

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Wilson  
Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC**

**Ana Maria Alvarez Cabrera**

**Pelotas, 2015**

**Ana Maria Alvarez Cabrera**

**Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Wilson  
Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC**

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

Orientadora: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

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

C117q Cabrera, Ana María Alvarez

Qualificação do Programa de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC / Ana María Alvarez Cabrera; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, principalmente, a meu pai, e minha mãe que sempre me incentivaram os estudos, meus filhos que são meu alento, estimulam para seguir adiante e em especial a meu esposo pela ajuda incondicional em todo momento.

## **Agradecimentos**

Antes de tudo agradeço a Deus.

A minha família pelo apoio em todo momento da vida

A meu esposo Gregorio pelo apoio, incondicional no diversos momentos desta etapa.

A orientadora e professores do curso pela orientação e meus amigos que me ajudaram com sua amizade e companheirismo.

## Resumo

ALVAREZ, Ana Maia. **Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.** Ano 2015.75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

Devido uma crescente esperança de vida e diminuição das taxas de natalidade evidenciadas em todo mundo, a população idosa representará uma quantia cada vez maior na sociedade. Vários problemas de saúde são frequentes neste ciclo de vida tais como o déficit de memória cognitivo, depressão, doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, bem como suas complicações e a osteoporose. O presente trabalho é fruto da necessidade de melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira, localizada no município de Mâncio Lima no Acre. Neste sentido planejamos elaborar uma proposta de intervenção para sistematização do atendimento aos usuários idosos tendo como principais objetivos ampliar a cobertura dos usuários idosos e melhorar a qualidade da atenção a esses usuários. Utilizando como base as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção a saúde dos usuários idosos, adotamos o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006. Para o desenvolvimento do trabalho foram realizadas ações dentro dos quatro eixos temáticos propostos pelo curso, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. Além disso, para organização do processo do trabalho foi adotada a ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados. Após a realização do trabalho foi possível observar um aumento na cobertura do programa que inicialmente era (60%) 56 e após a intervenção foi possível alcançar a marca de (94,4%) 85 usuários idosos da área de abrangência cadastrados no programa de saúde do idoso. Destes indivíduos (100%) realizaram exame físico e laboratorial, receberam avaliação multidimensional rápida e avaliação de fragilidades na velhice, além de serem orientados sobre alimentação saudável, prática de atividade física e higiene da cavidade oral. Todos os usuários cadastrados receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa. Como ponto negativo do trabalho nenhum usuário teve a primeira consulta odontológica programática agendada. Com a intervenção houve uma melhora na adesão dos tratamentos propostos por parte dos usuários, ocorreu também melhorias na assistência fornecida durante as consultas médicas além de melhorias gerais no atendimento da população. Nosso projeto já foi inserido na rotina de trabalho da unidade. Além disso, vamos incorporar a parceria com os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família para qualificar ainda mais o nosso trabalho e assistência à saúde dessa população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Sala de acolhimento nossa Unidade	11
Figura 2	Fotografia: Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira	12
Figura 3	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.	52
Figura 4	Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.	54
Figura 5	Fotografia: Preenchimento Ficha Espelho	58
Figura 6	Fotografia: Entrega de caderneta de saúde da pessoa idosa	59
Figura 7	Fotografia: Realização de atividade educativa	59
Figura 8	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC	70
Figura 9	Fotografia: serviços ofertados à comunidade	73

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

ACS - Agente comunitário da Saúde  
APS - Atenção Primária de Saúde  
BAAR - Bacilo acida álcool resistente  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CEO - Centro Especializado Odontológico  
DM - Diabetes Mellitus  
EAD - Modalidade de Ensino a Distância  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia da Saúde da Família  
EPF - Exame Parasitológico de Fezes  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ORL - Otorrino laringologia  
PCR - Proteína C Reativa  
PMMB - Programa Mais Médicos para o Brasil  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFPEl - Universidade Federal de Pelotas  
UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
USF - Unidade de Saúde da Família  
SIAB - Sistema De Informação Básica  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma .....	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	64
5 Relatório da intervenção para gestores .....	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	71
À comunidade .....	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73

Referências .....	75
Anexos .....	77
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	78
Anexo B - Planilha de coleta de dados .....	79
Anexo C - Ficha espelho .....	80
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	81

## **Apresentação**

No presente trabalho será descrito o resultado final do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade à Distância - do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS), com a implementação do Programa de Saúde do Idoso na Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira, município Mâncio Lima, Acre. O volume está dividido em sete capítulos. O primeiro está composto pela análise situacional com a descrição da unidade de saúde e uma análise do processo dos programas de atenção. O segundo capítulo apresenta a análise estratégica com o projeto de intervenção onde há a justificativa de escolha do foco, os objetivos, metas assim como a metodologia para o desenvolvimento do trabalho.

