

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**DALIA MARIA POLANCO MOUSO**

**MELHORARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS EM UMA**  
**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CONCEIÇÃO DO LAGO AÇU, MARANHÃO**

**FORTALEZA**

**2018**

**DALIA MARIA POLANCO MOUSO**

**MELHORARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS EM UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CONCEIÇÃO DO LAGO AÇU, MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -  
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em  
Educação a Distância Em Saúde, Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Suzana Mara Cordeiro  
Eloia

**FORTALEZA**

**2018**

**DADOS PARA ELABORAÇÃO DA FICHA CATALOGRÁFICA**

Instituição: Universidade Federal do Ceara

Faculdade/Instituto: Departamento de Medicina Social

Tipo de Trabalho: ( ) TESE ( ) DISSERTAÇÃO (X) TRABALHO ACADÊMICO

Programa ou Curso: Especialização em Saúde da Família

Área do Conhecimento: Saúde da Família

Aluno: Dalia Maria Polanco Mouso

Título: Especialização em Saúde da Família

Orientador:

Co-orientador(es)

Local: UBS Raimundo dos  
Mulundus

Ano: 2018

Total de Folhas:

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crónica ,Diabetes Mellitus,Hipertensao.

Biblioteca Responsável  
(Assinatura e carimbo com CRB)

**DALIA MARIA POLANCO MOUSO**

**MELHORARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS EM UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CONCEIÇÃO DO LAGO AÇU, MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -  
Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em  
Educação a Distância Em Saúde, Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Enf. Suzana Mara Cordeiro Eloia**

**Orientadora** - Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC

---

**Membro efetivo -**

---

**Membro efetivo -**

## **Dedicatória**

- À minha mãe por sempre me dar força para que eu me realize como médica, de quem tenho muito orgulho e por assumir o cuidado dos meus filhos enquanto cumpro esta missão;
- Aos meus filhos queridos que fortalecem minha fé e esperança, por serem fonte constante de inspiração, por serem compreensivos e suportarem minha ausência neste tempo;
- Ao meu esposo por sua companhia, sua constante preocupação, sua tolerância, confiança e, sobretudo, por seu apoio incondicional;
- À toda minha família e amigos que sempre estiveram me apoiando e me ajudando a cumprir as metas na vida.

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.  
E é como sujeito e somente enquanto sujeito,  
que o homem pode realmente conhecer. ”

Paulo Freire

## RESUMO

A atenção básica à saúde da população idosa deve ser pautada em ações que sigam os princípios do protocolo do Ministério da Saúde (MS), com bases nas políticas do SUS. Estas ações, quando realizadas por profissionais bem capacitados, são fatores qualificadores da saúde municipal e incentivam a autonomia e independência, na ausência ou não de doenças, da pessoa idosa. Nesse contexto, a implantação do protocolo e os cuidados incrementados ao idoso sobrepõem como um princípio de mudança de uma UBS tradicional e curativa para uma atenção visando à prevenção e a promoção. Sendo assim, o objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Raimundo dos Mulundus, Conceição do Lago açu, Maranhão. A pesquisa-intervenção foi desenvolvida durante os meses de fevereiro a abril de 2018, a partir das seguintes etapas: a) monitoramento e avaliação; b) organização e gestão do serviço; c) engajamento público; d) qualificação da prática clínica. Aderiu-se ao protocolo preconizado pelo MS, foi monitorado e avaliado os registros, cadastramentos e buscas ativas, visitas domiciliares, atividades coletivas visando a capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada meta. Antes da intervenção a cobertura era de um 60.3%, ao final da intervenção, a cobertura do serviço atingiu um percentual de 80,2% (190 idosos), prezando a assistência nos pilares da universalidade, integralidade e equidade aos usuários, com a garantia de um trabalho multidisciplinar e longitudinal. A intervenção permitiu que fossem alcançadas melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde da pessoa idosa. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das ações, assim como a realização de novas intervenções que visem outros seguimentos populacionais.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Idosos; Hipertensão arterial; Diabetes mellitus.

## ABSTRACT

The basic health care of the elderly population should be based on actions that follow the principles of the protocol of the Ministry of Health (MS), based on SUS policies. These actions, when performed by well-trained professionals, are factors that qualify municipal health and encourage the autonomy and independence, in the absence or absence of diseases, of the elderly person. In this context, the implantation of the protocol and the increased care for the elderly overlap as a principle of change from a traditional and curative UBS to an attention aimed at prevention and promotion. Therefore, the objective of this intervention was to improve the health care of the elderly in UBS Raimundo dos Mulundus, Conceição do Lago açu / Maranhão. The intervention research was developed during the months of February to April 2018, from the following stages: a) monitoring and evaluation; b) organization and management of the service; c) public engagement; d) qualification of clinical practice. Adhered to the protocol recommended by the MS, was monitored and evaluated the records, registrations and active searches, home visits, collective activities aimed at training the team. For evaluation and monitoring of actions, a spreadsheet made available by the course was used with the specific indicators of each goal. Before the intervention coverage was 60.3%, at the end of the intervention, the coverage of the service reached a percentage of 80.2% (190 elderly), paying attention to the pillars of universality, completeness and equity to users, with the guarantee of a multidisciplinary and longitudinal work. The intervention made it possible to achieve improvements in coverage, adherence, quality, records, evaluation and health promotion of the elderly. With this, it is expected that the effective incorporation of the actions will take place, as well as the realization of new interventions aimed at other population segments.

**Keywords:** Primary health care; Family Health; Seniors; Arterial hypertension; Diabetes mellitus.



## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico de proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 2 Gráfico de proporção de idosos com avaliação multidimensional Rápida em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 3 Gráfico de proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 4 Gráfico de Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 5 Gráfico de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, nos meses de fevereiro a abril de 2015, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 6 Gráfico de proporção de idosos acamados com problemas de locomoção cadastrados, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 7 Gráfico de proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 8 Gráfico de proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 9 Gráfico de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 10 Gráfico de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 11 Gráfico de proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 12 Gráfico de proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 13 Gráfico de proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 14 Gráfico de proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 15 Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018. Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 16 Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Maranhão, Brasil, 2018.

- Figura 17 Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 18 Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.
- Figura 19 Gráfico de proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do lago açu, Maranhão, Brasil, 2018.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>4 OBJETIVO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Objetivo geral.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>7 CRONOGRAMA.....</b>	<b>39</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO – PLANILHA DE COLETA DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa. A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. O Pacto Pela Saúde, emitido em 2006, veio para fortalecer esses compromissos, através de seus componentes de Defesa do SUS e de Gestão.

Nesse momento, a Política de Saúde do Idoso surge como uma das prioridades e a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2010). Estatuto do Idoso, Pacto pela Saúde, Política Nacional de Saúde do Idoso e “Caderno de Atenção Básica 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”. Os idosos têm acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos mais comuns empregados para os idosos. No entanto, não possui sala de atividades educativas, as mesmas são realizadas na sala de recepção que é muito pequena.

A ação programática de Atenção Primária da Saúde, que será foco desta pesquisa-intervenção, objetivará qualificar a Atenção a saúde do idoso, já que os mesmos apresentam doenças que tem uma alta incidência e provocam muitas complicações que podem chegar à invalidez e morte. Com nossa intervenção, pretendemos identificar os problemas para intervir fazendo um bom controle dos fatores de risco, modificar estilos de vidas e maus hábitos alimentares, fazer tratamentos adequados das doenças garantindo uma maior qualidade de vida dessa população. Nossa equipe trabalha no processo de cadastramento, até onde temos avançado, temos identificados uma alta incidência desses idosos doentes, que desconhecem o seu estado de saúde ficando expostos a complicações e morte. Por isso nossa intervenção será baseada neste tema.

## 2 PROBLEMA

A UBS Raimundo dos Mulundus tem 237 pessoas idosas maiores de 60 anos, delas 104 pertencem ao sexo masculino e 133 ao sexo feminino. Destes idosos, 66 são hipertensos, 4 diabéticos e 9 acamados. A cobertura na época em que realizamos o Caderno de Atenção era de 100%, ou seja, todos os 175 idosos eram acompanhados, mas sabíamos que tinham mais idosos sem ser cadastrados. Na realidade, considero que a atenção a pessoas idosa não é boa, pois as consultas são realizadas quando precisam de atendimentos médicos por problemas agudos e não temos realizado a avaliação multidimensional rápida, nem temos controle sobre o número de idosos com avaliação de saúde bucal, avaliação de risco para morbimortalidade, nem os idosos que estão com acompanhamento em dia. Agora que trabalharemos pelo protocolo de atendimento a pessoas idosas, esperamos que o serviço melhore. Considero a participação das pessoas idosas nas atividades de promoção e prevenção não adequada. Nossa equipe está trabalhando com atividades com as pessoas idosas, mas ainda falta muito por fazer. Realizamos palestras com a comunidade e pessoas idosas sobre a importância de alimentação saudável, prática de atividade física diária, os riscos das enfermidades cardiovasculares e neurológicas para este grupo de idade, mas a participação não é boa. Com este projeto de intervenção pretendemos melhorar estas dificuldades.

