

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria na atenção à Saúde do Idoso na UBS de Nova Natal, Natal, RN**

**Natália Celi Lima de Oliveira Nepomuceno**

**Pelotas, 2015**

**Natália Celi Lima de Oliveira Nepomuceno**

**Melhoria na atenção à Saúde do Idoso na UBS de Nova Natal, Natal, RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade EaD da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora: Érica Almeida Coelho**

**Pelotas, 2015**

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

N441m Nepomuceno, Natália Celi Lima de Oliveira

Melhoria na atenção à saúde do idoso na UBS de Nova Natal,  
Natal, RN / Natália Celi Lima de Oliveira Nepomuceno; Erica Almeida  
Coelho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 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. Coelho, Erica  
Almeida, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos aqueles que se fizeram presente durante este ano de abdições e renúncias e não me deixaram esmorecer perante as intempéries da vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais pelo carinho e compreensão, aos familiares pelo incentivo, aos amigos e noivo pelo companheirismo e a minha orientadora pela paciência. Este trabalho foi possível graças a toda a atenção e solidariedade que vocês me ofereceram incondicionalmente.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso no programa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>72</b>
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com a avaliação multidimensional rápida em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>73</b>
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção dos idosos cadastrados no programa com o exame clínico apropriado em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>74</b>
Figura 4	Gráfico inidcativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>75</b>
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>76</b>
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta cadastradosno programa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>77</b>
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes cadastrados no programa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>78</b>
Figura 8	Gráfico indicativo da oroporção de idosos cadastrados no programa com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>79</b>
Figura 9	Gráfico inidcativo da proporção de idosos cadastrados no programa com primeira consulta odontológica programática. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>80</b>
Figura 10	Grafico indicativo da proporçao de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>80</b>
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com registro na ficha espelho em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>81</b>

Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com a caderneta de saúde da pessoa idosa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>82</b>
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>83</b>
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com avaliação para fragilização na velhice em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>83</b>
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa com avaliação da rede social em dia. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>84</b>
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>85</b>
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de idosos cadastrados no programa que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>85</b>
Figura 18	Ficha espelho para as consultas aos idosos cadastrados no programa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>97</b>
Figura 19	Aba inicial da planilha de coleta de dados dos idosos cadastrados no programa. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>98</b>
Figura 20	Aba para da planilha de coleta de dados dos idosos cadastrados no programa, coluna A-N. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>99</b>
Figura 21	Aba para da planilha de coleta de dados dos idosos cadastrados no programa, coluna A-C e O-W. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>100</b>
Figura 22	Aba para da planilha de coleta de dados dos idosos cadastrados no programa, coluna A-C e S-AA. Nova Natal, Natal, RN, 2014	<b>101</b>
Figura 23	Documento do comitê de ética do projeto de intervenção	<b>102</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Cronograma de atividades realizadas e previstas pelo programa	<b>64</b>
----------	---	-----------



### **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEO - Centro de Especialidades odontológicas  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DM – Diabetes Mellitus  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
PNAB – Portal do Departamento de Atenção Básica  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SAS – Sistema de Assistência à Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento  
USF – Unidade de Saúde da Família

## Sumário

<b>Apresentação</b>	12
<b>1 Análise Situacional</b>	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	29
<b>2 Análise Estratégica</b>	30
2.1 Justificativa	30
2.2 Objetivos e metas	31
2.3 Metodologia	35
2.3.1 Detalhamento das ações	35
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística	61
2.3.4 Cronograma	64
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	70
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão	85
4.3 Relatório da intervenção para gestores	89
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	91
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	94
<b>6 Bibliografia</b>	96
<b>Anexos</b>	97
Anexo 1 - Ficha espelho	97
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	98
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	102

## Resumo

NEPOMUCENO, Natalia Celli L. O. **Melhoria na atenção à saúde do idoso na UBS de Nova Natal, Natal, RN.** 2015. 103f. Trabalho de Conclusão do curso Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente projeto com foco na saúde do Idoso foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Natal, situada a Zona Norte do município de Natal-RN. A localidade na qual está inserida a UBS é uma zona de periferia. A população total adstrita da UBS é de aproximadamente 22000 pessoas, sendo a população da microárea da qual faço parte em torno de 3500 indivíduos, dos quais aproximadamente 275 são de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Durante os atendimentos e a coleta de dados para análise situacional, percebemos 85% dos idosos não tinham a realização da avaliação multidimensional rápida em dia e que apenas um pequeno percentual de aproximadamente 7% possuía a caderneta de idosos no momento da consulta, além da UBS não dispor de uma ficha de registro específica para as consultas geriátricas. Assim, o presente projeto teve como objetivo principal melhorar a atenção à Saúde dos Idosos na UBS em questão. Ao término do trabalho, após a análise dos dados coletados, observou-se uma cobertura de 43,6% dos idosos da área de abrangência, dos quais contavam com a avaliação multifuncional em dia cerca de 97,5%; 80% possuíam registro na ficha espelho em dia e 26,7% portavam a caderneta de saúde do idoso no momento da consulta. Assim, constatou-se que o objetivo inicialmente proposto de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos foi alcançado, pois estamos conseguindo realizar um adequado cadastramento, orientações e registro em folha específica das consultas. Além disso, foi muito importante para a Equipe de Saúde que conseguiu melhorar a sua atuação multidisciplinar, na qual médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuaram em conjunto para melhor atender as necessidades da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde, Saúde do Idoso, Saúde da Família, Assistência Domiciliar, Saúde Bucal

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi constituído por um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso da área adstrita à Unidade de Saúde de Nova Natal do município de Natal/RN. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas desenvolvidas pelo projeto pedagógico da UFPel. Na primeira parte observamos a análise situacional da região a ser implementado o projeto, desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, na qual foi construído um projeto de intervenção que foi implementado ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso e discussão sobre a viabilidade do projeto. Na quarta seção, foi realizada a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4, além da discussão dos indicadores obtidos, com relatórios destinados aos gestores e à comunidade. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março do ano de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro 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, enviado na segunda semana de ambientação, postagem em 18 de abril de 2014.**

Acredito que um dos principais problemas enfrentados em minha Unidade Básica de Saúde (UBS) se refere à falta de medicamentos na farmácia. Não dispomos de nenhum anti-hipertensivo e de nenhum antibiótico, fato que julgo extremamente prejudicial à resolubilidade do serviço. O abastecimento da farmácia não vem sendo realizado adequadamente, a despeito dos pedidos da diretora e administradora da UBS das medicações básicas em falta: anti-hipertensivos, insulina, hipoglicemiantes, tópicos ginecológicos, antibióticos, luvas, gazes e esparadrapos. Ademais, frequentemente falta a disponibilização de anticoncepcional oral e preservativos masculinos e femininos.

Dessa maneira, a equipe de saúde fica impossibilitada de manejar um pico hipertensivo, devendo encaminhar o usuário para uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), mesmo na inexistência de um carro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Além disso, na vigência de um quadro infeccioso, temos que contar com o poder aquisitivo da população – que na maioria das vezes não apresenta emprego fixo para adquirir os medicamentos prescritos.

Outro ponto a ser enfatizado é a não disponibilização de um carro para que sejam realizadas as visitas domiciliares feitas tanto pelos médicos, como técnicos de enfermagem, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tal questão já foi posta em discussão e nos foi informado que a SMS do município de Natal não oferece carros para as visitas domiciliares, de tal forma que arcamos com o combustível quando dispomos de carro. Julgo isso extremamente prejudicial ao andamento do serviço, haja vista que o tempo dispensado nas visitas domiciliares se torna bem maior em virtude do deslocamento e restringe o número de famílias a serem visitadas, além do desgaste físico dos profissionais e a queda do seu rendimento intelectual. Aos ACS faltam materiais como disponibilização de protetor solar, ficando restrito ao fardamento e disponibilização de sala de reunião.

A UBS também não dispõe de prontuários eletrônicos, devido ao número restrito de computadores. Acredito que o registro eletrônico é uma importante ferramenta que permite uma maior segurança no arquivamento de dados e um acesso mais rápido.

Todavia, é digno de elogio o serviço e aparelhagem dos consultórios dentários. São bastante completos e capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal da população. Os consultórios contam com pia para processamento de materiais e instrumentais, lavatório (pia), armários sobre e sob bancada, caixa sanfonada com tampa em aço inox, tubulações para bomba a vácuo e/ou compressor, 1 mesa tipo escritório com gavetas, 3 cadeiras, computador e lixeira com tampa e pedal, escovatório e área para compressor e bomba.

## 1.2. Relatório da Análise Situacional

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como coordenadora do sistema loco-regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde.

A Atenção Básica de qualidade ainda é um grande desafio para o município de Natal-RN, haja vista o baixo índice de cobertura na capital- apenas 33,34% (272.550 hab.) da população tem ESF responsável por suas demandas de saúde (MS/SAS/DAB Abril, 2014).

A Estratégia Saúde de Nova Natal, está localizada no distrito sanitário Norte I em Natal-RN. A rede municipal de saúde é dividida em 5 distritos sanitários (norte I e II, leste, oeste e sul), com população adstrita de 817.590 habitantes.

A rede municipal de saúde em Natal tem 65 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 17 são tradicionais e 48 estratégias saúde da família (com um total de 79 equipes). A maioria das UBS concentra-se em zonas que a

população apresenta maior vulnerabilidade social, a saber: distritos norte I e II e distrito oeste.

Além das UBS, o município conta com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – 02 unidades funcionantes – sendo ambas do subtipo NASF 1, localizadas em zonas de maior vulnerabilidade. A rede municipal de saúde mental tem 5 CAPS (02 CAPS AD II; 01 CAPS I; 01 CAPS II; 01 CAPS III) e 1 residência terapêutica. Em relação a saúde bucal, o município tem 64 equipes implantadas de saúde bucal, 01 CEO e 01 clínica odontológica infantil.

Os serviços de atenção secundária que o município de Natal-RN disponibiliza são: 04 policlínicas, 01 centro clínico pediátrico, 03 maternidades de baixo risco, 01 hospital geral e 01 centro de atenção a saúde do idoso. A rede de urgência conta com 01 pronto atendimento infantil, 02 unidades de pronto atendimento e o SAMU Natal.

Atualmente, estou exercendo o cargo de Médica em uma das equipes de saúde da UBS de Nova Natal, situada no distrito Norte I, localizada em uma zona urbana e inserida na Estratégia 07 equipes de saúde, dentre as quais, uma é destinada aos usuários ditos “fora de área”. Cada profissional dispõe de sua sala de consultório, que equipado com um bureau com cadeiras, maca para examinar o usuário e um balcão para guardar objetos pessoais ou profissionais. Cada equipe de saúde conta com 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, número variável de agentes de saúde, 01 dentista e 01 auxiliar odontológico. Podemos perceber que as equipes são bem completas, todavia, sinto falta da contratação de um Nutricionista, de um Assistente Social e um Psicólogo e para trabalhar na minha UBS, haja vista a demanda pelos serviços, em especial, da nutrição e psicologia.

A UBS de Nova Natal é relativamente equipada no que se refere ao acesso da população com dificuldade de acesso, embora existam alguns entraves a serem observados. Primeiramente, é digno de elogio o fato de a UBS possuir rampas equipadas com barras de apoio, banheiros adaptados para cadeirantes, disponibilidade de cadeira de rodas na UBS, além de avisos escritos distribuídos na Unidade. Todavia, sinto falta de avisos em braile e ilustrados para os portadores de deficiência visual e analfabetos, respectivamente.

Como a UBS se insere em uma área repleta de escola, centro de convivência de idosos e demais ambientes de socialização, acredito que poderiam ser efetuadas mais ações de promoção à saúde que utilizem esses espaços como difusores de informações.

Ademais, pelo fato de a UBS estar inserida em um bairro da periferia da cidade de Natal, observo o descaso com a pavimentação das ruas e calçadas. É numerosa a quantidade de buracos nas ruas, além da ausência de calçadas regulares ser uma constante – impedindo, assim, a locomoção de deficientes físicos e/ou visuais. Destaco ainda, o fato de ao lado da UBS haver um terreno baldio imenso, no qual se encontram animais, poças de água quando chove e lixo. Essa condição confere relativa insalubridade ao local do serviço de saúde, haja vista a presença de mosquitos vetores ou não de doenças e a insegurança, pelo fato de alguns indivíduos de caráter duvidoso se esconderem na localidade, aproveitando-se para fazer pequenos furtos nos que rodeiam a região.

Dessa maneira, não verifico o cumprimento pleno da lei orgânica da saúde (Decreto nº 3298/99), em seu artigo 23, capítulo II, a qual preconiza que é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas portadoras de deficiência, haja vista que tais indivíduos ainda encontram dificuldade no acesso às Unidades de Saúde.

No que se refere à estrutura física temos que a UBS de Nova Natal foi toda construída com piso e paredes laváveis, com superfície lisa, dispendo de sala de recepção aos usuários, a qual é dotada de iluminação natural e ventilação; banheiros para os usuários; a sala de arquivo deveria comportar mais prontuários, pois a UBS conta com 6 equipes e a o arquivo comporta no máximo 24.000 prontuários; a sala de espera está adequada ao número de equipes, comportando mais de 75 pessoas; a sala da administração é bem equipada em termos de espaço (superior a 5,5m<sup>2</sup>) e em materiais de apoio; a sala dos ACS embora tenha tamanho adequado, não conta com computadores à disposição; o almoxarifado está de acordo com o tamanho que preconiza o Ministério da Saúde (MS); já a farmácia é tem dimensões abaixo do esperado, haja vista que conta com cerca de menos de 10m<sup>2</sup> e lá mesmo são dispensados os medicamentos; os consultórios médicos embora sejam



individuais, apresentam uma área física abaixo do esperado e não possuem torneiras que para o fechamento dispensem o uso das mãos; a sala de procedimentos e a sala de vacinas estão com tamanho abaixo do preconizado pelo MS; a UBS não disponibiliza sala de coleta e sala de nebulização; a sala de curativo, embora abaixo do tamanho preconizado pelo MS, conta com cadeira de rodas, 1 mesa auxiliar, 1 escada com dois degraus, 1 biombo; a copa/cozinha, embora dotada de janelas de madeira, encontra-se sempre fechada e com odor desagradável, em virtude do grande número de profissionais que se alimenta na mesma; o banheiro para os funcionários encontra o impedimento de estar sempre trancado e o acesso às chaves ser dificultado. A UBS é bem sinalizada em suas entradas, estacionamento e sanitários. Todavia, ressalto a falta de negatoscópio, chaves nos armários dos consultórios médicos e cestos de lixo dispostos nos corredores da Unidade.

No que diz respeito aos aspectos da estrutura física da UBS, acredito que não possuo governabilidade para interferir na estrutura física da Unidade, haja vista que isso demanda tempo e poder junto à Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, acho viável conversar com a diretora e administradora da Unidade, expondo os pontos que se referem à falta de segurança nas imediações da Unidade; referindo a falta de calçadas niveladas para o acesso aos deficientes físicos e/ou visuais e a colocação de avisos em braile. Enumero tais quesitos como prioritários, pois julgo que são os de mais fácil execução, por modificar a estrutura física de uma UBS construída há menos de 01 ano é complicado, pois existem outras localidades em situação mais grave e que necessitam de reparos mais urgentes. Julgo ser possível a aquisição de negatoscópio, de cestos de lixo para serem dispostos nos corredores e de torneiras que dispensem o uso das mãos nos banheiros se tal assunto for posto em pauta nas reuniões com a direção da Unidade.

Em relação às competências profissionais, observo que segundo o que preconiza o Anexo I da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, a UBS na qual estou inserida, se encontra adequada de uns pontos e necessita de ajustes em outros, pois verifico que conforme o estabelecido, todos os profissionais da Unidade estão envolvidos no mapeamento e territorialização da área. São também desenvolvidas ações educativas que interferem no processo de saúde-doença da população, gerando autonomia, individual e coletiva, a exemplo de

programas de orientação ao aleitamento materno e orientações aos grupos de hipertensos e diabéticos. São realizadas reuniões quinzenais com os membros da UBS, no sentido de promover um melhor ordenamento da agenda e de verificar quais são as questões prioritárias a se abordar juntamente com a população local.

Ressalto como ponto extremamente positivo a realização de visitas domiciliares por todos os membros da equipe de saúde, os quais estão plenamente envolvidos nessas atividades e selecionam bem a população que necessita de atenção domiciliar.

A busca por ativa de doenças de notificação compulsória, todavia é realizada apenas pelos profissionais de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quando na verdade deveria ser uma atividade desenvolvida por todos os profissionais. Já a notificação compulsória de doenças só vem sendo realizada pelos médicos e enfermeiros quando também deveria ser feita por todos os profissionais da equipe de saúde.

Todavia, falta o fortalecimento do controle social, pois é através dessa ferramenta que a sociedade é envolvida no exercício da reflexão e discussão para politização de problemáticas que afetam a vida coletiva. É também um ponto negativo a se ressaltar a baixa capacitação do acolhimento, haja vista que poucos são os profissionais da UBS que fazem a classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Assim, no que se refere a uma melhor otimização das atribuições dos profissionais da minha UBS, acredito que estão dentro de minha governabilidade o incentivo para o fortalecimento do controle social realizado pela população, atividade essa que será incluída na minha lista de proposições nas reuniões multiprofissionais. Ademais, julgo importante cobrar da gestão municipal uma melhor capacitação em especial dos ACS para a realização do acolhimento, haja vista que são os ACS a parcela menos capacitada a realizá-lo em minha UBS. No que se refere à busca ativa de doenças de notificação compulsória, acredito que eu na função de médica posso mudar a minha forma de proceder no dia-a-dia, realizando tal busca de forma mais eficaz, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS).