O terceiro capítulo apresenta o relatório de intervenção com a descrição das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não puderam ser desenvolvidas além de aspectos relacionados a coleta de dados e sua sistematização e uma análise da viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. No quarto capítulo é apresentada a avaliação da intervenção com os resultados e discussão. Nos quinto e sexto capítulos são apresentados os relatórios para os gestores e comunidade. Finalmente, no sétimo capítulo é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. O volume é finalizado com apresentação das referências bibliográficas e anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

Meu trabalho é desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende uma população em zona urbana e rural na comunidade de Rua nova Wilson Batista Sequeira Município de Mâncio Lima estado Acre. Contamos com uma equipe de saúde integrada por um enfermeiro, uma médica, duas técnicas de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, uma técnica dentista. É uma unidade com uma boa estrutura contando com escritório para o enfermeiro, um consultório médico, uma sala de vacinação, sala de nebulização e sala de curativo, sala de laboratório de malária além de recepção para o acolhimento dos usuários. Também temos sala para os ACS, sala de procedimentos, cozinha e banheiros. Nossa equipe faz um trabalho ligado com o objetivo de levar saúde tanto ao individuo como à família com o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção o qual é nossa principal razão. Também realizamos atuações dirigidas a conseguir a instrução da população. Cometemos visitas domiciliares frequentes a grupos de risco para avaliar suas condições de vida e sue estado de saúde. Para o trabalho de atendimento constamos consultas em toda a semana para atender às gravidas, fazemos atendimento à saúde da mulher, da criança, idoso e adolescente, além disso, consultas de pesquisas cito patológicos do câncer colo uterino. Temos dificuldades em alguns seguimentos por termos uma população ribeirinha muito distante na UBS fora de área da equipe. Eu tenho muitas dificuldades com ethernet.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Mâncio Lima está localizado no extremo oeste do estado do Acre. A cidade é conhecida por ser o município mais ocidental do Brasil, abrigando o ponto extremo oeste do território brasileiro na nascente do rio Moa, situada na fronteira com o Peru. É também o município brasileiro mais distante em linha reta da capital federal Brasília. Sua população é de 15.890 habitantes dado por Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE, 2010) e sua área é de 4 672 km<sup>2</sup> (3,0 hab./km<sup>2</sup>). Limita ao norte com o Amazonas, ao sul e a oeste com o Peru, a leste com o município de Rodrigues Alves e a nordeste com o município de Cruzeiro do Sul. Mâncio Lima nasceu de um povoado denominado “Vila Japiim”, elevada em 1913 pelo Capitão Regos Barros, e Japiim se referem a um pássaro de plumagem preta e amarela muito comum na região do Vale do Juruá. Também foi o nome do povoado que deu origem ao município de Mâncio Lima. Só em 14 de Maio de 1976, elevou oficialmente Mâncio Lima a categoria de Município. Mas, apenas em 30 de Maio de 1977 Mâncio Lima conquistou sua autonomia e emancipação com a posse do primeiro Prefeito. Mâncio Lima conta ainda com o Parque Nacional da Serra do Divisor, que é o quarto maior parque nacional do país, possuindo uma área de aproximadamente 843.000 ha. O Parque foi criado em 16 de junho de 1989, como parte de uma política ambiental, objetivando a criação de um cinturão de proteção florestal nas áreas de fronteira do país. A população rural reside às margens dos rios e igarapés da região, em pequenas comunidades. Cerca de 0,5% dos habitantes essas possuem energia elétrica, porém não contam com água tratada. As residências do interior são, em sua grande maioria, construídas de forma rústica, cobertas com palha e sem divisão de cômodos.