Atualmente estamos realizando atendimento a usuários idosos acamados, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), através de visitas domiciliares. São avaliados adequadamente, com exame físico correto e são realizados os exames complementares necessários para seu controle. Os idosos saem com a próxima consulta agendada e uma vez cadastrada toda a população será de forma atendida de forma agendada. O projeto de intervenção pretende valorizar a implantação do acolhimento na UBS, uma construção coletiva envolvendo a comunidade e todos os profissionais da Área de Saúde da Família e demais funcionários. Serão adotadas ações que consistem na formulação do fluxo de atendimento e protocolo de avaliação, classificação de risco, composição de equipe de acolhimento. Entre os resultados esperados desta intervenção destacam-se a qualificação de atenção, fortalecimento do controle social no período de quatro meses e após estes também.

Como dificuldades encontramos limitação de locomoção de algumas pessoas idosas com limitações físicas para chegar até a UBS. Outra dificuldade são as consultas com especialistas como medicina interna, cardiologista, oftalmologista, neurologista, endocrinologista, entre outros, pois estes profissionais não atendem em nosso Município. Estas consultas são realizadas através de agendamentos em hospital do SUS de outro Município,

ocasionando muitas vezes, uma longa espera, conseqüentemente aumentando o problema de saúde da população. Nossa equipe, não vê alternativas para solucionar tais problemas, mas temos certeza que estamos a cada dia mais preparados, enquanto ESF para dar um atendimento de qualidade atendendo as necessidades da população da área de abrangência.

Como pontos positivos destaco que em nossa Unidade Básica de Saúde, temos uma equipe completa com os recursos humanos necessários para desenvolver um trabalho adequado e correto frente às necessidades da população, mas não possuímos uma estrutura física adequada para um bom trabalho, continuamos em reforma, situação que impede um funcionamento adequado da equipe na área. Com este projeto de intervenção a equipe pretende melhorar a avaliação clínica das pessoas idosas, oferecer um melhor seguimento a este grupo de idade, diminuir os fatores de risco de enfermidades cardiovasculares e neurológicas, prestar uma maior atenção aos idosos com hipertensão arterial e diabetes mellitus, facilitar a acessibilidade aos medicamentos que precisam na farmácia popular, realizar exames complementares a todos os idosos, conseguir realizar exame bucal e atendimento com dentista, realizar atividades de promoção e prevenção envolvendo toda a comunidade, melhorar a participação dos idosos nas atividades de saúde, conseguir que as pessoas idosas se sintam incorporadas a sua comunidade e que são importantes para a sociedade, assim como melhorar sua qualidade de vida.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Conceição do Lago Açu é um município localizado no centro-sul Maranhense com um total de 15.585. O município é habilitado como Gestão Plena da Atenção Básica e constituído por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma urbana e quatro rurais. O Sistema de Saúde conta com o apoio do Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF) composto por assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, profissional da educação física e fonoaudiólogo. Não tem serviço de especialidades, só um Hospital Estadual com gestão municipal para atendimentos das urgências, os casos que precisam ser avaliados por outras especialidades são encaminhados ao Hospital Regional de Bacabal ou para hospitais da capital do estado, não existindo inter-relação com novos atendimentos (retornos não garantidos). Os exames se realizam no município, mas são privados.

A UBS Raimundo dos Mulundus está situada no povoado de Lapela a 57 km da cidade. Sua vinculação com o Sistema Único de Saúde (SUS) é através da prefeitura, este local foi adaptado para ser uma UBS e ela não está vinculada a nenhuma outra atividade. Está em funcionamento faz 5 anos, tem dois turnos de atendimento e tem área de abrangência definida. Possui somente uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) que é composta por uma médica, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais ou de limpeza e um motorista. Temos o apoio do NASF. Nossa equipe atende outras áreas distantes da Unidade como Mata Velha, Matinha, São José.

A estrutura da UBS é pequena, em reforma agora, constando de uma sala de recepção para acomodação de mais ou menos de 10 pessoas, uma sala de enfermagem, uma sala médica, uma sala de curativos e um banheiro, dimensão não apropriada conforme descrição dos modelos propostos nas biografias revisadas. Não tem sistema de informatização, não possui computador, não contamos também com laboratórios. Os medicamentos indicados são disponibilizados na Unidade de Saúde, na farmácia da policlínica (na sede do município) e farmácia popular que nem sempre está abastecida. Segundo o que fora revisado em Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, podemos avaliar que nossa UBS não reúne muitas das condições para atendimento de saúde à população e requer uma intervenção administrativa e institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura, dando solução às limitações encontradas.

Na comunidade existem diferentes instituições sociais, tais como associação de moradores, igrejas, escolas, creches. Tem-se realizado várias atividades de educação popular em saúde para promover a mobilização e participação das comunidades. Os temas focados são Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, acolhimento, interação com os profissionais da UBS,



alimentação saudável, atividades físicas, estilo de vida saudável, tabagismo, planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com recém-nascido e relações com adolescentes. As estratégias coletivas usadas foram conversas, construção coletiva do conhecimento, troca de saberes, experiências, rodas de conversa na igreja. As atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, gestantes, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, Saúde da Mulher e são desenvolvidas no âmbito domiciliar, nas escolas e na UBS. Os profissionais que participam são médicos, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Nossa UBS tem um grupo dedicado ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde que está composta pela enfermeiro, médica, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As dificuldades mais importantes é que temos um trabalho comunitário que se realiza nas comunidades fundamentalmente pelos agentes comunitários de saúde, médica e enfermeiro, mas não tem participação direta dos líderes formais e não formais das nossas comunidades. Nossa UBS não tem serviço de urgência e emergência para prestar os primeiros socorros aos pacientes que necessitam. Assim, oferecemos os primeiros atendimentos por nossa equipe e, logo após eles são transferidos imediatamente para o Hospital Municipal, localizado a 57 km de nosso município.

A Atenção Básica de Saúde tem um impacto positivo nas comunidades com a organização do trabalho. A equipe vai trabalhar junto para fortalecer o trabalho comunitário e superar as dificuldades existentes.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, e realizam cuidados em saúde à população da área de abrangência no domicílio e nas escolas, não em associação de bairro e comunitária, já que não estão formadas. Na UBS se realizam atividades de grupo com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos dirigidos a grupos de adolescentes, Aleitamento materno, tabagismo, diabéticos, hipertensos, planejamento familiar, Pré-natal, Prevenção de câncer de colo uterino, puericultura, saúde a mulher e saúde bucal.

Os profissionais realizam reunião de equipe mensalmente, para a organização do processo de trabalho do próximo mês, discussão dos problemas de saúde, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde. O quadro 1 apresenta a distribuição demográfica.

Quadro 1. Distribuição demográfica da área de abrangência segundo grupo etário.

Sexo	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	+60	Total
Masculino	16	13	17	31	91	104	301	99	66	104	842
Feminino	13	9	17	32	78	93	287	98	73	133	833
Total	29	22	34	63	169	197	588	197	139	237	1675

Em relação à distribuição demográfica da área de abrangência de acordo com dados do Caderno de Ações Programáticas e relacionando-os com a estimativa do IBGE, notamos que não há concordância em quase todos os aspectos. Em relação ao tamanho do serviço (estrutura /equipe) é adequado para o número de população atendida.

Na UBS não tem uma sala específica para acolhimento, mas é realizado também na recepção pela equipe de acolhimento composto pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e médica, utilizando a modelagem da equipe do acolhimento do dia. O acolhimento é feito todos os dias nos dois turnos de atendimentos.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, nossa UBS realiza ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e DM da área de cobertura, ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo.

É realizado o atendimento de adultos portadores de HAS uma vez por semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura e é realizada pela enfermeira, médica, técnico /auxiliar de enfermagem. O adulto com HAS sai da UBS com a próxima consulta agendada, não existe excesso de demanda e é atendido mesmo tendo excedido sua capacidade. É utilizado o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS, principalmente para encaminhamento, para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e em ficha-espelho de vacinas. O registro específico costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal para verificar pacientes faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com HA de risco e avaliar a qualidade do programa e esta revisão é realizado pela enfermeira e médica. Também é realizado pelos demais profissionais integrantes de nossa equipe atividades com dois grupos de adultos com HAS no âmbito da UBS. São realizado

planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa. Realizamos as reuniões uma vez ao mês.

Os dados referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica do Caderno de Ação Programática, temos que a estimativa do número de hipertensos com 20 anos de idade ou mais é de 330, mas na realidade temos 120 para um total de 36% de cobertura. Nossa equipe tem que trabalhar mais em relação às ações programáticas de promoção para conseguir que não tenha atraso da consulta agendada em mais de sete dias e que os portadores de HA sejam avaliados odontologicamente em dia e trabalhar mais na busca ativa, pesquisando a população com mais de 20 anos de idade da comunidade, realizando atividades de promoção e prevenção sobre as doenças cardiovasculares e verificar a pressão arterial (PA) em toda a população maior de 15 anos.