Relativo à Demanda espontânea, na UBS de Nova Natal, percebo que existe um percentual considerável de demanda espontânea diariamente. De tal forma que foi possível perceber como um bom acolhimento é fundamental para a atenção primária. Digo “bom acolhimento” porque existem várias formas de abordar a família, indivíduo e comunidade, mas acredito que apenas, as eficientes é que podem contribuir para o êxito da equipe de saúde da família. E por falar em coletividade talvez essa seja a maior dificuldade em ser excelência no ato de acolher bem. Indivíduos com educações diferentes, com ou sem preparações e capacitações para tal função, insatisfação profissional, falta de perfil para estar na atenção primária entre outros fazem a diferencando serviço público que conseqüentemente fica desorganizado, acumulando atendimentos sem resolubilidade, destruindo vínculos, gerando assim mais custos e gastos para os gestores, fortalecendo uma insatisfação na comunidade e criando novos determinantes de risco na área adstrita, aumentando índices negativos no SUS.

Tal acolhimento é realizado majoritariamente pelos ACS, os quais apresentam uma maior proximidade com os usuários. Eles fazem uma escuta detalhada dos problemas dos usuários da demanda espontânea e vem falar com a equipe médica ou odontológica para que em conjunto possamos decidir o melhor para o usuário. Todavia, todos os funcionários da UBS realizam o acolhimento. Já tive a oportunidade de receber usuários acolhidos pela administradora, pela diretora, pelo enfermeiro e até mesmo pelas técnicas de enfermagem.

Assim, percebo que acolhimento implica em atividade integrada decorrendo da estrutura organizacional já conhecida tais como recepção, triagem, acesso e mais todo o esforço para não esvaziá-la do significado próprio pretendido pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O acolhimento deve ser praticado como ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, com uma conotação de inclusão, sendo essencial para o bom funcionamento da UBS.

No que tange à população adstrita da UBS de Nova Natal temos que são 22.000 usuários para 6 equipes de saúde, estando portanto dentro do previsto pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, a qual prevê que cada Equipe de Saúde deve ficar responsável por no máximo 4.000 habitantes,

e idealmente 3.000. Assim, o número de Equipes da minha UBS é adequado ao tamanho da população. Essa população da área em que Unidade está instalada é bem representativa da população brasileira, sendo condizente com os números apresentados pelo Caderno de Ações Programáticas na distribuição por faixa etária. Segundo dados da minha equipe, tenho cerca de 50 crianças menores de 1 ano entre meus usuários. Se extrapolarmos esse dado para as 6 equipes da UBS, teremos um total aproximado de 300 crianças menores de 1 ano na área da UBS. Esse dado é consonante com o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas que prevê um total de 321 crianças nessa faixa etária. Existem apenas cerca de 180 gestantes acompanhadas na UBS, número bem abaixo das 330 gestantes estimado pelo caderno de ações programáticas. Todavia, acredito que exista um viés pelo fato de que muitas gestantes realizarem pré-natal nos serviços de saúde privados, haja vista a necessidade de um plano de saúde que cubra a assistência ao parto, pois as maternidades do Estado são superlotadas.

Em se tratando de puericultura, sabemos que esta foi a primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde e foi um fator importante na forte redução da mortalidade infantil no país. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária.

Assim, ao analisar os dados registrados mensalmente pelas equipes de saúde, para avaliação da cobertura e planejamento de ações programáticas. Dentre as 300 crianças cadastradas em minha UBS, 83% delas apresentam consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Acredito que este é um indicador satisfatório, embora passível de melhorias, haja vista que temos como meta uma cobertura de 100% das crianças, para que assim possamos reduzir a morbimortalidade infantil e garantir um crescimento e desenvolvimento saudável na infância. Segundo preconiza o MS, devem ser realizadas sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. No que se refere à minha Equipe de saúde, temos uma marcação das consultas sempre seguindo o protocolo, haja vista que eu fiscalizo periodicamente se os agendamentos para a próxima

consultas estão seguindo o preconizado, todavia existem alguns entraves, seja por excesso de demanda, seja por faltosos, de maneira que apresentamos uma taxa de 67% de atraso de 07 dias no agendamento das consultas de puericultura.

Verifico também uma deficiência na realização da triagem auditiva, pois apenas cerca de 67% das crianças cadastradas estão com esse exame realizado. Ademais, no que se refere aos demais indicadores, apresentamos uma cobertura superior a 80% - na coleta do teste do pezinho antes do sétimo dia de vida; na primeira consulta de puericultura realizada nos primeiros sete dias de vida; no calendário vacinal atualizado; na avaliação bucal, mas orientações ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e na prevenção de acidentes.

Acredito que através do desenvolvimento de ações que visem as orientações das mães a respeito dos cuidados na puericultura, podemos trazer esses valores para próximo de 100%, haja vista que com a conscientização da população, podem ser cobrados e exigidos os seguimentos adequados das crianças. Na minha Unidade ainda não existe esse tipo de ação, o que é algo que irei propor a criação dentro das reuniões entre equipes de saúde.

No que se refere ao excesso de demanda das consultas de puericultura, acredito que com uma melhor reordenação das agendas, poderemos suprir as deficiências no número de consultas programáticas, haja vista que dispomos de muitos horários destinados a demanda livre, os quais podem ser substituídos por turnos para puericultura.

Acredito que o desenvolvimento de grupos de orientação às mães no que se refere ao adequado seguimento das crianças durante a puericultura é essencial. Quando for criado o grupo, o qual deve ser coordenado por um profissional de nível superior, deve-se convidar o pai e outros familiares para participarem, além de garantir que a participação no grupo seja uma forma de educação continuada para a equipe de saúde. Assim, acredito que é possível conscientizar a população de seus direitos no que se refere ao seguimento das crianças, para que a própria população seja um agente fiscalizador e que possa cobrar o cumprimento do protocolo do MS em puericultura.

No quesito da atenção ao puerpério e pré-natal, sabemos que a mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda são um problema de saúde

pública. A captação precoce das gestantes no pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério são fundamentais para a redução destas taxas. Nesse sentido, conforme o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas, ao inserirmos os dados registrados mensalmente pelas equipes de Saúde da UBS de Nova Natal, observamos que apenas 54% das gestantes estimadas na área de abrangência da Unidade fazem acompanhamento pré-natal e apenas 47% fizeram consultas de puerpério nos últimos 12 meses. Acredito que este valor está bem abaixo do esperado, mas conhecendo a região, percebo que muitas famílias fazem planos de saúde para as gestantes, pois como temos uma carência imensa de maternidades no Estado, é uma forma de garantir um acesso digno aos serviços de saúde no momento do término da gestação. Assim, atribuo esse baixo percentual ao fato de muitas gestantes se acompanharem em serviços de saúde privados.

Dentre as gestantes que se acompanham no pré-natal em minha UBS, acredito que os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal são satisfatórios, haja vista que 83% das gestantes iniciaram as consultas ainda no primeiro trimestre da gravidez, além de terem um exame ginecológico por trimestre e avaliação da saúde bucal.

Já nas gestantes que realizaram o acompanhamento de puerpério, temos que a qualidade do acompanhamento delas tem sido excelente, haja vista que todas tiveram consultas antes dos 42 dias pós-parto; tiveram sua consulta puerperal registrada; receberam orientações sobre o cuidado básico com o recém-nascido e foram orientadas a realizar o planejamento familiar. Ademais 83% dessas puérperas foram avaliadas psicologicamente, tiveram suas mamas e abdômen avaliados; realizaram exame ginecológico e receberam orientações quanto às intercorrências.

No que se refere às orientações para a amamentação exclusiva, possuímos grupos de gestantes onde é enfatizada a importância do aleitamento materno, de forma a garantir que 100% das gestantes cadastradas foram orientadas quanto à isso. Ademais, todas as gestantes cadastradas têm sido orientadas a realizar a vacinação antitetânica e contra a hepatite B, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS); têm realizada a

suplementação de sulfato ferroso e a solicitação dos exames pré-natais ainda no primeiro trimestre.

A educação em saúde é fundamental e deve ser atividade prioritária a todas as gestantes. Nesse sentido, acredito que a UBS pode formar grupos de gestantes e tentar divulgar na população para que mesmo as gestantes que realizam pré-natal em outros serviços interajam com a UBS e possam ser orientadas à respeito da gestação. Todavia, encontramos o entrave com os péssimos serviços para a assistência ao parto no Estado, sobre os quais possuo pouca governabilidade. Assim, muitas vezes, se torna difícil trazer essa parcela da população, a qual está desacreditada do serviço de saúde público de qualidade para realizar consultas de pré-natal na UBS. Fica ao nosso alcance apenas divulgar a importância de se realizar um pré-natal de qualidade nos grupos de promoção à saúde da UBS.

No que trata do câncer de mama, através dos dados coletados pelos registros mensais das equipes, temos que de acordo com o estipulado pelo Caderno de Ações programáticas, cerca de 73% das mulheres entre 50 e 69 anos são acompanhadas para a prevenção do câncer de mama. Acredito que este é um percentual bom, porém passível de melhoras, haja vista que devemos ter como meta os 100% de cobertura. Apenas 60% das mulheres estão com a mamografia atualizada e os demais 40% estão com este exame com mais de 3 meses de atraso. Isso se deve basicamente ao excesso de demanda para a quantidade de exames que a SMS disponibiliza para a marcação na UBS. Assim, acredito que há uma falha na gestão da saúde em meu município, o que deixa uma demanda reprimida de 40% de mamografias. Ademais, as mulheres são em sua totalidade informadas quanto a avaliação de risco para câncer de mama e seu controle. Isso mostra que a equipe de saúde está unida nos esforços para combater tal patologia.

Assim, julgo pertinente que a UBS desenvolva mais ações educativas para informação e divulgação da importância do rastreamento para câncer de mama. Todavia, esse processo esbarra no entrave da baixa disponibilidade de mamografias disponibilizadas para a UBS. Assim, creio que cabe a diretora da UBS reportar o problema à gestão municipal para que possamos ampliar e melhorar a qualidade do controle do câncer de mama. Além disso, é importante o agendamento de consultas programáticas, associado ao trabalho em equipe,

valendo-se da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para fazer o contato periódico com essas mulheres, incentivando-as a realizar o seguimento periódico na UBS.

Referente ao câncer de colo uterino, de acordo com os registros das equipes de saúde da UBS de Nova Natal, apenas 25% das mulheres estimadas pelo Caderno de Ações Programáticas realiza acompanhamento nesse serviço de saúde para rastreamento de câncer de colo uterino. Acredito que isso se deve ao fato de que na área em que está inserida a minha UBS, uma boa parte da população possui planos de assistência privada à saúde, de tal maneira que muitas optam por realizar esse exame em serviços privados. Tal afirmação é pautada na minha vivência diária na UBS, em que ao indagar a muitas das usuárias quanto ao acompanhamento dos exames de citologia oncológica obtenho a resposta de que o mesmo foi realizado meses atrás em serviços privados.

Dentre as mulheres em acompanhamento para prevenção de câncer de colo uterino em minha UBS, creio que os indicadores são satisfatórios, haja vista que apenas 10% do público feminino está com atraso na realização do exame citopatológico; todas são orientadas quanto aos fatores de risco para câncer de colo de útero e sua prevenção, bem como quanto às DSTs. No que se refere à qualidade da amostra do exame coletado, temos ainda um percentual de 75% das amostras satisfatórias. Acredito que isso pode ser melhorado com uma capacitação dos enfermeiros, haja vista que são eles que coletam este exame.

Assim, julgo que seria essencial ser ofertada uma capacitação pela SMS aos enfermeiros para melhorar a qualidade da amostra obtida na coleta dos exames citopatológicos e também os orientar melhor para realizar ações de promoção à saúde junto ao público feminino. Vejo que também é possível a realização de ações de promoção à saúde através de grupos de conversa entre as mulheres, mediado ou pelo enfermeiro(a) ou médico(a) para que possamos esclarecer a população a respeito dos fatores de risco para o câncer de colo uterino e sua prevenção e diagnóstico precoce. Para tanto, se faz necessário uma busca ativa em visitas domiciliares, escolas, grupos de igreja, dentre outros, pela equipe das mulheres que não estão realizando o seguimento adequado no rastreamento dessa patologia, para trazê-las para a UBS. Por fim,



deve-se realizar o agendamento de consultas programáticas, associado ao trabalho em equipe, valendo-se da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para fazer o contato periódico com essas mulheres, incentivando-as a realizar o seguimento periódico na UBS.

Em relação aos usuários hipertensos e diabéticos, também foram utilizados os registros mensais das equipes de saúde no Caderno de Ações Programáticas, de maneira que há uma cobertura de apenas 38% dos hipertensos e de 39% dos diabéticos na área. De fato, acredito que há um sub-diagnóstico de hipertensão e diabetes, associado ao fato de uma parcela de usuários que não realiza acompanhamento na UBS. O sub-diagnóstico julgo ser devido ao pequeno índice de ações de promoção à saúde e de diagnóstico precoce realizadas nesse âmbito na Unidade, além da falta constante de fitas para medição de glicemia capilar. Nesse sentido, a direção e a administração da UBS já solicitaram junto a SMS a compra de materiais, todavia, há uma demora inquietante.

Quanto aos hipertensos, temos cerca de 23% dos hipertensos atrasam as consultas agendadas em mais de 7 dias. Acredito que isso acontece por baixa adesão ao seguimento terapêutico e pelo excesso de demanda. Nesse sentido, estamos criando o grupo do HIPERDIA e tentando, na medida do possível, aumentar o número de atendimentos para esse grupo de usuários. No que se refere aos exames periódicos em dia, temos que 80% dos usuários acompanhados estão dentro do preconizado pelo Caderno. Creio que esse seja um percentual bom, porém passível de melhoras. É importante ressaltar que muitos usuários encontram dificuldade em realizar os exames pelo SUS, devido ao excesso de demanda, haja vista que diariamente é distribuído um número fixo de fichas para a coleta de exames complementares no único laboratório vinculado ao SUS situado no distrito norte I e II. O mesmo percentual é encontrado para os usuários que realizam acompanhamento da saúde bucal. Como temos uma equipe de dentistas bem estruturada na UBS, creio que esse número pode sofrer melhorias com uma orientação mais contundente. Ademais, 100% dos idosos são orientados para terem uma alimentação saudável, o que demonstra uma boa qualidade do atendimento de rotina nas consultas do HIPERDIA.

Já em relação aos diabéticos, De acordo com o Caderno de Ações programáticas, temos que 100% dos usuários acompanhados por DM têm a estratificação do risco cardiovascular. Fato que aponta para uma boa qualidade do atendimento médico prestado, bem como a totalidade dos usuários que são orientados quanto à prática de atividades físicas regulares e para uma alimentação saudável. Todavia, apenas 69% dos usuários teve os pés examinados nos últimos 3 meses e a palpação do pulso tibial posterior e pedioso. Acredito que esse percentual poderá ser bem melhor, haja vista que isso depende apenas da disposição dos profissionais em realizarem tal exame nas consultas. Então, fica a responsabilidade para os profissionais de melhorarem esse quesito. Entretanto, quando observamos o percentual baixíssimo de usuários com avaliação da sensibilidade dos pés – apenas 20% dos diabéticos – temos um entrave que se deve disponibilização de apenas um kit para teste de sensibilidade em toda a UBS. Então muitas vezes, não dispomos do material no momento da consulta nem temos tempo de ficarmos procurando em outras salas. Nesse sentido, já falei com a direção da UBS para adquirir novos kits. Além disso, cerca de 12% dos diabéticos atrasam as consultas agendadas em mais de 7 dias. Acredito que isso acontece por baixa adesão ao seguimento terapêutico e pelo excesso de demanda. No que se refere aos exames periódicos em dia, temos que 90% dos usuários acompanhados estão dentro do preconizado pelo Caderno. Creio que esse seja um percentual bom, porém passível de melhoras. É importante ressaltar que muitos usuários encontram dificuldade em realizar os exames pelo SUS, devido ao excesso de demanda. Por fim, cerca de 88% têm a avaliação da saúde bucal – percentual bom, porém passível de melhorias, haja vista que temos uma equipe de dentistas bem estruturada na UBS, assim creio que esse número pode sofrer melhorias com uma orientação mais contundente

Dessa maneira, julgo importante e essencial a criação do grupo de HIPERDIA para que possamos promover a saúde e realizar diagnósticos precoces de HAS e DM. Nesse sentido, já planejei com minha equipe de saúde para iniciarmos em junho essas atividades. Pretendo levar uma nutricionista para orientar com a população a respeito da alimentação saudável, haja vista que temos carência desse tipo de profissional na UBS. Estaremos também realizando a medida de pressão arterial e glicemia capilar de todos os

presentes, orientando a prática de atividade física e os sinais de alerta no diabetes e na hipertensão arterial. Ademais, conversei com a administradora da UBS a respeito da compra de material para medida da sensibilidade nos pés e das fitas para medida de glicemia capilar. No que se refere a contratação de educadores físicos, também falei com a administradora para a mesma solicitar junto a SMS a disponibilização desse profissional para a UBS, para que assim possamos iniciar um grupo de caminhadas.