Em nosso município existem seis UBS todas trabalham com Estratégia de Saúde da Família (ESF), não temos disponibilidade de Centro Especializado Odontológico (CEO), mas contamos com serviço hospitalar. Temos muita dificuldade

na disponibilidade de exames complementares uma vez que muitos não são realizados em nosso município, temos todas as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações e os usuários tem acesso a somente alguns dos exames complementares, tais como: Hemograma Completo, Urina, EPF, Colesterol Triglicérides, Fator Reumatoide, PCR, teste de BAAR, Citologia de colo uterino, Raio X sem contraste. Dos testes diagnósticos oferecidos estão: glicemia capilar, HIV, Teste rápido de sífilis, teste rápido de hepatites, testes de grávidas (são realizados no hospital). Outros exames são feitos em outro município e não temos especialidades médicas. Em nosso município as estratégias de agendamento utilizado para a marcação de consulta na atenção especializada é de encaminhar para outro município; nossos usuários têm garantia de internação hospitalar no próprio município.

Minha UBS Wilson Batista Sequeira é urbana e oferece duas jornadas de trabalho (pela manhã e na tarde) e esta vinculada diretamente com o Sistema Único De Saúde (SUS) e não temos instituições de ensino em nossa área de abrangência. O modelo de atenção é ESF. Contamos com uma equipe de saúde completa, com médico, dentista, enfermeiro, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e com 6 agentes comunitários de saúde. Também contamos com o ajuda de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) onde atuam três diferentes profissionais, nutricionista, fisioterapeuta e Profissional de educação física.



**Figura 1.** Sala de acolhimento da nossa unidade.

Minha UBS tem uma estrutura aceitável com rampas baixas. Na UBS tem sala de reuniões (quando temos que realizar atividades educativas é realizado na sala de reunião) e de educação em saúde, sala para ACS, sala de esterilização. A UBS tem consultórios com banheiro, sala para depósito de material de limpeza, área de recepção lavagem e descontaminação de material, sala de nebulização. A sala de recepção é muito pequena, ali podem se acomodar menos de 15 usuários sentados, as cadeiras desta sala são de plástico duro, realmente muito desconfortável e não garante a privacidade e comunicação privada com os usuários durante o acolhimento na UBS. A ventilação é adequada, mas existem algumas janelas de vidro locais que precisam ser fechados durante as consultas e não tem ventilação indireta, impossibilitando a circulação de ar. A UBS é pequena comparada com a que aparece no manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Creio que em conjunto podemos fazer muitas transformações na minha UBS e na comunidade em relação ao acolhimento, acompanhamento, educação e mudanças de estilo de trabalho, realizando uma melhor organização, planificação de atendimento agendado e demanda espontânea. Através da execução dos princípios fundamentais da atenção básica de integridade, qualidade, equidade, e participação social, estabelecendo vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade.



**Figura 2.** Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira

O enfermeiro atende a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades de educação permanente, atividades em grupo e, solicitação de exames complementares, prescreve medicações e gerencia insumos, também encaminha os usuários que necessitam do atendimento dos demais profissionais. O médico trabalha pela saúde das pessoas, promove saúde, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, ficando responsável pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, atendo à demanda dos indivíduos. Também realizo atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, realizando consultas clínicas no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-me pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário. Além disso, faço um trabalho conjunto com o enfermeiro e realizo parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe. O agente comunitário de saúde realiza visitas domiciliares na área adstrita, e informa os dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da sua comunidade. Eles tem cadastradas todas as pessoas do território, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, fazendo acompanhamento por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adstrito à UBS, desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, fazem acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. O técnico e auxiliar de enfermagem realizam procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade e realizam atividades de educação em saúde. O cirurgião-dentista realiza atividades referentes à saúde bucal dos usuários, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar em ação conjunta com o técnico em saúde bucal, e é responsável pela supervisão técnica do Auxiliar em Saúde Bucal. Auxiliar em saúde bucal realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho. Eu acredito que ainda temos muitas coisas a serem realizadas para melhorar a qualidade de vida de nossa população brasileira. Com nosso trabalho em conjunto no dia a dia, traçar estratégia que melhore a organização do processo de trabalho e que permita a avaliação qualitativa e quantitativa, como cadastramento atualizado de



todos os grupos populacional do programa do SUS como idosos, doenças crônicas, mulheres em idade fértil, crianças, grávidas. Também fazer mais atividades de educação preventiva para conseguir mudanças de estilo de vida, e estimular mais a participação da comunidade na tomada de decisões de saúde.