Quanto ao atendimento de adultos portadores de DM, realiza-se uma vez por semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura e é realizada pela enfermeira, médica, técnico /auxiliar de enfermagem. O adulto com DM sai da UBS com a próxima consulta agendada, não existindo excesso de demanda e é atendido mesmo tendo excedido a sua capacidade. Utilizamos o protocolo de atendimento para usuários portadores de DM que foi realizado pelo Ministério da Saúde publicado no ano de 2012, os protocolos utilizados são para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e para serviços de pronto-atendimento. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, de atendimento nutricional e em ficha-espelho de vacina. O registro específico costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com DM de maior risco e avaliar a qualidade do programa e esta revisão é realizada pela enfermeira e médica. Realizamos atividades com um grupo de adultos com DM no âmbito da UBS. São realizados planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa e se realizam as reuniões uma vez ao mês.

Segundo os dados de Diabetes Mellitus no Caderno de Ação Programática, temos que a estimativa do número de Diabéticos com mais de 20 anos de idade é de 94, mas temos apenas 14 cadastrados, ou seja, 15% de cobertura. Nossa equipe tem que trabalhar mais nas ações programáticas de promoção para conseguir que se realizem sem atraso de mais de 7 dias as consultas agendadas e avaliação de saúde bucal em dia aos adultos portadores de DM.

Em relação à saúde dos idosos, os atendimentos das pessoas idosas são realizados todos os dias da semana, não existindo excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Os atendimentos dos idosos são registrados

no Prontuário clínico, Caderneta do Idoso, Ficha de atendimento odontológico e Ficha-espelho de vacinas. Não avaliamos a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico. Não existe um arquivo específico para o registro. Realizamos visita domiciliar para conhecermos as condições de vida, oferecemos orientações ao familiar ou cuidador sobre as características e cuidados do idoso, importância do tratamento em caso de doença crônica. Também realizamos avaliações do funcionamento familiar, como fatores psicossociais de risco de suicídio, de violência, de fatores ambientais que se tornam risco de doenças. Em nossa UBS são desenvolvidas várias ações no cuidado aos Idosos como Imunizações, promoções de atividades físicas e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde mental e bucal, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral.

Nossa equipe tem que trabalhar mais nas ações programáticas de promoção e prevenção para conseguir planejar a consulta agendada em mais de três meses e que sejam avaliados pela equipe de saúde bucal em dia, bem como dar orientações sobre manejo de HA e de DM.

Com o começo de trabalho em nossa UBS e início do curso de especialização em saúde da família, o trabalho vem melhorando muito. Antes a equipe trabalhava independente, só com sua função, e a atenção à saúde era curativa. Agora a equipe se integra em todas as atividades, com o objetivo de cumprir com todos os programas. Os atendimentos são agendados e planejados de acordo com estabelecido pelo programa, a população participa das atividades de promoção e prevenção de forma ativa. Percebemos que quando se trabalha em equipe os indicadores melhoram. A revisão dos questionários e cadernos de atenção permitiu ter uma visão de como se trabalha em Atenção Básica de Saúde no Brasil.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas na UBS Raimundo dos Mulundus, Conceição do Lago açu, Maranhão, Brasil.

#### **4.2 Objetivos específicos e metas**

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade do atendimento ao idoso na Unidade de Saúde;
- Fornecer suporte para a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
- Aprimorar o registro das informações;
- Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- Promover a saúde dos idosos a partir de orientação nutricional, prática de atividade física e higiene bucal.

## **5 METODOLOGIA**

Para realizar esta pesquisa-intervenção, adotou-se como protocolo o Caderno de Atenção Básica, que trata do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, publicado pelo Ministério da Saúde.

Os Instrumentos de registros específicos do atendimento e das ações realizadas adotadas serão: Prontuário individual, Ficha-espelho (individual), Caderneta de pessoas idosas, o Livro de Registro de atendimento e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de pessoas idosas, foi utilizado dados da ficha espelho, que prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do Sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas.

O objetivo desta intervenção foi cadastrar 85% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção a pessoas idosas da área de abrangência da unidade de saúde e 100% nas metas dos indicadores de qualidade.

Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente foi realizado um levantamento do número de idosos cadastrados no Programa de Atenção a pessoas idosas na UBS.

Para viabilizar o monitoramento das ações foi utilizado instrumentos de coleta de dados como o prontuário clínico individual, a ficha espelho e caderneta de pessoas idosas.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de pessoas idosas e estabelecer os faltosos a consulta, foram revisados os registros das consultas pelo Agente Comunitário de Saúde que ficou responsável de informar na reunião semanal da equipe, sendo possível agendar a próxima consulta ou visita domiciliar. O livro de registro de pessoas idosas também foi analisado, com o objetivo que todos os idosos cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

A sensibilização da comunidade, ocorreu através de reuniões nas associações de moradores, na UBS e nas escolas, onde foi informado a população sobre a existência do programa de atenção à saúde das pessoas idosas da UBS e solicitado o apoio ao mesmo para o rastreamento de os idosos, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento de doenças. Orientado os idosos e a comunidade quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicos decorrentes da hipertensão e da diabetes em pessoas idosas, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizado os idosos e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Estas atividades aconteceram por meio de palestras, conversas, grupos, onde terão como responsáveis a médica e a enfermeira, mas terá participação de toda à equipe.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do Excel para análise e interpretação. Os princípios éticos e legais foram respeitados a partir da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

## **6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O Monitoramento dos dados foi realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizeram necessários durante as reuniões semanais.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas de acordo com o cronograma de atividades do projeto. A capacitação dos profissionais da saúde da UBS sobre o protocolo de atenção as pessoas idosas, estabelecido pelo ministério em 2006, foi discutido e estabelecemos o papel de cada profissional de saúde na intervenção, como aconteceria o cadastramento das pessoas idosas e o papel importante dos agentes comunitários de saúde na busca ativa aos idosos faltosos e na consulta agendada, assim como as atividades educativas. Sempre foi uma

preocupação a atenção bucal as pessoas idosas, tendo em conta que a unidade está em reforma e as pessoas idosas tem que viajar à cidade para ser atendida pela odontóloga. Felizmente, conseguimos inserir a equipe de saúde bucal na sexta semana da intervenção, o que fez com que as ações de saúde bucal fossem cumpridas parcialmente. O oferecimento das cadernetas de idosos a todas as pessoas idosas, foi parcialmente cumprido, já que a secretaria não dispõe de 100% das cadernetas. As facilidades foram contar com o apoio da comunidade e das lideranças. O trabalho dos agentes comunitários de saúde no cadastramento das pessoas idosas foi muito bom e importante para nossa rotina de ações. Os ACS também tiveram fator decisivo na participação ativa da família dos idosos, na avaliação clínica e no cumprimento das consultas agendadas e visitas domiciliares. Por conta disso tivemos apenas 3 idosos faltosos na consulta somente na oitava semana de intervenção, devido a fortes chuvas que não permitiram que eles chegassem na UBS. No entanto, esses idosos faltosos foram visitados e avaliados na semana 10 de intervenção.

A equipe tem o compromisso de manter e incrementar os indicadores assim como incorpora-lo a rotina diária do trabalho para melhorar os indicadores e conseguir melhores resultados.

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde de idosos.

No primeiro mês atingimos 153 idosos (64.6%). No segundo mês estávamos com 166 idosos (70.0%). E no último mês cadastramos 190 idosos (80.2%). Infelizmente não alcançamos a meta de 85%, acredito que pela diminuição da intervenção em um mês. A ação foi facilitada pelo trabalho em equipe, destacando o papel dos agentes comunitários, que com seu empenho e dedicação conseguiram um bom indicador de cobertura.

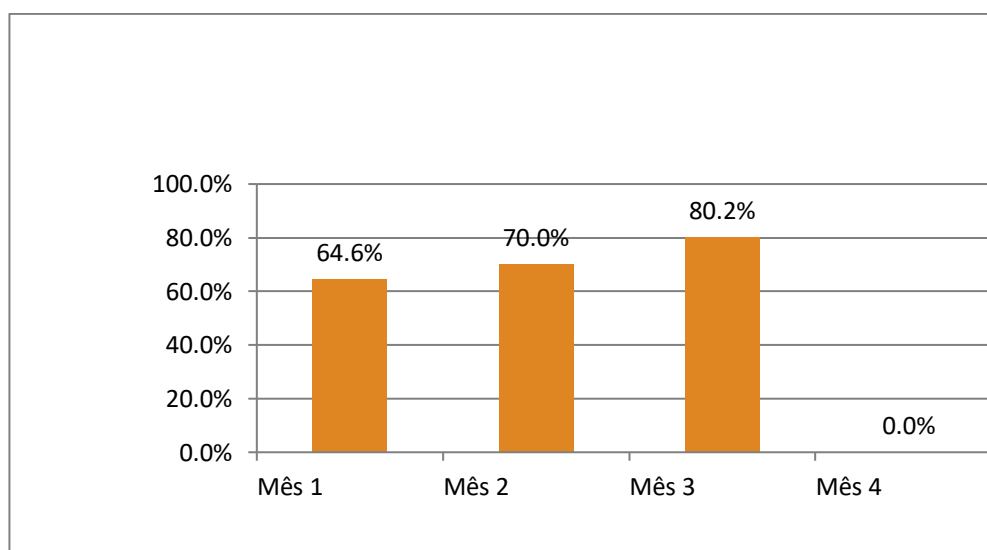




Figura 1- Proporção de idosos inscritos no programa da unidade de saúde. Fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