Em relação à saúde do idoso, foram utilizados os dados dos registros mensais das equipes de saúde da UBS de Nova Natal e confrontados com o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas, de forma que na área da minha UBS estão registrados cerca de 89% dos idosos previstos. O fato de esse dado ser próximo do estimado se deve ao fato de minha UBS estar lotada em uma área que se aproxima bastante da média da população brasileira, a qual verifica um envelhecimento de sua população. Atendo, inclusive, muitos idosos com idade avançada, superior a 90 anos, inclusive, alguns ultrapassando os 100 anos de idade. Quando se trata dos exames periódicos em dia, temos que 90% dos usuários acompanhados estão dentro do preconizado pelo Caderno. Creio que esse seja um percentual bom, porém passível de melhoras. É importante ressaltar que muitos usuários encontram dificuldade em realizar os exames pelo SUS, devido ao excesso de demanda.

As consultas médicas são de boa qualidade, haja vista que 100% dos idosos são orientados para a realização de atividade física regular e para hábitos alimentares saudáveis, além de serem investigados para os indicadores de fragilização na velhice e para os riscos de morbimortalidade, o que é bastante positivo pois demora a qualidade da consulta médica prestada. Todavia apenas 15% dos idosos têm a avaliação multifuncional realizada. Acredito que isso se deve à falta de um protocolo a ser seguido na UBS e do tempo curto para as consultas médicas. Pretendo imprimir uma escala do mini-cex para deixar nas salas de consultas médicas, pois assim fica a um alcance mais fácil e possibilita uma melhora nesse indicador.

Quando observamos o número de idosos com acompanhamento em saúde bucal (70%) em dia, nos preocupamos com este dado. É importante perceber que enfrentamos uma resistência cultural-comportamental, haja vista que esses idosos não foram educados para tratar da saúde bucal. Assim,

acredito que cabe aos dentistas e auxiliares de consultório dentário realizarem ações de promoção à saúde bucal – colocarei este tema em pauta em minha próxima reunião de equipe na qual estejam presentes os dentistas (atualmente em greve).

Dessa maneira, acredito ser interessante a criação de um curso para cuidadores de idosos, de forma a esclarecer melhor a população a respeito das fragilidades e restrições nessa faixa etária, da prevenção de acidentes domésticos e dos sinais de alarme em idosos. Estamos em discussão em minha Equipe de saúde para avaliar o grau de impacto desta Ação na UBS, haja vista que em geral os cuidadores que observamos ao realizar visitas domiciliares apresentam um bom entendimento de como cuidar de seus parentes senis. Ademais, julgo ser importante a instituição de ações de promoção à saúde bucal por parte dos dentistas, para que a população tenha um melhor acompanhamento bucal, resultando em um menor número de doenças e de uma maior autonomia. É importante ainda a instituição de um protocolo a ser seguido para a Saúde do idoso. Assim, procurarei a direção para avaliarmos a implantação deste protocolo, que acredito ser essencial para um seguimento mais organizado e completo dos cadastrados, de forma sistemática.

Para finalizar este relatório, acredito que a elaboração deste material foi essencial para que eu pudesse perceber as maiores deficiências no processo de trabalho da UBS em que estou inserida, para que assim eu possa desenvolver meu projeto de intervenção nas áreas mais problemáticas, fornecendo assim um impacto social bastante positivo e um ganho duradouro para a ESF, de forma que mesmo após o término do meu vínculo profissional com a Unidade, os benefícios do meu projeto de intervenção continuem sendo multiplicados. Então, conforme minha percepção são áreas mais vulneráveis na UBS de Nova Natal: capacitação em acolhimento; capacitação em cuidados de idosos e fomentação a criação de ações de promoção à saúde no HIPERDIA. Dessa maneira, irei discutir com o meu supervisor e equipe de saúde qual desses temas abordar na minha intervenção para que ela seja bastante efetiva.

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

Passados cerca de 2 meses e meio do início de minhas atividades como médica na UBS de Nova Natal, percebo que persiste o problema relativo ao acolhimento e preparo dos usuários a serem examinados. De forma que isso impacta negativamente na qualidade do atendimento médico ofertado, seja pela demora na chegada dos prontuários em meu consultório, seja pela dificuldade dos profissionais da equipe em perceber melhor os usuários em melhor vulnerabilidade para inseri-los na demanda espontânea do dia.

Como há cerca de 1 mês, os servidores municipais de saúde estão em greve, a análise comparativa entre os dois momentos ficou prejudicada, haja vista que sem a equipe de saúde completa atuando os parâmetros comparativos ficam diferentes.

Todavia, o entrosamento da minha Equipe de Saúde é muito bom e creio que isso contribui muito para que seja oferecida uma boa Atenção à Saúde da população adstrita de minha área, de forma que os usuários têm ficado bastante satisfeitos com o serviço e a demanda tem aumentado bastante, haja vista que a população tem confiado mais na Atenção prestada.

Desta maneira, comparando o momento inicial de contato com a UBS e meu olhar diante do funcionamento da Unidade após um contato mais prolongado, percebo que os problemas iniciais (falta de medicamentos e falta de carro para as visitas domiciliares) permaneceram, entretanto, pude verificar que existem coisas mais simples de serem resolvidas e que impactam mais no cotidiano dos usuários, como instituição de um programa de acolhimento eficaz, da instituição de uma ficha de registros das consultas apropriada e adequada para o público, da realização da avaliação multifuncional rápida e da distribuição da caderneta de idosos.

Assim, julgo que a criação do projeto de intervenção deve contemplar alguma das áreas em maior vulnerabilidade da minha UBS, para a população e a Atenção Básica colham frutos desta ação. Assim, irei discutir com o meu supervisor e equipe de saúde qual dessas áreas abordar na minha intervenção para que ela seja bastante efetiva.

## **2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

É notório o envelhecimento populacional mundial. Na esteira dos países desenvolvidos, o Brasil caminha para se tornar um País de população majoritariamente idosa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o grupo de crianças com até 14 anos já em 2030 e, em 2055, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos. Neste contexto, observamos um percentual de cerca de 10,5% de idosos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Natal, situada no município de Natal-RN. Assim, o aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (BRASIL, 2006), bem como de como acompanhar nos serviços de Atenção Básica esse público crescente.

A UBS de Nova Natal está inserida em um dos bairros de periferia da cidade de Natal-RN e conta ao todo 06 equipes de saúde atuando, nas quais estão presentes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e auxiliares de consultório dentário. Sua população adstrita de cerca de 20.000 habitantes, dos quais cerca de 2100 possuem idade igual ou superior a 60 anos. Assim, este projeto de intervenção visa contemplar a saúde do idoso, como forma de garantir um envelhecimento saudável e com dignidade, haja vista que nem sempre a equipe de saúde está preparada para abordar a população senil. Este público foi definido como alvo da intervenção mesmo diante de outros com cobertura menor – a saber: gestantes e crianças – pelo fato de outras equipes da UBS terem decidido intervir com estes grupos no mesmo período.

Dentro deste grupo etário que apenas cerca de 15% têm a avaliação multifuncional rápida realizada em suas consultas médicas. Além disso, observamos que apenas cerca de 70% dos idosos realizam acompanhamento da saúde bucal. No que se refere às principais algumas causas de

morbimortalidade neste público, verificou-se que há cerca de 72% de hipertensos e 30% de diabéticos. Assim, com a implementação deste projeto de intervenção, pretende-se criar um protocolo padronizado de registro das consultas geriátricas com avaliação multifuncional e bucal. A UBS de Nova Natal ainda não dispõe de ações educativas que englobem este público etário, bem como carece de “rodas de conversas” capazes de criar mis vínculos interpessoais. Ademais, apenas 7% dos idosos cadastrados na área receberam a Caderneta da Pessoa Idosa.

Assim, com uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, teremos diagnóstico precoce de problemas de saúde. Esperamos contar com serviços de apoio quando forem necessários, com o fim de manter as pessoas nos seus lares, à custa de uma maior autonomia e independência. A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos estão impedindo o desempenho das atividades cotidianas da vida diária das pessoas idosas e permite o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. (BRASIL, 2006). A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso. A prática clínica geriátrica deve estar preocupada com a qualidade de vida, além de conter também uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis destas funções (BRASIL, 2005) e incentivar o acompanhamento da saúde bucal, como forma de garantir a preservação de uma mastigação e fala adequadas. Dessa Maneira, o presente estudo busca realizar melhorias na atenção à saúde da pessoa idosa através da implementação de uma ficha padronizada de consultas (anexo I), da realização da avaliação multifuncional, da implementação de cursos periódicos para cuidadores de idosos e da distribuição da caderneta de idosos.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção em Saúde para Idosos da Unidade de Saúde da Família de Nova Natal – Natal-RN

### 2.2.2 Objetivos Específicos

- 1) Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
- 2) Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
- 3) Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
- 4) Melhorar o registro das informações;
- 5) Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- 6) Promover a saúde dos idosos;
- 7) Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica
- 8) Melhorar a qualidade da assistência à Saúde Bucal do Idosos
- 9) Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico
- 10) Melhorar o registro específico dos idosos com primeira consulta odontológica programática
- 11) Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais nos idosos.

### 2.2.3 Metas

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

**Meta 1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso para 40%, levando em consideração os idosos da área adstrita da UBS, que representam 89% número de idosos que é previsto para a área de acordo do o Caderno de Ações Programáticas do Ministério da 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;

**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 135/80mmHg 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** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 6** Promover a saúde dos idosos;

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos;

**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;

**Objetivo 7** Ampliar a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

**Meta 7.1** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% dos idosos cadastrados.

**Meta 7.2** Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência

**Objetivo 8** Melhorar a qualidade da assistência à Saúde Bucal do Idoso

**Meta 8.1** Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Meta 8.2** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

**Meta 8.3** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 8.4** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 8.5** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Objetivo 9** Melhorar a Adesão ao Atendimento Odontológico

**Meta 9.1** Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática

**Meta 9.2** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

**Objetivo 10** Melhorar o registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 10.1** Manter o registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 10.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Objetivo 11)** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais nos idosos

**Meta 11.1** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

## **2.3 Metodologia:**

### **2.3.1 Detalhamento das Ações:**

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

**Meta 01:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 40%

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde pelo menos mensalmente.

Detalhamento da Ação: A equipe fará o monitoramento a partir dos registros do ACS e profissionais de saúde do número de idosos cadastrados e acompanhados pela unidade.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: Acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da Unidade de Saúde; atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento das Ações: informar aos ACS os idosos faltosos na consulta para realização de busca ativa e novo agendamento. Para isso, toda a equipe será orientada a acolher os idosos que compareçam na Unidade buscando atendimento.

**Engajamento Público:**

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na Unidade de Saúde; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento das Ações: Programar e organizar atividades coletivas para conscientização da população acerca da importância da periodicidade

adequada de consultas conforme protocolo. Se possível todos os profissionais da equipe em momento distintos deverão participar das atividades.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; capacitação da equipe da Unidade de Saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento das Ações: Durante as reuniões de equipe será feita a capacitação dos profissionais no acolhimento dos idosos, aprimoramento da busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento, toda a capacitação será feita com base na Política Nacional de Humanização, entre outros documentos do Ministério da Saúde.

**Objetivo 02** Melhorar a qualidade da atenção ao Idoso na Unidade de Saúde

**Metas**

- 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;
- 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;
- 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos;
- 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos;
- 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área);
- 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos;

**2.10** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos;

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela Unidade da Saúde; monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde; monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo adotado na Unidade de Saúde; monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; monitorar a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS periodicamente (pelo menos anualmente); monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM periodicamente (pelo menos anualmente); monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, e monitorar o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período do Projeto de Intervenção.

Detalhamento das Ações: para o monitoramento e avaliação das ações de qualidade, será realizado preenchimento das fichas-espelho, onde se encontram as informações de cada usuário. Mensalmente esses dados serão discutidos com a equipe para qualificação do monitoramento.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (Teste de Snellen, balança, antropômetro, otoscópio, cadeira, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, esfigmomanômetro, monofilamento de 10g) durante as consultas, com o material disponível no consultório médico; definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos durante as reuniões e capacitações da Equipe; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos

e/ou diabéticos; garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado; organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares; garantir a referência e contra-referência de indivíduos com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; garantir a solicitação de exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados através da observação direta feita pelos ACS; realizar controle de estoque (incluindo validade de medicamentos) na Farmácia Básica presente na Unidade de Saúde; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde; garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa; organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção; melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na Unidade de Saúde; melhorar o acolhimento aos idosos portadores de DM; garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na Unidade de Saúde; organizar acolhimento a idosos na Unidade de Saúde, bem como cadastrá-los, oferecendo atendimento prioritário, e organizar agenda de saúde bucal para atendimento aos idosos.

Detalhamento das Ações: Definir com a gestão a garantia do material mínimo necessário para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Alguns instrumentos poderão ser de uso individual de cada profissional. Deve ser feita também a definição das atribuições de cada profissional a partir da discussão do projeto em reunião de equipe. Para garantir a busca ativa aos idosos que não realizaram exame clínico apropriado, deverá ser feita consulta a ficha-espelho de forma contínua. A organização da agenda deverá ser feita semanalmente e deve incluir os idosos acamados que precisam de visita domiciliar. Para garantir a referência e contra-referência de usuários estes serão encaminhados aos profissionais especialistas, sendo enfatizado durante o atendimento a importância do preenchimento da contra-referênc. Deverá ser feito contato com a direção da unidade para reforçar a importância da realização de exames complementares para os idosos. A equipe de saúde

deverá realizar a checagem dos exames complementares e os ACS deverão informar o médico sobre a solicitação de exames complementares aos idosos de cada micro-área. Os ACS juntamente com os profissionais da enfermagem farão o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, com o detalhamento dos principais problemas de saúde. Sendo priorizado os idosos hipertensos e diabéticos. Os materiais considerados adequados serão os de uso pessoal dos profissionais e os disponibilizados pela unidade. Para a realização de hemoglicoteste, será solicitada a direção da unidade que realize o pedido dos materiais junto a Secretária Municipal de Saúde. Os idosos deverão ser priorizados nos atendimentos realizados na UBS. Será discutida com a equipe de Saúde Bucal a possibilidade de disponibilização de vagas para o atendimento aos idosos, assim como o preenchimento da ficha-espelho do acompanhamento.

#### **Engajamento Público:**

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; compartilhar com os idosos as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; orientar os idosos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; orientar os idosos e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde; orientar a comunidade sobre os casos em que se deve realizar visita domiciliar; orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM

em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS; orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM; informar a comunidade sobre a importância de avaliar a saúde bucal de idosos; informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para a saúde geral; além de demais facilidades oferecidas no sistema de saúde; esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realização de exames bucais; ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento das Ações: para viabilizar as ações descritas acima os usuários serão orientados durante as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. Deverá ser realizada também ações coletivas utilizando-se de metodologia participativa abordando a importância do acompanhamento do idosos na unidade.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas; capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e/ou DM; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda a área de abrangência; orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar; capacitar a equipe da Unidade de Saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito; capacitar a equipe da UBS para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada



maior que 135/80 mmHg, ou para aqueles com diagnóstico de HAS; capacitar a equipe para realizar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos; capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com o protocolo; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; capacitar os ACS para captação de idosos; capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento das Ações: As ações de capacitação serão realizadas durante as reuniões de Equipe. Os profissionais serão capacitados através dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, protocolo estabelecido entre outros. Será uma capacitação a partir da prática, oferecendo um espaço democrático para reflexões, críticas, perguntas entre outros. Durante as reuniões de equipe os ACS serão orientados sobre a rotina de cadastramento, busca ativa e atendimento domiciliar.

**Objetivo 03:** melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela Unidade de Saúde;

Detalhamento da Ação: Deverá ser discutido semanalmente os idosos faltosos para que os agentes comunitários possam realizar a busca ativa e reagendar o atendimento.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ação: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares;

Detalhamento da Ação Para os idosos acamados ou com dificuldade de mobilidade será agendada visita domiciliar por profissional de nível superior, médico ou enfermeiro, para devida avaliação.

**Engajamento Público:**

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos

idosos (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas programadas, a equipe responsável irá esclarecer a população sobre a importância do acompanhamento periódico e a responsabilidade de cada usuário com o cuidado em saúde, comparecendo nos horários agendados para consulta.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Ação: treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da Ação: Em reunião de equipe os ACS deverão ser capacitados para que possam orientar os idosos e responsáveis sobre o acompanhamento na UBS, bem como a importância desses cuidados para uma melhor qualidade de vida.

#### **Objetivo 04:** Melhorar o registro das informações

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

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

#### **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

Ações: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Os profissionais deverão realizar o registro de dados a partir da ficha espelho. Esses dados deverão ser avaliados periodicamente. Preencher as fichas de registro de coleta de dados (fichas-espelho), e informando se os idosos possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Ações: manter as informações do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o responsável pelo monitoramento dos registros; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de

consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados, e solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: As informações do SIAB serão atualizadas na medida em que os dados dos idosos forem coletados e o sistema alimentando. A planilha de registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos será anexado ao prontuário dos usuários. O registro e monitoramento das informações será realizado por todos os profissionais de saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será fornecida a todos os usuários e o monitoramento de entrega será realizado por meio de solicitação para preenchimento da consulta diária. Em reunião de equipe será discutido a criação de um sistema de alerta para o atraso nos exames complementares e a não realização da avaliação Multidimensional Rápida.