Minha população da área adstrita é de 1.525 habitantes, destes 759 são masculinos e 766 são femininos. Esta distribuída na forma seguinte: Temos atualmente 51 crianças com menos de um ano, das quais 24 são do sexo masculino e 27 femininos. Nas crianças de 1 a 4 anos (53 ao todo), a proporção é de 28 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. Na faixa etária de 5 a 6 anos temos 90 crianças, destas 43 são do sexo masculino e 47 feminino. Nas crianças de 7 a 9 anos (117), 53 é do sexo masculino e 64 feminino. Na faixa etária de 10 a 14 (205), 99 são do sexo masculino e 106 feminino. Na faixa etária de 15 a 19 contamos com 183 adolescentes e jovens, destes 97 são do sexo masculino e 86 feminino. Na faixa etária de 20 a 39 temos 267 homens e 268 mulheres. No grupo de 40 a 49 temos um total de 137 pessoas, das quais 66 são do sexo masculino e 71 feminino. A população de 50 a 59 é de 64 pessoas, dentre eles 33 são homens e 31 mulheres. Na população idosa (com mais de 60 anos) temos 90 pessoas. Destas, 49 são do sexo masculino e 41 são do sexo feminino.

Na minha UBS o atendimento médio em cada turno de trabalho é de 16 a 20 usuários, acreditando em uma boa quantidade de consulta. Predominam as demanda espontânea sobre as agendadas, já que realizamos muito atendimento a doentes que moram fora de área de abrangência (comunidades ribeirinhas). Todas as pessoas que procuram atendimento são atendidas no dia. Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas (escutadas) À equipe de saúde conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico e avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário que necessitam atendimento no dia ou atendimento imediato/prioritário tanto para o enfermeiro, médica, dentista. Não existe excesso de demanda, estamos trabalhando em equipe para acrescentar o atendimento nas consultas agendadas programadas a nossa população. As estimativas que foram utilizadas são do Caderno de Ações Programáticas (CAP).

Na minha UBS em acompanhamento, alcançando 100% de cobertura”; já que os 29 lactantes (100%) das crianças fazem atendimento de puericultura, assim como a atenção pré-natal, é uns dos programas que são priorizados. Através dela puericultura diagnóstica e são precocemente avaliadas alterações no crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança, e orientamos a mãe e a família sobre os cuidados do bebê, como prevenir problemas na amamentação, certos cuidados no aleitamento (podem prevenir problemas como rachaduras no bico do peito, seios empedradas e outros) que com uma boa orientação podemos prevenir. Também se orienta o aleitamento exclusivo até seis meses de idades, fazemos orientação sobre vacinação e sobre efeitos vacinais adversos, realizamos exames como os testes da orelhinha, pezinhos, olhinho, orientação da segurança da criança para prevenir acidentes e violências e fazemos orientação sobre alimentação durante o primeiro ano de vida. Todas essas orientações são de capital seriedade, por sua força na elevação à saúde e no crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, tem desempenho proeminente na precaução de doenças crônicas na vida crescida, como, diabetes e doenças cardiovasculares, obesidade, extremamente prevalente em nosso ambiente, além disso, realizamos orientação aos pais sobre o desenvolvimento das funções fisiológicas e comportamentais das crianças tais como choro, padrão de sono, explicamos que ao anoitecer o movimento da casa seja modificado para manter um ambiente mais sereno, e controle de esfíncteres, identificamos as necessidades em saúde bucal das crianças que ainda é muito deficiente.

Em minha UBS temos uma boa cobertura já que os 100% das crianças fazem atendimento de puericultura, mas as ações de atenção à saúde da criança não estão estruturadas de forma programática, estamos trabalhando com equipe para melhorar os indicadores da qualidade da atenção a saúde da criança avaliada, e já estamos criando um registro para um melhor planejamento, monitoramento da avaliação das ações desenvolvidas. Estamos fazendo em conjunto toda equipe ações que envolvem escolas, comunidade, de educação, para melhorar dos índices de morbimortalidade da criança.