Realizou-se avaliação multidimensional de 85,3% das pessoas idosas na área. No primeiro mês da intervenção se avaliaram 56 idosos (36.6%), no segundo mês 88 pessoas idosas (53.0%), ao terminar se avaliaram 162 idosos (85,3%). Indicador que melhorou pelo trabalho dos membros da equipe. Infelizmente, não alcançamos os 100% previstos, pois foi muito complicado nas áreas onde os locais não apresentavam boas condições estruturais

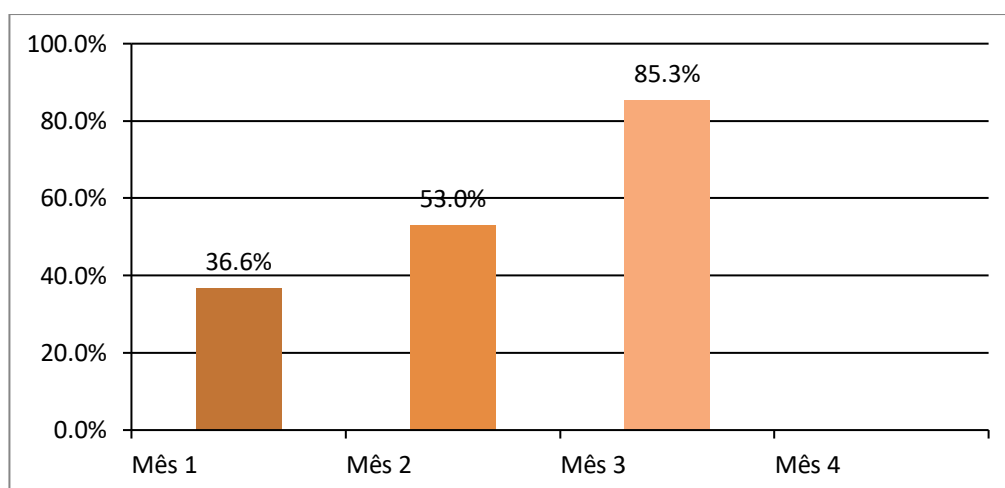


Figura 2- Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia. Fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A equipe realizou exame clínico em 85,3% dos idosos examinados. No primeiro mês avaliaram-se 56 idosos clinicamente (36.6%). No segundo mês avaliaram 88 idosos (53%), já no terceiro mês avaliamos 162 (85.3%). Foi muito complicado nas áreas onde os locais não apresentavam boas condições estruturais para um bom exame clínico, mas mesmo assim nos esforçamos. A equipe realizou esforços para uma boa avaliação clínica de todos os idosos, nesta ação identificamos muitas patologias clínicas como síndrome depressiva, micose das mãos e pés, DPOC, carcinoma basocelular de pele. Carcinoma de colo de útero, psoríase entre outras mais comuns, as quais foram encaminhadas pela equipe para serviços de especialidades e tratadas na área.

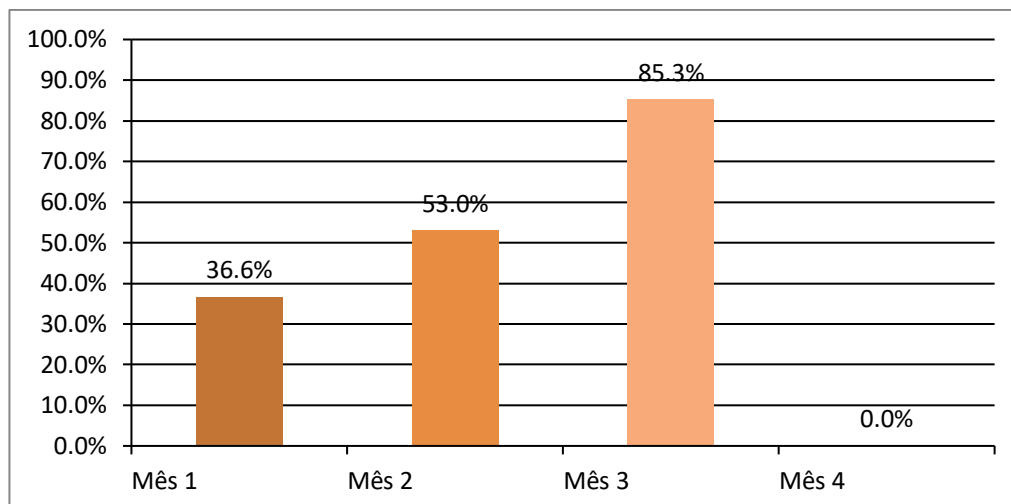


Figura 3- Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

No início da intervenção, a equipe ficava preocupada pela realização dos exames complementares nos idosos hipertensos e/ou diabéticos, pela característica do município que não conta com um laboratório na área. Iniciando-se a intervenção, conseguimos realizar exames laboratoriais no primeiro mês em 45 idosos hipertensos e/ou diabéticos avaliados dos 47 idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados (95,8%), no segundo mês 65, dos 67 idosos com estas patologias realizaram o exame (97.0%), e no terceiro mês 88, dos 92 idosos (95.7%). Tudo isso foi resultado da cooperação das famílias e dos líderes da comunidade. Com a realização dos exames laboratoriais conseguiu avaliar o funcionamento dos órgãos dos idosos hipertensos e diabéticos na área assim como avaliar os níveis de hemoglobina, glicemia, colesterol, triglicérides, ácido úrico ureia, creatinina entre outros em sangue.

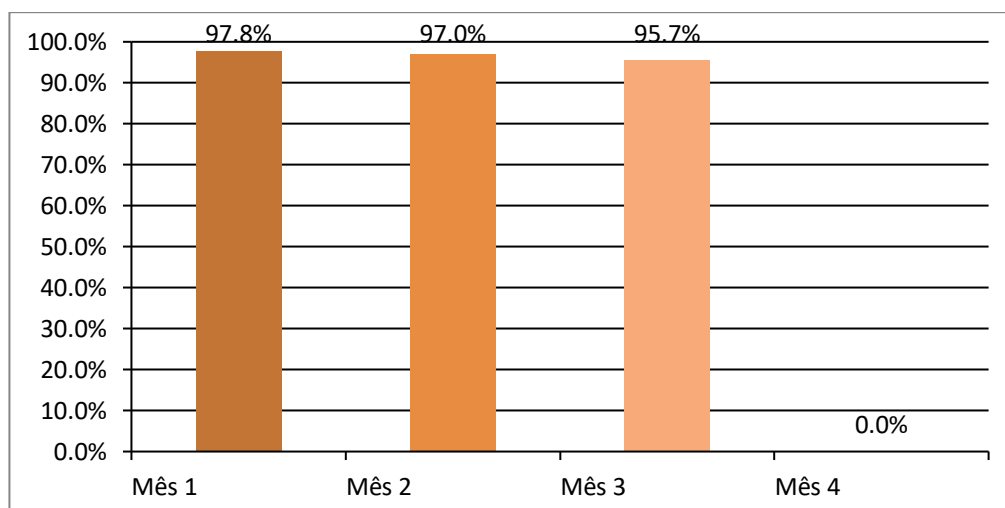


Figura 4- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi priorizada e garantida através da gestão da secretaria de saúde no município. As pessoas idosas hipertensas, diabéticas e com depressão tem sua medicação mensal. Supervisionamos através da equipe o cumprimento da ação. No primeiro mês tivemos 46 idosos com prescrição de medicamentos (30.1%), segundo mês 68 idosos (41.0%) e o terceiro mês 93 idosos (48.9%). Não alcançamos a meta já que alguns idosos optam pela compra na farmácia particular ou por obter a medicação na Unidade Básica de Saúde.

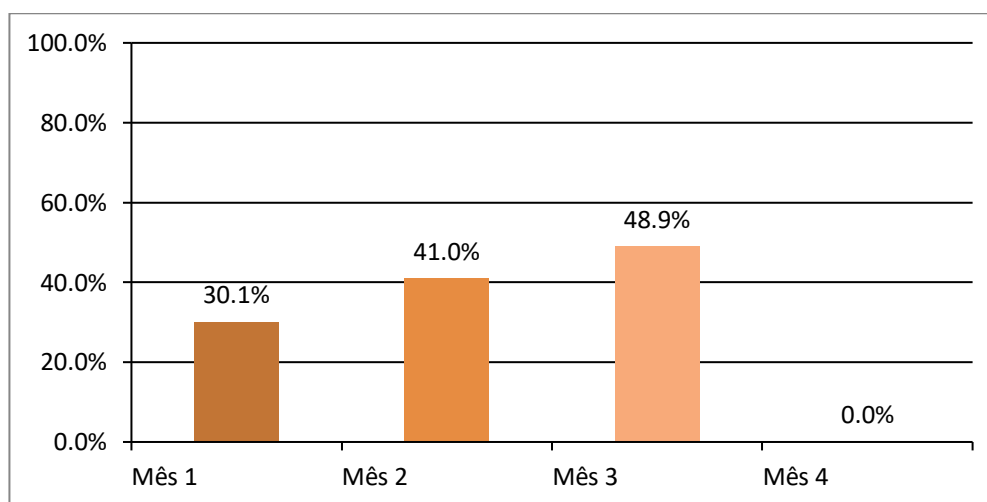


Figura 5- Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular priorizada, nos meses de fevereiro a abril De 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

No início da intervenção, tínhamos 9 idosos acamados, e avaliamos 5 no primeiro mês (55,6%), no segundo mês uma idosa acamada foi morar com sua filha em outra área, ficando 8 acamados que foram todos avaliados (100%) e no terceiro mês manteve-se os 8 idosos acamados cadastrados (100%). A equipe trabalhou para melhorar as condições de vida deles, entregamos cadeira de rodas e de banho para 5 deles, que não tinham.

