

**Universidade Aberta do SUS- UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**MAYARA MONIQUE FIGUEIREDO PINHEIRO**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA FRANCISCO PEREIRA BATISTA, COARI/AM**

**Pelotas,2014**

Mayara Monique Figueiredo Pinheiro

Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família Francisco  
Pereira Batista, Coari/AM

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de  
Valorização à Atenção Básica – PROVAB aprovado,  
como requisito parcial, para obtenção do certificado  
de Especialista em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Pelotas – UFPeL.

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2014

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

P654m Pinheiro, Mayara Monique Figueiredo

Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família Francisco Pereira Batista, COARI/AM / Mayara Monique Figueiredo Pinheiro; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde do idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde bucal I. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## DEDICATÓRIA

*Ao meu querido pai, de quem muito me orgulho por tudo que é e por tudo que faz, pelo apoio, amor e cuidado. Meu maior amor, minha essência.*

*À minha mãe amada pelo carinho, pelo amor e por ter sido minha companheira durante todo esse ano de muita luta.*

*Ao meu noivo lindo e amado que muito me ajuda nos meus trabalhos e objetivos. Você é um presente lindo de Deus, te amo e irei te amar por toda eternidade.*

*Por fim, dedico esse trabalho a comunidade para qual trabalhei com muito afinho e dedicaçãõ.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades até aqui me dadas, por sua imensa misericórdia e imenso Amor em me permitir fazer aquilo que amo e que nasci para fazer, cuidar de pessoas. Senhor, Graças a ti sou tudo que sou e tenho tudo que tenho, então faz de mim teu instrumento para que eu amenize a dor do meu próximo, olhando, tocando, ouvindo e tratando de forma adequada de cada um deles.

Agradeço secundariamente ao meu pai, meu maior exemplo de vida, pessoa mais benevolente que já conheci. Tenho muito orgulho e muita admiração por você, meu herói. Saiba que sem ti não sei viver e é por ti que busco meu melhor. Obrigada pelo cuidado, cuidado no olhar, no fazer, no se preocupar. Obrigada por zelar por mim, por me amar e por atender aos meus pedidos. Obrigada ainda por ser tão maravilhoso com seus próximos e me inspirar a ser cada vez mais humana. Obrigada por ser esse administrador tão competente, de bom coração, humilde e pacífico. Deus é contigo. Obrigada pelos ensinamentos, pelos conselhos, pelos valores e pela dedicação. Você é meu maior amor, minha essência, minha vida. Amo você.

Obrigada à minha mãe por ser tão companheira, tão parceira, ter dividido comigo muitas responsabilidades e ter me ajudado nos meus afazeres diários. Obrigada pela dedicação mãe, amo você.

Agradeço também aos meus amigos, em especial à Sthefany Flor, uma amiga tão solidária, tão linda e solícita. Você é um presente de Deus pra minha Vida, amo você amiga.

Obrigada ao meu noivo tão amado e querido. Foi difícil amor, mas conseguimos juntos e firmes. Obrigada pelo carinho, pelo amor, pela dedicação, pelo apoio durante todos esses anos e em especial durante essa experiência juntos. Amo você e esse amor cresce cada dia mais dentro do meu coração e da minha alma. Você é um noivo muito presente em minha vida. Muito obrigada por fazer parte de mim.

Obrigada a UFPEL pelos conhecimentos acrescentados, pelos materiais fornecidos e pelos ganhos em minha vida profissional e da minha comunidade. Obrigada a minha orientadora Ethieli Rodrigues, pelos conselhos, orientações. Você participou muito do meu dia a dia durante esse ano. Obrigada pela paciência e pelos ensinamentos. Agradeço especialmente a minha supervisora Dra Heliana Feijó por seu compromisso conosco durante todo esse ano, pela sua dedicação ao seu trabalho, pela sua enorme solidariedade e bondade; pela sua paciência; pelos seus ensinamentos e pelo seu profissionalismo e engajamento essenciais para realização desse trabalho. Agradeço por fim a toda a equipe, pelo esforço e dedicação ao trabalho.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01.</b> Cobertura da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL/ EAD, 2014	58
<b>Figura 02.</b> Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	59
<b>Figura 03.</b> Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	60
<b>Figura 04.</b> Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	61
<b>Figura 05.</b> Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	61
<b>Figura 06.</b> Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	62
<b>Figura 07.</b> Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	63
<b>Figura 08.</b> Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	64
<b>Figura 09.</b> Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	65
<b>Figura 10.</b> Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	66



<b>Figura 11.</b>	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	67
<b>Figura 12.</b>	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	68
<b>Figura 13.</b>	Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	69
<b>Figura 14.</b>	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	69
<b>Figura 15.</b>	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	70
<b>Figura 16.</b>	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	71
<b>Figura 17.</b>	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	72
<b>Figura 18.</b>	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	73
<b>Figura 19.</b>	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	74

<b>Figura 20.</b>	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	74
<b>Figura 21.</b>	Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	75
<b>Figura 22.</b>	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade Básica Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	76
<b>Figura 23.</b>	Proporção dos idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	77
<b>Figura 24.</b>	Proporção de idosos com orientações individual de cuidados em saúde bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari,AM. UFPeL / EAD, 2014	78
<b>Figura 25.</b>	Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014	79

## LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Amazonas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema ÚNICO de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFAM                    Universidade Federal do Amazonas

UFPeL                    Universidade Federal de Pelotas

UNASUS                    Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

Apresentação.....	16
1 Análise situacional.....	18
1.1 .....Texto	
Inicial sobre a Situação da ESF.....	18
1.2 .....Relat	
ório da Análise Situacional .....	18
1.3 .....Com	
entário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da	
Análise Situacional .....	23
2 Análise estratégica .....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo Geral .....	25
2.2.2 Objetivos Específicos .....	25
2.2.3 Metas.....	26
2.3 Metodologia .....	28
2.3.1 Ações .....	28
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística .....	50
2.3.4 Cronograma .....	53
3 Relatório da intervenção.....	54
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as	
facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente	
ou parcialmente.....	54
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as	
facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente	
ou parcialmente.....	55
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à	
Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos	
indicadores.....	56

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	56
4 Avaliação da intervenção .....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão.....	77
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	80
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	83
6 Bibliografia.....	85
Anexos	
Anexo A – Planilha de coleta de dados.....	86
Anexo B – Ficha espelho .....	91
Anexo C – Ficha de Saúde Bucal.....	94
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética.....	95

## RESUMO

PINHEIRO, Mayara Monique Figueiredo. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família Francisco Pereira Batista, COARI/AM.** 2014. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A principal causa de morte no Brasil e no mundo são as doenças cardiovasculares, tanto em homens quanto em mulheres muitas dessas doenças são complicações que podem ser prevenidas ao manejarmos adequadamente a população idosa ou indivíduos com comorbidades que predispõe a essas complicações. Este trabalho foi desenvolvido no bairro de Chagas Aguiar, na UBS Francisco Pereira Batista, no município de Coari/Am. Ao analisarmos a situação da Saúde do município, evidenciou-se que se fazia necessária a organização dos serviços e padronização da assistência através de registros específicos. O projeto utilizou-se das fichas espelhos fornecidas pela UFPEL, traçamos metas e priorizamos alguns objetivos na atenção básica oferecida aos idosos. Ao final dos 3 meses de intervenção coletamos dados e acompanhamos 121 pacientes, obtivemos alcances significativos na avaliação clínica desses pacientes e na promoção em saúde orientada a eles. Como resultados ampliamos a cobertura do atendimento aos idosos qualificamos os atendimentos clínicos, aproximamos a comunidade da unidade de saúde e buscamos o engajamento público. O real motivo do início da intervenção foi o modelo precário adotado anteriormente na unidade supracitada, com pouco ou nenhum acompanhamento dos pacientes. A importância do fortalecimento das ações e da equipe de saúde corresponde a uma das principais ferramentas para o controle e redução da morbimortalidade relacionada as doenças dessa idade. Ao longo da intervenção verificamos entre outros pontos uma melhora na adesão medicamentosa, do seguimento às consultas de retorno, da busca ativa realizada pelos profissionais da unidade de saúde e um melhor acolhimento com a população.

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

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, localizada no município de Coari/ AM.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.



## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

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

Trabalho em uma UBS no bairro Chagas Aguiar, que possui uma população adscrita aproximada de 1.087 famílias. A estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS) dividida em 01 sala de curativo, 01 sala de farmácia, 01 sala de consultório médico, 01 sala de enfermagem, 01 sala odontológica, 01 sala administrativa, 01 sala para os Agentes Comunitários de Saúde(ACS), 01 sala de depósito, 02 banheiros. No meu dia- a- dia de trabalho convivo com 01 enfermeira, 12 ACS e divido os atendimentos com um outro médico.

A princípio não separamos os dias por programas específicos, atendemos a livre demanda diariamente, e fazemos a visita domiciliar duas vezes por semana. A demanda é alta, estamos ainda nos adaptando e tentando fazer da melhor forma para melhor atendermos as expectativas da população.

No bairro Chagas Aguiar, a área adscrita da UBS está dividida em 12 microáreas. Cada agente comunitário cuida de aproximadamente 91 famílias. Sendo a adscrição aproximada em 6.187 pessoas. Próximo a UBS temos apenas uma escola cadastrada, a escola João Vieira a qual ministra aulas do pré- escolar ao ensino médio. Na semana que vem faremos palestras sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Planejamento Familiar (PLAFAM) e higiene bucal.

Além dos atendimentos na UBS, o médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) também é chamado a fazer atendimentos fluviais em comunidades ribeirinhas afastadas, aonde não há UBS, nessas comunidades a média de atendimento é de 70-80 / dia dependendo da complexidade dos casos, mas é especialmente gratificante, pois são pessoas muito humildes, que muitas vezes nunca saíram daquela realidade.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Sou médica e trabalho no município de Coari, que fica aproximadamente a 374 km da capital Manaus- Amazonas. O município de Coari tem aproximadamente 80.000 habitantes (entre área urbana e rural). Dispomos de 12 UBS todas Equipes da Saúde da Família, 01 Centro de Apoio Psicossocial, 01 hospital regional, 01 laboratório central. Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dispomos apenas de fisioterapeuta e nutricionista para os pacientes internados no hospital. As consultas especializadas para reumatologista, urologista, ginecologista, ortopedista e cardiologista são feitas no próprio município com tempo de espera razoável. As demais especialidades são referenciadas para a capital e depois retornam para acompanhamento na própria UBS.

Trabalho na UBS Francisco Pereira Batista no bairro Chagas Aguiar. Atendemos área urbana apenas. Existe no município uma UBS para pessoas da Zona Rural. O modelo de atenção empregado é ESF tradicional com 01 equipe com 02 médicos, 12 ACS, 02 enfermeiras, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista e 01 auxiliar de saúde bucal.

A estrutura física da UBS na qual trabalho é dividida em 01 sala de curativo, 01 sala de farmácia, 01 sala de consultório médico, 01 sala de enfermagem, 01 sala odontológica, 01 sala administrativa, 01 sala para os ACS, 01 sala de depósito, 02 banheiros, 01 copa/cozinha, 01 sala para depósitos em geral, 01 sala para avaliação de lâmina de gota espessa. Dentre as deficiências estruturais e arquitetônicas, uma muito importante é a falta de banheiro dentro do consultório, não dispomos de sala para educação em saúde; faltavam corrimões de acesso aos deficientes, mas já foram colocados. Modificar a estrutura física da UBS é difícil, pois passamos por uma reforma recente, mas mudanças simples podem ser sugeridas para se começar a ofertar saúde de maneira mais adequada, como janelas maiores e que possibilitem uma maior iluminação, a sala para educação em saúde pode ser improvisada. Já a questão dos banheiros nos consultórios envolveria uma mobilização maior e pode ser pensada para um futuro mais próximo.

Quanto as atribuições dos profissionais, os ACS fazem a territorialização da área continuamente, inclusive por grupos e microáreas; os cuidados em saúde são realizados na própria UBS, nas escolas e nos domicílios; os atendimentos de

urgência são feitos na UBS e se necessário encaminhados ao hospital. Atendimento domiciliares são feitos 2 vezes por semana, na visita médica atendemos acamados, paraplégicos, idosos, pós cirúrgicos, entre outros.

A notificação deve ser feita por qualquer profissional de saúde ou até mesmo qualquer cidadão mas na minha UBS as pessoas não se atentavam para esse fato. O fato é que hoje em dia temos muita subnotificação de doenças e quando é feita, geralmente é por médicos e enfermeiros.

A utilização de protocolos não ocorria, na realidade os únicos protocolos fielmente implantados na UBS era o de dengue e o de pré natal de baixo risco. Aos poucos fiz alguns protocolos como os de doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, Diabetes, o de doenças notificáveis (colei na parede a lista de notificação resumida), fiz reuniões com a equipe enfatizando essa importância.

Quanto ao aspecto demográfico, trabalhamos com uma população adscrita de 6187 pessoas, sendo 3032 homens e 3155 mulheres. Na UBS o acolhimento é feito por toda a equipe em todos os dias, principalmente pela recepcionista e pelas ACS que ficam na recepção enquanto não estão em campo externo. Tentamos ao máximo não limitar as fichas, mas quando a procura é muito grande sempre falo pra encaixarem os casos prioritários, sendo que os pacientes excedentes são encaminhados para o hospital ou esperam até a tarde para atendimento.

As maiores dificuldades que enfrentamos são nos atendimentos odontológicos, e estive reforçando essa necessidade para a coordenadora da atenção básica do município e os materiais foram dobrados, eram 3 por turno agora são 6 por turno, mas ainda assim são insuficientes para a necessidade da população.

Quanto à saúde da criança, atendemos puericultura todos os dias, as crianças são devidamente pesadas, colocadas no gráfico de crescimento, é avaliado seu desenvolvimento, quadro vacinal. No caderno de ações programáticas geramos o D5 de 68%, julgo baixo devido a importância desse denominador de saúde. Quanto aos avaliadores da qualidade da saúde, estamos com mais de 90% das crianças orientadas quanto ao aleitamento materno e prevenção de acidentes, vacinas em dia.

Os maiores problemas a serem enfrentados com certa urgência seriam, a baixa cobertura de 65% das crianças existentes na área de abrangência, para isso

poderia ser feita a busca ativa dessas crianças durante as visitas e a problemática da saúde bucal já esmiuçada, sobre a qual já foi prometida ainda mais mudanças nesse sentido pela gestão do município. No tocante aos registros, temos sim um déficit nessa variável, antes não se adotava essa estratégia de avaliação e monitoramento de saúde mas isso tem sido corrigido aos poucos temos implementado registros na UBS. Não dispomos de protocolos para atenção em criança, mas todos foram orientados a ler o manual do ministério da saúde e aplicar suas orientações.

Em relação à cobertura para o pré-natal obtivemos um número de 82%. Verificou-se nessa etapa duas problemáticas maiores: 1) o não comparecimento dessas gestantes a UBS, poderíamos fazer a busca ativa dessas gestantes e orientá-la a comparecer mesmo quando fazem o pré-natal também em outra instituição até mesmo porque não existe hospital particular no município, logo os partos sempre serão pelo SUS, muitas vezes por um profissional diferente daquele que a manejou. Sem falar daquelas que não fazem o pré-natal nem particular nem pela UBS, isso confere grandes riscos para a gestante e para a criança. 2) Quando as gestantes iniciam o pré-natal na UBS elas o iniciam muito tardiamente e isso dificulta o manejo, o tempo hábil para o tratamento de possíveis intercorrências, isso tem sido orientado a elas também, tenho feito palestras educativas sobre o pré-natal na qual eu mostro as doenças que podem acometer o conceito e a gestante.

Quanto à prevenção do câncer de colo uterino e de mama, encontramos o número 923 mulheres entre 25 e 64 anos. O exame colpocitológico estava parado na cidade durante o mês de março e abril por problemas com o laboratório que analisava esses exames. A partir de Maio esses exames estão sendo coletados e acompanhados. Ao fazer a busca nos prontuários, percebemos que muitos exames foram perdidos, ou que muitas dessas mulheres não o fizeram. Dessa forma, apenas 58% das mulheres estão com o exame em dia. Dos que foram coletados, ao que tudo indica todos foram coletados de forma satisfatória, mas isso nem sempre foi anotado no prontuário.