### **Engajamento Público:**

Ações: orientar os idosos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a Caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento das Ações: Os usuários serão informados nas consultas, atividades coletivas e visitas domiciliares sobre a importância de um registro adequado sobre seu estado de saúde. Deve ser reforçando o papel de protagonismo que o usuário deve ter nos cuidados com a sua saúde. Os profissionais também deverão orientar a população sobre a importância das informações presentes na caderneta de Saúde do Idoso na qual podem ser identificadas situações de riscos potenciais para a sua saúde, possibilitando aos profissionais o planejamento e organização de ações como prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde.

### **Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos; capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Durante as reuniões de equipe haverá apresentação das fichas de registro e um treino sobre o preenchimento. Durante o processo se ocorrerem eventuais dúvidas a médica responsável estará à disposição.

**05.Avaliação de Risco**: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Metas**: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;

- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas;

-Avaliar a rede social de 100% dos idosos;

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, e monitorados todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das Ações: Será realizado o rastreio quanto ao risco de morbimortalidade e presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliação da rede social durante as consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas. Isso será feito pelos profissionais de nível superior seguindo os protocolos de atendimento definidos e os critérios de prioridade definidos pela equipe.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade; priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, e facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento das Ações: Os idosos identificado com risco deverão ser priorizados para atendimento e visita domiciliar (acamados ou com dificuldade de deambulação). Os casos mais fragilizados deverão ser discutidos em equipe para uma intervenção mais qualificada.

**Engajamento Público:**

Ações: Orientar aos idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando este apresentar alto risco; orientar

os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, etc) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento das ações: Os idosos, responsáveis e comunidade serão orientados em ações coletivas, acolhimento na unidade, consultas e visitas domiciliares sobre a possibilidade do atendimento prioritário dos idosos, bem como para a comunidade, será informado sobre a possibilidade de atendimento prioritário e incentivados a participar de grupos de socialização presentes na comunidade.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, e capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento das Ações: Os profissionais serão capacitados nas reuniões de equipe. Os temas discutidos devem ter como base o caderno de Atenção Básica e os protocolos adotados havendo orientação para investigação quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice e orientações sobre avaliação da rede social.

**Objetivo 06:** Promover a saúde dos idoso

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos

**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;

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição; monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular; monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento das ações: o monitoramento das ações acima será realizado por meio de coleta de dados dos prontuários e por obtenção das informações destinadas ao preenchimento das fichas-espelho.

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

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; demandar ao gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, e organizar um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das Ações: Em reunião de equipe será definido os papéis de cada profissional bem como o tempo médio das consultas destinados para orientação nutricional e promoção a saúde. Após contato prévio com a diretora da unidade será feita a solicitação ao gestor municipal para parcerias institucionais para realização de atividade física.

#### **Engajamento Público:**

Ações: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis; orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das Ações: Os idosos, cuidadores e comunidade serão orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular e importância da higiene bucal e de próteses dentárias, durante as consultas, rodas de conversa, palestras, visitas domiciliares, entre outros.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”; capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de hipertensos e/ou diabéticos; capacitar a

equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular; capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento das Ações: Será reservado um momento nas reuniões de equipe para capacitar os profissionais sobre os “Dez Passos para alimentação saudável” e “Guia alimentar para a população brasileira” dando enfoque prático para orientações de promoção de hábitos alimentares saudáveis. A realização de atividade física regular também estará incluída na capacitação de orientações da equipe, assim como sobre higiene bucal e de próteses dentárias.

### ***Saúde Bucal do Idoso:***

**Objetivo 01** Ampliar a cobertura da atenção à Saúde Bucal do Idoso

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 40% dos idosos cadastrados

**Meta 1.2** Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

### **Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: monitorar/avaliar periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os idosos da área de abrangência da UBS.

Detalhamento das Ações: Pactuar com equipe de Saúde Bucal monitoramento semanal da cobertura da primeira consulta odontológica.

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

Ações: cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS; atualizar os dados do SIAB; organizar a agenda para reservar horário para atendimento odontológico aos idosos da área da UBS de acordo com a meta proposta; identificar o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa; definir quais ações coletivas serão realizadas; estabelecer o número total de ações coletivas em 3 meses, bem como sua periodicidade; identificar os profissionais da equipe que participarão das ações coletivas; organizar temas de interesse para os idosos; elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.

Detalhamento das Ações: Será discutido em reunião de equipe o fluxo do cadastramento. Todo idoso que comparecer a unidade deve ser cadastrado.

Além disso deverá ser pactuado quantidade mínima de consulta disponibilizada por semana. Em relação as ações coletivas, médico, enfermeira, e equipe de saúde bucal vão organizar ações coletivas que aborde o tema da higiene bucal, principais doenças e prevenção de doenças odontológicas.

**Engajamento Público:**

Ações: esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS; identificar na comunidade pontos para melhor divulgação das ações coletivas em saúde bucal; estabelecer com a comunidade estratégias de divulgação das ações coletivas em saúde bucal; informar a população sobre a importância da participação nas atividades coletivas; identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

Detalhamento de ações: Será realizada atividade coletiva abordando a importância dos cuidados com a saúde bucal. Nas consultas e visitas também será feito o esclarecimento da comunidade sobre o tema.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS; capacitar a equipe no acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade sobre a necessidade do idoso de realizar consulta odontológica; capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa; capacitar a equipe para realização das ações coletivas em saúde bucal;

Detalhamento das Ações: A equipe de Saúde Bucal deverá planejar capacitação sobre o tema para todos os membros da equipe. Essa capacitação qualificará toda a equipe para abordagem dos cuidados com a Saúde Bucal.

**Objetivo 02.** Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2.1** Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Meta 2.2** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

**Meta 2.3** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.



**Meta 2.4** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.5** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento; monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído; monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos; monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS; monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

Detalhamento das Ações: Será feito semanalmente monitoramento pela equipe de Saúde Bucal com primeira consulta realizadas, mucosa alterada, atendimentos odontológicos em domicílio e avaliação de prótese. Após realização da avaliação dos resultados serão propostas ações de melhoria da assistência de saúde bucal.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: organizar sistemas de alertas para identificar idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programáticas e que necessitarão de tratamento; organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento; garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico; garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal; disponibilizar protocolo impresso de atendimento da primeira consulta odontológica programática; disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca; organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico; organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares; demandar adequação no consultório para realização da etapa clínica das próteses; solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde;

Detalhamento das Ações: Pactuar com a equipe de Saúde Bucal, fluxo para identificar usuários que realizaram atendimento saúde bucal e garantia de conclusão do tratamento odontológico. Fortalecer o diálogo com rede secundária e terciária de Saúde bucal, viabilizando o encaminhamento de usuários mais graves.

**Engajamento Público:**

Ações: esclarecer para a comunidade que a primeira consulta odontológica programática definirá a necessidade ou não de tratamento subsequente; esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas; esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca; esclarecer a população sobre a importância do exame da mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta; ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar a acessibilidade e o atendimento odontológico de idosos acamados; esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldades de locomoção; esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias; sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.

Detalhamento das Ações: Promover atividades coletivas com o objetivo de viabilizar o esclarecimento e informação da comunidade sobre a importância dos cuidados de Saúde Bucal. Além de promover um espaço que permita aos usuários sobre estratégias para melhorar a acessibilidade do atendimento odontológico aos idosos acamados.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: capacitar a equipe de saúde bucal no protocolo da primeira consulta odontológica programática; capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa, edentulismo, doenças periodontais, hipossalivação, cárie de raiz; capacitar os profissionais para o manejo dos usuários idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (Ver Cadernos de Atenção Básica: *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, Cap. 3); capacitar a equipe da saúde para identificar alterações de mucosa; capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e

para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência; capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares; capacitar os ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares; qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios; capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares; capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso de próteses dentárias; capacitar a equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde.

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

**Meta 3.1** Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento das Ações:

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das Ações: Pactuar com os agentes comunitários realização de busca ativa dos idosos faltosos a consultas. Além disso, será reservado 05 vagas por semana para os idosos provenientes da busca ativa.

**Engajamento Público:**

Ações: informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas esclarecer a equipe sobre importância das consultas e ouvir a comunidade sobre sugestões que possam minimizar a evasão.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; definir com a equipe a periodicidade das consultas;

Detalhamento das Ações: A equipe de Saúde Bucal deverá realizar treinamento com os ACS com o objetivo de uma orientação adequada em relação a periodicidade das consultas.

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

**Meta: 4.1** Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 4.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: monitorar a qualidade dos registros de idosos acompanhados na Unidade de Saúde; monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;

Detalhamento das Ações: Será feito o monitoramento mensalmente pela auxiliar de saúde bucal para avaliar os resultados e melhorar o registro realizado.

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento odontológicos dos idosos da área da UBS; definir responsável pelo monitoramento dos registros; solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Será pactuado com equipe de Saúde Bucal o monitoramento odontológico dos idosos. Em reunião de equipe será feita a solicitação da caderneta de poupança ao gestor da Unidade.

**Engajamento Público:**

Ações: orientar os cadastrados e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se

necessário; orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas realizadas na unidade será feita a orientação e esclarecimento sobre os direitos sobre os registros em saúde e sobre a caderneta de saúde.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento odontológico aos idosos; capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento das Ações: Realizar o treinamento da equipe para preenchimento correto da caderneta de Saúde e sobre os dados para acompanhamento em saúde bucal.

**Objetivo 5** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais nos idosos

**Meta 5.1** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

**Eixo: Monitoramento e Avaliação:**

Ações: Monitorar periodicamente os idosos de alto risco para câncer bucal identificados na área de abrangência.

Detalhamento das Ações: Será feita a capacitação dos profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal..

**Organização e Gestão do Serviço:**

Ações: Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).

Detalhamento das Ações: Será pactuado com equipe de Saúde Bucal o monitoramento de fatores de risco para câncer bucal ea sua busca ativa pela equipe e saúde bucal.

**Engajamento Público:**

Ações: Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas conseqüências.

Detalhamento das Ações: Nas atividades coletivas realizadas na unidade será feita a orientação e esclarecimento sobre os fatores de risco para o câncer bucal e seus danos à saúde.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Ações: Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

Detalhamento das Ações: Realizar o treinamento da equipe para a investigação dos fatores de risco para câncer bucal no idoso.

**2.3.2. Indicadores:**

***Saúde do Idoso:***

**Objetivo 01:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;

**Meta 01:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 40%

**Indicador 01: Proporção de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde**

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

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

**Objetivo 02:** Melhorar a Qualidade da Atenção a Saúde Bucal do Idoso

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa 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 2.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia**

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para 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 2.5 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados**

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção

cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta  
Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus  
Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.  
Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.11: 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** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas;

**Indicador 3** **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.

**Metas 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas**

**Indicador 4.1 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia**

Numerador: Número de fichas 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 4.2 Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**

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

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

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

**Metas 5.1** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade;

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

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade. Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**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;

**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 06** Promover a saúde dos idosos;

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

### **Saúde bucal do Idoso**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura da atenção à Saúde Bucal do Idoso;

**Meta 1** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 40% dos idosos cadastrados

**Indicador 1**

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

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com necessidade de primeira consulta odontológica programática.

**Objetivo 02.** Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2.1** Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Meta 2.2** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

**Meta 2.3** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 2.4** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.5** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática. Ampliar a cobertura da atenção à Saúde Bucal do Idoso;

#### **Indicador 2.1**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

#### **Indicador 2.2**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

#### **Indicador 2.3**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

#### **Indicador 2.4**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam a visita do dentista.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção.

#### **Indicador 2.5**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

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

**Meta 3.1** Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes

**Indicador 3.1**

Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 3.2**

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

Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

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

**Meta: 4.1** Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 4.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 4.1**

Numerador: Número de registros específicos atualizado.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 4.2**

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

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Objetivo 5** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais nos idosos

**Meta 5.1** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

**Indicador 5**

Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar o projeto de intervenção que visa melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário idoso, bem como a cobertura deste público, será adotado o manual do Ministério da Saúde (MS), “Atenção a saúde da pessoa idosa e em envelhecimento”, da série “Pactos pela saúde”, volume 12, publicado no ano de 2010. A Intervenção será iniciada com a capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o Manual do MS de “Atenção a saúde da pessoa idosa e em envelhecimento”, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários desta faixa etária.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção, durante o horário de reuniões de equipes, através da exposição teórica realizada pelo profissional médico idealizador deste projeto, além disso será disponibilizado o manual para que fique ao alcance dos demais profissionais na UBS para eventuais consultas e dúvidas. As equipes de saúde serão capacitadas individualmente através de pequenas reuniões realizadas nos finais dos expedientes. Durante essas capacitações, será abordada a importância da adesão ao projeto de intervenção com os ganhos para a comunidade, além disso, será feita a orientação para cadastro e registros (em anexo) dos idosos participantes, bem como para o preenchimento das fichas de consulta geriátricas (em anexo) nos atendimentos médicos e odontológicos.

Atualmente, a UBS de Nova Natal não conta com um registro específico para as consultas de idosos, bem como carece de protocolos que norteiem a

consulta médica geriátrica. Dessa forma, será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo abordando os seguintes aspectos: medicações em uso; resultado de exames laboratoriais; resultados de pressão arterial e glicemia capilar; exame físico; orientações prestadas sobre dieta, atividade física; data da próxima consulta; avaliação multifuncional do idoso, avaliação da saúde bucal, entre outros.

O registro específico do acompanhamento do Programa de Saúde do Idoso será organizado em livros de registros, que serão revisados pela médica e enfermeira da equipe, tal revisão deverá ser realizada mensalmente. Os registros em ficha específica serão realizados a cada consulta ou em outro momento após revisão dos prontuários dos usuários, nesse momento deverá ser realizado monitoramento quanto a consultas em atraso, realização de exames clínicos e laboratoriais e estado vacinal dos usuários. Os médicos e enfermeiros examinarão mensalmente as fichas específicas dos usuários cadastradas no programa e procurará identificar os usuários com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso.

Com o intuito de mobilizar mais a comunidade, pretende-se interagir juntamente com o Centro de Idosos Ivone Alves, o qual está localizado na área de abrangência da UBS, para realizar as ações educativas voltadas a este público.

Com o objetivo de organizar o registro específico do projeto de intervenção, inicialmente, a funcionária do preparo dos idosos, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) irão anexar ao prontuário dos usuários com idade superior ou igual a 60 anos a ficha de atendimento em anexo. A partir destes dados, iremos avaliar o impacto da implementação dessa ficha de registro específico na qualidade da assistência à saúde prestada. Paralelo a isso, será ofertado um curso de capacitação aos cuidadores de idosos. Ademais, o curso será realizado de forma lúdica, abordando inicialmente o público presente com um jogo tipo “Quiz” de perguntas com premiação simbólica para quem acertar o maior número de questões a respeito do cuidado com idosos. Após este momento inicial, pretende-se abordar os principais fatores de queda, de perda de autonomia entre idosos e de cuidados gerais com a alimentação e prática de atividades físicas através de palestra ministrada pelo médico. Em seguida, será aberto um

espaço para dúvidas e distribuição de uma cartilha educativa para cuidadores de idosos – elaborada durante o curso de Graduação em Medicina pela UFRN pela autora desse projeto em conjunto com dois colegas Ana Nataly Adriane Bezerra Trieste e Moisés Felipe da Costa Fernandes – em anexo.

O acolhimento e triagem do usuário idoso serão realizados pelos técnicos de enfermagem. Através dos protocolos seguidos, no caso o Manual técnico do Ministério da Saúde, com registros antropométricos, medidas da pressão arterial e da glicemia capilar quando possível for. Neste momento inicial, será preenchida a ficha específica, com avaliação multifuncional e odontológica, serão solicitados os exames necessários, com a próxima consulta já devidamente agendada.

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso. A prática clínica geriátrica deve se preocupar com a qualidade de vida, conter também uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis destas funções.

Semanalmente, serão registrados pelos ACS os prontuários dos usuários avaliados de acordo com a ficha de avaliação em anexo para posterior análise dos dados obtidos. Ademais, serão registrados pelos ACS os idosos que faltaram às consultas, para que os mesmos possam realizar uma busca ativa destes cadastrados.

No que se refere à aquisição de materiais, serão solicitados junto à direção e administração da UBS a disponibilização da caderneta de idosos; a impressão das fichas de consulta e registros de dados e a impressão das cartilhas aos cuidadores de idosos.

Por fim, se pretende capacitar a Equipe de saúde para a realização constante de ações educativas voltadas ao público idoso. Essa capacitação será feita pela médica juntamente com a enfermeira, orientando os ACS e técnicos de enfermagem como melhor interagir e orientar esse grupo de usuários.





Solicitação de exames complementares nos idosos com HAS e DM												
Realização de visitas domiciliares em idosos acamados												
Contato com as lideranças comunitárias												

Tabela 1 – Cronograma da intervenção

### **3 Relatório de Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Ao longo da execução deste projeto de intervenção realizado entre 18 de agosto e 17 de novembro de 2014, buscamos aumentar a cobertura e melhorar o acompanhamento dos idosos vinculados a nossa UBS. Tínhamos como ações previstas para o presente projeto melhorar os indicadores de cobertura e qualidade referentes ao incentivo para o uso da caderneta de idosos entre os que já a possuíam; à realização o exame clínico adequado; à realização da solicitação de exames periódicos nos idosos hipertensos e/ou diabéticos, à prioridade da prescrição de medicamentos pela Farmácia Popular; à realização da visita domiciliar; ao rastreio dos idosos para hipertensão; ao rastreio dos idosos com hipertensão para diabetes, à realização da busca ativa de idosos faltosos, à avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos idosos cadastrados; à realização da primeira consulta odontológica dos idosos cadastrados; à avaliação dos fatores de risco para fragilização em dos idosos cadastrados; à avaliação dos fatores de risco de morbimortalidade dos idosos cadastrados; à avaliação da rede social dos idosos cadastrados; à manutenção de um registro específico dos idosos cadastrados e a garantia da orientação nutricional, da prática de atividades físicas regulares e da higiene bucal dos idosos cadastrados. Todavia, nem tudo ocorreu conforme o previsto e tivemos algumas dificuldades que serão relatadas adiante, mas isso só vem a corroborar com a necessidade de dar continuidade ao projeto e de tentar expandir dentro da UBS de Nova Natal, para que assim possamos mobilizar novas Unidades a implementarem as ações deste projeto.