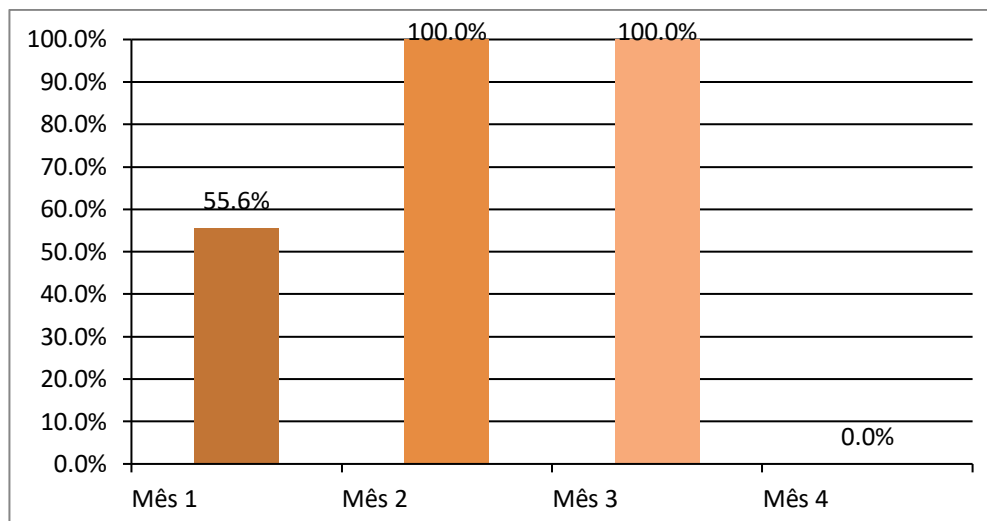


Figura 6- Proporção de idosos acamados com problemas de Locomoção cadastrados, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A equipe realizou 100% das visitas domiciliares agendadas pelos agentes comunitários de saúde. No primeiro mês foram 5 visitas (100%), o que se repetiu no segundo e terceiro mês, onde visitamos os 8 idosos cadastrados (100%), conhecendo como moram, suas doenças e as necessidades de medicação.

No primeiro mês tivemos 56 idosos com verificação de pressão arterial na última consulta (36.6%), no segundo mês 88 (53%), já no terceiro mês 162 (85.3%), constatando-se que alguns idosos hipertensos não estavam cumprindo com a medicação corretamente e apresentavam cifras de PA elevada, fazendo necessário a equipe falar da importância do cumprimento do tratamento.

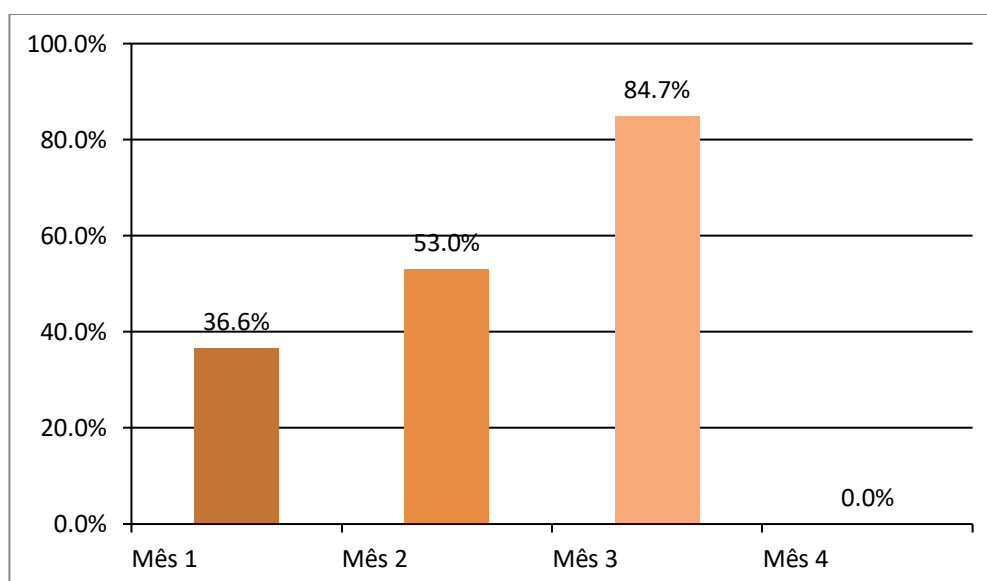


Figura 7- Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

No primeiro mês da intervenção rastreamos 8 idosos hipertensos com cifras de PA elevada acima de 130/85mmHG (100%), no segundo mês 14 (100%), e no terceiro mês 17(100%). Todos os idosos apresentaram cifras de glicemia normais, o problema foi a suspensão da medicação, modos e estilos de vida inadequados. Conseguimos controlar a cifras de PA com seguimento da medicação e incorporação da dieta de consumo de frutas e vegetais, assim como a diminuição do consumo de sal e óleo em excesso. A equipe trabalhou através de palestras sobre como melhorar alimentação das pessoas idosas, com vídeos que ilustravam dieta saudável na terceira idade de vida, modos e estilos de vidas saudáveis, importância do consumo de frutas e vegetais para a saúde das pessoas idosas.

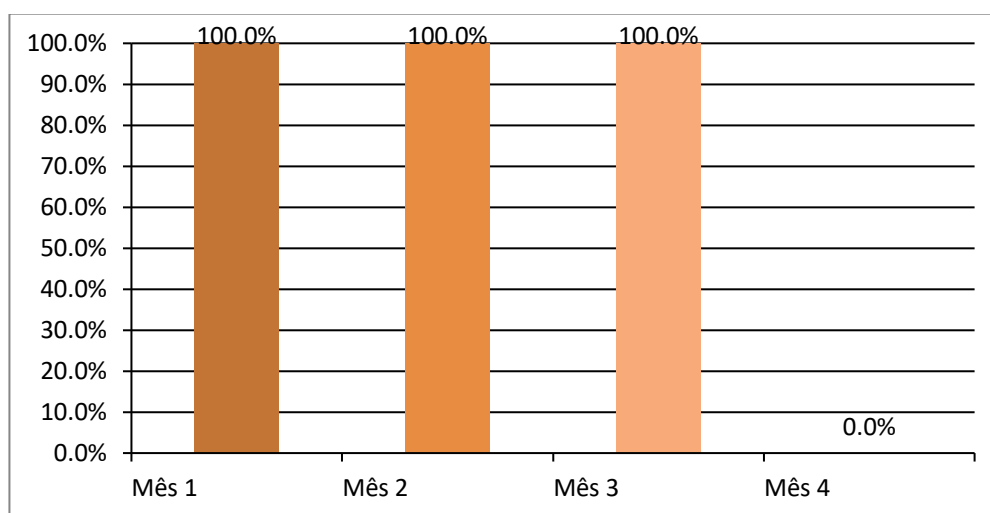


Figura 8- Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

Avaliaram-se as necessidades de atendimento odontológico dos idosos, só que as consultas foram realizadas na UBS apenas na sexta semana da intervenção. Os idosos tinham que realizar consulta na policlínica de manhã no início da intervenção. Logo a equipe discutiu esta problemática na secretaria de saúde municipal com os gestores e conseguimos que a odontóloga fosse incorporada no trabalho na área. No primeiro mês avaliaram as necessidades de atendimento odontológico de 56 idosos (36,6%), no segundo mês 84 (50.6%) e no terceiro mês 153 (80.5%). Este indicador não alcançou a meta esperada, apesar do esforço da equipe.