Obtivemos o número de 218 mulheres residentes na área de abrangência entre 50 e 69 anos. Sobre a mamografia, os números são absurdos, só pude analisar 01 mamografia nesses meses de trabalho e nos prontuários havia relatos de

mais duas mamografias analisadas no último ano. Isso ocorre porque no município no qual trabalho não temos mamógrafo, pois estava em manutenção.

Em minha UBS atendemos o programa de atendimento aos Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia duas vezes por semana (terça e quinta) de manhã e a tarde, mas nos outros dias sempre atendemos excedentes, demanda espontânea, sempre orientando os pacientes a retornarem, se possível no dia específico do seu programa porque é o dia em que fazemos palestras e orientações na sala de espera, direcionada para esse grupo de pacientes.

O D5 que obtivemos foi de 15%, com 200 pessoas cadastradas no programa na minha área de abrangência. No consultório chegam muito mais pessoas que essa queixa de HAS, mas ao se avaliar com cuidado se percebe que muitos pacientes tem o diagnóstico equivocado e fazem subdoses de medicações desnecessárias, pois obtiveram um pico hipertensivo. Achei essa cobertura de 15% muito baixa para o calculado inicialmente, acho que teríamos que rever esse aspecto, fazer busca ativa desses pacientes e orientar sobre a importância de comparecer e prevenir complicações acerca dessa doença.

Entre os pacientes diagnosticados com diabetes o D5 encontrado foi de 13%, com um número de 50 pessoas. O percentual de cobertura encontrado foi baixo, seria bom fazer a busca ativa, orientação domiciliar e ter mais cuidado no exame físico dos pacientes que comparecem a UBS, no tocante aos pulsos e ao exame da sensibilidade das extremidades. Orientar sobre os riscos de acidentes traumáticos em pés com sensibilidade alterada.

Quanto a atenção à saúde dos idosos o nosso D5 foi de 64%, abaixo do ideal mas é um número que tende a ser melhorado com as visitas domiciliares e busca ativa desse grupo. Não dispomos a caderneta de Saúde do idoso, solicitá-la tornará a atenção ao idoso mais sistemática e organizada, além de facilitar e dinamizar o acompanhamento.

De todos os aspectos avaliados, dois me surpreenderam de forma diferenciada, o primeiro foi a baixíssima cobertura para câncer de colo uterino e câncer de mama. O outro foi o da saúde bucal, temos uma cobertura de apenas 3% da população. Estávamos sem material e falar em saúde bucal é falar em prevenção

de agravos a saúde. A questão do câncer de colo uterino é igualmente importante pois se trata do câncer mais incidente em mulheres na região norte e de mais fácil prevenção através do exame colpocitológico. Não tenho economizado tempo em explicar a importância desse exame para as pacientes e tenho solicitado de todas as que comparecem ao meu consultório.

### **1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando esse relatório com nossa visão inicial, percebemos a importância dos dados estatísticos que tornam mais palpáveis nossas impressões, além de objetivar e aumentar nossa capacidade crítica em interferir e traçar metas por melhorias. Meu olhar se tornou mais profundo, e a vontade de mudar aumentou a partir do momento que tornamos reais as dimensões dos problemas encontrados em nossa localidade.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

De acordo com os dados obtidos das planilhas dos indicadores de saúde do site DATASUS, a principal causa de morte no Brasil e no mundo são as doenças cardiovasculares, tanto em homens quanto em mulheres. Muitas dessas doenças são complicações que podem ser prevenidas ao manejarmos adequadamente a população idosa ou indivíduos com comorbidades que predispõe a essas complicações. Então a grande importância de ampliar a cobertura e melhorar a atenção aos idosos está em prevenir mortes e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sobre esse aspecto, temos cobertura de 64%, não dispomos da caderneta da saúde da pessoa idosa , já realizamos ações educativas no âmbito da nutrição e importância na prática de exercícios físicos. Pretendemos melhorar as ações educativas em saúde bucal tanto individualmente quanto coletivamente para 100%.

A intervenção é necessária, pois melhorar a atenção a essa população é melhorar a qualidade de vida, a expectativa de vida e prevenir mortes evitáveis. Com todo o envolvimento da equipe teremos uma oferta de serviço mais organizada e dinâmica no âmbito da saúde do idoso.

### **2.2 Objetivos e Metas**

#### **2.2.1 Objetivo geral**

- Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do Idoso

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à saúde do Idoso
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear os idosos de risco de abrangência
6. Promover a saúde do idoso

### **2.2.3 Metas**

#### **Relativas ao objetivo 1, Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:**

1. Ampliar a cobertura dos Idosos de área de acompanhamento para 75%
2. Cadastrar 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção
3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção
4. Rastrear 100% dos idosos para HAS
5. Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior que 135/80mmHg para DM
6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos( com elaboração de plano de tratamento)
7. Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

#### **Relativas ao objetivo 2, Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à saúde do Idoso:**

8. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

#### **Relativas ao objetivo 3, Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde:**



9. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde
10. 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 03 meses para diabéticos
11. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos
12. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos
13. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática
14. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica
15. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados

**Relativas ao objetivo 4, Melhorar registros das informações:**

16. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas
17. Distribuir a caderneta de saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Relativas ao objetivo 5, Mapear os idosos de risco de abrangência:**

18. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade
19. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas
20. Avaliar a rede social de 100% dos idosos
21. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos

**Relativas ao objetivo 6, Promover a saúde do idoso:**

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

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

24. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal( incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática

25. Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações e detalhamento das ações

Para atingir a meta de ampliar a cobertura dos Idosos de área de acompanhamento para 75%, no eixo monitoramento e avaliação iremos Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). No eixo de organização e gestão de serviços iremos acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB. No eixo de engajamento público iremos esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. A qualificação da prática clínica será feita através da capacitação da equipe no acolhimento aos idosos, capacitação dos ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização. Poderemos envolver os ACS e fazer visitas de conferimento de cadastramento das famílias e nos atentar, nos focar em cadastrar todos os idosos da área abrangente. Humanizar o atendimento e envolver a equipe em busca de mudanças, essas capacitações serão feitas por mim e pela enfermeira nas primeiras semanas de intervenção. Pelo menos uma vez por mês iremos retificar o cadastramento das famílias e buscar o número de idosos nos atentando para as mudanças cabíveis( perdas por mortes, enquadramento em grupos de HAS, DM e outros.) Engajar a equipe, ratificando a importância das orientações individuais desde a recepção até o atendimento propriamente dito.

Buscando a meta de cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de *organização e gestão do serviço iremos garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. No eixo de engajamento público iremos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de*

Saúde. Para realizar o *monitoramento e avaliação* buscaremos monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Na *qualificação da prática clínica* iremos capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Será importante atentar mensalmente se houve mudanças nesse número de cadastramento, esses números serão passados dos ACS para a enfermeira uma vez por mês. Treinar a equipe para informar a população sobre o programa, divulgar em escolas, igrejas e grupos. Faremos palestras sobre a importância da intervenção nas primeiras semanas na própria UBS. O monitoramento cadastral mensal, separar em um grupo de merecimento de atenção diferenciada, os pacientes idosos com necessidades especiais para locomoção, os com estratificação de risco elevado, os classificados como idoso frágil e aumentar as consultas desses pacientes para quinzenal ou semanal, os demais manter em uma vez por mês

Para atingir a meta de realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, no eixo de *organização e gestão do serviço* organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. No eixo de *engajamento público* orientaremos a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para realizar o *monitoramento e avaliação* iremos monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente) e monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para *qualificação da prática clínica* vamos orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e orientar os ACS também para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Os ACS durante as visitas falarão sobre a disponibilidade das visitas domiciliares para pacientes descompensados, graves ou classificados como idosos frágeis. Esse monitoramento será feito pela enfermeira mensalmente. Fazer visitas a esses pacientes uma vez por mês, se o paciente estiver descompensado ou com estratificação de risco alta, diminuiremos a periodicidade para 15 dias ou semanalmente

Para atingir a meta de rastrear 100% dos idosos para HAS, no eixo de *organização e gestão do serviço* iremos melhorar o acolhimento para os idosos

portadores de HAS. Também buscaremos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. No eixo de *engajamento público* vamos 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. Na *qualificação da prática clínica* iremos capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Neste sentido, vamos treinar a técnica de enfermagem para a aferição correta da PA e fazer palestras ilustrativas com os riscos atribuídos ao desenvolvimento dessa comorbidade.

Buscando rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior que 135/80mmHg para DM, *no eixo de organização e gestão do serviço* iremos melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. No eixo de *engajamento público* vamos 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 Hipertensão Arterial Sistêmica.

*Também iremos orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Para o monitoramento e avaliação* vamos monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente) E para *qualificação da prática clínica* iremos capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Neste contexto vamos treinar a técnica para fazer dextro nos pacientes com HAS. Fazer palestras ilustrativas sobre os riscos atribuídos a essa comorbidade e como evita-la. Quantificar o números dos idosos triados com pressão arterial alterada. Determinar a realização de dextro nos pacientes de risco aumentado e em acompanhamento para DM.

Buscando a meta de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos( com elaboração de plano de tratamento), no eixo de *organização e gestão do serviço* iremos organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, e oferecer

atendimento prioritário aos idosos com monitorização do número de pacientes idosos atendidos mensalmente. Para realizar o *engajamento público* buscaremos informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Também iremos esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e orientar durante as visitas e palestras sobre a priorização ao atendimento odontológico ao idoso. No eixo de *monitoramento e avaliação* vamos monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período. Para a *qualificação da prática clínica* vamos capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico e capacitar os ACS para captação de idosos. Assim, será importante esclarecer para a equipe a necessidade de se priorizar o atendimento ao idoso, abrir um dia específico para o idoso na agenda semanal e melhorar a atenção a saúde bucal desses pacientes.

Para atingir a meta de fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção, no eixo de *monitoramento e avaliação* iremos monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde. No eixo de *organização e gestão do serviço* iremos organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico, organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares e garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. No eixo de *engajamento público* iremos ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento e esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares. Para a *qualificação da prática clínica* iremos capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares, capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares, qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios e capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em

cuidados domiciliares. Importante ressaltar que a orientação sobre a disponibilidade da visita domiciliar em saúde bucal será feita pelos ACS, conforme a necessidade.

Para atingir a meta de buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programada, no *eixo de organização e gestão do serviço* buscaremos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Para realizar o *engajamento público vamos* informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Também iremos esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Para realizar o *monitoramento e avaliação* iremos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Já para a *qualificação da prática clínica* iremos treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas. Assim, os idosos que comparecem à UBS terão seus endereços supervisionados, semanalmente será realizada a conferência das áreas que mais tem idosos comparecendo na UBS e buscaremos ativamente aos faltosos. Cada ACS ficará responsável em buscar os faltosos de sua área.

Para realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, no *eixo de monitoramento e avaliação* iremos monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde. No *eixo de organização e gestão do serviço vamos* garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Também iremos definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. No *engajamento público* buscaremos orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Vamos compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Para a *qualificação da prática clínica* vamos 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 e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas. A avaliação multidimensional rápida será realizada para todos os pacientes consultados, todos serão pesados, terão sua PA aferida e avaliados de forma multidimensional e orientados conforme suas características individuais.

Buscando 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 03 meses para diabéticos, no *eixo de organização e gestão do serviço vamos definir* atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. No *engajamento público vamos* orientar os pacientes 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. Para *monitoramento e avaliação vamos* monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A técnica de enfermagem irá aferir a PA em todos os pacientes e a DEXTRO quando necessário. Ao entrar no consultório o paciente terá seu exame clínico e físico minuciosamente realizado por mim ou pela enfermeira.

Buscando avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos, no eixo de *organização e gestão do serviço vamos* realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No eixo de *engajamento público vamos* orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. No eixo de *Monitoramento e avaliação vamos* realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para a *qualificação da prática clínica vamos* realizar atualização do profissional no tratamento da



hipertensão e/ou diabetes, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A farmacêutica ou a pessoa que ficar na farmácia ficará responsável de anotar todos os medicamentos ofertados a pessoa idosa e monitorar os que faltarem semanalmente, cobraremos da gestão a reposição rápida das medicações na UBS. Esses números serão repassados semanalmente para enfermeira.

Para realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabético, no *eixo de monitoramento e avaliação* iremos monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Para *organização e gestão do serviço vamos garantir* a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. No eixo de *engajamento público vamos orientar* os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Para a *qualificação da prática clínica vamos capacitar* a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Neste contexto a solicitação dos exames complementares em dia será feita por mim e pela enfermeira da UBS, de qualquer forma treinaremos os ACS para que ao olhar a caderneta de saúde dos idosos em suas visitas se atentarem para a periodicidade das consultas e para a solicitação de exames em dia. Pacientes sem risco elevado, serão feitos exames de 6 em 6 meses e pacientes com alguma comorbidade, faremos de 3 em 3 meses, paciente descompensados, mensalmente até compensação clínica.

Para concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática, na *organização e gestão do serviço* iremos 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. Já no eixo de *engajamento público vamos esclarecer* a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico. No eixo de

*monitoramento e avaliação vamos monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. Para a qualificação da prática clínica vamos treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz e capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos. Também iremos capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico. Será importante enfatizar a importância da saúde bucal na prevenção de agravos a saúde para o gestor de saúde tentando priorizar o tratamento efetivo de doenças bucais diversas dentro da governabilidade da verba local. Orientar aos pacientes sobre a importância de concluir seus tratamentos bucais na prevenção e cuidados de saúde.*

Para atingir nossa meta de avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados, iremos atuar no eixo de *organização e gestão do serviço*, organizando ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados e disponibilizando material informativo relativo ao auto-exame da boca. No eixo de *engajamento público iremos esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca e sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta. No eixo de monitoramento e avaliação iremos monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos, identificar as alterações de mucosa bucal mais prevalentes nos idosos e estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal. Na *qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência. Neste contexto, a avaliação da saúde bucal como um todo será feita pela dentista individualmente durante as consultas e esses números repassados mensalmente durante as reuniões de checagem de números e monitoramentos. Buscaremos também orientar sobre a necessidade de procurar ajuda diante de alterações diversas como aftas que não cicatrizam ou que sempre recidivam e alertar sobre os cânceres diversos da cavidade bucal.**

Para atingir a meta de avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológico, no eixo de *Monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de idosos com necessidade de prótese. Na organização*

*e gestão do serviço vamos avaliar a necessidade de substituição de próteses, avaliar os tipos de próteses necessárias, demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses e solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde. No eixo de *engajamento público vamos 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. Para a *qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias e para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde. A avaliação da necessidade da prótese dentária será feita pela dentista durante as consultas odontológicas individuais, esses registros serão repassados mensalmente.***

Buscando manter registro específico de 100% das pessoas idosas, no eixo *de Organização e gestão do serviço iremos manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos e pactuar com a equipe o registro das informações. Também iremos definir responsável pelo monitoramento dos registros. No eixo de *engajamento público vamos orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. No eixo de *monitoramento e avaliação vamos monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. Na *qualificação da prática clínica vamos treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Assim, iremos 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. Nós utilizaremos as fichas espelho, as planilhas e um caderno/ livro de registro das consultas das pessoas idosas com essas informações. Esse caderno ficará com a enfermeira, ela repassará as informações.****

Para distribuir a caderneta de saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, no eixo *de Organização e gestão de serviço vamos solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. No eixo de*

*engajamento público vamos* orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. No eixo de *monitoramento e avaliação vamos* monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Ficou acertado que todo paciente que chegar a UBS receberá a caderneta de Saúde da pessoa Idosa para melhor acompanhamento das suas informações de saúde. Essa caderneta será dada por mim, pela enfermeira ou pela recepcionista junto com a ficha espelho antes do paciente entrar no consultório. Nessa caderneta contém informações importantes sobre cuidador principal, PA, Peso, Dextro, Exames e histórico de internações, medicações em uso, medicações com efeitos colaterais não toleráveis pelo paciente ou as quais o paciente é alérgico.