Obtive a colaboração de minha enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS, de forma que todos os idosos já vinham para a consulta sabendo da ação de intervenção e já com as aferições de pressão arterial e peso. Esses mesmos profissionais orientaram alguns idosos a levarem para a consulta médica a caderneta do idoso e sempre portarem os medicamentos em uso.

Aos idosos faltosos, ocasião bastante rara, haja vista que as Agentes de Saúde sempre passavam no dia anterior na casa desses usuários ou telefonavam para os mesmos lembrando da data da consulta, foi feita a busca ativa. Quanto ao agendamento das consultas odontológicas, este foi feito quando possível, todavia, tivemos que pegar alguns dados do prontuário ou conversar após a consulta com os idosos cadastrados para verificar se havia sido feito o aconselhamento a respeito da saúde bucal. Essa pesquisa de informação foi realizada prioritariamente pelos Agentes de Saúde.

No que se refere a consulta médica propriamente dita, percebi o quanto demanda tempo inicialmente realizar a avaliação multidimensional do idoso e cheguei diversas vezes a extrapolar meu horário de trabalho a insistência em realizar o protocolo adequado. Como as consultas se tornaram mais demoradas, alguns idosos alvo do projeto chegavam a reclamar ao entrar no consultório a respeito da demora na espera, entretanto o que me deixava bastante satisfeita era o fato de observar um outro semblante dos mesmos ao deixar o consultório. Ouvei diversas vezes usuários me dizerem que esta havia sido a primeira vez que um médico os tinha examinado de forma ampla e completa. Isso me encorajou e deu forças para seguir adiante com a intervenção, pois o reconhecimento foi praticamente unânime. No começo também senti dificuldade em pesquisar a estrutura social e fatores predisponentes a quedas, pois percebia que muitos usuários sentiam como se aquelas perguntas fosse uma espécie de “inquérito”, mas com o decorrer das consultas, fui percebendo uma forma mais branda e serena de abordar o assunto sem que os idosos cadastrados se sentissem acuados com os questionamentos.

Ademais, soube que na UBS de Nova Natal nunca haviam sido realizadas ações de promoção à saúde voltadas para o grupo etário em questão. Dessa maneira, procurei me informar em reuniões junto com a equipe quais eram as principais dúvidas e questionamentos deste público. Me foi informado que a maioria dos cuidadores de idosos era insegura ao realizar esta função e por vezes adoeciam em virtude da sobrecarga de trabalho e ao pouco tempo destinado para cuidar de sua própria saúde. Assim, decidimos conjuntamente realizar uma ação destinada aos cuidadores de idosos, intitulada “cuidar de quem já cuidou de alguém”. Esta ação foi aberta para

todos os usuários da UBS e foi esquematizada da seguinte forma: eu abordei o tema de cuidados com o idoso; uma das técnicas de enfermagem abordou o tema de direitos dos idosos e a outra técnica de enfermagem dissertou a respeito dos cuidados com os cuidadores. Ao final, um dos dentistas que estava presente, ainda explanou sobre os cuidados com a saúde bucal. Ofertamos um lanche confeccionado pelas ACS e abrimos espaço para dúvidas. Foi uma ação bastante interessante por dois pontos mais relevantes: toda a equipe se empenhou na ação, com exceção da enfermeira que infelizmente estava de férias e o mais importante é que a receptividade do público foi muito satisfatória, eles conseguiram interagir bem e elogiaram bastante a ação. Alguns dos presentes chegou a me relatar que na vigência de uma nova ação como aquela iria avisar a vizinha para ir. Isso só demonstra o quanto conseguimos trazer este público para a UBS.

### **3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Inicialmente, foi feita uma reunião com toda as Equipes de saúde para expor o projeto e seus objetivos. Já nesta fase, encontramos uma resistência por parte dos demais médicos da UBS a colaborar com o projeto, haja vista que isso demandaria um maior tempo de consulta e todos os médicos já tem seus horários bastante apertados. Todavia, a resistência e problemas maiores foram com a equipe de odontólogos. Isso se deu pelo fato de que a equipe já estava desfalcada, contando com apenas 3 dentistas. Associado a isso, o município de Natal-RN vem passando por problemas seríssimos no que se refere à compra de insumos para a saúde bucal. Desta maneira, na UBS estava praticamente sem materiais: faltavam escovas, amalgama, papel para esterilização de materiais cirúrgicos, dentre outros. Ademais, durante grande parte do projeto, um dos odontólogos esteve afastado com licença por motivos pessoais; outro tirou férias de 1 mês e o terceiro esteve envolvido com questões burocráticas de sua profissão pois o mesmo é o representante com conselho regional de odontologia e precisou faltar ao trabalho diversas vezes. Desta maneira, fica evidente que a colaboração por parte dos dentistas não foi

possível, pois enquanto haviam dentistas e materiais na UBS, os mesmos estavam sobrecarregados com um excesso de demanda reprimida, não dispendo de tempo para preencher as fichas-espelho de saúde bucal. Ademais, não conseguimos contar com a colaboração das demais equipes da UBS para a implementação do projeto de intervenção.

Assim, as primeiras consultas odontológicas programáticas com os dentistas eram agendadas conforma a disponibilidade dos mesmos e a verificação se havia sido feita a orientação para a saúde bucal dos usuários foi realizada pelos ACS que perguntavam aos usuários ao término das consultas se eles tinham recebido as orientações. Além disso, como não houve colaboração das demais equipes de saúde, restringimos o espaço amostral do trabalho para a minha equipe de saúde – única envolvida na implementação do projeto.

No que se refere à distribuição da caderneta do idoso, esta não foi possível, haja vista que a direção da UBS não conseguiu o provimento de novas cadernetas, mas ainda assim seguimos enfatizando aos usuários que já possuíam a caderneta a levarem a mesma para a UBS e isso nos surpreendeu, pois cerca de 26% dos usuários portavam a caderneta nas consultas. Isso nos fez refletir que o não comparecimento de muitos idosos portando o documento era em boa parte devido a uma falta de orientação. Assim, percebi o quanto é positivo quando a Equipe toda se articula em prol de uma ação, pois são atitudes e conversas simples que podem significar grandes avanços na atenção à saúde.

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

Durante a execução do projeto em questão, utilizou-se a planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL, na qual eram lançados os nomes dos acompanhados com suas respectivas informações coletadas e a planilha automaticamente gerava os gráficos dos indicadores.

Ao longo da implementação deste projeto de intervenção, houve inúmeros momentos em que tive dificuldade em alimentar a planilha de coleta de dados, haja vista que inicialmente havia uma incompatibilidade entre a versão do meu software e a versão utilizada para a elaboração das planilhas.

Ademais, o gráfico utilizado para calcular a proporção de idosos com orientação individual de saúde bucal em dia estava com a fórmula errada e que não permitia edição, haja vista que a planilha estava protegida contra formatações.

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

O projeto é plausível de ser incorporado à rotina do serviço da UBS de Nova Natal, na medida em que envolve um baixo custo e necessita apenas da impressão das fichas espelho e capacitação da Equipe de Saúde para que esta atue de forma multidisciplinar na melhoria à atenção à saúde do idoso.

Assim, pretendo realizar uma reunião com todos os profissionais da UBS para expor os resultados encontrados e assim tentar motivá-los a dar seguimento na ação desenvolvida. Foi muito enriquecedor trabalhar de fato em Equipe, pois toda a execução deste projeto teria sido impossível de ser feita individualmente e a troca de conhecimentos foi muito enriquecedora.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A composição da Equipe da Unidade de Saúde de Nova Natal, situada no município de Natal-RN se manteve a mesma ao longo da intervenção: 6 equipes de saúde, compostas por 6 médicos, 6 enfermeiras, 11 técnicas de enfermagem e cerca 30 ACS, 3 dentistas e os respectivos auxiliares de serviços dentários. Ao longo da intervenção passamos por problemas como a falta de material para os dentistas, que estavam dispendo exclusivamente de utensílios para extração dentária. Ademais, enfrentamos problemas relativo a férias e afastamento de todos os dentistas.

Houve a contratação de uma nova dentista, a qual perdurou por pouco tempo na UBS. Minha Equipe de Saúde da Família, única empenhada na execução do presente projeto de intervenção, é composta pela médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 5 ACS (dos quais 02 se encontravam de licença médica por doenças crônicas), 01 dentista – o qual esteve de férias e envolvido com questões burocráticas referentes à sua profissão, haja vista que o mesmo é o representante local do conselho regional de odontologia, e 01 auxiliar de serviços dentários. Durante a execução do presente projeto, não conseguimos a adesão das demais equipes de saúde da UBS, pois os demais profissionais alegaram não dispor de tempo durante as consultas para a coleta de dados e implementação da ação de intervenção. Desta maneira, serão considerados os dados populacionais referentes exclusivamente à equipe de saúde número 42 da UBS de Nova Natal.

De acordo com os dados obtidos através dos ACS que incluem informações a respeito de toda a população adstrita à área de abrangência da minha equipe de saúde, temos um total de 3500 usuários, dos quais cerca de 275 são de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A instituição da ficha de avaliação multifuncional dos idosos foi feita de forma satisfatória, todavia não conseguimos instituir o protocolo de avaliação da saúde bucal, devido ao fato das ausências dos odontólogos e da sobrecarga

de trabalho quando os mesmos estavam presentes na tentativa de suprir a demanda reprimida nos períodos em que os mesmos não se fizeram presentes na UBS por greve e motivos pessoais.

Através do preenchimento e análise dos dados presentes nas fichas espelho, foi possível observar a evolução dos indicadores ao final de cada mês de intervenção, permitiu uma leitura da abrangência e evolução da ação e os resultados estão descritos a seguir.

No que se refere à cobertura do programa, inicialmente tínhamos como meta atingir uma cobertura total de 40% dos idosos, todavia ao longo do primeiro mês, tivemos uma cobertura de 15,6 % (43) da população-alvo, que seguiu para 29,1%(80) de cobertura no segundo mês e finalizou com 43,6%(120) de cobertura ao término do terceiro mês - esta evolução está apresentada na figura 1 - para tais dados foi utilizado o número de idosos atendidos durante a intervenção e que eram cadastrados no programa.

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

**Meta 1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 40%

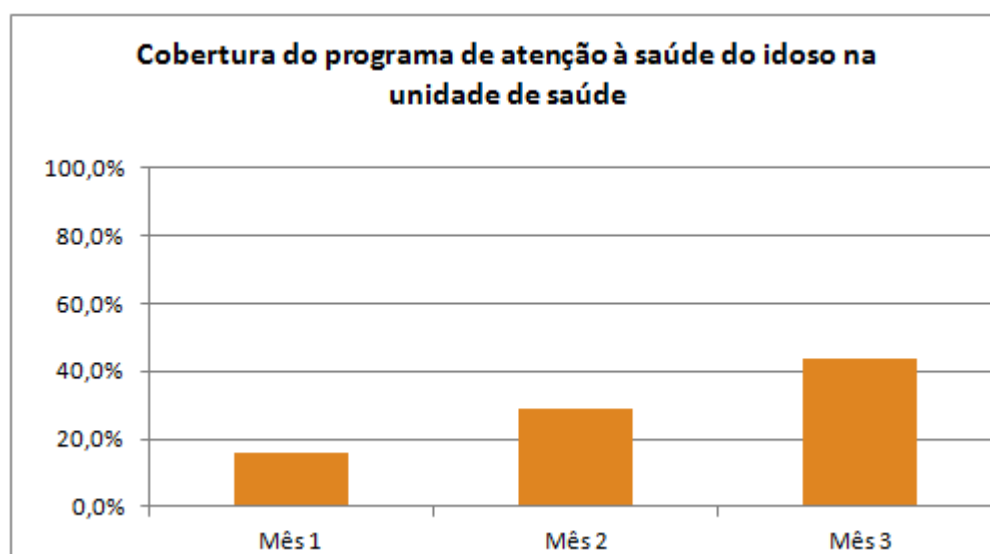


Figura 1 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.Natal, 2014



No que se refere a realização da avaliação multidimensional dos idosos cadastrados no programa, tivemos um excelente resultado, haja vista que antes da intervenção apenas 15% dos idosos possuíam esta avaliação efetuada e tinha-se como meta expandir para 100% este percentual. Então, verificamos no primeiro mês contávamos com 93%(40) dos idosos cadastrados tendo realizado na consulta a avaliação, tal percentual progrediu para 96,3%(77) e 97,5%(117) nos meses seguintes. Esta evolução está apresentada na figura 2. Estes dados apontam em números um total de 117 idosos cadastrados com a avaliação multidimensional em dia de um total de 275. Acredito que devido ao fato de eu ter adquirido mais prática e habilidade nas consultas médicas, otimizando assim o tempo de consulta e podendo realizar a avaliação multidimensional em prazo ajudou que chegássemos próximo a meta estabelecida.

**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;

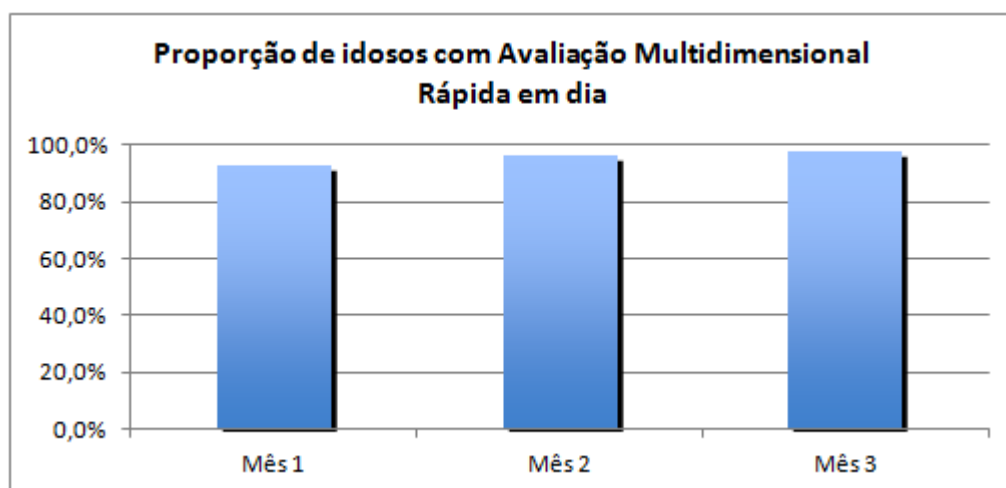


Figura 2 – Proporção de idosos cadastrados no programa com a avaliação multidimensional rápida em dia. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

Quando observamos o indicador de exame clínico apropriado em dia, tinha-se estabelecido como meta realizar o exame em 100% dos idosos cadastrados. Verificamos que partimos de um percentual de 100% no primeiro mês, para 98,8% no segundo mês e 97,5% no terceiro mês - esta evolução está apresentada na figura 3. Apesar de este valor ser bem próximo da meta estabelecida, acredito que o percentual inferior ocorreu até por certa resistência de alguns idosos em terem o exame clínico completo, pois alguns alegavam que desejavam apenas renovar receitas ou pegar requisição para exames e tinham pressa na consulta.

**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;

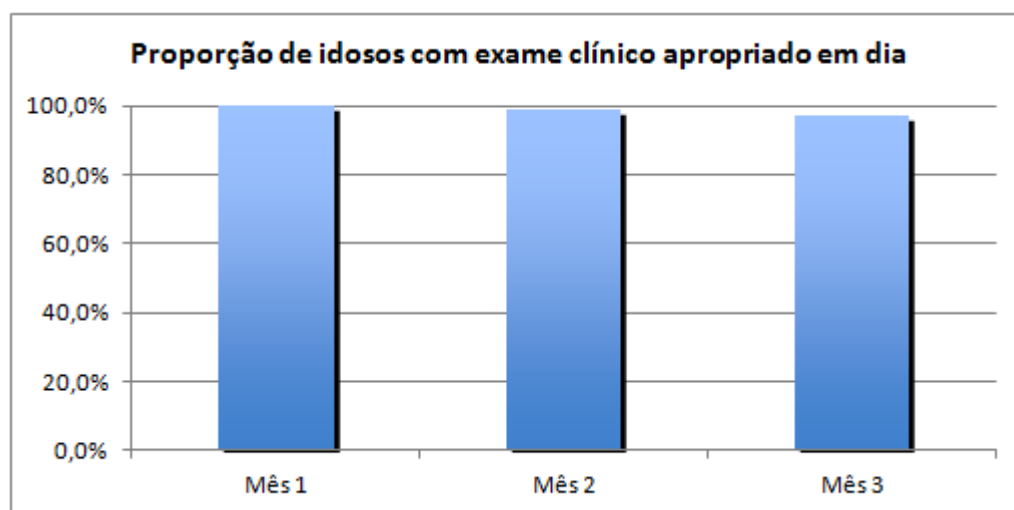


Figura 3 – Proporção dos idosos cadastrados no programa com o exame clínico apropriado em dia. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

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

No que se refere à solicitação de exames complementares aos idosos hipertensos e diabéticos, a meta inicial era de 100% dos idosos cadastrados. Verificamos, então, que o percentual oscilou de 88,9% (24) no primeiro mês para 97,9% (47) no segundo mês e 95,9% (81) no terceiro mês – esta evolução está apresentada na figura 4. Acredito foi um valor satisfatório, embora não

tenhamos alcançado a meta, mas entraves burocráticos como a dificuldade de acesso e realização dos exames nos laboratórios vinculados justifica o valor abaixo da meta estabelecida.