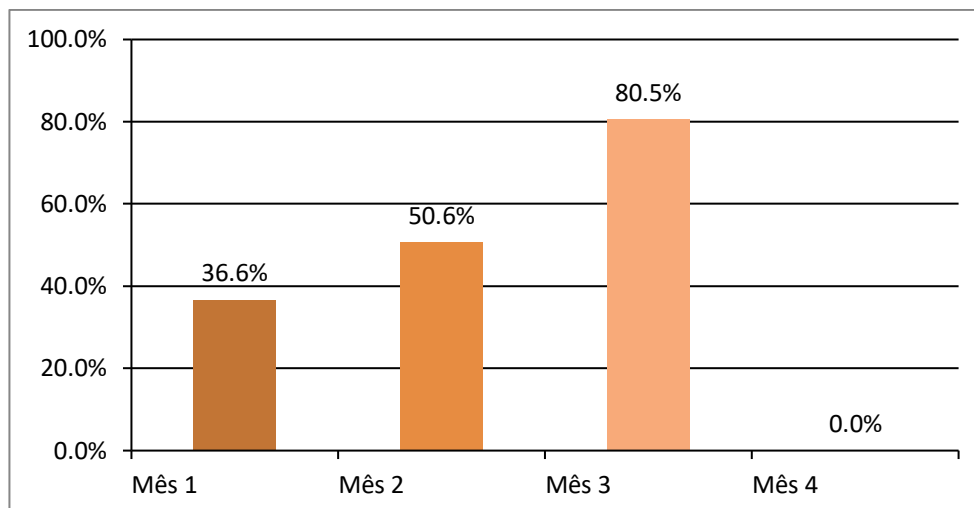


Figura 9- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A equipe ficou muito preocupada no início da intervenção com este indicador, o que não foi resolvido até a semana 6 da intervenção. No primeiro mês só atenderam 8 idosos com necessidades de atendimentos odontológicos (5,2%). Deste modo a equipe coordenou uma reunião com o gestor para solucionar o problema, no segundo mês atenderam 34 idosos (20,5%), e no terceiro mês 115 (60,5%).

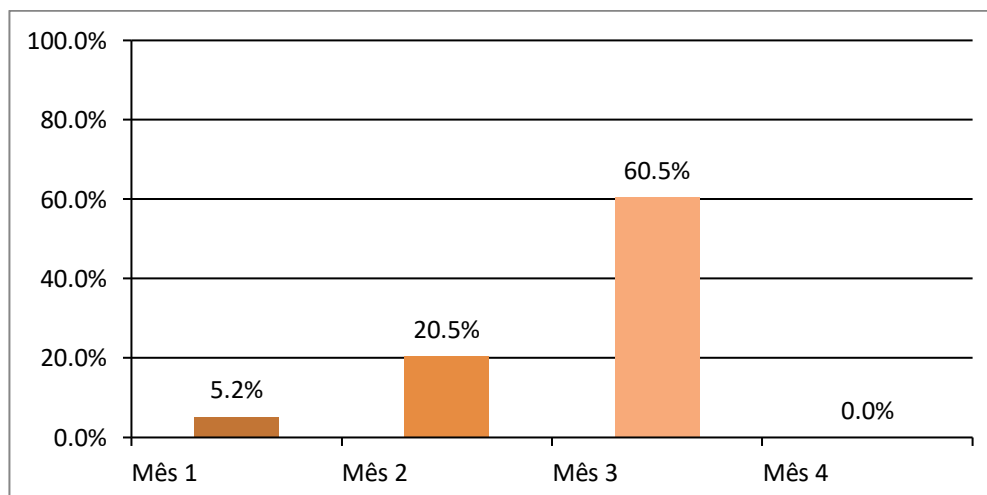


Figura 10- Proporção de idosos com primeira consulta Odontológica programática, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A equipe trabalhou muito com ajuda dos agentes comunitários de saúde para avaliar todos os idosos em consultas e visitas domiciliares. Nos dois primeiros meses não apresentaram

idosos faltosos a consulta. Já no terceiro mês da intervenção pela situação climatológica (muitas chuvas) tivemos 3 idosos faltosos a consulta que foram visitados pelos agentes comunitários de saúde e avaliados no mesmo mês da consulta (100%).

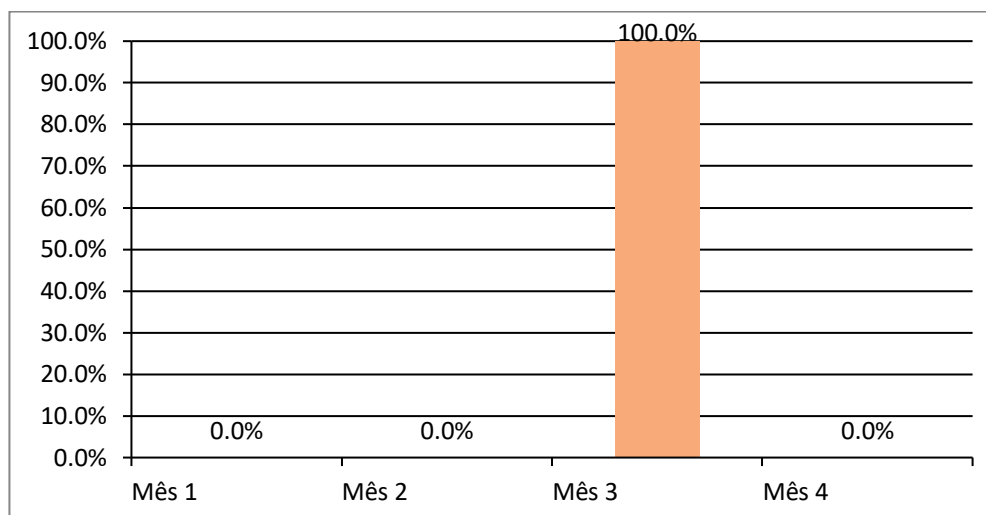


Figura 11- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A equipe realizou a ficha espelho para cada idoso cadastrado, ficando atualizada na consulta agendada e na visita domiciliar. Cem por cento dos idosos avaliados tem sua ficha espelho em dia. No primeiro mês foram avaliados com ficha espelho em dia 56 (36.6%), no segundo mês 88 (53.0%), já no terceiro foram avaliados 162 (85.3%). No início da intervenção os idosos não tinham os prontuários atualizados.

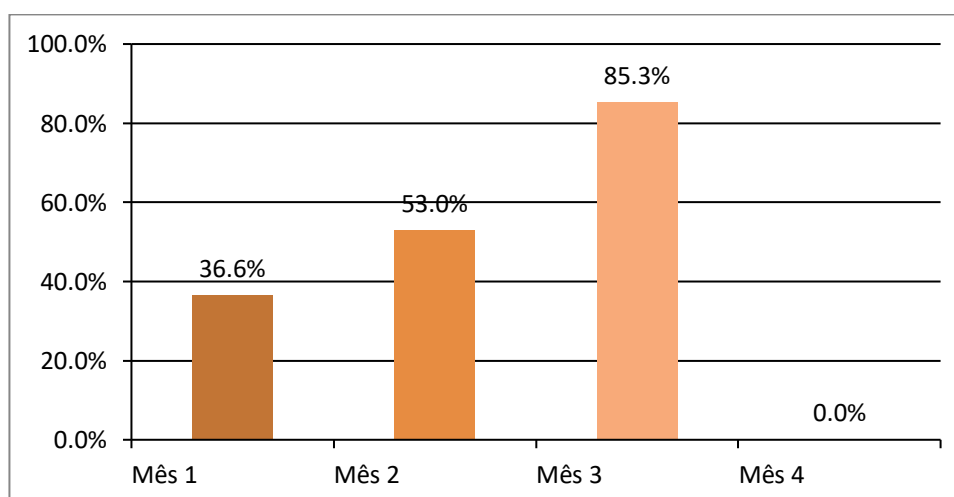


Figura 12- Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA. Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A situação da caderneta de saúde das pessoas idosas é um problema geral no município, discutido na secretaria de saúde e ainda sem resposta. No primeiro mês 48 pessoas idosas contavam com caderneta de saúde (31.4%), no segundo mês 67 (40.4%), e no terceiro mês 96 (50,5%). Indicador que não foi cumprido pela situação da cobertura de caderneta no município e considero que a equipe tem que continuar gerenciando o problema para conseguir cumprir este indicador.

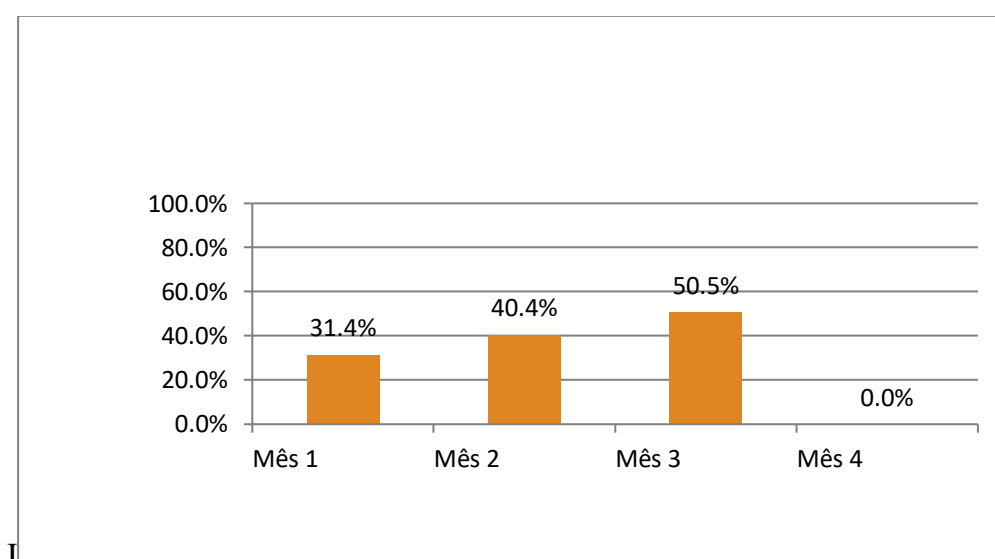


Figura 13- Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa Idosa, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA. Fonte: planilha de coleta de dados, 2018.