Para rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade, no eixo de *Monitoramento e avaliação vamos* monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. No eixo de *organização e gestão iremos* priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade, No eixo de *engajamento público vamos* orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Na *qualificação da prática clínica vamos* capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. *Assim*, o risco de morbimortalidade será classificado por mim ou pela enfermeira, usaremos escalas já preconizadas como escala de NYHA para pacientes com ICC, ou Risco Cardíaco pelo Escore de Framingham, avaliaremos se existem lesões em órgãos alvo e priorizaremos os atendimentos dos pacientes com risco elevado ou alterado.

Para investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosa, no eixo de *Monitoramento e avaliação vamos* monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. Para a *organização e gestão do serviço, vamos* priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice. No *engajamento público vamos* orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Ficou determinado nas reuniões

que usaremos alguns fatores para classificar o idoso como frágil como: idade maior que 80 anos, dificuldades de locomoção, comorbidades descompensadas, estado geral do paciente, estado psicológico do paciente preservado, ausência de doenças demenciais ou degenerativas, status social do paciente. Eu capacitarei a equipe acerca esses tópicos que usamos para classificar o idoso como frágil e dispensarei uma atenção prioritária a estes usuários.

Para avaliar a rede social de 100% dos idosos, no eixo de *organização e gestão do serviço* iremos facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente. No eixo de *engajamento público* vamos orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Para *monitoramento e avaliação* vamos monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente. Para *qualificação da prática clínica* vamos capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos. Para *organização e gestão do serviço* vamos facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente. No eixo de *engajamento público* vamos 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...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Para *monitoramento e avaliação* vamos monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente. Os ACS irão estimular a socialização da pessoa idosa em suas visitas, eu orientarei sobre a importância da socialização manter um nexo no raciocínio da fala, da linguagem e das relações afetivas para uma adequada manutenção das áreas cognitivas do cérebro da pessoa idosa. Estimularemos o convívio em grupos na casa dos idosos, fazendo atividades cooperativistas em grupo ou individuais com disputas saudáveis e convívio comum. Na casa do idoso eles farão natação e exercício aeróbicos de leve intensidade.

Buscando a meta de Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos, no eixo de *organização e gestão do serviço* vamos priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares,

tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão). No eixo de *engajamento público vamos* orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências. No eixo de *monitoramento e avaliação vamos* monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal. *Será* aberto na agenda semanal um dia específico para o atendimento prioritário dos idosos, buscaremos saber e monitorar os idosos de risco na saúde bucal elevado, buscaremos terminar os tratamentos desses pacientes e classifica-los de acordo com os seus riscos. Essas atividades serão feitas pela auxiliar em saúde bucal e pela dentista e repassada para mim uma vez por mês.

Para Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas no eixo da organização e gestão do serviço vamos definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. No engajamento público vamos orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. No eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, além de monitorar o número de idosos com obesidade/ desnutrição. Na qualificação da prática clínica iremos 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", além de capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Faremos várias palestras nas UBS e na casa do IDOSO, faremos palestras referentes a alimentação saudável e sua importância para se viver bem e por muito tempo e faremos também palestras direcionadas a grupos de riscos como hipertensos e diabéticos. Além disso esses pacientes receberão orientações dentro do consultório, individualmente e tirarão dúvidas. Seria interessante tentar adequar as palestras dietéticas para a realidade local, com alimentos nutritivos, baratos e regionais

Para garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos, no eixo de *organização e gestão do serviço iremos* definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e

demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física. No eixo de *engajamento público vamos* orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Para realizar o *monitoramento e avaliação vamos* monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Orientaremos através de palestras sobre a prática de exercícios físicos e a diminuição do risco cardiovascular através de palestras ilustrativas, falaremos sobre como o exercício diminui a taxa de colesterol e diminui o risco de formar placa nos vasos e precipitar complicações. Estimularemos a pratica de exercícios na casa do Idoso e individualmente através de caminhadas.

Buscando garantir orientações individuais sobre higiene bucal( incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática, no eixo de *Organização e gestão do serviço iremos* organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. No eixo de *engajamento público iremos* orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Para realizar o *monitoramento e avaliação vamos* monitorar as atividades educativas individuais. Para a *qualificação da prática clínica vamos* capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. A orientação individual sobre a saúde bucal será feita pelo auxiliar de saúde bucal e pela dentista. Elas ensinarão a escovar os dentes corretamente, a fazer a assepsia bucal e orientarão sobre a periodicidade das consultas odontológicas.

Para garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados, no eixo de *organização e gestão do serviço vamos* organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal. No eixo de *engajamento público vamos* informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas e identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras. No eixo de *monitoramento e avaliação vamos* monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados. Na *qualificação da prática clínica vamos* capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Iremos trabalhar

com atividades educativas em saúde bucal uma vez por semana com orientações palestrais ilustrativas sobre como escovar os dentes corretamente, como fazer a assepsia bucal e a periodicidade das consultas odontológicas. Como evitar as cáries e sobre a importância de se manter a saúde bucal para se evitar doenças agravadas pela falta de higiene pessoal. Essas atividades serão feitas pela auxiliar de saúde bucal e pela dentista.

### **2.3.2 Indicadores**

Descrição dos indicadores que serão avaliados no projeto de intervenção e suas respectivas metas.

**Meta 1: ampliar a cobertura dos Idosos de área de acompanhamento para 75%**

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

- Numerador: Número de idosos cadastrados no programa
- Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 2: cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção**

**Indicador: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados**

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



**Meta 3: realizar visita domiciliar a 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção**

**Indicador: proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar**

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

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

**Meta 4: rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

**Indicador: proporção de idosos com verificação da pressão arterial 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 5: rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)**

**Indicador: proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes**

- Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

**Meta 6: ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos**

**Indicador: proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática**

- Numerador: número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento)
- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 7: fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção**

**Indicador: proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica**

- Numerador: número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.
- Denominador: número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde

**Meta 8: buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas**

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

- Numerador: número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde
- Denominador: número de idosos faltosos às consultas programada

**Meta 9: realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde**

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

- Numerador: número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 10: 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 03 meses para diabéticos.**

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

- Numerador: número de idosos com exame clínico apropriado.

- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 11: realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos**

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

- Numerador: número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 12: avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos**

**Indicador: proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos**

- Numerador: número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 13: concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática**

**Indicador: proporção de idosos com tratamento odontológico concluído**

- Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído

- Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

**Meta 14: avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.**

**Indicador: proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia**

- Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa

- Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde

**Meta 15: avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica**

**Indicador: proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia**

- Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese

- Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica

**Meta 16: manter registro específico de 100% das pessoas idosas**

**Indicador: proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia**

- Numerador: número de ficha espelho com registro adequado.
- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 17: distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados**

**Indicador: proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**

- Numerador: número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 18: rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade**

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

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

**Meta 19: investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas**

**Indicador: proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia**

- Numerador: número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.
- Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 20: avaliar a rede social de 100% dos idosos****Indicador: proporção de idosos com avaliação de rede social em dia**

-Numerador: número de idosos com avaliação de rede social.

-Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 21: realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos****Indicador: proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia**

-Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

-Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica

**Meta 22: garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas****Indicador: proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos 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 23: garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos****Indicador: proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular**

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

-Denominador: número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 24: garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática**

**Indicador: proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia**

-Numerador: número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

-Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica

**Meta 25: garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados**

**Indicador: proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal**

-Numerador: número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal

-Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do idoso vamos adotar o Manual da atenção a Saúde do idoso e ao seu envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006. No município não dispomos de ficha espelho específica para idosos, apenas os prontuários, sem perguntas específicas direcionadas para esse grupo. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, nós médicos, enfermeiros e a equipe iremos elaborar uma ficha complementar para a coleta dos dados necessários.

Durante a análise situacional consideramos 433 como número total de idosos. Este número incluía idosos de comunidades que não faziam parte da população adstrita da UBS, mas por ser o único dado que possuímos foi utilizado. No entanto, ao longo do desenvolvimento do projeto tivemos acesso ao número real de idosos pertencentes a nossa área de abrangência: 215.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 170 fichas espelho e anexá-las ao prontuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPEL. Nas primeiras semanas faremos as capacitações, eu como médica e a enfermeira iremos dividir as tarefas da seguinte forma:

- Capacitações que serão realizadas por mim nas primeiras semanas: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos, capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento, capacitação da equipe para a Política Nacional de Humanização, capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Capacitações que serão realizadas pela enfermeira nas primeiras semanas: Capacitar a técnica de enfermagem para aferir a pressão arterial dos idosos e a dextro dos idosos, capacitar a equipe para dividir assuntos de importância crucial para a promoção em saúde semanal na própria UBS.



As metas referentes aos monitoramentos mensais dos idosos da área com acompanhamento de saúde periódico, dos idosos com problemas de locomoção, monitorar a realização das visitas domiciliares, serão feitas pela enfermeira mensalmente. Ela passará a registrar na planilha e em um caderno específico essas informações. A atualização das informações do SIAB serão feitas mensalmente pelos ACS e repassado para a enfermeira.

Será atribuição de todos da equipe 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; acolher os idosos. Para tanto faremos reuniões em grupos de liderança da comunidade, nas igrejas e na própria UBS, palestraremos sobre a importância desse acompanhamento e enfatizaremos em todos os atendimentos e contato com os clientes. O acolhimento começará na recepção e terminará na farmácia, capacitando-os para sempre tratar bem o paciente e não medir esforços para ajudá-los.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde será enfatizado por mim junto a gestão de saúde semana após semana, não tivemos grandes problemas até então , a reposição sempre foi rápida para a demanda.

Será atribuição da dentista monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde, organizar o atendimento prioritário aos idosos, organizar a agenda das visitas domiciliares, concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática Propusemos que ela oferecesse um dia da semana específica para o grupo alvo da intervenção e melhorasse a atenção a saúde bucal dessa faixa etária alvo.

Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas será atribuição dos ACS, eles ficaram atentos ao número de idosos que compareciam à UBS por área( monitoraremos isso pelo endereço do prontuário) e buscaremos os faltosos.

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

Saúde, 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 03 meses para diabéticos, realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, manter registro específico de 100% das pessoas idosas, distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados serão atribuições minha e da enfermeira, toda vez que o paciente entrar no consultório ele tem que ter suas informações colhidas na ficha espelho e na caderneta da pessoa idosa, lá tinha campo específico para cada uma dessas metas, seja a solicitações de exames ou referentes ao exame clínico do paciente e estratificação do seu risco.

A investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice será feita por mim através de palestras sobre alguns indicadores de fragilização para os ACS e a equipe. Ficou decidido que deveríamos levar em conta o estado geral da paciente, seu estado psicológico, sua locomoção, idade maior que 80 anos, seu status social, suas comorbidades e estabilidade.

A avaliação da rede social de 100% dos idosos será feita pelos ACS, por mim e pela enfermeira em cada contato com o paciente.

A avaliação do acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos) será feita pela farmacêutica, com um controle semanal dos medicamentos ofertados aos idosos, através de sua monitorização e a enfermeira cobrando da gestão a reposição rápida dos que faltar.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que viram a UBS nos últimos 3 meses e as visitas domiciliares do mesmo período. A profissional localizará os prontuários desses idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, dados sobre a saúde bucal desses idosos em atraso e andamento



Ampliar a cobertura dos Idosos de área de acompanhamento para 100% Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB

### **3. RELATÓRIO DA 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**

A intervenção na UBS em que atuo procedeu de forma positiva. Estávamos com 2 ACS de licença maternidade durante o período mas tentamos cobrir a área delas da melhor forma possível. Houve muita troca de funcionários, desde enfermeira, ACS e dentista. Com a dentista nós tivemos muitos problemas, ela não se comprometeu como deveria, não conseguimos priorizar os idosos no atendimento dela, mas nos demais aspectos, tudo ocorreu conforme o planejado.

Achei muito proveitoso, a equipe aprendeu bastante, com as capacitações e até mesmo com a aproximação com o público alvo. Percebemos que a procura pela UBS aumentou, que a equipe coesa trabalha com mais eficiência.

Atuamos em todas as ações previstas no trabalho e conseguimos cumprir com sucesso a grande maioria delas. Ao refletirmos sobre as ações previstas no projeto que foram cumpridas parcialmente obtivemos o aumento parcial na cobertura da atenção aos idosos, mas percebemos a melhoria quantitativamente e principalmente qualitativamente no atendimento e no manejo desses pacientes.

No tocante a cobertura dos idosos, melhoramos o acolhimento, cadastramos corretamente os idosos da área de cobertura de saúde e atualizamos o SIAB mensalmente. Quanto ao monitoramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, monitoramos todos esses pacientes e fizemos agendamentos das visitas mensais domiciliares. Referente ao rastreamento dos idosos para HAS,

monitoramos os idosos quanto a aferição da PA e da glicose, aumentamos o monitoramento desses pacientes e nos atentamos para a solicitação de exames periódicos em busca das complicações inerentes a essas doenças crônico-degenerativas.

Conseguimos com eficácia trabalhar na busca pelos idosos faltosos as consultas e priorizamos o atendimento dos idosos classificados como frágeis ou com estratificação de risco moderado/alto.

O item da promoção a saúde foi atendido conforme nossas expectativas. Fizemos várias palestras na própria UBS de temas diversos como fatores de risco para doenças cardiovasculares, a importância de se alimentar bem; a importância do exercício físico para a redução do risco cardiovascular, bastante ilustrativas; ministradas por mim, pela enfermeira e até pelos ACS. A plateia era sempre entusiasmada, discutíamos sempre sobre dúvidas corriqueiras nos consultórios como colesterol, sintomas, como evitar, o que comer, entre outros. O engajamento público foi grande e observamos que ao adquirirmos a confiança do cliente fica mais fácil dele aderir as orientações comportamentais e assim ajudar no desfecho final de sua saúde.

Muitos idosos que não aderiam ao tratamento da DM e HAS, após orientações e essa aproximação passaram a aderir mais ao tratamento e a dieta

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos, informamos a comunidade sobre a importância da realização das consultas e obtivemos um número baixo de faltosos e buscamos ativamente 100% destes superando a meta anteriormente estimada.

Monitoramos a realização de avaliação Multidimensional rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde e da realização do exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde. Definimos a atribuição de cada membro da equipe, garantimos os recursos necessários e obtivemos ótimos resultados. Conseguimos fechar essa meta com 100% dos idosos sendo avaliados de maneira multidimensional , com exame clínico apropriado.

### **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**

Sobre a ampliação da cobertura de abrangência apesar de não atingirmos a meta em números, aumentamos o monitoramento desses idosos, qualificamos a atenção dispensada a eles e isso refletiu em melhora no manejo desses pacientes, seja nos registros, seja na organização dos serviços prestados e na longitudinalidade, na relação de confiança e na adesão ao tratamento e orientações.

Sob este tópico obtivemos as ações referente ao monitoramento dos primeiros atendimentos odontológicos tivemos dificuldades no engajamento dos profissionais odontológicos da UBS por mais que procurássemos envolve-los na intervenção eles se mostraram resistentes. Esses profissionais foram trocados no final da intervenção. Além disso, tínhamos o pequeno número de materiais disponibilizados em comparação as necessidades da comunidade.

Então ações não desenvolvidas como programamos: monitoramento das alterações da mucosa bucal, dos atendimentos odontológicos concluídos e o primeiro atendimento odontológico com tratamento programado.