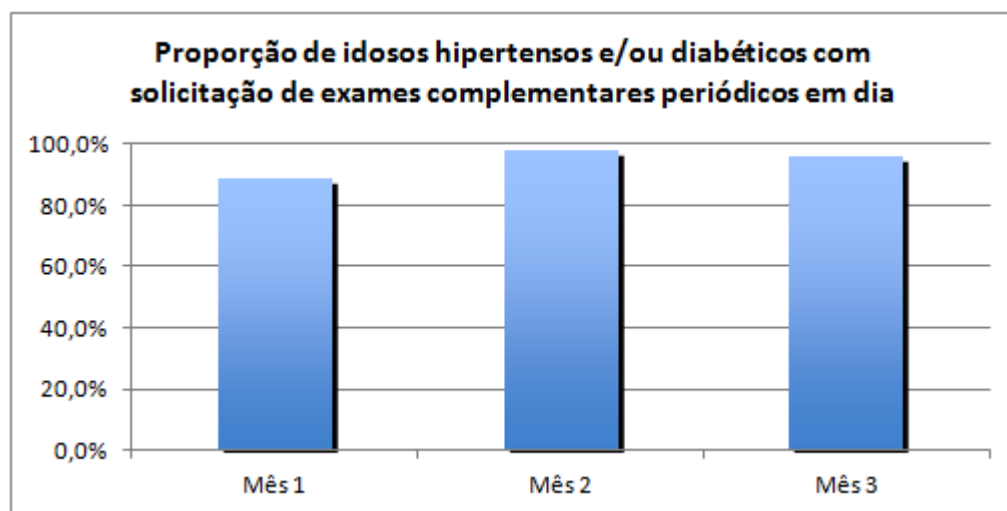


Figura 4 – Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

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

No que tange a prescrição prioritizada de medicamentos incluídos no programa Farmácia Popular do Governo Federal, tinha-se como meta 100% das prescrições prioritariamente na farmácia popular, todavia o percentual de idosos cadastrados incluídos neste grupo oscilou entre 93% no primeiro mês, 81,3% no segundo mês e 75% no terceiro mês – esta evolução está apresentada na figura 5. Isto se deu prioritariamente pelo fato de que alguns idosos já tomarem medicamentos manipulados há algum tempo e optaram por continuar comprando medicações em farmácias de manipulação, pois isso reduz o número de comprimidos ingeridos, haja vista que nas manipulações comumente há a associação de 2 fármacos ou mais.

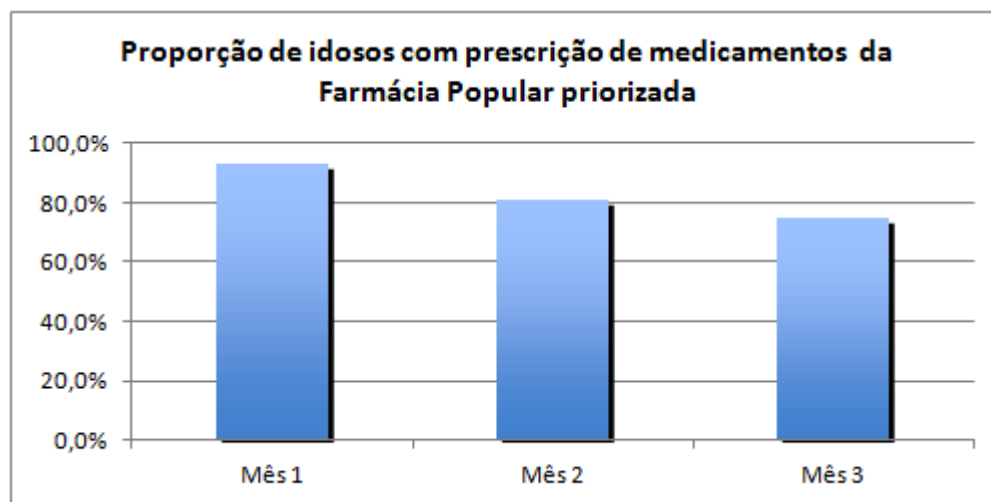


Figura 5 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

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

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

No que é relacionado ao número de idosos com dificuldades de locomoção ou acamados da área de abrangência e que foram cadastrados no programa, obtivemos um percentual de 100%. Observamos, todavia, que o número de idosos acamados foi crescente: passou de 10 idosos no primeiro mês, para 17 e 27 no segundo e terceiro mês, respectivamente. Isto ocorreu devido ao fato de os agentes de saúde estavam realizando recadastramento no período de execução do projeto, de forma que os números foram crescentes e também conseguimos realizar a visita em 100% os idosos domiciliados cadastrados, pois foram sendo agendadas as visitas a medida que as ACS iam verificando novos acamados.

No que tange ao percentual de idosos com a verificação da pressão arterial na última consulta havia como meta 100%. Esta meta foi praticamente alcançada, pois ao no primeiro e segundo mês 100% dos idosos tiveram as suas medidas de pressão arterial realizadas e no último mês este índice foi de 99,2% -esta evolução está presente na figura 6. Isso aconteceu devido ao fato de na UBS em questão existir uma sala de preparo eficiente e que já realiza as

aferições dos níveis pressóricos dos idosos antes da consulta. Houve apenas um idoso que não teve sua pressão verificada, pois o mesmo chegou bastante atrasado e as funcionárias que realizavam o preparo já haviam encerrado suas atividades.

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

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

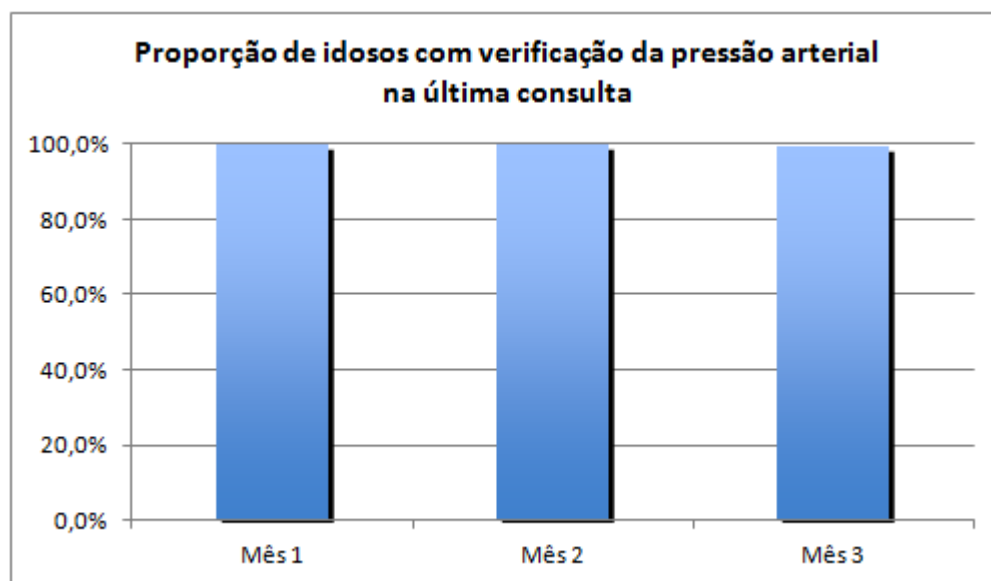


Figura 6 – Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

No que diz respeito à proporção de idosos hipertensos cadastrados no programa e rastreados para diabetes, tivemos a seguinte evolução dos indicadores: 100% no primeiro mês, 92,3% no segundo mês e 94,9% no terceiro mês – ilustrado na figura 7. Esses dados chegam bastante próximos à meta estabelecida de 100%. Observamos no entanto que no primeiro mês 100% dos idosos foram rastreados para o diabetes pois dispunha-se na UBS de fitas de HGT para aqueles usuários que não conseguiam realizar os exames nos laboratórios conveniados ao SUS. Todavia, nos meses subsequentes não dispusemos mais das fitas e o percentual decresceu.

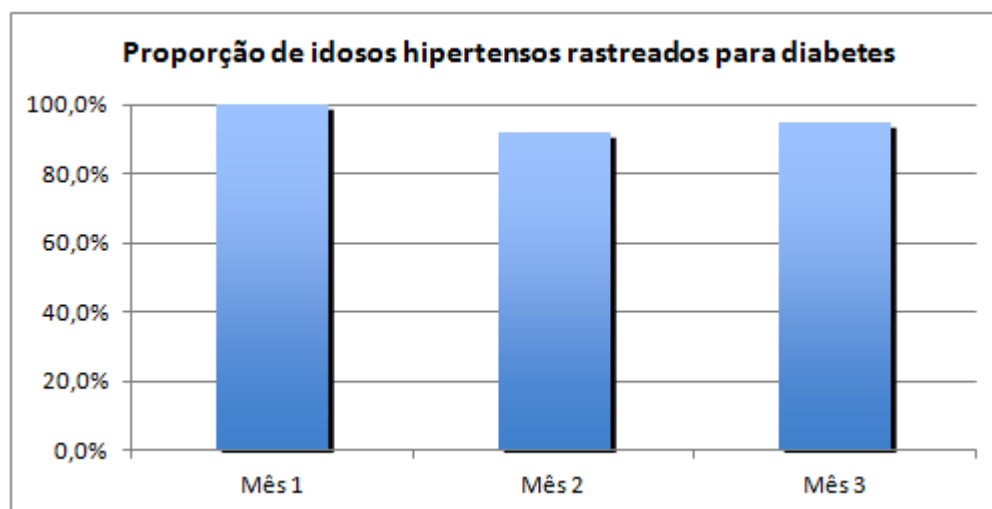


Figura 7 – Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

Em relação à proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico era meta atingir 100% dos idosos cadastrados, entretanto, em virtude da baixa oferta de consultas odontológicas motivadas por greve e abstenções do serviço pelos dentistas, não foi realizada a avaliação satisfatória da necessidade de se ir ao dentista, haja vista que não havia como marcar todas as consultas dos idosos que necessitassem. Assim, observamos indicadores abaixo da meta preconizada: 72,1%(31) no primeiro mês, 63,8%(51) no segundo mês e 56,7%( 68) no último mês – valores expressos na figura 8.

**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

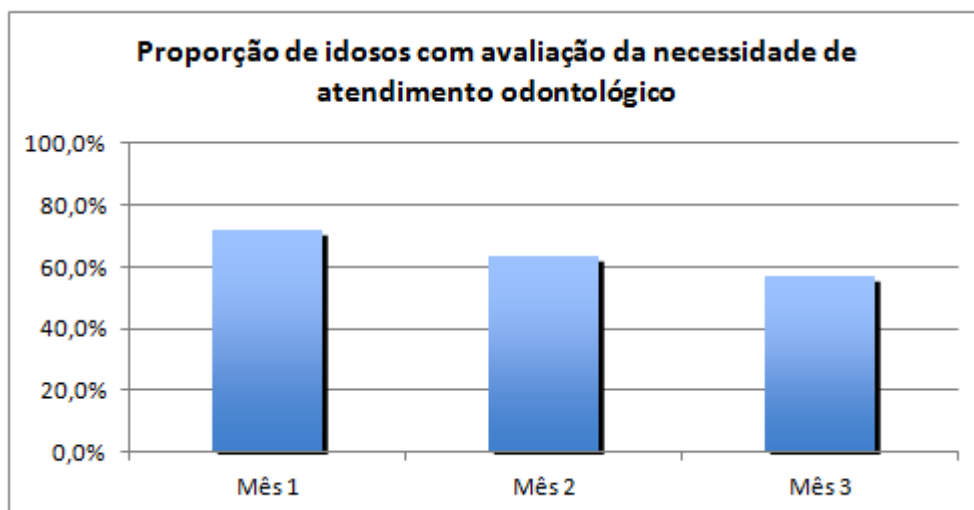


Figura 8 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

No que diz respeito a realização da primeira consulta odontológica programática, superou-se a meta, apesar a dificuldade de atendimento com os dentistas, pois na elaboração das metas os dentistas todos estavam de greve então foi colocado uma meta baixa. Contudo, após o início da coleta de dados, houve o término da greve e fo possível ampliar este indicador. Assim, tivemos 41,9% (18) de idosos com a primeira consulta agendada no primeiro mês, seguido por 38,8%(31) e 32,5% (39) respectivamente no segundo e terceiro mês – ilustrado na figura 9. Observamos percentuais decresntes em virtude de dois dos dentistas terem se afastado por motivos pessoais nos dois últimos meses da intervenção.

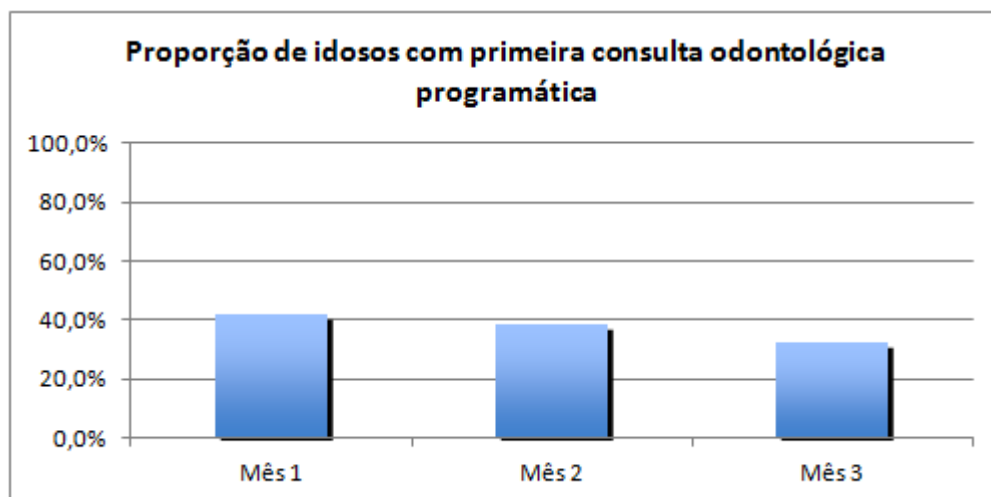


Figura 9 – Proporção de idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

No que tange a busca ativa dos idosos faltosos às consultas, houve apenas 3 abstenções às consultas e todas receberam busca ativa. Assim a meta de 100% foi alcançada nos 3 meses de intervenção – ilustrado na figura 10. Isso se deu devido ao fato de que as ACS desempenham um papel bastante eficaz em lembrar os idosos das datas das consultas agendadas, reduzindo bastante as faltas às consultas. Assim, ficou mais factível a realização da busca ativa dos ausentes.

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

**Meta 3** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

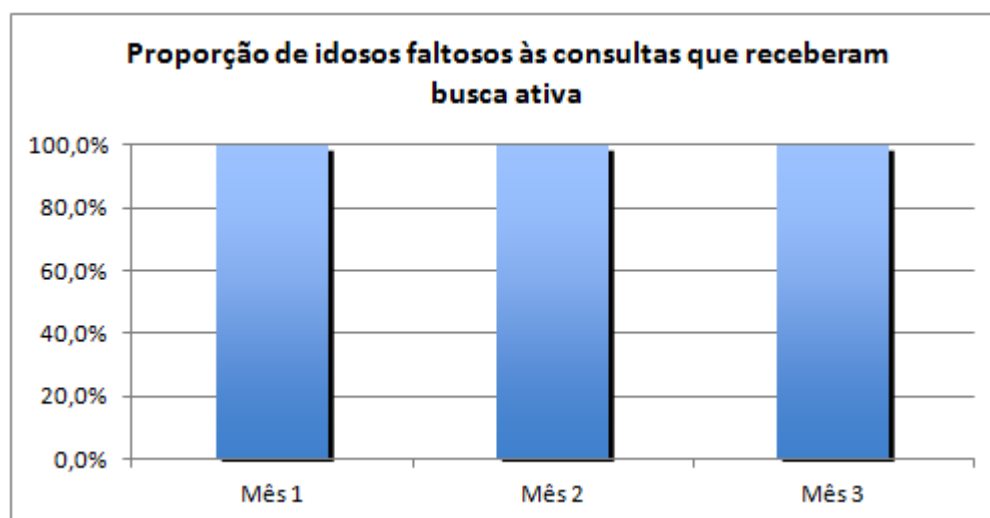


Figura 10 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.



**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações**Meta 4.1** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas;**Meta 4.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

No que se refere à proporção de idosos com a ficha espelho em dia, a meta do projeto era abranger 100% dos idosos, todavia os dados alcançados foram de 86;(37) 81,3%(65) e 80% (96) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente – ilustrado na figura 11. Isso ocorreu devido a sobrecarga de trabalho em que estive submetida e que não me permitia realizar o preenchimento de 100% das fichas espelho.

