importância de evitar complicações nos casos dos usuários acamados por longo período. E hoje podemos dizer que a intervenção foi bem aceita e os idosos participantes se mostram satisfeitos e bastante colaborativos nas ações da intervenção.

Minha equipe foi colaboradora e participativa durante toda a intervenção, se fossemos começar novamente, faríamos do mesmo jeito. A nossa principal dificuldade continua sendo o fato de não termos possibilidade de visitar os idosos que moram na área, por não contarmos com equipe de agentes comunitários de saúde, que apoiem o trabalho direito na comunidade; outra dificuldade é a consulta especializada, muito triste ver os usuários esperar até 6 meses para se consultar com um especialista, em minha opinião os especialistas poderiam ser mandado semanalmente para atender as populações de difícil acesso, isto ajudará bastante o sistema de saúde pública, mas isso não depende de nós. O que nos coube foi multiplicarmos as forças para realizar o trabalho melhor possível.

Com certeza continuaremos com a intervenção durante o nosso atendimento de rotina, vamos cadastrar 100% dos idosos e vamos dar continuidade as ações com esse grupo. Olhando os resultados, avaliamos que conseguiremos atingir a

meta ao final do ano ou no início do ano seguinte e continuaremos com nossos registros e ações já estabelecidas no cronograma ao início da intervenção, para manter em dia o acompanhamento dos idosos da área de abrangência e alcançar às metas e, sobretudo oferecer qualidade de atenção de saúde de idosos. Seria fundamental contar com o apoio de agentes comunitários de saúde, para assim atingir a meta de nossa intervenção; pretendemos expandir o trabalho em conjunto com a equipe de representantes da comunidade para podermos alcançar aqueles idosos que não procuram a UBS; temos um plano de fazer ampliação da atenção primária em pontos estratégicos da área de abrangência, com a criação de “pontos de apoio” que ajudem alcançar parte da população, facilitando o atendimento e melhorando a demanda na Unidade de Saúde. Ressalta-se ainda que, pelo fato de ter uma população maior do que a nossa capacidade, não conseguimos atingir a meta nos 100%, para alcançar o objetivo da cobertura, mas tentamos fazer o possível por realizar um trabalho de qualidade e que sejam os familiares dos idosos os multiplicadores de informação dentro da comunidade.

Os próximos passos serão fazer outra reunião com a equipe para estabelecer metas para mais quantos meses forem necessários para atingir 100% da cobertura, e nela discutiremos a necessidade de incorporar nesta reunião os membros da comunidade para escutar suas dúvidas e sugestões, e entre todos estabelecer ações para alcançar as diferentes metas.

Na verdade estou muito satisfeito pelo apoio da minha equipe de trabalho, todos me ajudaram em todo momento durante a realização da intervenção. Acredito que com uma equipe de trabalho como da minha e com maior tempo para desenvolver a intervenção se conseguirá atingir a meta e melhorar a qualidade de vida e de saúde dos usuários idosos.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Na UBS José Figliuolo, durante 12 semanas, foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso. A intervenção resultou no cadastro de 337 idosos, que corresponde a 10,1% do total de idosos da área da abrangência da comunidade de “Viver Melhor”, no distrito norte da cidade de Manaus, Amazonas. Foi realizada por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A equipe escolheu o foco da saúde do idoso, por não ter encontrado nenhuma cobertura no registro de usuários idosos, não ter um programa de atendimento adequado ao acompanhamento dessa população e para poder avaliar seu comportamento no município.

Começamos fazendo uma análise situacional demonstrando a necessidade de seguir o protocolo preconizado a ser implantado conforme as recomendações do Protocolo do Ministério da Saúde de Atendimento à Saúde das pessoas Idosas do ano 2010 além do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2007. Foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento com um cronograma de execução de 12 semanas.

A equipe demonstrou união no trabalho para dar solução às dificuldades apresentadas e sempre com o objetivo comum de elevar a qualidade da saúde do nosso povo. No decorrer das 12 semanas, conseguimos uma adesão de 337 usuários ao programa de saúde do idoso, todos sendo atendidos conforme foi preconizado no protocolo para realização de exames clínicos e laboratoriais.

Foram atingidas 100% das metas de rastreio para Diabetes Mellitus dos usuários hipertensos, fornecimento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, orientações de saúde e higiene bucal; por outro lado percebemos que a meta dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica

atingiu apenas 8,3%, já que durante um período da intervenção o serviço de odontologia se encontrava sem funcionar, mas o conserto já foi providenciado no início do mês de junho e as atividades do serviço de odontologia foram retornando.

É importante ressaltar que esse indicador poderia ter um melhor desempenho se fosse disponibilizado na UBS a reposição constante dos materiais odontológicos para a realização do atendimento clínico odontológico, já que ficaria mais fácil para os idosos fazer sua avaliação odontológica quando realizarem a consulta médica na unidade.