Em outros aspectos não atingimos as metas principalmente no tocante a saúde bucal pois tivemos problemas com a profissional dentista e não tínhamos materiais de insumo esterilizados a principio que atendesse nossas necessidades. Esses materiais dobraram no segundo mês de intervenção mas houve troca de profissional na UBS e esta se ausentava do trabalho e perdia 2 dias de manhã e a tarde fazendo apenas visitas. No final da intervenção conseguimos solucionar o problema com o remanejamento de um outro profissional para a UBS e está havendo bastante melhora, pena que a coleta de dados já havia acabado.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

A coleta de dados foi trabalhosa, eram muitos objetivos, muitas metas, muitas ações a serem desenvolvidas ao mesmo tempo, muitos dados a serem coletados. Em alguns indicadores obtivemos índices incompatíveis, maiores que

100%, como na avaliação individual da mucosa oral, pois interpretei inicialmente que poderia eventualmente ser desenvolvida por mim mas depois entendi que a avaliação individual da mucosa deveria ser feita na consulta odontológica. Estes itens foram corrigidos e a tabela foi finalizada sem erros.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra**

Ao meu ver, acho que aos poucos poderiam ser implantados cada programa trabalhado pela pós da UFPEL. Acho que esses programas tornariam o serviço mais organizado globalmente e se repassados e uniformizados para todas as UBS, falar-se-ia uma só linguagem em todo o município. Seria de grande ganho para a comunidade um serviço de atenção mais efetivo e resolutivo já na atenção básica, diminuindo os custos do hospital e desonerando esses municípios que já são carentes por natureza. Acho que a grande maioria das ações previstas no projeto foi incorporada à rotina da unidade, sendo preciso ainda melhorar as ações relativas à saúde bucal. Seria muito produtivo e um ganho substancial implementarmos cada foco de intervenção. pouco a pouco. Acho que secundariamente sugeri ao gestor implementar o de melhoria na saúde da Mulher na prevenção do Câncer de colo e mama pois necessitam de pouca tecnologia e dispomos de métodos de prevenção muito efetivos e de fácil aquisição.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

Durante a análise situacional consideramos 433 como número total de idosos. Este número incluía idosos de comunidades que não faziam parte da população adstrita da UBS, mas por ser o único dado que possuímos foi utilizado. No entanto, ao longo do desenvolvimento da intervenção tivemos acesso ao número real de idosos pertencentes a nossa área de abrangência: 215. Assim, os resultados aqui apresentados já estão com o denominador correto e atualizado, considerando 215 idosos como foco da nossa intervenção.

### OBJETIVO 1: AMPLIAR A COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DE IDOSOS

**Meta 1:** Ampliar a cobertura dos Idosos de área de acompanhamento para 75%

O primeiro indicador se refere à cobertura da população idosa na unidade de saúde (Figura 1), tínhamos uma meta de alcance de cobertura de 75%. Obtivemos melhora significativa na qualidade do atendimento, que se tornou mais organizado, mais específico e mais efetivo.

Apesar de não atingirmos a meta, aumentamos o monitoramento desses idosos, qualificamos a atenção dispensada a eles e isso refletiu em melhora no manejo desses pacientes, seja nos registros, seja na organização dos serviços prestados e na longitudinalidade, na relação de confiança e na adesão ao tratamento e orientações.

- 1º mês: 26 %

- 2º mês: 42,3 %

- 3º mês: 56,3 %

- número de pessoas atingidas: 121 de 215



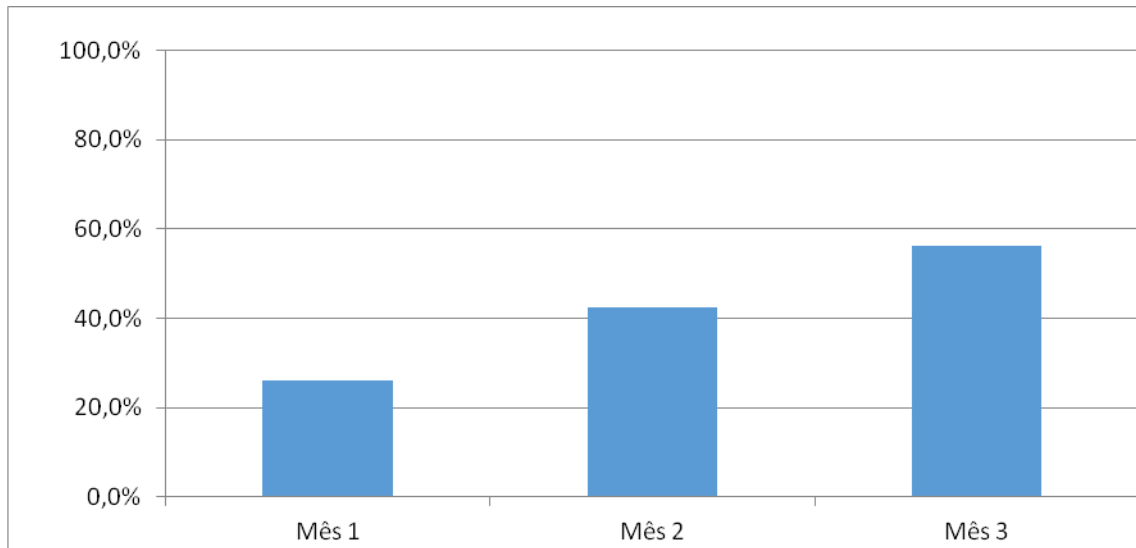


Figura 1. Cobertura da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPel/ EAD, 2014

**Meta 2: cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção**

**Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados (Figura 2).**

Esse indicador se refere a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção. A estimativa era de 27 e cadastramos 22, ou seja ao final do terceiro mês tivemos 81,4% dos idosos acamados cadastrados. Chegamos perto da meta de 100% e acredito que se tivéssemos tido 4 meses de intervenção e não tivéssemos com 2 ACS de licença maternidade, teríamos alcançado os 100% almejados. De toda forma esse indicador cresceu abruptamente e de forma positiva conseguimos grandes ganhos ao acompanhar de perto esses pacientes.

- 1º mês: 51,8 % (14 idosos)
- 2º mês: 77,7 % (21 idosos)
- 3º mês: 81,4 % (22 idosos)
- número de pessoas atingidas: 22 de 27

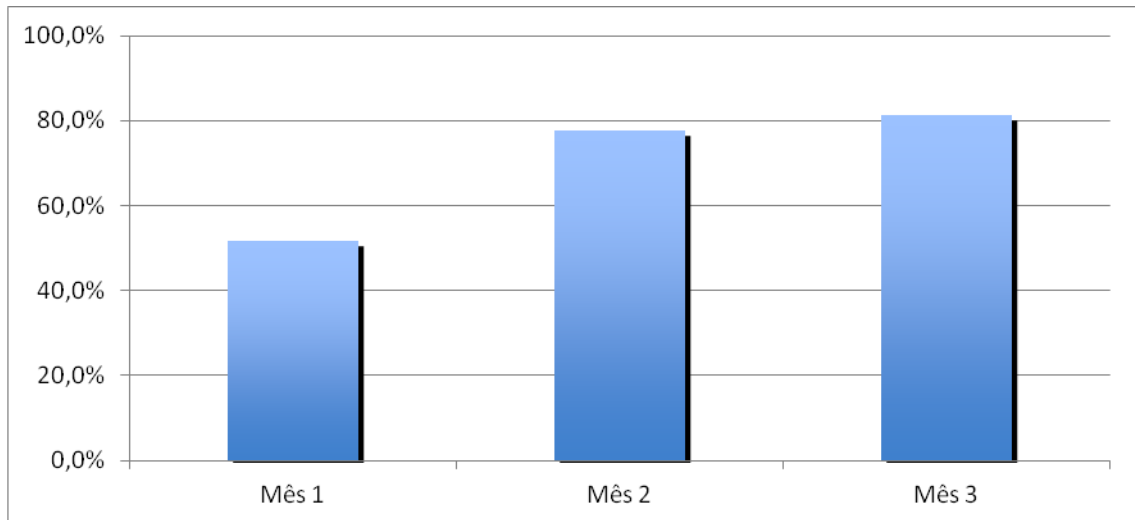


Figura 2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 3: realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção**

**Indicador 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar (Figura 3).**

No indicador que se refere as visitas domiciliares e acompanhamento dos pacientes acamados cadastrados tivemos o excelente resultado de 100%, todos os pacientes cadastrados acamados foram acompanhados durante esses três meses através das visitas domiciliares.

- 1º mês: 100 % (14 idosos)
- 2º mês: 100 % (21 idosos)
- 3º mês: 100 % (22 idosos)
- número de pessoas atingidas: 22 de 22

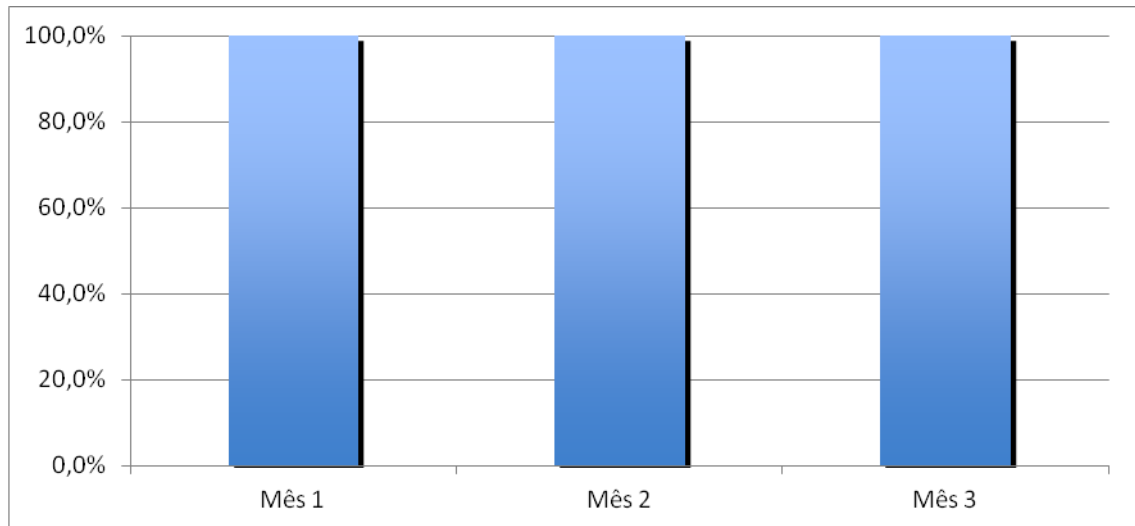


Figura 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

#### **Meta 4: Rastrear 100% dos idosos para HAS**

**Indicador 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta (Figura 4).**

Ao analisarmos a proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta obtivemos o alcance da meta de 100%.

- 1º mês: 100 %
- 2º mês: 100 %
- 3º mês: 100 %
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

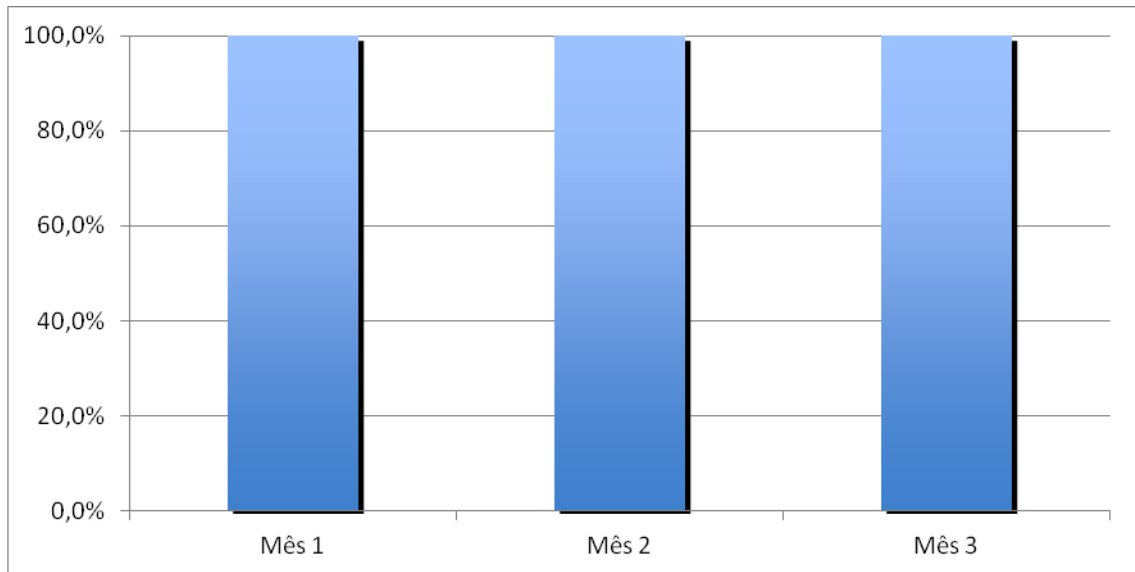


Figura 4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 5: Rastrear 100% dos idosos com PA sustentada maior que 135/80mmHg para DM.**

**Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes (Figura 5).**

Todos os hipertensos foram rastreados para DM, dessa forma melhoramos a prevenção secundária buscando diagnóstico e intervenção precoces no processo de saúde-doença.

- 1º mês: 100,0 % (21 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (38 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (48 idosos)
- número de pessoas atingidas: 48 de 48

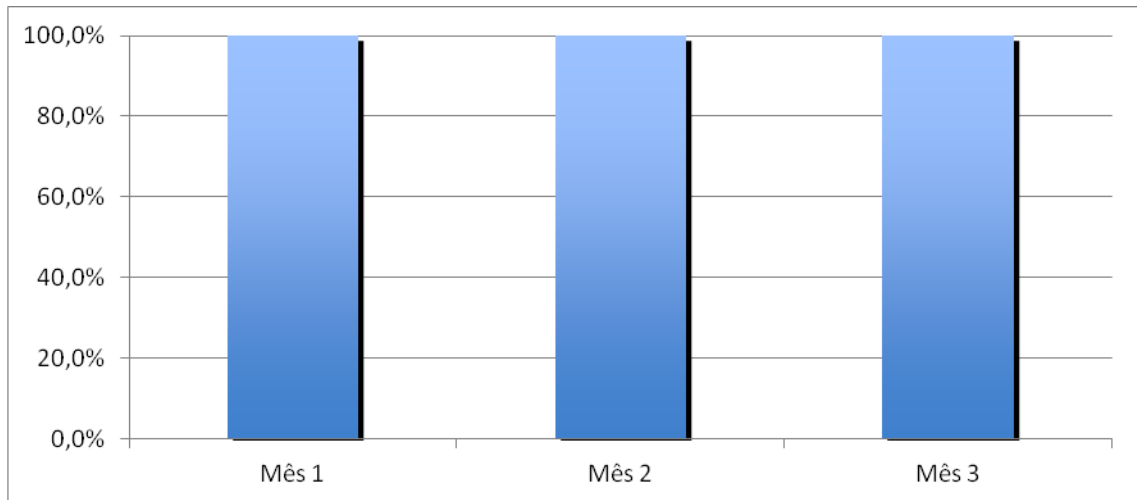


Figura 5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos( com elaboração de plano de tratamento)**

**Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática (Figura 6).**

Nos indicadores referentes à saúde bucal, obtivemos maus resultados mês após mês, com até piora dos números pois no segundo mês houve troca do profissional dentista em nossa UBS e a colega nova não aderiu ao programa apesar de muita conversa das pessoas envolvidas e até mesmo da gestão do município. Ao longo de três meses tivemos apenas 24% de idosos com a primeira consulta odontológica programática.