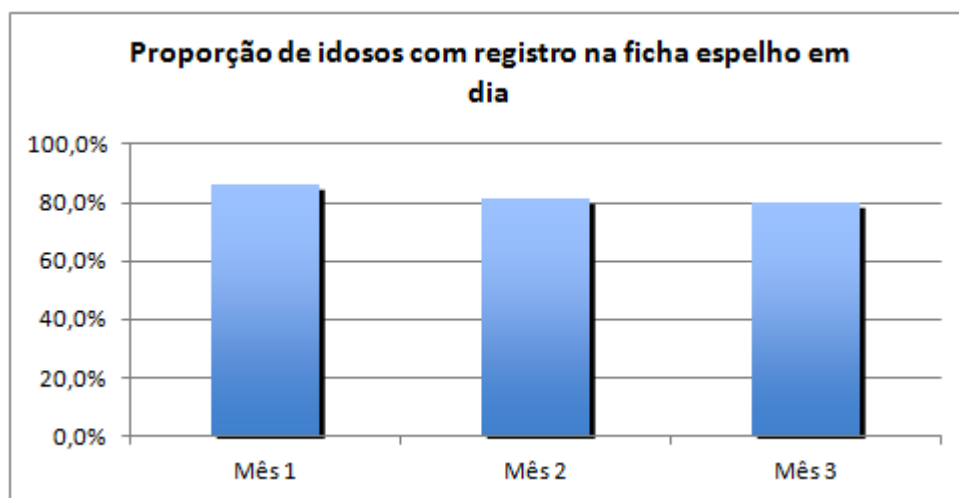


Figura 11 – Proporção de idosos cadastrados com registro na ficha espelho em dia.

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

Em relação ao percentual de idosos cadastrados que possuíam a caderneta da pessoa idosa, tinha-se como meta 100% dos idosos cadastrados. Embora não tenhamos conseguido a disponibilização de cadernetas de idosos pela SMS, alcançamos a meta dos idosos portando a caderneta, haja vista que foi feito um trabalho de orientação bastante produtivo pelas ACS para que os idosos que possuíssem a caderneta a levassem para as consultas. No primeiro

mês 10 idosos (23,3%) apresentaram a caderneta, no segundo mês 20 (27,5%) e no terceiro mês 32 (26,7%) ilustrado na figura 12.

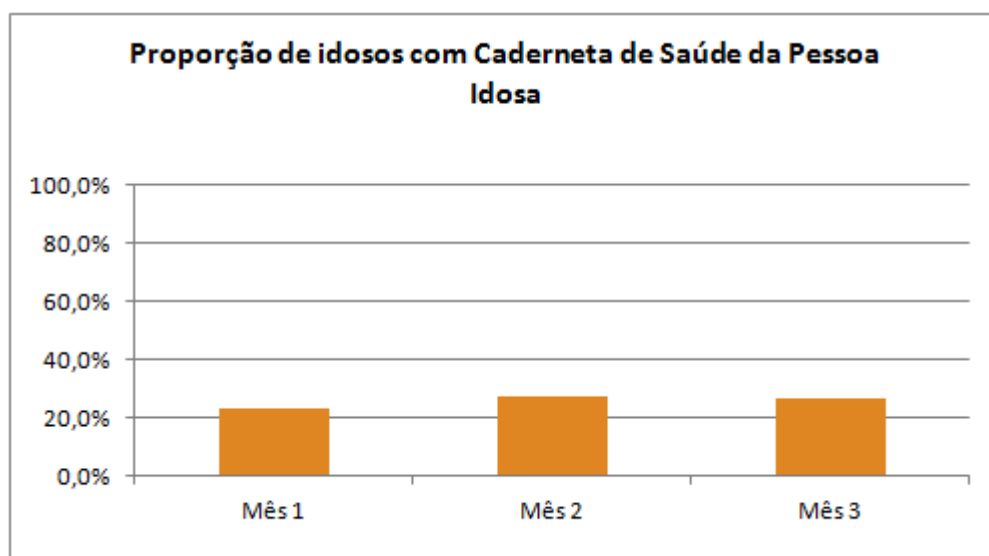


Figura 12 – Proporção de idosos cadastrados com a caderneta de saúde da pessoa idosa. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

**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;

No que diz respeito a proporção de idosos com avaliação do risco para morbimortalidade em dia; avaliação para fragilização na velhice e avaliação da rede social em dia, foram obtidos índices bem próximos à meta de 100%, pois isto já fazia parte da minha rotina clínica e mantive o hábito de investigar tais fatores, só não o fazendo na impossibilidade por tempo de consulta excedido. Assim, obtivemos uma cobertura de 97,7%(42), 95%(76) e 90%(108) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, da avaliação de risco para morbimortalidade – ilustrado na figura 13; 100%, 98,8% e 96,7% no primeiro, segundo e terceiro mês de cobertura na avaliação para fragilização na velhice – ilustrado na figura 14; e 97,7% (42), 96,3%(77) e 95,8%(115)

respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês no que reporta a cobertura da avaliação da rede social em dia – ilustrado na figura 15.

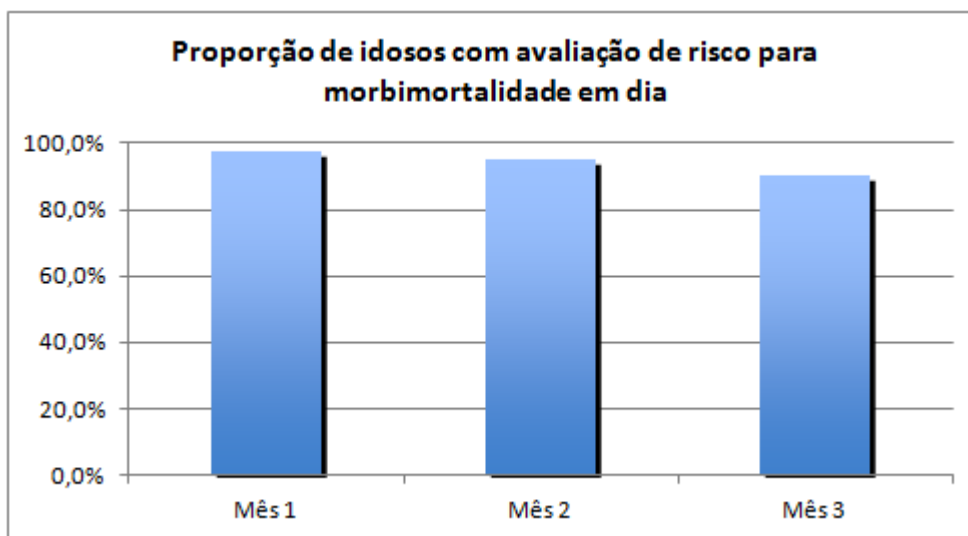


Figura 13 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

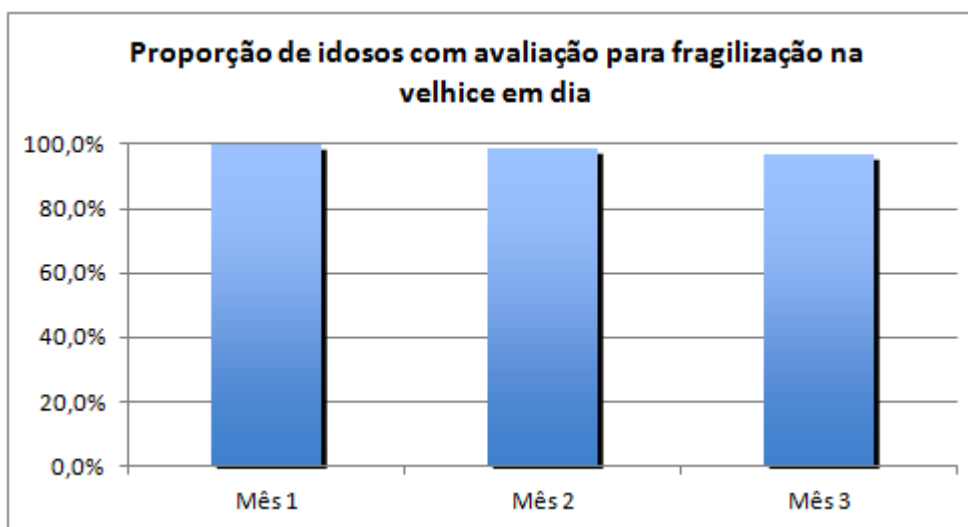


Figura 14 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação para fragilização na velhice em dia. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

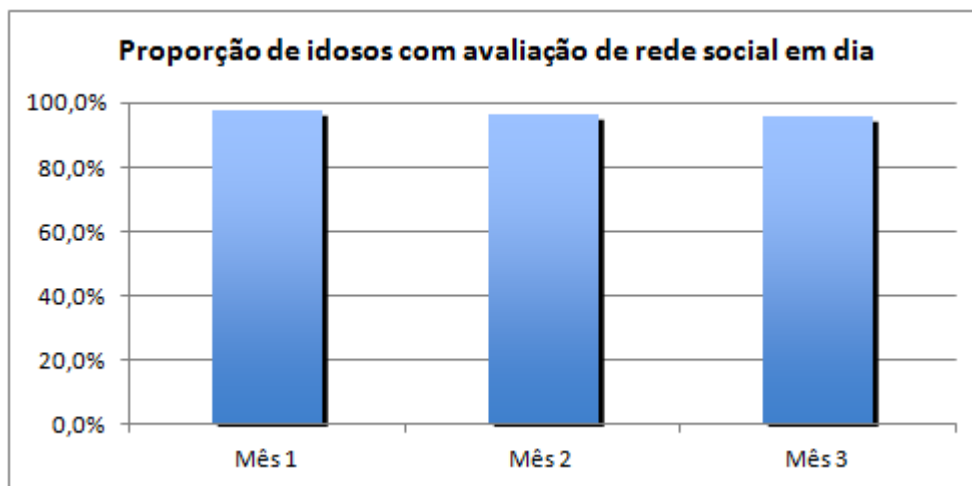


Figura 15 – Proporção de idosos cadastrados com avaliação da rede social em dia.  
Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

**Objetivo 6** Promover a saúde dos idosos;

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos;

**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;

No que é relativo à orientação nutricional para hábitos saudáveis e para a prática de atividades físicas regulares a meta do projeto era de 100%. Foram obtidos valores bem próximos desta meta por ser já parte da minha rotina clínica realizar tais orientações, sendo raro o esquecimento ou falta de tempo para sua execução. Assim, no que se refere à orientação nutricional houve um total de 97,7%(42), 98,8%(79) e 98,%(118) de abrangência no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente – ilustrado na figura 16. Já no que tange a orientação para a prática de atividades físicas tivemos 100%(120), 98,8%(79) e 96,7%(118) de abrangência no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente - ilustrado na figura 17.

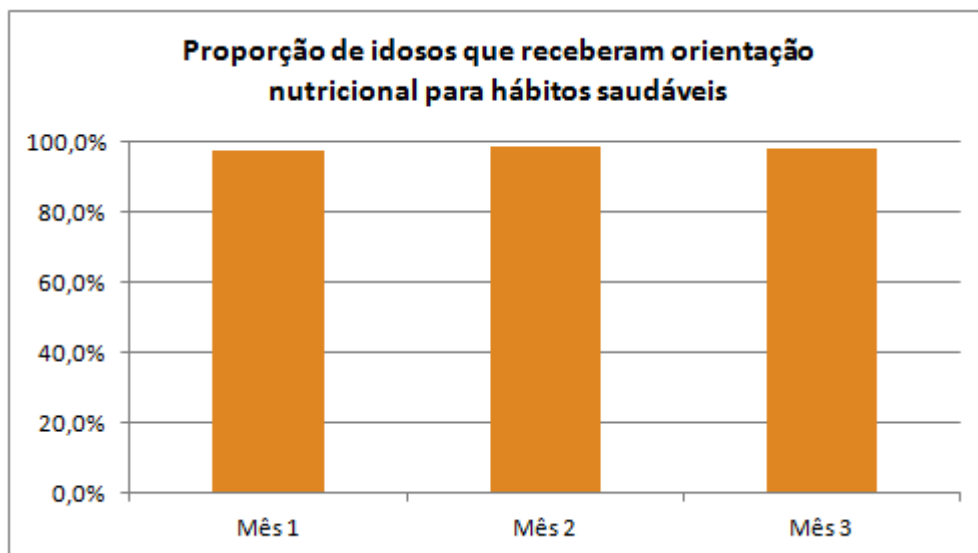


Figura 16 – Proporção de idosos cadastrados que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

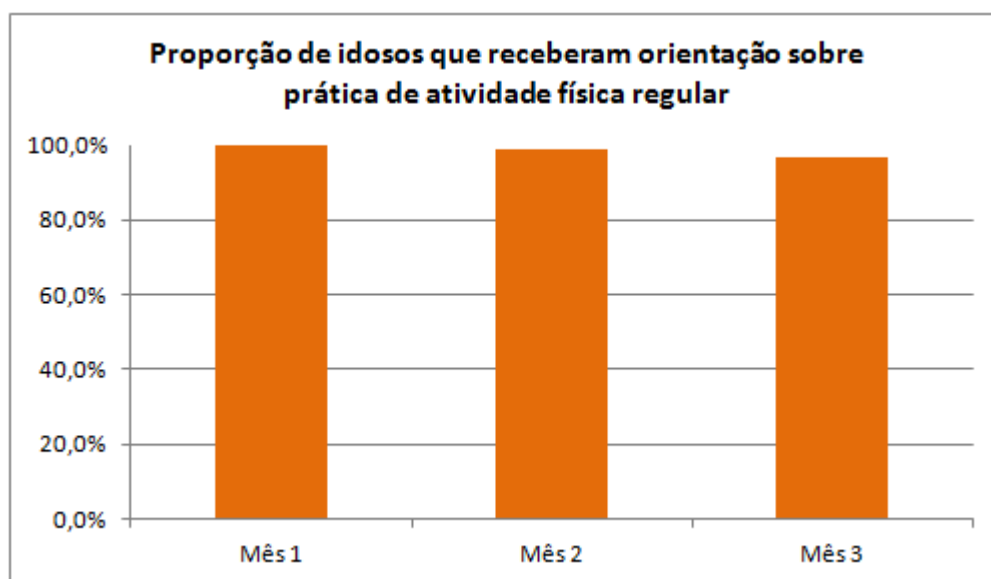


Figura 17 – Proporção de idosos cadastrados que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014.

## 4.2. Discussão

Até o início da intervenção, a atenção à saúde dos idosos da UBS de Nova Natal era baseada nos atendimentos realizados pelos médicos ou pela

equipe de enfermagem, no consultório ou em domicílio, sem um registro padronizado das consultas.

A intervenção, na UBS de Nova Natal, proporcionou a melhoria na atenção à saúde do idoso residente área adstrita da minha equipe de saúde, haja vista que não contamos com a colaboração das demais equipes de saúde; a melhoria dos registros, com a implementação da ficha espelho nas consultas geriátricas; a melhoria significativa nos índices de idosos com avaliação multifuncional em dia; a ampliação do cadastramento dos idosos acamados ou domiciliados com visita domiciliar e do número de idosos com a primeira consulta odontológica programática. Ademais, foi realizada a capacitação dos cuidadores de idosos através de uma ação para melhoria da promoção à saúde deste grupo etário.

A intervenção exigiu que a equipe se envolvesse na melhoria da atenção à saúde do idoso, de forma que houve um trabalho integrado da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes de saúde. Infelizmente, não pudemos contar com a colaboração plena dos dentistas, os quais não puderam realizar o preenchimento das fichas espelho da saúde bucal.

Durante a execução desta intervenção, os ACS ficaram responsáveis pela orientação dos idosos que iriam passar pela consulta médica de que estava sendo realizado um projeto de intervenção, o qual iria padronizar as consultas geriátricas e podiam exigir um maior tempo de consulta, além de contribuir com o cadastramento dos idosos acamados e domiciliados, haja vista que estavam em pleno processo de recadastramento em virtude da implementação das fichas do E-SUS.

Além disso, realizavam a busca ativa dos idosos faltosos e verificavam se após as consultas odontológicas havia sido realizada as orientações sobre a saúde bucal, bem como avaliavam a rede social e avaliavam se haviam sinais de fragilização na velhice e solicitavam que os idosos que já tivessem recebido a caderneta de saúde da pessoa idosa a portassem no momento da consulta; a enfermeira ficou responsável pela avaliação da rede social dos idosos e de sinais indicativos de fragilização na velhice, além de realizar capacitação dos cuidadores de idosos; as técnicas de enfermagem além de contribuírem com tal capacitação, também registravam medidas como peso, altura e aferição dos níveis pressóricos dos usuários; a médica ficou responsável pelo registro nas

fichas espelho, pela realização da avaliação multifuncional dos idosos, pela realização das visitas domiciliares junto à equipe de saúde, pela orientação quanto à prática de atividades físicas regulares e hábitos nutricionais saudáveis, pela avaliação de sinais de fragilização na velhice, fatores de morbimortalidade e rede social, pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico, pela solicitação de exames complementares, pelo rastreio de diabetes nos idosos hipertensos e pela prescrição prioritária de medicamentos cadastrados no programa do governo “Farmácia Popular”.

Infelizmente os dentistas não puderam realizar o registro específico da saúde bucal pois estavam com excesso de demanda em virtude greves prévias e afastamentos do trabalho, todavia contribuíram com a realização da primeira consulta odontológica programática e com as orientações a respeito da saúde bucal.

Isto acabou tendo um impacto positivo na melhoria da realização do preparo dos idosos com registros antropométricos claros no prontuário e na capacitação da equipe de maneira geral para que fossem efetuadas atividades de orientação aos cuidadores de idosos e rastreio para fatores de fragilização e rede social deficiente.