Ressalta-se ainda que o resultado da intervenção poderia ter sido melhor caso fôssemos da Estratégia de Saúde da Família ou contássemos com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos na comunidade para nos apoiar na busca ativa e comunicação com os usuários. Além disso, aponta-se como fator limitador o pequeno porte da UBS para uma população grande, que está além de nossa capacidade de atenção, tanto no que se refere à estrutura, como em número de profissionais da equipe. Entretanto, apesar dessas circunstâncias, foi possível fazer um bom trabalho e causar mudança na vida das pessoas.

A equipe reconhece que tem um desafio muito importante que é manter o trabalho desenvolvido até agora, tentando sempre melhorar. Aproveitamos para agradecer o apoio total da secretaria da saúde e os demais fatores comprometidos em melhorar os níveis de saúde do município.

Contamos hoje com recursos humanos necessários para levar adiante nossa tarefa com ajuda de toda a equipe, como o apoio da diretora da UBS, a qual ajudou em providenciar a reprodução das fichas espelho, as quais foram reproduzidas no distrito, além de ajudar na responsabilidade com a equipe de trabalho para a realização da intervenção, isso contribuiu na melhoria do registro e o cuidado no cumprimento das metas durante a intervenção. A ampliação da intervenção é um aspecto que não depende apenas da equipe e dos gestores, porque a unidade não

tem mais espaço para abrir mais consultas e nem receber mais médicos, pelas características próprias da unidade.

Para nós, foi muito importante todas as tarefas desenvolvidas até hoje e ficamos honrados pelas mudanças positivas na atenção básica de saúde e estamos sempre dispostos a trabalhar em sintonia com a gestão, visando exclusivamente a melhoria da atenção Primária. Entretanto, para tornarmos essas atividades de promoção de saúde constantes, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para que tenhamos cada vez mais uma sociedade articulada e engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços à comunidade.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS José Figliuolo,

Nossa equipe de saúde fez um trabalho de intervenção depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência, executado no período de março a junho de 2015, durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso. Essa intervenção marcou o início de melhoras significativas na qualidade de atenção em saúde do idoso. Foram realizadas muitas atividades de educação em saúde, com o objetivo de compartilhar conhecimento com a comunidade, bem como conhecer suas dúvidas, preocupações, culturas, experiências, costumes, hábitos de higiene, hábitos alimentares, atividades esportivas, situação econômica e de trabalho. Essa aproximação propiciou informações para os profissionais de saúde que passaram a desenvolver suas condutas de forma mais adequada à realidade de vida de cada um, tendo em vista que diferentes grupos familiares vivem em nossa comunidade, já que são famílias que vem de diferentes partes do estado.

A intervenção resultou no cadastro de 337 idosos, que corresponde a 10,1% do total de idosos na área da abrangência da comunidade do “Viver Melhor”, no distrito norte da cidade de Manaus, Amazonas. Foram atingidas 100% das metas de o rastreio para Diabetes Mellitus dos usuários hipertensos, fornecimento das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, orientações de saúde e higiene bucal; por outro lado percebemos que a meta dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica atingiu apenas 8,3%, já que durante o período da intervenção o serviço de odontologia se encontrava um tempo sem funcionar. Felizmente o conserto foi providenciado no início do mês de junho e as atividades do serviço de odontologia foram retornando.

A Unidade de saúde que hoje temos é contemplada com boa estrutura física e recursos para realização não só de atendimento médico, mas também, uma equipe

multidisciplinar para proporcionar saúde, sendo composta por fisioterapeuta, enfermeiras, técnicas de enfermagem, dentistas, farmacêuticas, e toda equipe de apoio que fica sempre unida para todas as tarefas, e foi neste projeto de intervenção que demonstramos nossas atividades.

A intervenção da saúde do idoso vai continuar mesmo após do término das 12 semanas previstas. O apoio da população na continuidade das ações vai ser fundamental para conseguir o sucesso desta. Busca-se realizar mais ações informativas em diferentes dias da semana na unidade de saúde com a comunidade para informar aos familiares ou responsáveis pelos idosos que devem levar seus familiares a unidade para iniciar ou ter em dia de acompanhamento e assim receber as diferentes orientações para manter sua vida saudável. Também podem ser colocadas nas diferentes áreas comuns da Unidade materiais de comunicação de baixo custo, assim como continuar fazendo as atividades de educação em saúde na sala de reuniões da unidade pelo menos duas vezes por semanas com o fim de manter informados a nossos usuários.

Em conjunto com a comunidade podemos manter várias atividades, mas, para que isso seja constante, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos membros da equipe, para que tenhamos cada vez mais uma sociedade articulada e engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços à comunidade.