- 1º mês: 19,6% (11 idosos)
- 2º mês: 16,5 % (15 idosos)
- 3º mês: 24,0 % (29 idosos)
- número de pessoas atingidas: 29 de 121

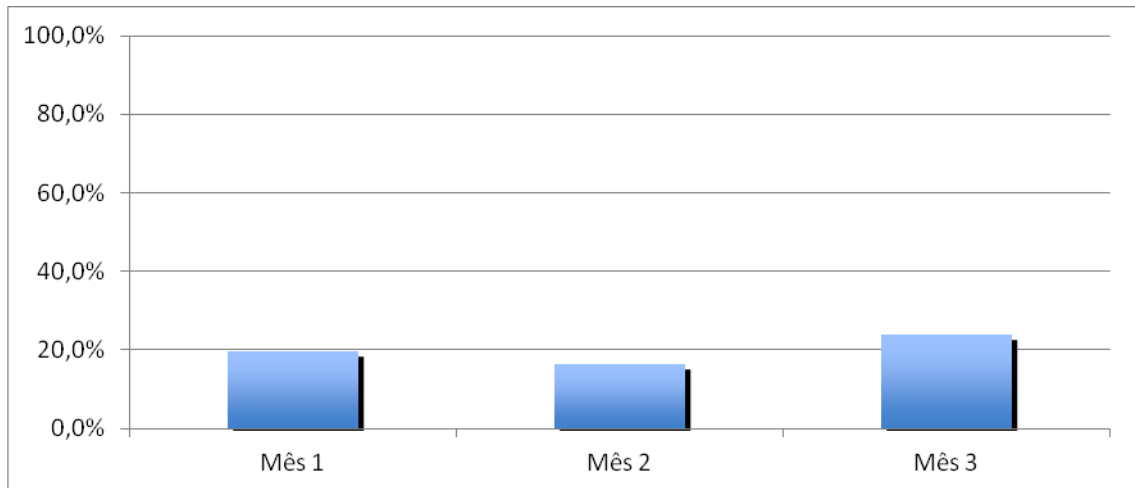


Figura 6. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção**

**Indicador: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica (Figura 7).**

Na proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica, tivemos apenas 3 pacientes de 22 com visita odontológica domiciliar. Já expus as prováveis causas para esse número baixo de visitas domiciliares. Ao final da intervenção houve troca de profissional e achei a gestão mais enfática nessa área de atuação, então temos perspectivas de melhoras.

- 1º mês: 21,4% (3 idosos)
- 2º mês: 14,3 % (3 idosos)
- 3º mês: 13,6 % (3 idosos)
- número de pessoas atingidas: 3 de 22

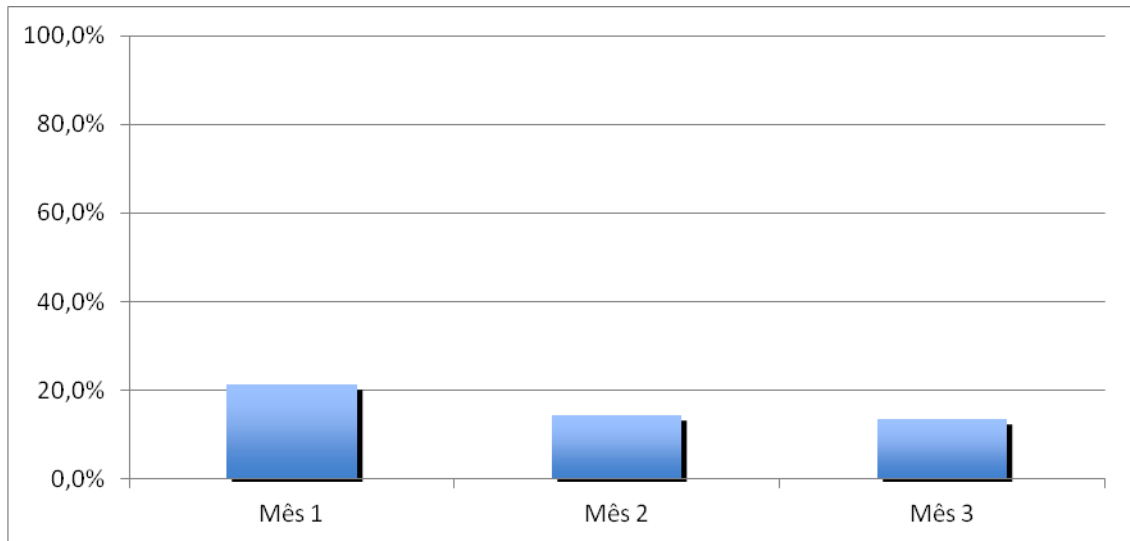


Figura 7. Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

## **OBJETIVO 2: MELHORAR A ADESÃO DOS IDOSOS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:**

### **Meta 8: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas**

**Indicador: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa (Figura 8).**

No que tange à proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, obtivemos o alcance da meta de 100% com todos os pacientes sabidamente faltosos recebendo a busca ativa do ACS, do enfermeiro ou do médico, afim de que houvesse ganho na ampliação da cobertura da atenção e na melhora dos resultados da intervenção.

- 1º mês: 100% (7 idosos)
- 2º mês: 100 % (6 idosos)
- 3º mês: 100% (17 idosos)
- número de pessoas atingidas: 17 de 17

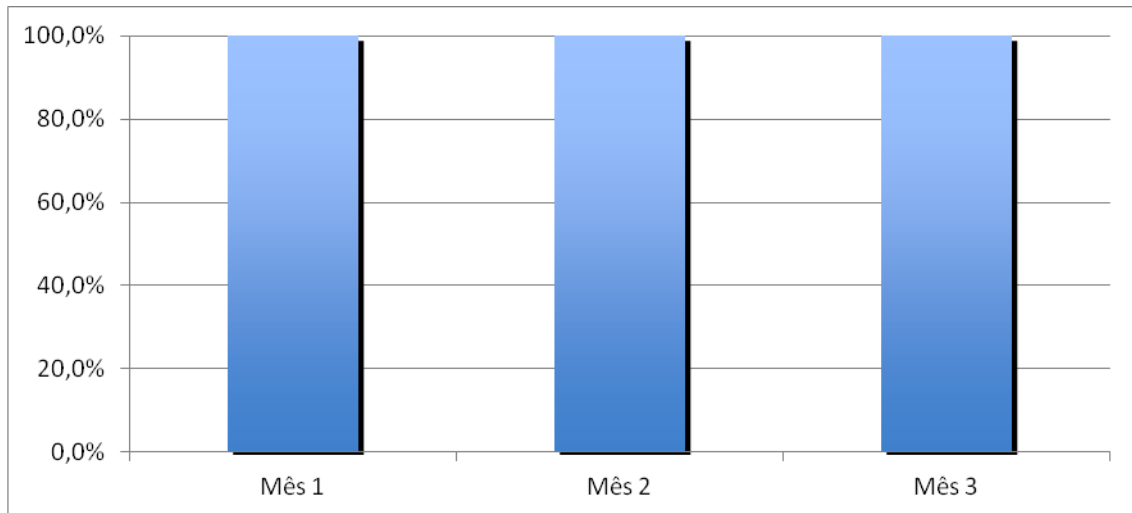


Figura 8. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

### **OBJETIVO 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde:**

**Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia (Figura 9).**

Monitoramos a realização de avaliação Multidimensional rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde e da realização do exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

- 1º mês: 98,2 % (55 idosos)
- 2º mês: 98,9 % (90 idosos)
- 3º mês: 99,2 % (120 idosos)
- número de pessoas atingidas: 120 de 121



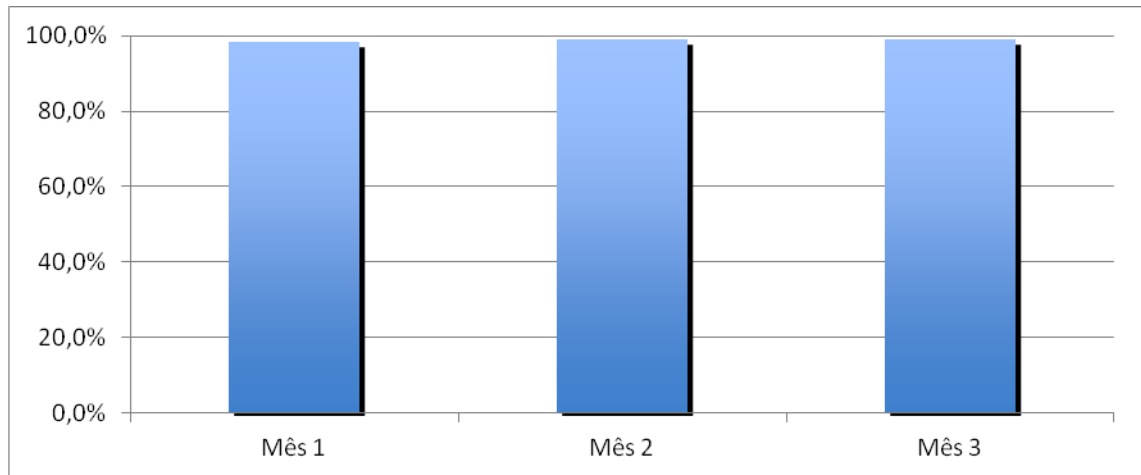


Figura 9. Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 10: 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 03 meses para diabéticos**

**Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia (Figura 10).**

Houve significativa melhora na apropriação do exame físico e manejo clínico dos pacientes alvo da intervenção. Com 100,0% dos pacientes idosos tendo o exame clínico apropriado e suas estratificações de risco manejadas.

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

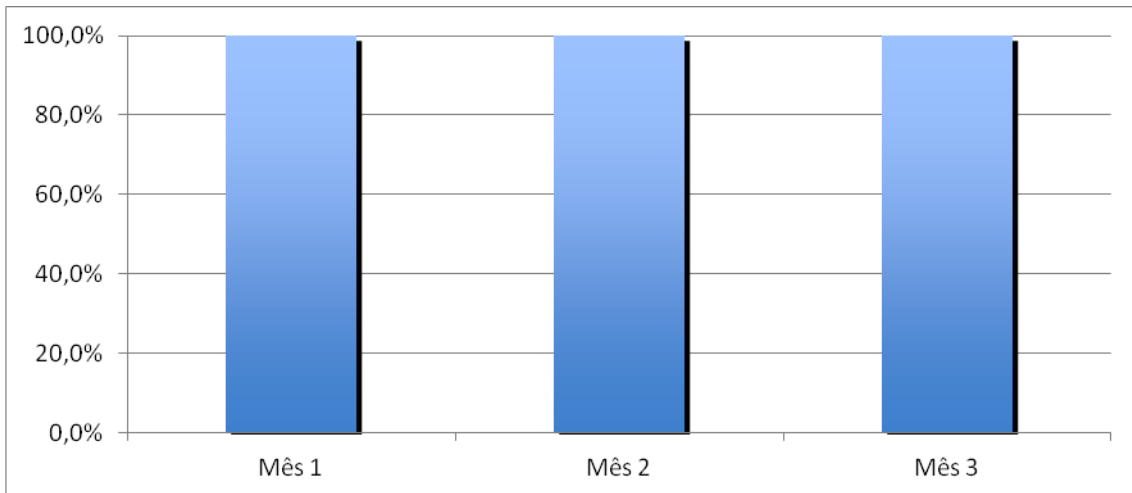


Figura 10. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Indicador: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia (figura 11).** No indicador que se refere a proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia tivemos o ótimo resultado de 100%. Todos os pacientes que se enquadravam foram rastreados e tiveram seus exames solicitados.

- 1º mês: 100,0 % (21 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (38 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (48 idosos)
- número de pessoas atingidas: 48 de 48

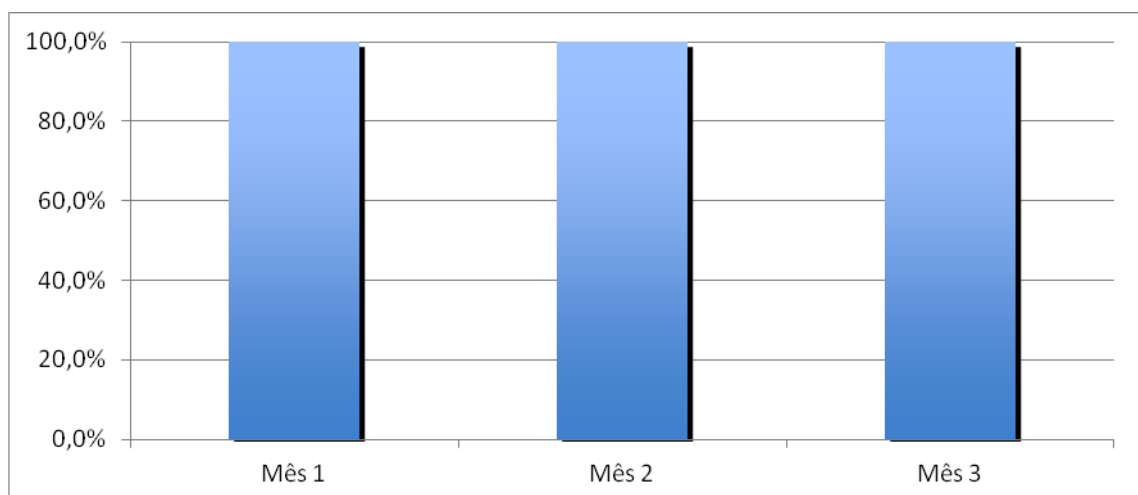


Figura 11. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos**

**Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos (figura 12).** No indicador que avalia a proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos, começamos com 100% dos idosos, no segundo mês houve uma repentina falta de medicamentos por problemas com o fornecedor, mas no terceiro mês houve novo aumento no acesso a essas medicações. Esse acesso era facilitado com a farmácia da UBS quase sempre abastecida e com a farmácia popular existente no município.

- 1º mês: 100% (56 idosos)
- 2º mês: 89,0 % (81 idosos)
- 3º mês: 91,7 % (111 idosos)
- número de pessoas atingidas: 111 de 121

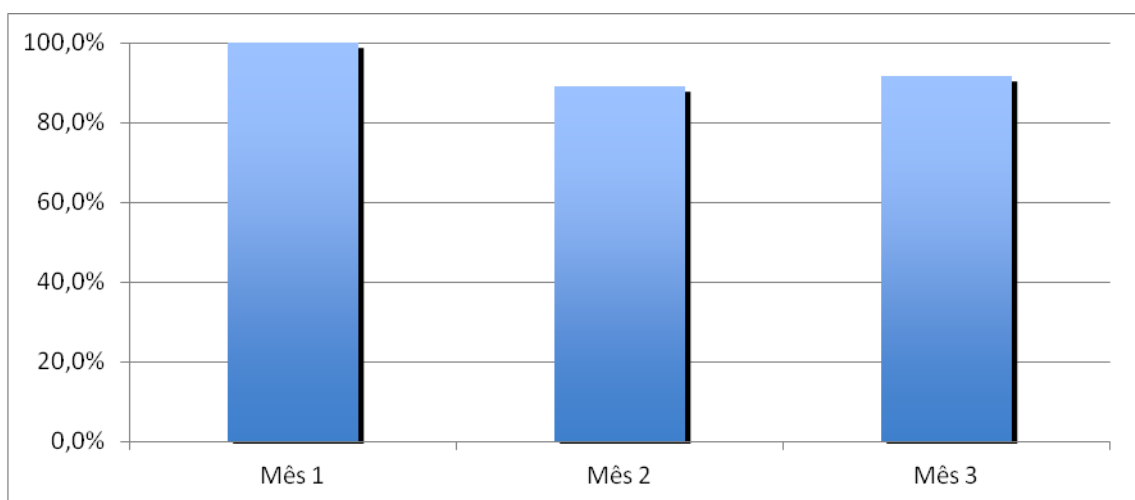


Figura 12. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 13: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática**

**Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído (figura 13).** O indicador que calculou a proporção de idosos com tratamento

odontológico concluído transcorreu com piora com o decorrer dos meses e terminamos com apenas 6 pacientes com tratamento concluído, muitos pacientes precisavam de prótese dentária e esse serviço não era oferecido na rede pública do município.