Nossa área tem um total de 425 mulheres na idade fértil com 20 grávidas em acompanhamento o 100%, toda mulher antes de entrar em gestação necessita no planejamento familiar, o que permite a redução da morbimortalidade materna e

infantil. Momento onde se faz um questionamento adequado sobre os principais problemas e antecedentes da mulher historiam obstétricos previa identificar hábitos tóxicos (fumo, consumo de álcool ou drogas), entre outros, podendo atuar e modificar a fim de evitar complicações futuras durante a gravidez, tanto para a mãe como para o neonato. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável sem impacto para a saúde materna abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas No Brasil a mortalidade infantil e a materna ainda são um problema de saúde. A captação precoce das gestantes no pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério são básicas para a diminuição destas taxas. Estamos toda a equipe trabalhando em conjunto para poder chegar a um ponto em que as gravidas iniciem seu pré-natal precocemente até a 12<sup>a</sup> semana, para que elas tenham atenção desde seu primeiro trimestre, e assim poder identificar com tempo qualquer risco ou doença e trata-la. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, ou seja, adotam um protocolo ou manual técnico, contando com um registro específico onde podemos realizar monitoramento regular destas ações com uma boa cobertura.

Nossa área tem um total de 310 mulheres entre 25 e 64 anos com uma cobertura de 100%. O câncer é uma das principais causas de morte da população em todo o mundo, no caso das mulheres o de mama e o de colo do útero entre os mais frequentes. Dois tipos de câncer que se diagnosticados precoces tem boa predição, atenuando a mortalidade por esta causa. Em minha UBS durante a consulta realizamos ações para acrescer a aderência às mulheres para fazer o preventivo de colo de útero. Eu faço e oriento como fazer o autoexame de mama, bem importante e que toda mulher deve saber fazer ló. Em minha UBS realizam-se atividades de prevenção do Câncer de colo de útero e de Câncer de mama com grande frequência durante toda a semana com participação de todo a equipe orienta se a todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Também são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo, ações de educação da mulher para realização cíclica da pesquisa preventiva do câncer do colo uterino, ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, ações de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orienta sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e

sintomas. A tomada de mostra é realizada pelo enfermeiro, e os agentes de saúde são os que orientam aos usuários para que assista a UBS na realização de preventivo de colo de útero, esta se realiza as mulheres que se encontram na faixa etária e mediante o protocolo, fizemos uma campanha com a aplicação de vacina HPV e realização de preventivo de colo uterino e mamografia de rastreamento, mas temos muita deficiência no registro na mesma, já procuramos um livro com toda a população feminina por faixa etária para poder realizar um trabalho ótimo em no programa de preventivo de câncer de colo uterino e resolver os problemas identificados, e que permita realizar uma avaliação sistemática no programas. Os poucos indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados estão deficientes Não temos o dado dos últimos três anos de quantas mulheres foram identificadas com exame cito patológico alterado de quantas estão atrasadas do seguimento. O seguimento das mulheres com exame alterado não se faz no município já que não tem especialista Ginecologista, Oncologista. Os usuários são encaminhados para outro município. No nosso posto precisamos fazer um acompanhamento e controle desta mulher através de uma comunicação ativa e contra referência entre atenção básica e atenção secundária, mas na avaliação da cobertura de Controle do Câncer de Mama essa contra referência é muito deficiente. No município não tem mamógrafo e o exame é feito em outro município na Maternidade de Cruzeiro do sul, tendo um número fixo de mamografias. Para todo o município são 45 exames, dividido em 6 UBS. a minha UBS restam apenas sete exames no ano, dessa forma não é possível fazer rastreamento por faixa etária.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são considerados potencialmente controláveis com a adoção de medidas preventivas. As Doenças Crônicas-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida, que elevam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. A estimativa do número de hipertensos e diabéticos residentes em minha área parece inadequada a realidade. Acredito que temos muitos usuários com HAS e DM na população que não foram diagnosticados, por isto temos que aumentar a busca ativa para fazer controle e evitar o desenvolvimento de complicações e sequelas. A avaliação da cobertura é de que os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS e DM avaliados encontrados

são inadequados. Em minha UBS toda equipe esta realizando ações para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, sal, tabagismo, também os estimulamos a realizar uma dieta saudável dentro das suas possibilidades econômicas, oferecemos a realização da Glicemia capilar para os portadores de DM da área de cobertura. Estamos trabalhando para ver se podemos alcançar a meta de que todos os usuários faltantes assistam a consulta antes de finalizar o ano. Já estamos fazendo algumas estratégias para conseguir isso como, por exemplo, a restrição à retirada dos medicamentos de uso regular sem a consulta por parte dos usuários.