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

O desenvolvimento do projeto ao longo deste período me permitiu crescer como indivíduo e profissional. Ao iniciar o curso, minha expectativa era que o acesso ao curso de especialização em saúde da família iria me ajudar muito a conhecer não somente as principais doenças e grupos de riscos presentes aqui em Manaus, como também todas as condições de saúde pública que o projeto de intervenção iria abordar na minha comunidade para melhorar a saúde da população. E toda essa expectativa foi superada desde o início das tarefas semanais e principalmente no momento que a equipe uniu forças para que a intervenção viesse a acontecer.

A melhoria da qualidade alcançada por um processo de aprendizagem foi um desafio permanente que envolveu o trabalho de todos nós, funcionários, comunidade. Foram muitas ações desenvolvidas que com a participação de todos foi capaz de transformar a vida e a realidade de nossa comunidade, sendo assim, foi um contínuo aprendizado mediante as diferentes experiências que tive com a equipe em interação direta com a comunidade.

Foi um grande desafio trabalhar com uma população grande, em uma unidade básica de saúde nova, com a equipe incompleta, pelo fato de não contar com agentes comunitários de saúde, além de outras dificuldades. No princípio foi difícil fazer que toda equipe estivesse de fato envolvida na intervenção, mas devagar a intervenção foi criando força e pouco a pouco conseguimos realizar cada uma de nossas propostas durante as 12 semanas da intervenção.

Para minha prática profissional posso dizer que o curso me ajudou primeiro a melhorar a língua portuguesa, que influencia diretamente na comunicação com os usuários e também na hora de escrever, facilitando a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A intervenção contribuiu com a experiência de viver um trabalho em equipe, em união, onde todos ajudam a fortalecer o trabalho.

Pessoalmente posso dizer que nunca tinha feito uma intervenção com comunidades totalmente distintas, com outras culturas, e diferentes necessidades, além de trabalhar com usuários idosos, que sabemos que é uma faixa etária que precisa de muita atenção médica, mas adorei o feedback que recebi de todos os usuários atendidos, percebendo o interesse que mostra cada um deles em querer melhorar sua qualidade de vida, em sentir-se acompanhado em cada uma das doenças que padecem e estarem integrados em atividades sociais exclusivamente para eles.

O que muito me entristece é não haver conseguido nos programar e realizar visitas domiciliares, e assim, conhecer a realidade das condições de vida das pessoas da área de abrangência em seu domicílio, como se alimentam, onde é que moram, condições essas muito importantes para conseguir entender a situação geral em que estão inseridas, e dessa forma conseguir conhecer mais a fundo a população que frequenta a UBS.

Com o curso vi que podemos modificar as ações e melhorar o serviço, vencer obstáculos, se toda equipe trabalhar nesse sentido e que é muito bom ver a diferença que podemos fazer na vida da população e que podemos melhorar cada vez mais a sua saúde.

## 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, 2007.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: dados gerais do município.** Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=am&tema=resultgeramostracenso2010\\_municipio&lang=o](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=am&tema=resultgeramostracenso2010_municipio&lang=o). Acessado em: 29/11/2014

## **Anexos**

## Anexo A- Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia 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 C - Ficha espelho

### FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_  
 Problemas de locomoção? ( ) Sim ( ) Não É acamado (a)? ( ) Sim ( ) Não HAS? ( ) Sim ( ) Não DM? ( ) Sim ( ) Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Estatura: \_\_\_\_\_ cm / Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm Osteoporose? ( ) Sim ( ) Não Depressão? ( ) Sim ( ) Não Demência? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

| AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO) |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |
|--|----------|-------|---------|---------------|-------------|---------------------|-----------------------|------|------|---------------|-----------|-------|-------------|
| Data   | Nutrição | Visão | Audição | Incontinência | Ativ.sexual | Humor/<br>depressão | Cognição e<br>memória | MMSS | MMII | Ativ. diárias | Domicílio | Queda | Rede social |
|  |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |
|  |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |
|  |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |
|  |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |
|  |          |       |         |               |             |                     |                       |      |      |               |           |       |             |

| CONSULTA CLÍNICA |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|------------------|------------------------|--------------------------------------|---|--|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Data             | Idade                  | Profissional que<br>atendeu          | Pressão arterial<br>(mmHg)                  | Peso (kg)                                    | IMC (kg/m2)                   | PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM |                   |  | Exame dos pés (normal<br>ou alterado) | Exame físico (normal ou<br>alterado) |
|                  |                        |                                      |   |  |                               | Estratificação de risco        |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               | Framingham                     | Lesões órgão alvo |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |
| Tem fragilidade? | Orientação nutricional | Orientação sobre atividade<br>física | Orientação para cuidados com<br>saúde bucal | Data da visita domiciliar (se<br>necessária) | Data da busca (se necessária) | Data da próxima consulta       |                   |  |                                       |                                      |
|                  |                        |                                      |   |  |                               |                                |                   |  |                                       |                                      |

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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

---

Assinatura do declarante