- 1º mês: 36,4 % (4 idosos)
- 2º mês: 33,3 % (5 idosos)
- 3º mês: 20,7 % (6 idosos)
- número de pessoas atingidas: 6 de 29

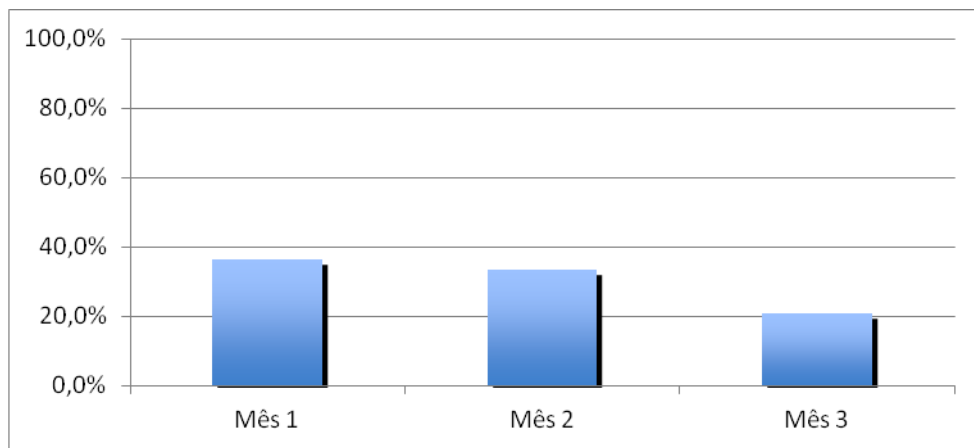


Figura 13. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

#### **Meta 14: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia (Figura 14).** O indicador responsável de aferir a proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia, teve um mau resultado por conta dos problemas nos outros indicadores referentes a saúde bucal, mas ainda assim todos os pacientes que tiveram sua consulta programática em odontologia foram avaliados quanto as suas alterações de mucosa oral.

- 1º mês: 83,9 % (47 idosos)
- 2º mês: 51,6 % (47 idosos)
- 3º mês: 38,8 % (47 idosos)
- número de pessoas atingidas: 47 de 121

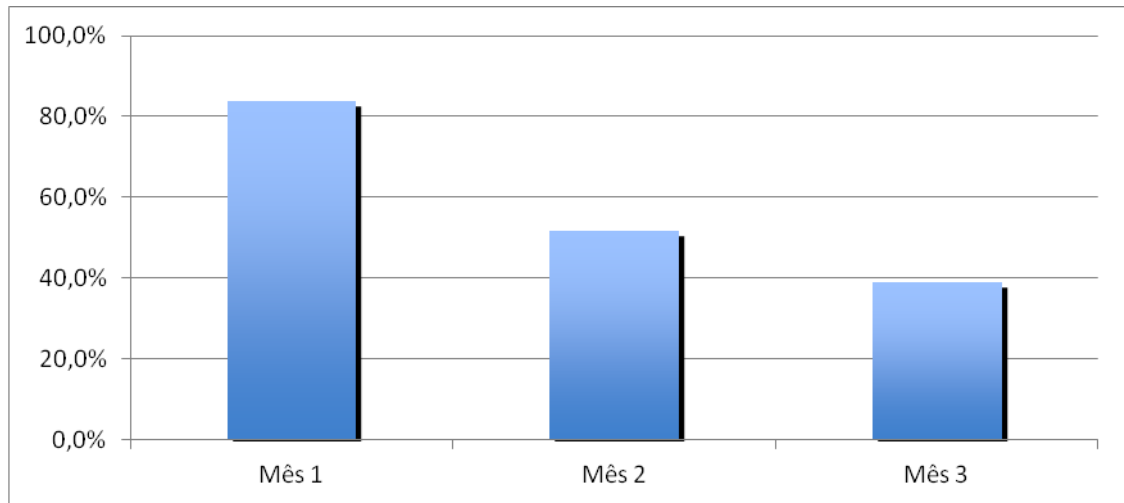


Figura 14. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 15: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia (Figura 15).** Esse indicador aferiu a proporção de idosos com a avaliação da necessidade de prótese dentária e obtivemos o número de 9 dos 29 pacientes. Número baixo por conta da falta de engajamento da profissional envolvida.

- 1º mês: 45,5 % (5 idosos)
- 2º mês: 46,7 % (7 idosos)
- 3º mês: 31 % (9 idosos)
- número de pessoas atingidas: 9 de 29

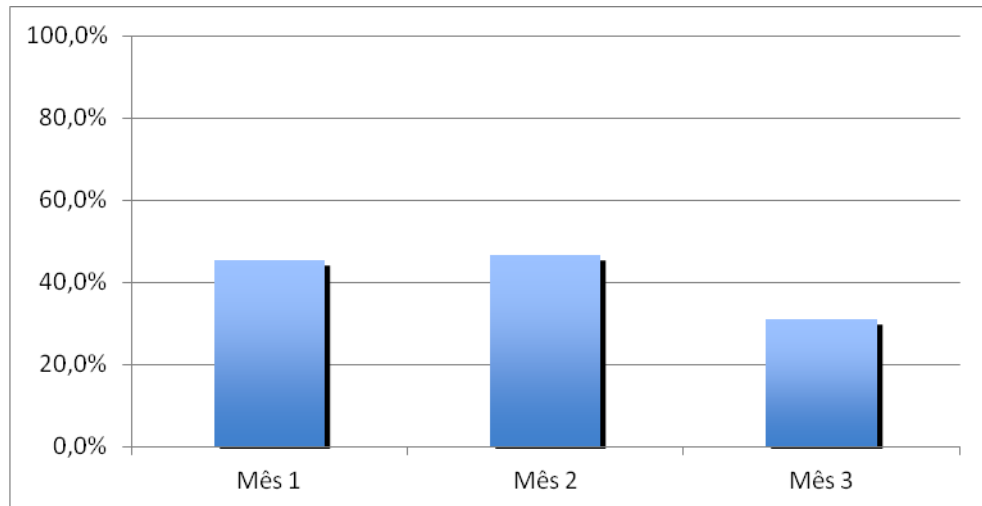


Figura 15. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

#### OBJETIVO 4: MELHORAR O REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

##### Meta 16: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas

**Indicador: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia (Figura 16).** Os registros também se procederam de forma adequada com 100% dos 121 idosos com registro na ficha espelho em dia e registro atualizado na caderneta da pessoa idosa. Esses registros e essas avaliações de risco tornaram o cuidado mais restrito, além de ajudar na continuidade do cuidado a saúde do idoso e aumentar a eficiência das ações

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

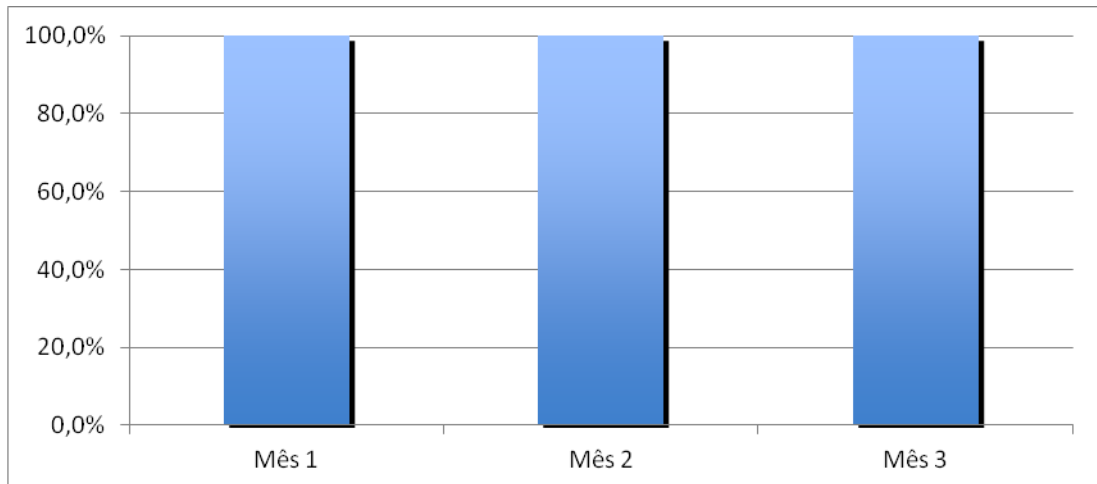


Figura 16. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 17: Distribuir a caderneta de saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados**

**Indicador: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** (Figura 17). Esse indicador discorre sobre a distribuição da caderneta do idoso, isso não era implementado em minha UBS. Conseguimos atingir a meta de 100% dos idosos que entraram em meu consultório com a caderneta preenchida, isso melhora o manejo e acompanhamento linear dos pacientes.

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

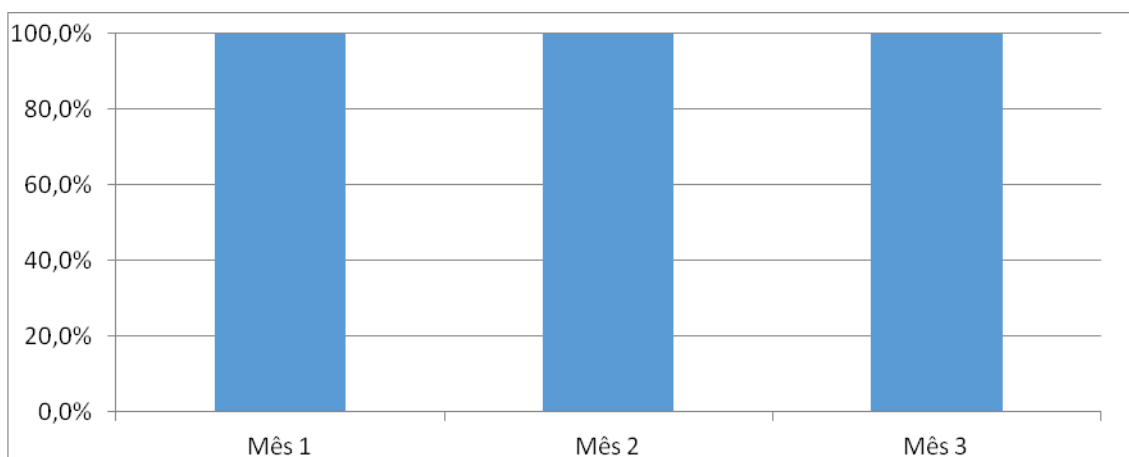


Figura 17. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

## OBJETIVO 5: MAPEAR IDOSOS DE RISCO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

### Meta 18: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia (Figura 18).** No indicador que discorreu sobre a proporção de idosos com a aferição do risco de morbimortalidade em dia, obtivemos o número de 100%. Buscamos priorizar o atendimento dos idosos com comorbidades descompensadas, com lesões em órgãos-alvo e conseguimos monitorar mais de perto esses pacientes.

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

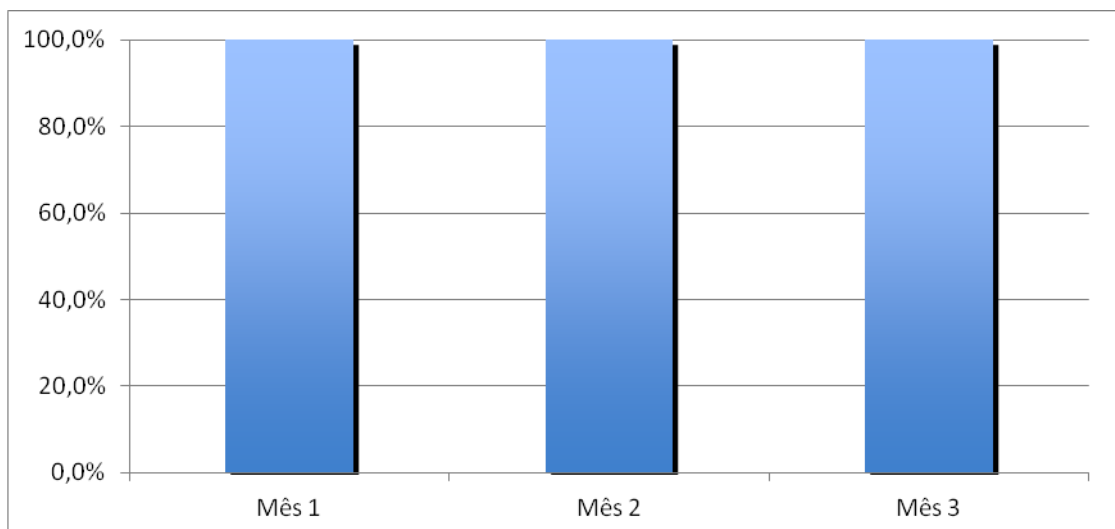


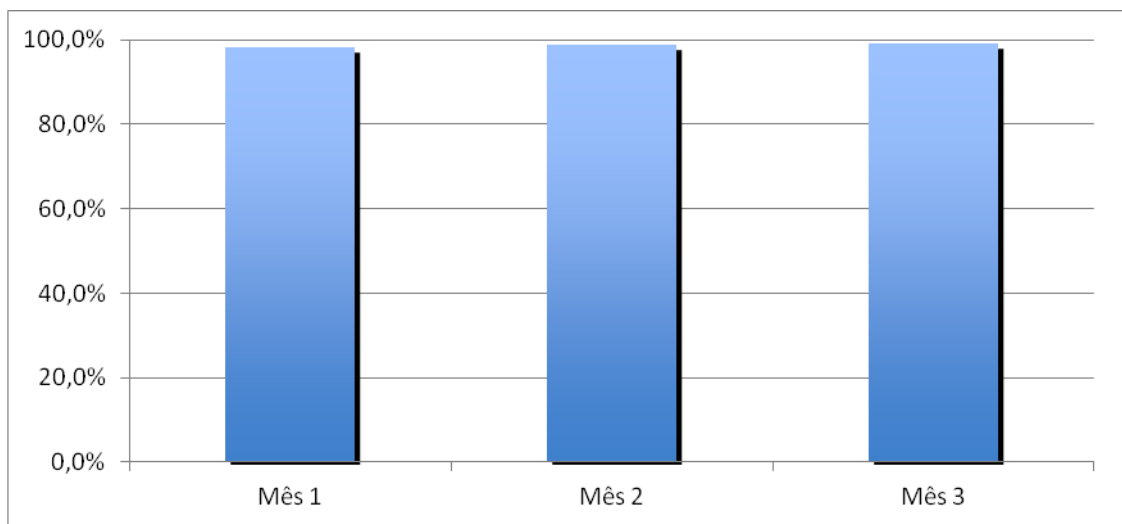
Figura 18. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014



**Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia (figura 19)**

- 1º mês: 98,2 % (55 idosos)
- 2º mês: 98,9 % (90 idosos)
- 3º mês: 99,2 % (120 idosos)
- número de pessoas atingidas: 120 de 121



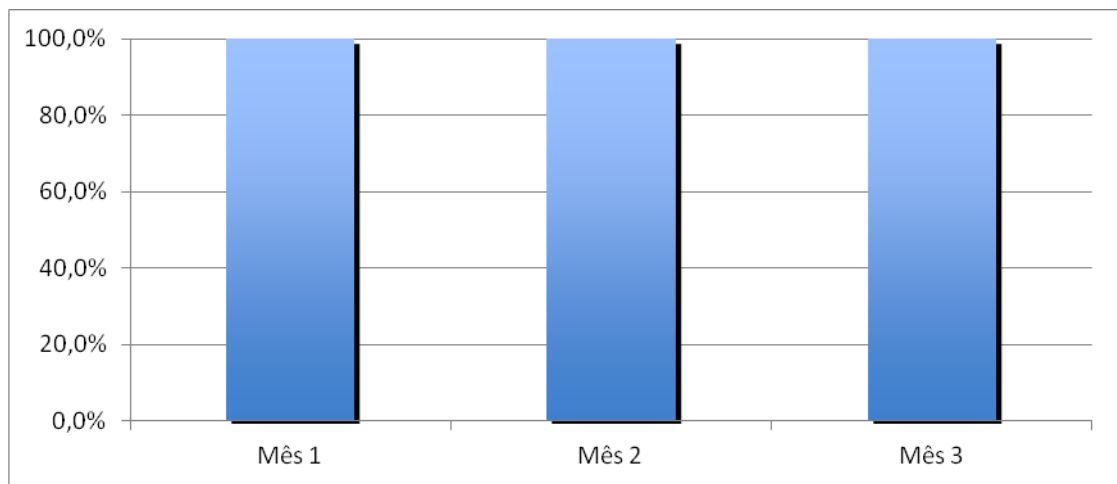
**Figura 19** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPel/EAD,2014.