A equipe avaliou 100% dos idosos atendidos na intervenção. No primeiro mês 56 idosos (36.6%), no segundo mês 88 (53.0%) e no terceiro mês 162 (85.3%). Este indicador não apresentou dificuldades, pois foram avaliados 100% dos idosos agendados, o que devesse continuar avaliando em cada consulta agendada pela importância que tem na saúde das pessoas idosas.



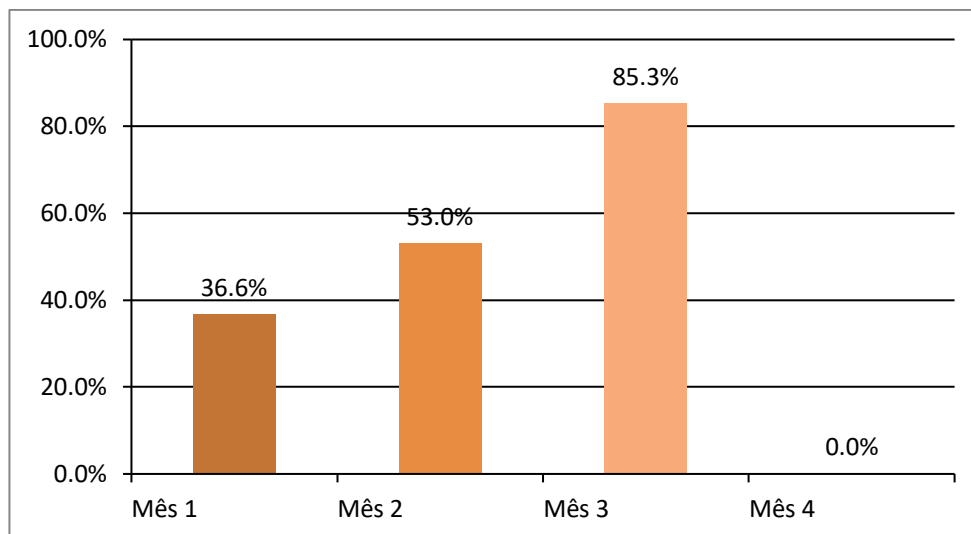


Figura 14- Proporção de idosos com avaliação de Risco para morbimortalidade em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018.

A equipe avaliou 100% dos idosos atendidos na intervenção. No primeiro mês 56 idosos (36.6%), no segundo mês 88 (53.0%) e no terceiro mês 162 (85.3%). Este indicador não apresentou dificuldades e foi cumprido. A equipe pela importância deste indicador acha que em cada consulta e visita domiciliar agendada deve ser avaliado.

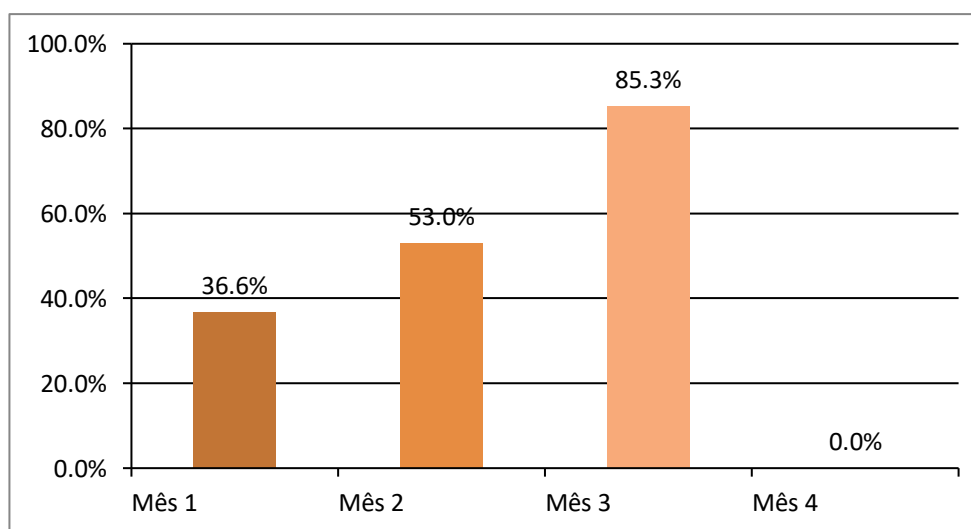


Figura 15 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

O indicador nos primeiros meses não teve bons resultados pela falta de conhecimento sobre avaliação das redes sociais. Com as orientações de nosso orientador o indicador terminou com bons resultados. No primeiro mês avaliaram 52 (34.0%), no segundo mês 52 (31.3%), já no terceiro mês foram avaliadas as redes sociais de 161 idosos (84.7%).

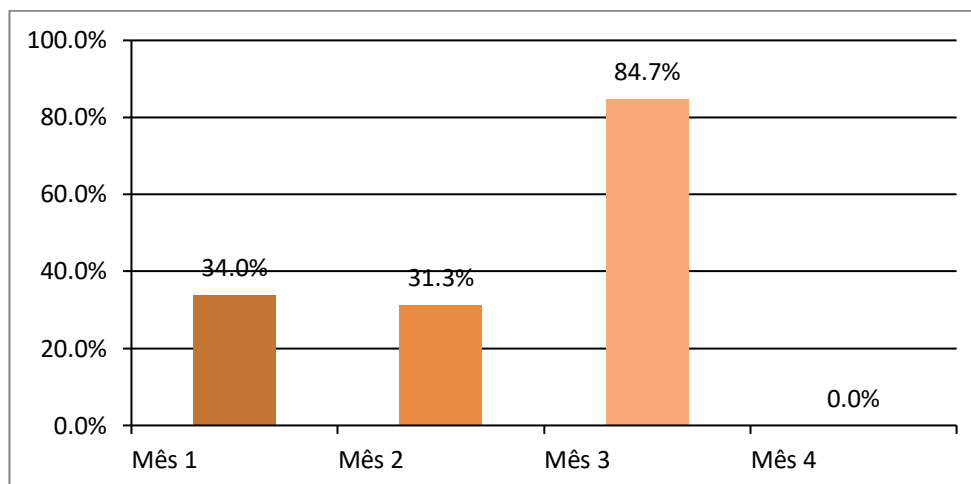


Figura 16- Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA. Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

No primeiro mês 56 idosos receberam orientação (36.6%), no segundo mês 88 idosos (53.0%) e no terceiro mês 162 (85.3%). Realizaram-se 14 palestras na área sobre alimentação saudável para as pessoas idosas, com vídeo onde ilustravam a importância de uma boa alimentação, consumo de frutas e vegetais, diminuição do consumo de óleo e sal.

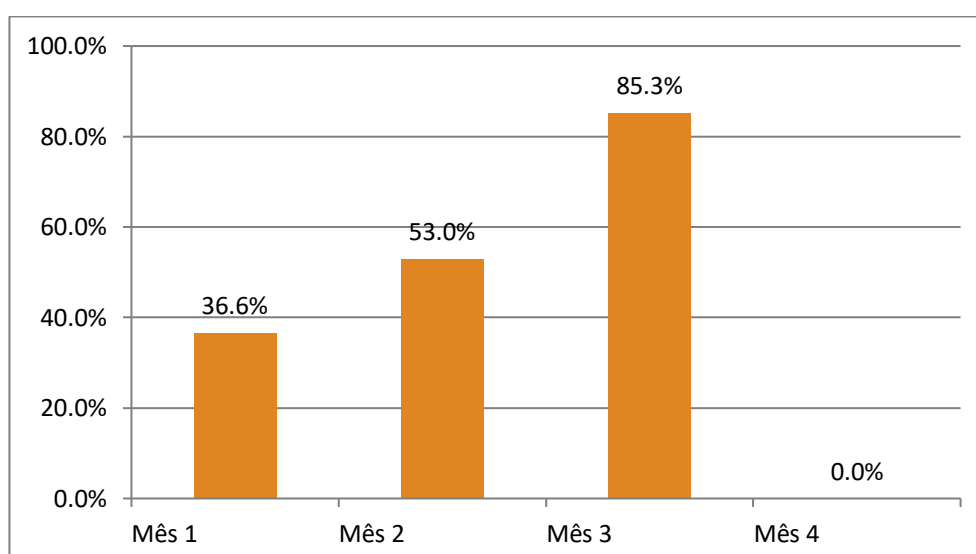


Figura 17- Proporção de idosos que receberam orientação Nutricional para hábitos saudáveis, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2019.

No primeiro mês orientaram 51 idosos (33,3%), no segundo mês 80 (48.2%) e no terceiro mês 154 (81.1%), considero um indicador com bom resultado. A equipe realizou muitas atividades de promoção de saúde sobre a importância da prática de atividade física para este grupo de idade. Através de palestras e reuniões na comunidade com a participação da população.