A longevidade é sem duvida um triunfo. Há, no entanto importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento em relação a qualidade do envelhecimento Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros esse processo acontece de forma rápida a expectativa. A tendência no Brasil, bem como em todo mundo é que existirão mais idosos que crianças (BRASIL 2006). No trabalho da equipe na atenção básica saúde da família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões social e cultural. É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de estilos de vida saudáveis é enfrentada pela norma de saúde como uma ação estratégica. Alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática da atividade física, alimentação saudável, vacinação, avaliação cognitiva e da saúde bucal nas pessoas idosas. Não existe registro em minha unidade de saúde em relação a estimativa do número de idosos residentes na área. Apesar de ser adequada a minha realidade, a cobertura do atendimento a Saúde da Pessoa Idosa encontrada não é boa, pois não existe um caderno programático com todos os usuários para poder fazer uma avaliação. Existe caderneta, mas não é utilizada por nenhum idoso, não se faz realização de avaliação multidimensional rápida, e também não existe padrão para isso. O acompanhamento do dia a dia só é feito a usuários com doenças crônicas e não a todos, fazemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para atividade física regular e a avaliação de saúde bucal em dia é deficiente. Já nossa equipe procura fazer um registro com todos os idosos e perpetrar uma classificação de acordo as doenças de todos e após isso realizar a avaliação multidimensional

rápida, a avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice e fazer atendimento odontológico. A folha de modelo de avaliação rápida não tem em nosso posto e a coordenadora fez um pedido a secretaria de saúde de nosso município para que os mesmos sejam confeccionados.

Considero que os maiores desafios em minha UBS é alcançar uma melhor organização, planejamento de todos os protocolos de trabalho, ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção em que a saúde da família é compreendida como a estratégia principal para mudanças e para poder melhorar na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção básica. Também para desenvolver mecanismos de controle e avaliação, do processo de trabalho, trabalhar em conjunto com outros profissionais buscando apoio e soluções as famílias mais vulneráveis. Em minha UBS os maiores recursos que temos são a unidade de toda a equipe com muitos desejos de trabalhar nas soluções de os problemas de saúde. “Juntos, somos mais fortes”.

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

Após a leitura do texto da semana de ambientação e da finalização do relatório da análise situacional, percebo que o relatório ficou mais completo, amplo e desenvolvido com mais qualidade na redação, ortografia e, especialmente, no conhecimento sobre o processo de trabalho, características do desenvolvimento na equipe, estimativas e capacidade do serviço para atender a população da área de abrangência.

Ao longo deste período, algumas mudanças aconteceram a partir do preenchimento de todos os questionários e da reflexão a partir dos textos consultados. Acredito que as mudanças que aconteceram são muitas, principalmente em relação ao conhecimento sobre como deve ser o trabalho e a organização no processo de trabalho na ESF. Além disso, foi possível reconhecer os direitos dos usuários na legislação brasileira, as necessidades e orientações do Ministério da Saúde sobre a estrutura física da Unidade, sobre como deve ser o acolhimento dos usuários e o planejamento dos atendimentos. Outro aspecto

relevante foi compreender as potencialidades e dificuldades em relação às ações programáticas na ESF, tais como acompanhamento ao pré-natal e puerpério, saúde da criança, pessoas com hipertensão e com diabetes e acompanhamento das pessoas idosas. O reconhecimento das diretrizes da Atenção Primária de Saúde (APS) e das responsabilidades de cada membro da equipe é fundamental para melhorar a qualidade do acolhimento e das ações de rotina no âmbito da ESF. Os casos particulares de mim compreenderam necessidade de trabalhar na equipe fazer um planejamento certo no agendamento de atendimento para ganhar na qualidade dos atendimentos, além disso, melhorar nos acolhimentos, na educação em saúde, na importância da participação de a população na questão de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Há uma tendência global de aumento da expectativa de vida, isto leva a um constante crescimento da população idosa no mundo. Um país é considerado jovem quando menos de 7% de sua população tem 65 anos, quando 14% já alcançaram esta idade passa a ser considerado envelhecido. A tendência no Brasil, bem como em todo mundo é que existirão mais idosos que crianças. No trabalho da equipe na atenção básica saúde da família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões social e cultura (BRASIL 2009).