Obtivemos metas superadas nesse quesito, alcançamos 99,2% avaliados para risco de fragilização na velhice em dia (figura 19) e 100% dos 121 pacientes avaliados com risco para morbimortalidade em dia. Dentro dos critérios de fragilização incluímos a idade maior de 80 anos, problemas com a locomoção, memória ou cognitivos- adaptativos. Esses pacientes tiveram atenção especial durante a intervenção, chegando às vezes serem necessárias consultas de 15 em 15 dias.

### **Meta 20: Avaliar a rede social de 100% dos idosos**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia (Figura 20).** No quesito que se refere a proporção de idosos com avaliação de rede social em dia, obtivemos o número de 100% dos idosos, todos os pacientes idosos consultados foram avaliados quanto a sua rede social. Estimulamos a promoção da socialização da pessoa idosa em igrejas, escolas e no CAPS.

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121



**Figura 20.** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

### **Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos**

**Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia (Figura 21).** No quesito referente a proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia, conseguimos atingir o número de 89,7% dos idosos consultados.

- 1º mês: 100,0 % (11 idosos)
- 2º mês: 86,7 % (13 idosos)
- 3º mês: 89,7 % (26 idosos)
- número de pessoas atingidas: 26 de 29

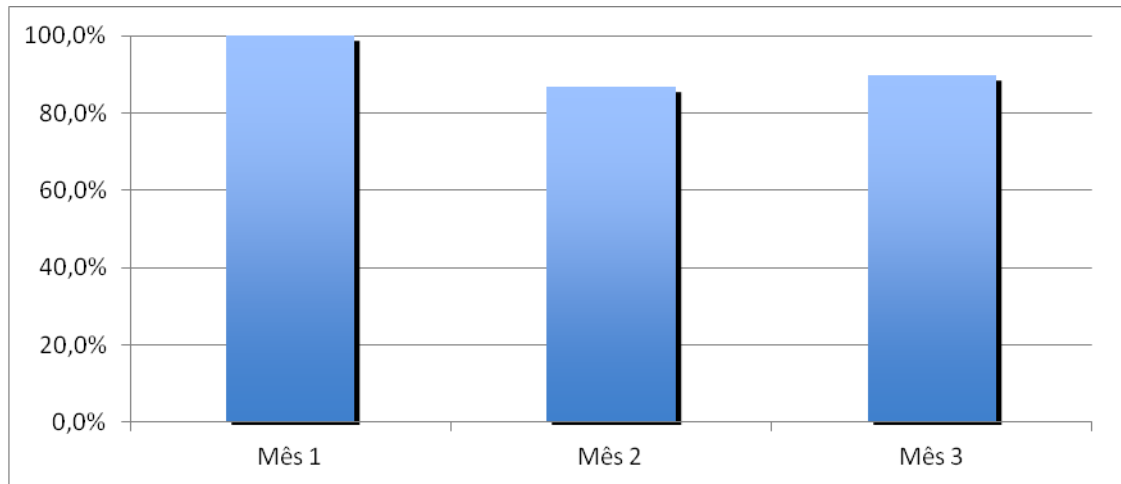


Figura 21. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

## OBJETIVO 6: PROMOÇÃO DA SAÚDE

O item da promoção a saúde foi atendido conforme nossas expectativas. Fizemos várias palestras na própria UBS de temas diversos como fatores de risco para doenças cardiovasculares, a importância de se alimentar bem; a importância do exercício físico para a redução do risco cardiovascular, bastante ilustrativas; ministradas por mim, pela enfermeira e até pelos ACS. A plateia era sempre entusiasmada, discutíamos sempre sobre dúvidas corriqueiras nos consultórios como colesterol, sintomas, como evitar, o que comer, entre outros. O engajamento público foi grande e observamos que ao adquirirmos a confiança do cliente fica mais fácil dele aderir as orientações comportamentais e assim ajudar no desfecho final de sua saúde.

**Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.**

**Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis (Figura 22).** Todos os pacientes que foram consultados foram orientados quanto a importância de hábitos nutricionais saudáveis para longevidade. Obtivemos assim o número de 100% nesse quesito. A orientação individual foi feita por mim e pela enfermeira pois a nutricionista atendia apenas casos excepcionais e pacientes internados no hospital.

- 1º mês: 100,0 % (56 idosos)
- 2º mês: 100,0 % (91 idosos)
- 3º mês: 100,0 % (121 idosos)
- número de pessoas atingidas: 121 de 121

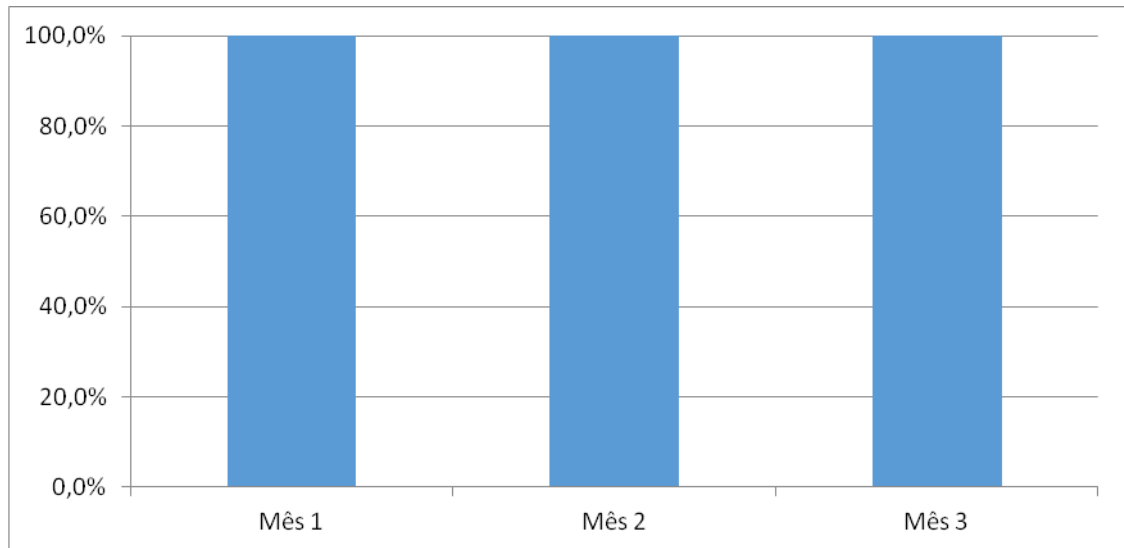


Figura 22. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade Básica Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.**

**Indicador: Proporção dos idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular (Figura 23).** Todos os pacientes que compareceram a UBS e participaram da intervenção receberam orientações sobre prática de atividades físicas regulares, fizemos várias palestras, orientamos individualmente e obtivemos o número de 100% nesse quesito.

- 1 mês: 100% (56 idosos)
- 2 mês: 100% (91 idosos)
- 3 mês: 100% (121 idosos)
- Pessoas atingidas: 121 de 121

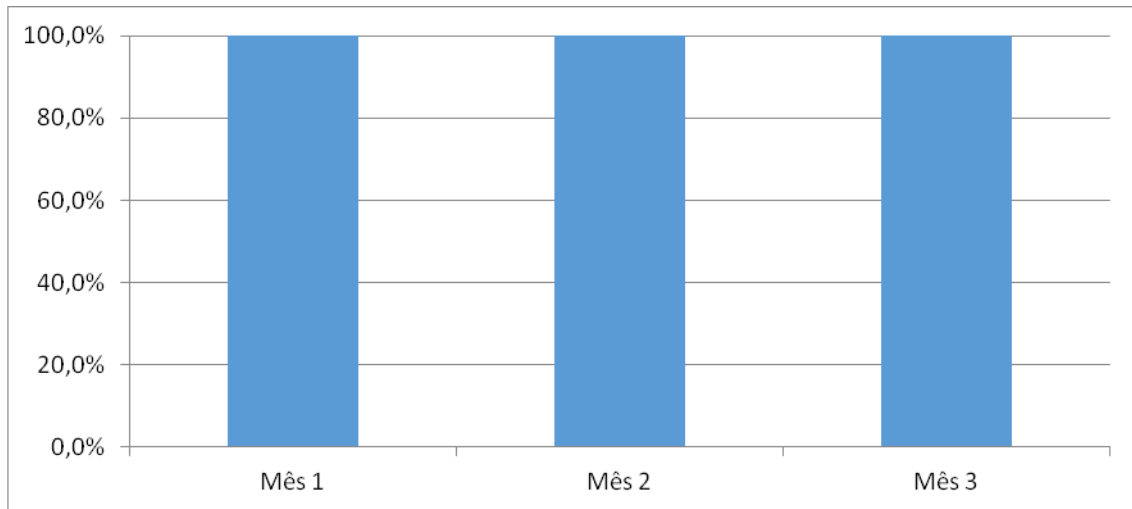


Figura 23. Proporção dos idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal( incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática**

**Indicador: Proporção de idosos com orientações individual de cuidados em saúde bucal em dia (Figura 24).** Nesse quesito eu falava sobre a importância de manter cuidados na saúde bucal para que evitássemos doenças. É sabido que a saúde bucal é importante para o equilíbrio da saúde do indivíduo. 100% dos pacientes por nós atendidos foram orientados, mas o indicador tem como denominador apenas os idosos que passaram pela primeira consulta odontológica.

- 1 mês: 100% (11 idosos)
- 2 mês: 100% (15 idosos)
- 3 mês: 100% (29 idosos)
- Pessoas atingidas: 29 de 29

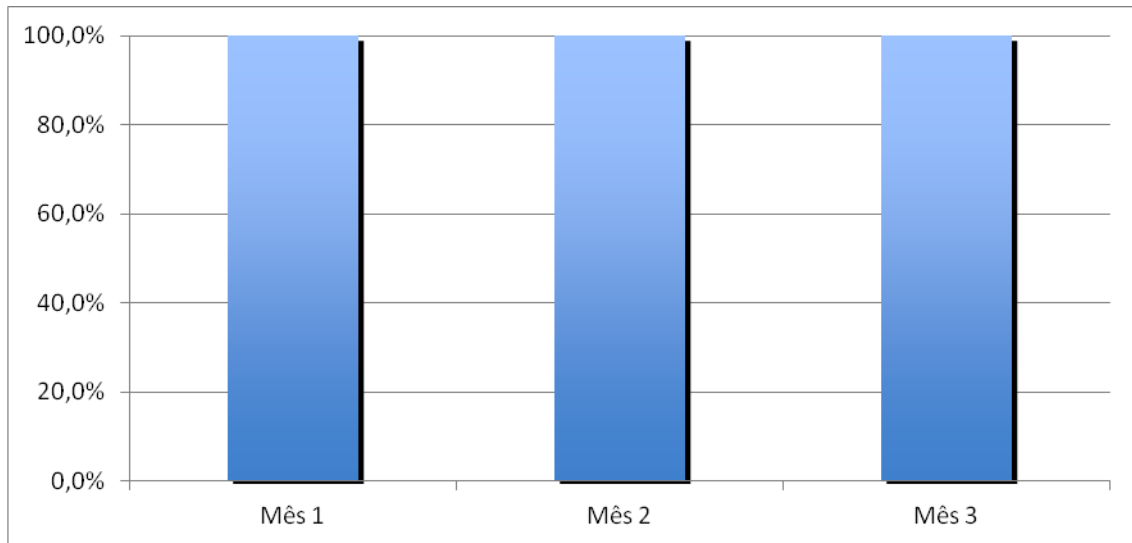
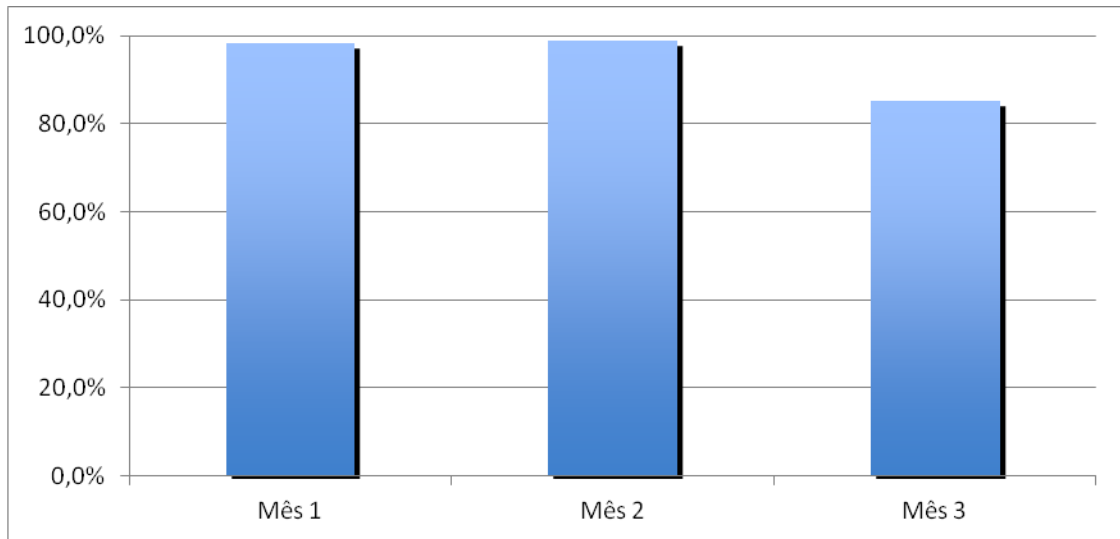


Figura 24. Proporção de idosos com orientações individuais de cuidados em saúde bucal em dia na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

**Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados**

**Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal (Figura 25).** No que se refere a proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal obtivemos o resultado expresso no gráfico acima de 85,1%. Essa participação foi positiva mas ainda pode ser melhorada, trabalhamos para que houvesse melhoras contínuas.

- 1 mês: 98,2% (55 idosos)
- 2 mês: 98,9% (90 idosos)
- 3 mês: 85,1% (103 idosos)



**Figura 25.** Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, Coari, AM. UFPeL / EAD, 2014

## 4.2 Discussão

Muitas metas foram alcançadas com a intervenção realizada na UBS em que atuo, houve uma real melhora no registro das informações o que tornou a atenção mais restrita e contínua. Não conseguimos alcançar a ampliação da cobertura conforme estimamos, mas obtivemos muita melhora na qualidade, no exame clínico, na promoção em saúde e tudo isso foi muito válido no objetivo final de se melhorar a atenção básica.

O maior prejuízo foi dentro das ações previstas na atenção à saúde bucal, chegamos a números chocantes de 3% como obtivemos no tocante a proporção de idosos com tratamento odontológico concluído no terceiro mês; pois tivemos problemas com a profissional referida e tínhamos de início um problema na disponibilidade dos insumos esterilizados mas isso tudo já foi sanado e acredito que daqui pra frente hajam melhoras graduais também nesse aspecto.

A capacitação da equipe foi especialmente substancial para efetivarmos o projeto. Tínhamos problemas até na aferição da PA antes de implementar o programa, pois muitos profissionais da UBS não terminaram nem o ensino fundamental, para exemplificar a real necessidade de capacitações e das limitações

que muitos desses profissionais muitas vezes tem. As capacitações foram essenciais e facilitaram muito nosso trabalho. Houve ganhos de conhecimento teóricos, práticos de grande importância para a oferta desses serviços em saúde.

Capacitamos não só para aferirem a pressão ou aferir a dextro mas também para que houvesse mais coesão na equipe, cooperativismo e melhor acolhimento desde a recepção até a farmácia. Procuramos falar uma só linguagem e nos ajudar em todos os aspectos.

Envolvemos o gestor de saúde e conforme percebíamos deficiências muito sérias nas atualizações dos profissionais sugerimos capacitações e envolvimento dos profissionais em busca de melhor aprimoramento profissional.