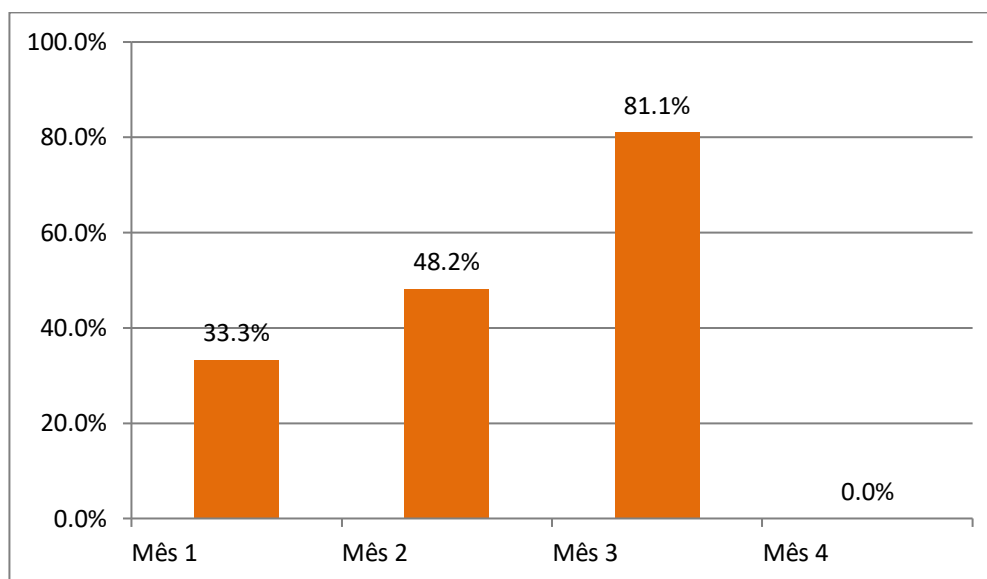


Figura 18- Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018.

A equipe ficou muito preocupada no início da intervenção com este indicador, problemática que não se resolveu até a semana 6 da intervenção. No primeiro mês só orientamos 8 idosos com necessidades de atendimentos odontológicos (5,2%), então a equipe coordenou uma reunião com o gestor para solucionar o problema, o qual foi solucionado na sexta semana. No segundo mês orientamos 34 idosos (20,5%), e no terceiro mês 115 (60.5%), não atingindo a meta. Apesar de reconhecer os esforços da equipe odontológica da área de melhorar este indicador, ainda estamos trabalhando para avaliar todos os idosos da área, conhecendo que a consulta odontológica é de suma importância na saúde dos idosos. Apesar dos problemas, os idosos avaliados foram orientados sobre os cuidados de sua saúde bucal, de como realizar uma boa escovação dos dentes e a frequência, assim como reconhecer algumas das doenças que aparecem nesta idade na boca.

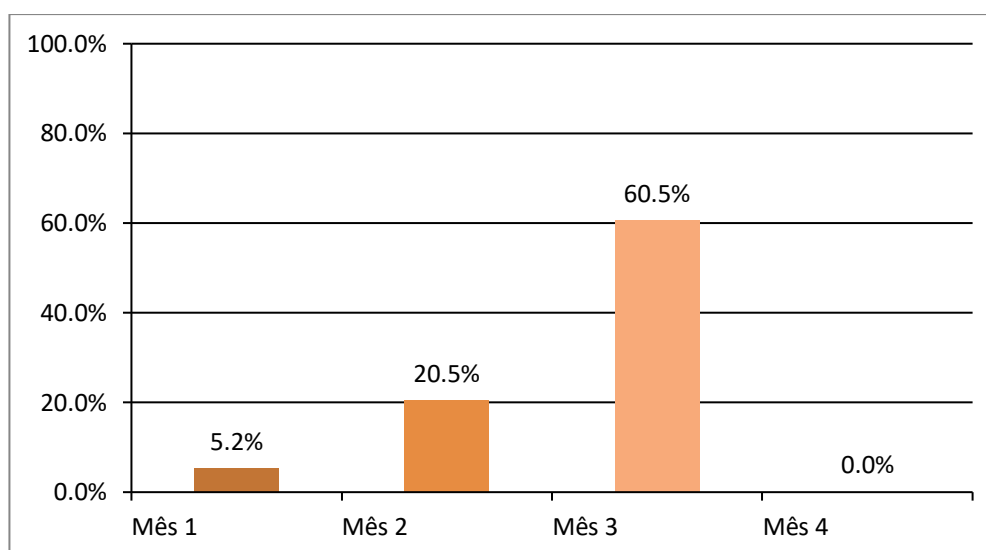


Figura 19- Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia, nos meses de fevereiro a abril de 2018, Conceição do Lago açu/MA.

Fonte: planilha de coleta de dados, 2018

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou à ampliação da cobertura da atenção a saúde das pessoas idosas, a melhoria dos registros de qualificação da atenção com destaque para a avaliação multidimensional rápida dos idosos, exame clínico em dia, a realização dos exames laboratoriais a todos os hipertensos e diabéticos, assim como atenção aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção através das visitas domiciliares.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, seguimento, monitoramento, controle de avaliação da atenção bucal, risco de morbimortalidade. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da odontóloga, da enfermeira, da técnica e auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Agora a equipe trabalha com conhecimento, reconhecendo a importância de trabalhar para melhorar a saúde das pessoas idosas como estratégia estabelecida e conseguir um impacto na comunidade.

Isto acabou tendo impacto também nas atividades do serviço, como o agendamento das consultas as pessoas idosas semanal, visitas domiciliares mensal aos idosos acamados, seguimento das doenças crônicas das pessoas idosas, realizar exames laboratoriais a todos os idoso hipertensos e diabéticos cadastrados, rastreamento de diabetes a todos os hipertensos com cifras de PA elevada, atualizacao de prontuários de todos os idosos com sua avaliação multidimensional rápida, avaliacao da saúde bucal dos idosos, assim como a realização das

atividades de promoção e prevenção que não aconteciam antes da intervenção, incorporando todas as atividades a nosso serviço.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a saúde das pessoas idosas eram só concentradas nos problemas de saúde de casos agudos e o programa SUS AB para os idosos hipertensos e diabéticos. Não se realizava uma atenção adequada a saúde dos idosos como está estabelecido no programa. A intervenção reviu as atribuições da equipe, oferecendo atenção a um maior número de pessoas, dando importância ao planejamento das consultas a todos os idosos cadastrados na área com ou sem problemas de saúde para oferecer uma atenção de qualidade a este grupo de idade.

A melhoria dos registros e o agendamento das pessoas idosas viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea, melhorou a atenção da saúde as pessoas idosas com seguimento adequado a seus problemas de saúde, atualização dos prontuários, avaliação de risco, controle das doenças crônicas, controle do uso da medicação, mudanças de modos e estilo de vida, aumentou o número de atendimentos aos idosos, maior conhecimento da equipe da situação atual do programa, assim como diminuir o risco de morbimortalidade das pessoas idosas.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade apesar de que a família dos idosos reconhece o trabalho da equipe pela atenção deste grupo de idade na área. As pessoas idosas demonstram satisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura que a equipe tem o compromisso de avaliar e incorporar aos registros de atendimentos na área como rotina do serviço.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação às necessidades de priorização da atenção as pessoas idosas em especial aos hipertensos e diabéticos.

Notamos que as informações em nossos registros acabaram facilitando a compreensão da coleta de todos os indicadores. Vamos continuar com as fichas das pessoas idosas para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos no projeto, assim dar um bom seguimento a nosso registro das informações.

A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação da cobertura de atenção a saúde das pessoas idosas com ajuda do trabalho dos agentes comunitários de saúde e os líderes da comunidade.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de atenção dos hipertensos e diabéticos na UBS e disseminar a intervenção para outras equipes no município para fortalecer a atenção a saúde das pessoas idosas no município Jaicós, melhorando a qualidade de vidas dos idosos na região.



## 8 CONCLUSÃO

Nosso trabalho de intervenção foi realizado durante dozes semanas na UBS “Raimundo dos Mulundus” do município Conceição do Lago açu/MA, com objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa de nossa área de abrangência.

Os resultados mostram que foi possível ampliar a cobertura da atenção as pessoas idosas e espera-se que esses resultados aumentem, pois as ações foram implantadas na rotina da Unidade e haverá continuidade das intervenções, ao cadastrar mais idosos com ajuda dos ACS, a equipe multiprofissional e comunidade.

A experiência desta pesquisa, assim como o curso de especialização em geral, foi muito importante para minha prática profissional no Brasil, porque contribuiu no desenvolvimento do trabalho na ESF, ao oferecer ferramentas e esclarecer dúvidas que vão existindo durante esse percurso. Além disso, possibilitou o compartilhamento de saberes e práticas diárias da profissão que possibilitaram a construção de novos conhecimentos. Através do curso percebemos a importância de ter na intervenção baseada nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

\_\_\_\_\_. Estatuto do Idoso. Pacto pela Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Caderno de Atenção Básica 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