Antes da instituição do projeto de intervenção, as consultas geriátricas eram baseadas na figura da médica, todavia após a instituição da intervenção a equipe passou a trabalhar conjuntamente e se obteve uma melhoria na atenção à saúde da pessoa idosa. A instituição de uma ficha de registro específico para as consultas geriátricas certamente padroniza o atendimento e proporciona um melhor acompanhamento a longo prazo da saúde do usuário. Ademais, a realização da capacitação aos cuidadores de idosos e da avaliação multifuncional contribui com a prevenção de agravos e promoção à saúde.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, haja vista que envolve promoção à saúde e prevenção de agravos e um melhor seguimento em longo prazo do idoso acompanhado. Todavia, os usuários cadastrados no projeto se mostraram satisfeitos com os serviços de saúde prestados. Alguns queixaram-se do maior tempo de espera para as consultas médicas, as quais se tornaram mais longas em virtude do preenchimento da ficha espelho e da avaliação multifuncional rápida. Apesar de ter melhorado a atenção a saúde dos idosos, ainda há um percentual considerável de idosos

não cadastrados no projeto dentro de minha equipe de saúde e não houve adesão das demais equipes ao programa.

A intervenção poderia ter sido mais ampla se eu tivéssemos tido uma participação de todas as equipes de saúde, todavia creio que faltou um planejamento adequado com um melhor esclarecimento das demais equipes a respeito da importância do projeto. Acredito que em virtude de todos os médicos da UBS estarem também realizando ações de intervenção, pois todos são vinculados ou ao PROVAB ou ao MAIS MÉDICOS, cada um teve um olhar individualista a respeito da implementação dos projetos de intervenção. Desta maneira, acredito que um trabalho realizado envolvendo todas as equipes traria um maior benefício à comunidade. Assim, eu teria agido de forma diferente nesses quesitos, de forma a planejar melhor a ação de intervenção para que ela tivesse conseguido abranger as demais equipes.

Assim, pretendemos incorporar o serviço à rotina da UBS através da apresentação dos resultados obtidos com esta intervenção e análise da melhoria na saúde do idoso. Para tanto, será solicitado a anexação da ficha espelho a todos os prontuários de idosos que compareçam às consultas médicas na UBS. Tal trabalho contará com a colaboração da recepcionista encarregada de separar os prontuários dos usuários que comparecem às consultas.

Percebemos que a falta de registros padronizados a respeito da saúde bucal demanda um maior trabalho da equipe de saúde para verificar se houve as orientações sobre a saúde bucal. Assim, será solicitado aos dentistas o seu preenchimento adequado na medida em que eles normalizem suas atividades.

Desta maneira, pretendemos ampliar a intervenção dentro da UBS de Nova Natal e seguir com a realização de novas ações de promoção a saúde nos próximos meses, as quais possam abranger temas relevantes ao público idoso. Ademais, pretende-se investir mais na capacitação dos ACS, haja vista que eles são o elo mais próximo entre a comunidade e os serviços de saúde e muito contribuem com a promoção à saúde da população.



### 4.3. Relatório da intervenção para gestores

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do atuantes no SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância. Nessa proposta, o curso de especialização propicia ao especializando realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Assim, o relatório que se segue aborda a implementação do projeto de intervenção desenvolvido durante o ano de 2014 pela médica Natália Celi Lima de Oliveira Nepomuceno com a colaboração de sua equipe de saúde e intitulado “melhoria na atenção à saúde do idoso na UBS de Nova Natal, Natal/RN”.

Após a análise situacional da USF de Nova Natal quanto à atenção aos idosos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), identificou-se que um dos problemas a falta de um registro específico para as consultas geriátricas bem como a baixa realização da avaliação multifuncional rápida dos idosos. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar instituir uma ficha espelho para padronizar os registros das consultas médicas e a realização da avaliação multifuncional rápida nos idosos cadastrados no programa de maneira a melhorar a atenção à saúde do idoso. Ademais, prevíamos aumentar a

distribuição das cadernetas de saúde do idoso, haja vista que apenas 7% dos idosos portavam a caderneta dos idosos durante a análise situacional.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe de saúde para que todos os componentes ficassem cientes da importância do projeto a ser implantado e para a definição do papel de cada membro da equipe durante a execução do presente projeto. Foi um trabalho interessante e que envolveu ações multidisciplinares em saúde, contando com a colaboração de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O dentista participou de forma parcial, pois esteve ausente em vários momentos, seja por motivo de greve, seja por motivos pessoais.

Em um momento seguinte, fizemos a capacitação do ACS para que estes pudessem reconhecer os sinais de fragilização e de deficiência na rede social dos idosos. Foi, então, iniciado o projeto.

Conseguimos ao longo dos três meses da intervenção cadastrar 120 idosos de um total de 275 idosos (43.6%) residentes na área adstrita a minha equipe de saúde. Embora não tenhamos conseguido cadastrar 100% dos idosos, devemos perceber que o tempo de intervenção foi curto e que se continuado é factível uma cobertura de 100% dos idosos.

Assim, foram impressas com recursos próprios as fichas espelho que serviram como registro padronizado das consultas geriátricas e como base de coleta de dados para o presente trabalho. Com a avaliação dos dados coletados, observou-se que dos 43% (120) dos idosos pertencentes a minha equipe de saúde e cadastrados no projeto 97,5% (118) tiveram a avaliação multifuncional realizada e 80% tiveram o registro adequado nas fichas espelho ao término da intervenção. Estes índices são bastante satisfatórios, pois permitirão o acompanhamento a longo prazo da saúde destes idosos e sua evolução, permitindo ao médico se antecipar aos agravos à saúde e diminuindo patologias que possam ser prevenidas ou mesmo retardando o surgimento de outras.

Quanto à distribuição das cadernetas de idosos, foi solicitado junto aos administradores da UBS o aporte de novas cadernetas, haja vista que a Unidade de Saúde não dispunha de cadernetas a serem distribuídas. Entretanto, a administradora informou que não conseguiu junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a oferta de tais cadernetas. Assim, não

conseguimos ampliar a distribuição das cadernetas de idosos, mas foi orientado a todos os idosos no momento da marcação das consultas a importância de portar o documento no encontro médico.

Ao longo da intervenção a população ficou bastante satisfeita com a consulta prestada, a qual garantia uma avaliação global do idoso com registro de medicamentos em uso, avaliação multifuncional, orientações quanto a hábitos de vida saudáveis, pesquisa de fatores de fragilização na velhice, bem como de fatores de morbimortalidade e de deficiência na rede social que ampara o idoso, além de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, pesquisa de diabetes nos usuários hipertensos, medidas de pressão arterial, solicitação de exames complementares, realização de exame clínico apropriado e visita domiciliar aos acamados. Recebemos diversos elogios da população, principalmente pelas ações de promoção à saúde realizada.

Dessa maneira, acredito que com a disponibilização pela SMS da ficha espelho para o registro das consultas geriátricas e das cadernetas de idosos para todas as Unidades de Saúde do município de Natal, teríamos um melhor acompanhamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar; reconheceríamos a população idosa cadastrada pelas equipes de saúde da família; estabeleceríamos critérios de risco para priorização de atendimento; além de evitar patologias potencialmente podem ser prevenidas e que acarretariam internamentos, exames complementares e tratamentos onerosos para o Município. Ademais, é essencial a capacitação das equipes de saúde para que haja a melhoria na atenção à saúde do idoso, para que haja um trabalho multidisciplinar e integral.

Assim, creio que o baixo custo para a implementação em todo o município de Natal/RN do projeto de intervenção aqui descrito justifica os benefícios a longo e médio prazo.

#### **4.4. Relatório da intervenção para a comunidade**

Este Relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido um estudo de intervenção de autoria da médica Natália Celi Lima de Oliveira

Nepomuceno, funcionária da Unidade de Saúde da Família (USF) de Nova Natal, situada no município de Natal/RN.

Segundo os dados coletados com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a população da área da equipe de saúde da qual faço parte é de aproximadamente 3500 usuários, dos quais 275 são indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Após a análise situacional da USF de Nova Natal quanto à atenção aos idosos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), identificou-se que um dos problemas a falta de um folha específica para as consultas geriátricas bem como a baixa realização da avaliação multifuncional rápida dos idosos. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar instituir uma folha padrão para as consultas geriátricas e a realização da avaliação multifuncional rápida nos idosos cadastrados no programa de maneira a melhorar a atenção à saúde do idoso. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

- Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de intervenção e apresentar a ficha espelho a ser anexada ao prontuário dos idosos cadastrados;
- Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho para a coleta de dados e preenchimento das fichas espelho, das ações de promoção à saúde do idoso;
- Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas ações de promoção à saúde – curso de capacitação ao cuidador de idoso;
- Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas;
- Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de Nova Natal, em especial dos ACS, para identificação de fatores de fragilização na velhice e de deficiência na rede social

Com a avaliação dos dados coletados, observou-se que foi possível cadastrar no programa cerca de 43%(120) dos idosos pertencentes a minha equipe de saúde durante os três meses de intervenção. Desse total de idosos,

97,5%(118) tiveram a avaliação multifuncional realizada e 80%(96) tiveram o registro adequado nas fichas espelho ao término da intervenção. Estes índices são bastante satisfatórios pois permitirão o acompanhamento a longo prazo da saúde destes usuários e sua evolução, permitindo ao médico se antecipar aos agravos à saúde e diminuindo patologias que possam ser prevenidas ou mesmo retardando o surgimento de outras. Os resultados serão colhidos a longo prazo quando pudermos ter um bom número de idosos acompanhados e um período que permita a comparação entre os momentos antes e após a instituição deste projeto de intervenção.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que o objetivo inicialmente proposto de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos está sendo alcançado, pois estamos conseguindo realizar um adequado cadastramento, orientações e registro em folha específica das consultas. Além disso, foi muito importante para a Equipe de Saúde que conseguiu melhorar a sua atuação multidisciplinar, na qual médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuaram em conjunto para melhor atender às necessidades da população. Sem o trabalho em equipe não teria sido possível realizar tal intervenção. Assim, acredito que além dos ganhos na saúde do idoso, também ficará o aprendizado de que trabalhar em conjunto otimiza a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Por fim, pretendemos expandir o projeto de intervenção para todos os usuários idosos da USF de Nova Natal, através da conscientização das demais equipes de que é necessário melhorar a atenção à saúde do idoso. Seguiremos com a implantação dos registros específicos das consultas, com a avaliação multifuncional rápida dos idosos e com as orientações, além de que planejamos tornar rotina reuniões mensais com este grupo etário para que assim possamos promover a saúde de forma plena entre os residentes idosos da área da USF de Nova Natal.

## **5 Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem**

Para mim, o fato de eu ter participado deste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família, além da bonificação ofertada para as provas de residência através deste título.

Quando passei a compreender o Projeto Pedagógico do curso, percebi que eu poderia de fato realizar uma ação de intervenção em minha UBS que trouxesse benefícios significativos para a população, além de realizar um trabalho científico que possibilitará que outros centros tenham acesso às ações desenvolvidas em minha realidade e possam expandir este projeto para novos horizontes.

Passei por alguns problemas pessoais que me fizeram ficar um pouco ausente em alguns momentos do curso, fazendo com que, várias vezes, pensasse em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha família e da UFPel, com a minha orientadora sempre me incentivando a seguir adiante e me conscientizando da importância de cumprir os prazos, então consegui perseverar no curso e realizar minha intervenção.

Acreditava que a realização do projeto de intervenção seria mais fácil e que contaria com a colaboração de todas as equipes da UBS, todavia não foi o que aconteceu. Tive que adaptar o projeto a algumas peculiaridades, como: restringir o espaço amostral aos usuários adstritos a área da minha Equipe e contornar a não participação plena dos dentistas na coleta de dados de saúde bucal.

Assim, o curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da USF de Nova Natal em relação à melhoria na atenção à saúde do idoso.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados concretos, pois assim podemos atender

aos problemas mais relevantes da população e que o trabalho em equipe multidisciplinar é extremamente produtivo e traz resultados significativos.

## **6 Referências Bibliográficas:**

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

BRASIL, 2005 “Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso”, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.



## **Anexos**



## Anexo B- Planilha de Coleta de dados

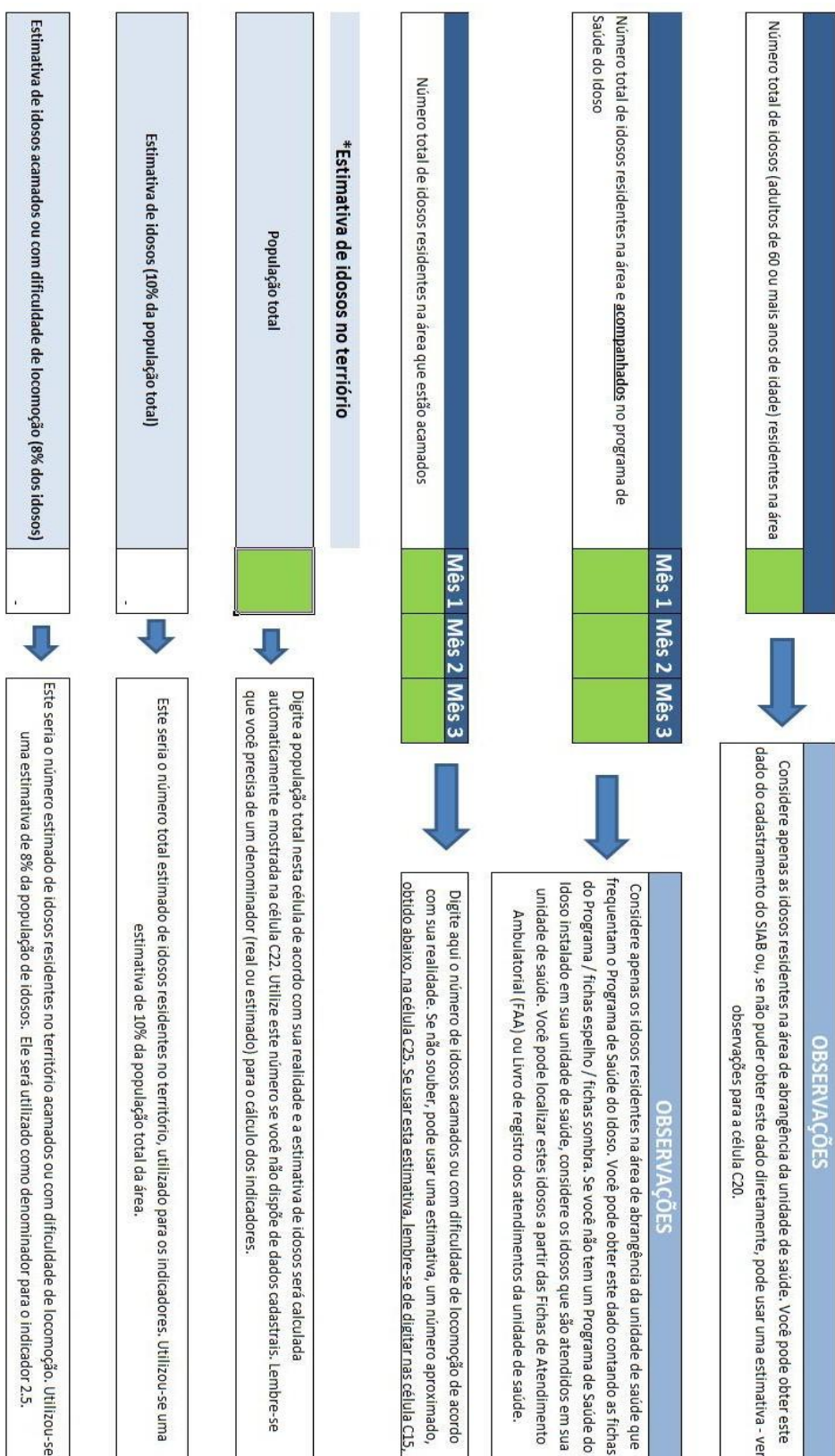


Figura 19 – Aba inicial da planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	<b>Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1</b>													
2	Dados para coleta	Numero do Idoso	Nome do Idoso	Idade do Idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sistêmica maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1												
5		2												
6		3												
7		4												
8		5												
9		6												
10		7												
11		8												
12		9												
13		10												
14		11												
15		12												
16		13												
17		14												
18		15												
19		16												
20		17												
21		18												
22		19												
23		20												
24		21												

Figura 20 – Aba para da planilha de coleta de dados coluna A-N


	A	B	C	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	<b>Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1</b>											
2	Dados para coleta	Numero do Idoso	Nome do Idoso	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Cadermeta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1										
5		2										
6		3										
7		4										
8		5										
9		6										
10		7										
11		8										
12		9										
13		10										
14		11										
15		12										
16		13										
17		14										
18		15										
19		16										
20		17										
21		18										
22		19										
23		20										
24		21										

Figura 21 – Aba para da planilha de coleta de dados coluna A-C e O-W

	A	B	C	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1											
2	Dados para coleta	Numero do Idoso	Nome do Idoso	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Cadernea de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1										
5		2										
6		3										
7		4										
8		5										
9		6										
10		7										
11		8										
12		9										
13		10										
14		11										
15		12										
16		13										
17		14										
18		15										
19		16										
20		17										
21		18										
22		19										
23		20										
24		21										

Figura 22 – Aba para da planilha de coleta de dados coluna A-C e S



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

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

---


OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

---




Figura 23 - Documento do comitê de ética do projeto de intervenção