O serviço ganhou um atendimento muito mais organizado, as pessoas sabiam o que estavam recebendo, por que e a importância de toda aquela atenção dispensada a elas. O serviço se tornou mais eficaz e contínuo, monitoramos de forma diferenciada esses registros, inserimos a caderneta do idoso e a implementamos como rotina para todos os idosos, aumentamos a busca ativa, aumentamos as visitas domiciliares, exigimos muito mais melhorias, e isso deixou o serviço com mais credibilidade perante os clientes.

Foi gratificante ver a satisfação dos idosos. A melhora na saúde ficava clara também nos registros feito na caderneta de saúde, que apresentavam sempre índices crescentes. A comunidade na cidade é muito carente mesmo, foi de grande ganho vê-los engajados em seguir as orientações e cuidar de sua saúde de maneira mais prioritária.

A intervenção ocorreu dentro do esperado apesar de algumas metas não alcançadas. Há de se compreender que o atendimento na UBS de outros programas também não podia parar e que muitos outros problemas não referentes ao projeto ocorreram durante esse ano. Eu tentaria resolver com maior rapidez a questão da saúde bucal que demorou pra ser solucionada, mas não dependia só de mim, na verdade.

Reuni com a equipe e pedi para que se continuasse o programa e que se melhorasse cada vez mais esses números até aqui obtidos. Eles se mostraram dispostos e engajados a continuar até mesmo porque quando conseguimos ofertar serviços melhores, diminuimos a procura a UBS pois temos menos doentes e mais pessoas saudáveis na área de abrangência e isso é de ganho de todos.



Ao meu ver, eu acho que aos poucos poderiam ser implantados cada programa desse disponibilizado pela pós da UFPEL. Acho que esses programas tornariam o serviço mais organizado globalmente e se repassados e uniformizados para todas as UBS, falar-se-ia uma só linguagem em todo o município. Seria de grande ganho para a comunidade um serviço de atenção mais efetivo e resolutivo já na atenção básica, diminuindo os custos do hospital e desonerando esses municípios que já são carentes por natureza.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Gestores de saúde do município de Coari, durante três meses estive eu e minha equipe engajados em um programa de implementação de melhorias na atenção dispensada aos idosos do bairro Chagas Aguiar, buscando ganhos na oferta de serviços mais organizados e de forma continuada e certamente monitorada.

Escolhemos esse público alvo por serem eles, em sua maioria, portadores de doenças crônicas degenerativas, as quais matam milhares de pessoas por ano no Brasil, então ao intervir nesse grupo evitaríamos mortes e complicações incapacitantes como AVC, por exemplo. Além de ser uma parcela razoável dentro da minha área de abrangência na UBS e ser o grupo demográfico que mais cresce em todo o Brasil.

A intervenção ocorreu durante três meses, de agosto a outubro de 2013.

Com a intervenção obtivemos significativa melhora na qualidade do manejo adequado do paciente diabético, atingimos 100% dos pacientes acompanhados na UBS com registros na ficha-espelho, monitoramos continuamente os pacientes com dificuldades de locomoção, organizamos uma agenda de visitas domiciliares programadas. Houve importante melhora na promoção em saúde, obtivemos 100% dos pacientes sendo orientados quanto a importância do exercício físico e alimentação adequada para longevidade.

O exame clínico adequado e estratificação de risco também conseguimos alcançar a meta de 100%, para tanto atribuímos os papéis da equipe na adequação do exame clínico e do acolhimento desses pacientes idosos.

O programa se procedeu de forma muito positiva tanto para equipe como para pacientes. Que eles gostaram das palestras ministradas, tinham sempre dúvidas pertinentes, estavam engajados e muito participativos no processo de sua saúde.

Houve melhora na adesão dos tratamentos, e aumento na assiduidade das consultas. A ficha espelho facilitou a monitorização e o acompanhamento dos pacientes de forma mais organizada e nos permitiu ver a evolução do estado de saúde dos pacientes.

Obtivemos ganho na atenção ao idoso, na qualidade e organização dos serviços ofertados. O acolhimento aos clientes se tornou mais uniforme e contínuo, nós obtivemos 100% dos idosos com o registro específicos e caderneta de saúde do idoso preenchida. Outros resultados positivos foi na estratificação de risco dos idosos, passamos a atendê-los com mais atenção e a atentarmos para a solicitação de exames e sistematização do exame clínico apropriado.

Dos idosos que participaram do projeto 100% tiveram suas pressões aferidas e monitoradas, houve aumento no fornecimentos de medicamentos e além disso 100% dos idosos foram avaliados do ponto de vista social, se estavam socialmente inseridos em grupos ou na sociedade, isso é analisar seu bem-estar e saúde como um todo.

Obtivemos aumento na adesão e acompanhamento especial na saúde dos idosos. Pacientes com hipertensão e DM aderiram de forma mais efetiva ao tratamento após as orientações nutricionais específicas.

Ainda pode ser melhorada a saúde do idoso, precisamos buscar uma forma de envolver mais esses profissionais, engaja-los mais através de incentivos, treinamentos, oficinas. Além de aumentar número de matérias e equipes de saúde bucal.

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

Na UBS do bairro Chagas Aguiar temos ao todo 215 idosos cadastrados em uma população adscrita de 3.380 pessoas. Percebi que os idosos tinham perdido o hábito de comparecer à UBS, tínhamos um número alto de complicações inerentes as comorbidades específicas dessa faixa etária, então resolvi intervir nesse grupo da comunidade, afim de que houvesse melhoras na sua qualidade de vida e ganhos para a população do bairro.

Trabalhamos por 3 meses coletando dados, engajando a população alvo, orientando e registrando em livros específicos dados necessários para o acompanhamento da intervenção. Ao todo 121 pacientes participaram do programa. Conseguimos atingir 56% da cobertura da área, obtivemos o número de 22 pacientes acamados e acompanhados pelas visitas domiciliares.

Houve significativa melhora no exame físico e abordagem clínica desses pacientes. Distribuímos a caderneta do idoso para 100% dos pacientes consultados. A intervenção procedeu de forma positiva, achei a maioria dos ACS e da equipe como um todo bastante comprometidos. Estávamos com 2 ACS de licença maternidade durante o período mas tentamos cobrir a área delas da melhor forma possível. Houve muita troca de funcionários, desde enfermeira, ACS e dentista. Com a dentista nós tivemos muitos problemas, ela não se comprometeu como deveria, não conseguimos priorizar os idosos no atendimento dela no tocante aos demais aspectos, tudo ocorreu conforme o planejado.

Achei muito proveitoso, a equipe aprendeu bastante, com as capacitações e até mesmo com a aproximação com os clientes. Percebemos que a procura pela UBS aumentou, que a equipe coesa trabalha com mais eficiência.

A comunidade ganhou um atendimento mais organizado, mais focado e mais direcionado após nosso projeto. Antes não haviam registros corretos, buscamos todos esses números para que haja sempre um acompanhamento restrito e evolutivo.

A saúde e a qualidade de vida dos idosos melhoraram pois eles passaram a aderir mais aos tratamentos propostos, quando um tratamento não estava ainda na

dose adequada ou com a melhora estimada, havia comprometimento do paciente e da equipe para que a vigilância a sua saúde fosse constante e a busca por melhoras incessante.

Nas palestras haviam perguntas entusiasmadas, os idosos cobravam que eu escrevesse tudo na ficha espelho, traziam sua caderneta de saúde e falavam pra todos que a “DRA” mandou que preenchesse a caderneta.

Muitos idosos que não aderiam ao tratamento da DM e HAS, após orientações e essa aproximação passaram a aderir mais ao tratamento e a dieta.

O maior obstáculo foi na atenção à saúde bucal pois tivemos problemas com o engajamento da profissional porém analisando o trabalho como um todo, achei que alcançamos ótimos resultados.

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

Inicialmente, confesso que esperava um curso muito mais teórico do que prático. Esperei aulas vídeo-assistidas dos temas mais comuns em nossa prática diária, mas achei muito melhor a forma de aprendizagem nos apresentada. Pois é uma forma muito mais voltada para a realidade e peculiaridades de cada região e muito mais vivenciada, praticada, envolvida.

Me envolvi muito ativamente em nossos processos de trabalho, não só eu como toda a equipe. Eles puderam não só conhecer mas também aprender, vivenciar e praticar muitos ensinamentos e informações fornecidas pelo curso e isso foi um ganho especial para a comunidade.

Eu vi toda a equipe envolvida, engajada, a comunidade carente se tornando mais informada mais orientada e isso foi um grande avanço.

Conseguimos levar saúde de forma diferente e muito mais contundente para aquela população tão necessitada. Trabalhamos de forma coesa em prol de cada pessoa adscrita.

Imagina você ter que entrar na internet ao menos 3 vezes por semana em uma cidade com internet discada de 32kbs, essa parte foi a mais difícil, sem dúvidas.

O curso pra mim como médica profissional da atenção básica me acrescentou em todos os aspectos. Me fez tomar para mim alguns problemas que antes eu não julgava meu, mas que na verdade é de todos nós. Entendi primeiramente que o cobrar saúde é muito importante para que haja mudanças, quebra de comodismo e de mesmices. Entendi que ser mais humana e prestar um serviço mais atencioso e minucioso é realmente mais efetivo para o cliente pois este adquire confiança e passa a gostar de procurar assistência em saúde.

Com os TQCs aprendi vários aspectos teóricos importantes, lembrei de vários temas e vi algumas classificações, estratificações pela primeira vez em 9 anos de medicina a contar do primeiro ano em que cursei a faculdade e já estava em pleno aprendizado. Vi que as deficiências são inúmeras e as vezes muito simples de serem sanadas, como fazer o exame clínico completo, solicitar exames de forma sistemática para grupos de risco ou promover saúde e atuar na prevenção primária.

Com os trabalhos que desenvolvi, estudos clínicos, revi vários assuntos e retifiquei muitos conceitos errados.

É muito verdade que a falta de internet na localidade prejudicou muito, muito mesmo pois fica muito estressante ter que lutar com essas dificuldades quando se está exausto e cheio de atividades

Aprendi a monitorar meu próprio trabalho e isso é importante para que se obtenha uma continuidade de ganhos e não nos percamos durante a intervenção

Aprendi a analisar situação em saúde e isso levarei para minha vida profissional como um todo pois acredito ser importante observar como estamos e traçar metas de para onde queremos ir buscando melhoras para o serviço.

## 6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Caderno de Atenção Básica, n 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** 192p. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Séries de Pacto pela Saúde 2006, v 12. Série B. Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à saúde da Pessoa Idosa e envelhecimento.** 46p. Brasília, DF, 2010.





Anexo A: Continuação Planilha de Coleta de Dados

planilha final excel (1).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	<b>Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3</b>														
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso acamado ou com dificuldade de locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado 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						
4		1		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
5		2		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
6		3		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
7		4		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
8		5		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
9		6		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
10		7		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
11		8		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
12		9		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1

Pronto

Anexo A: Continuação Planilha de Coleta de Dados

planilha final excel (1).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Início  Inserir  Layout da Página  Fórmulas  Dados  Revisão  Exibição  Macros

Normal  Layout da Página  Visualização da Página  Quebra de Página  Modos de Exibição de Pasta de Trabalho  Modos de Exibição de Pasta de Trabalho  Personalizados  Tela Intelta

Zoom  Zoom na Seleção  Zoom 100%  Nova Janela  Organizar Tudo  Congelar Painéis  Ocultar  Reexibir  Dividir  Ocultar  Exibir Lado a Lado  Rolagem Sincronizada  Redefinir Posição da Janela  Salvar Espaço de Trabalho  Alternar Janelas

Janela  Janela

C4  C

### Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3

	A	B	C	P	Q	R	S	T	U
1									
2			Nome do idoso						
3		Número do idoso	Nome	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 acesso aos medicamentos prescritos?	O idoso está com tratamento odontológico concluído?	O idoso está com avaliação de alterações de mucosa em dia?	O idoso está com avaliação de necessidade de prótese em dia?
4		de 1 até o total de idosos cadastrados		0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
5		1		0	0	1	0	1	0
6		2		1	1	1	0	1	0
7		3		1	1	1	0	1	0
8		4		1	1	1	0	1	0
9		5		0	0	1	0	1	0
10		6		0	0	1	0	1	0
11		7		0	0	1	0	1	0
12		8		0	0	1	0	1	0
		9		0	0	1	0	1	0

Pronto  Mês 3  Indicadores

Anexo A: Continuação Planilha de Coleta de Dados

	A	B	C	V	W	X	Y	Z	AA
1	<b>Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3</b>								
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta 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 a saúde buca 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
4		1		1	1	1	1	1	1
5		2		1	1	1	1	1	1
6		3		1	1	1	1	1	1
7		4		1	1	1	1	1	1
8		5		1	1	1	1	1	1
9		6		1	1	1	1	1	1
10		7		1	1	1	1	1	1
11		8		1	1	1	1	1	1
12		9		1	1	1	1	1	1

Anexo A: Continuação Planilha de Coleta de Dados

ANEXO

planilha final excel (1).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

	A	B	C	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG
1	<b>Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3</b>									
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação de risco para a 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?	O idoso teve participação em ações coletivas de educação em saúde bucal?		
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		
4		1		1	1	1	0	0		
5		2		1	1	1	0	1		
6		3		1	1	1	0	1		
7		4		1	1	1	0	1		
8		5		1	1	1	0	1		
9		6		1	1	1	0	1		
10		7		1	1	1	0	1		
11		8		1	1	1	0	1		
12		9		1	1	1	0	1		

Pronto



PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número do Prontuário \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Problemas de locomoção? ( ) Sim ( ) Não / É acamado (A)? ( ) Sim ( ) Não / HAS? ( ) Sim ( ) Não / DM? ( ) Sim ( ) Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Estatura: \_\_\_\_\_ cm / Perímetro braquial: \_\_\_\_\_ cm / Osteoporose? ( ) Sim ( ) Não / Depressão? ( ) Sim ( ) Não / Demência? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Avaliação Funcional (avaliação de Pessoas Idosas) (normal ou alterado)													
Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativ. sexual	Humor/ depressão	Cognição e memória	MMSS	MMI	Ativ. diárias	Domicílio	Queda	Suporte social

CONSULTA CLÍNICA												
Para pontuação de HAS e/ou DM												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Tem fragilidade?	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Data da próxima consulta
					Framingham	Lesões órgão alvo						

Medicações de uso contínuo												
Data	Assessment											
Haloperidol												
Captopril												
Clozapina												
Tralopril												
Atenolol												
Metformina												
Glibenclâmida												
Insulina NPH												

PAINEL DE MONITORAMENTO DE LABORATÓRIOS												
Data												
Glicemia de Jejum												
HGT												
Hemoglobina glicada												
Colésterol total												
HDL												
LDL												
Triglicérides												
Creatinina Sérica												
Potássio sérico												
Triglicérides												
ECU												
Infecção urinária												
Proteínúria												
Corpos cetônicos												
Sedimento												
Micralbuminúria												
Proteínúria de 24h												
TSH												
ECG												
Hematócrito												
Hemoglobina												
VCM												
CVCM												
Plaquetas												



Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de Ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Classificação de risco de cárie

Baixo risco	Risco moderado						Alto risco		
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/ gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso
Data	Presença de placa	Presença de gengivite	Presença de mancha branca	História de tratamento	Cavidades inativas	Cavidades ativas	Dor ou abscesso	Código de risco	Classificação de risco de cárie

Classificação de risco de doença periodontal

Baixo risco		Risco moderado				Alto risco		
0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com cálculo supra gengival	B: Sequela de doença periodontal anterior	6: Elemento com cálculo subgengival e com mobilidade reversível ou sem mobilidade	8: Elemento com mobilidade irreversível e perda de função		
Data	Sextante 1 (dentes 14)	Sextante 2 (dentes 11)	Sextante 3 (dentes 26)	Sextante 4 (dentes 34)	Sextante 5 (dentes 31)	Sextante 6 (dentes 46)	Pior condição	Classificação de risco doença periodontal





## ANEXO E- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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