Entre os principais agravos aos idosos temos: A osteoporose, que é definida como uma doença sistêmica progressiva. Trata-se de uma desordem esquelética caracterizada por força óssea comprometida predispondo a um aumento do risco de fratura, instabilidade postural com a ocorrência de quedas é uma característica do processo de envelhecimento e constitui um desafio. Há elevada incidência de fraturas, mas o trauma é apenas uma das sequelas da falta de equilíbrio. Muitos idosos com quedas convivem diariamente com o medo de cair, limitando progressivamente suas atividades, a queda nestes casos se manifesta como sintoma prodromico de eventos agudos como pneumonia, infecção urinária e insuficiência cardíaca. O déficit de memória nos idosos pode estar relacionada à demência que se apresenta como déficit cognitivo atenção, de memória e de aprendizagem. A demência é uma síndrome, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória e o pensamento. A demência vascular é o



resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. O seu início dar-se-á em geral na idade avançada. A Doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. A demência na Doença de Alzheimer pode ter início antes da idade de 65 anos, com deterioração relativamente rápida e o transtornos múltiplo. Entre as principais doenças mentais que atingem os idosos está a depressão. Também é frequente a hipertensão arterial nessa faixa etária, que é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas, é um fator de morbidade e mortalidade, mas adequadamente controlada reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. O diabetes mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. A mesma apresenta alta morbi mortalidade com perda importante na qualidade de vida levando a insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares. Incontinência urinária é outro sério problema de saúde, sendo mais frequente em mulheres que homens. Tem grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando geralmente grandes constrangimentos e induzindo ao isolamento social e a depressão BRASIL, 2003.

A minha unidade de saúde conta com uma boa estrutura física, com uma equipe de trabalho adequado a população da área de abrangência, com uma população de 90 idosos cadastrados, onde é muito importante desenvolver objetivos e metas adequadas para melhorar a qualidade de vida desta faixa etária. Primeiramente atualizando e fazendo o registro geral de todos os idosos com suas doenças, entregando as cadernetas de idosos àqueles que ainda não possuem ou a tenham perdido, realizando avaliação multidimensional a cada um deles, controlando doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatias e realizando ações de saúde bucal que apresenta indicadores muito baixos. Isso evidencia a importância e também a possibilidade de realizar um trabalho onde toda a equipe trabalhe em conjunto para alcançar uma melhor qualidade de vida aos idosos da nossa área de abrangência.

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de estilos de vida saudáveis é aceita pela norma de saúde como uma ação estratégica, e alguns aspectos são

facilitadores para a incorporação da prática da atividade física, alimentação saudável, vacinação, avaliação cognitiva e da saúde bucal nas pessoas idosas.

A equipe pensa que será possível cumprir com as metas para a cobertura, nossa equipe já está realizando um trabalho de intervenção nas comunidades que com a ajuda dos ACS nos permite identificar todos os usuários desta faixa etária. Para melhorar a qualidade temos muitas metas propostas só observamos dificuldade com a saúde bucal, o objetivo da adesão não deve ser problema, pois trabalharemos com organização dos serviços e planejamento que permite a identificação dos usuários faltosos e a sua busca.

Fiz a escolha deste tema referente a saúde dos usuários idosos já que eu gosto de trabalhar com esta faixa etária e quero melhorar o trabalho na minha UBS por ser deficiente neste período atual. Também quero conseguir programar um atendimento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde a esta população para desta forma contribuir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor estado de saúde. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo para que perdure no futuro.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção ao programa de saúde das pessoas idosas na USF Wilson Batista Siqueira no município de Mâncio Lima no Acre.

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

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

Meta 1.1 Ampliar para 70% a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde em 4 meses, para 90% em 10 meses e 100% em 12 meses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% dos idosos cadastrados.

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde Wilson Batista Siqueira, no Município de Mâncio Lima/AC. Participarão da intervenção 90 idosos com mais de 60 anos, de acordo os dados do cadastro feito pela equipe. Será utilizado o protocolo Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006 do ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Após eleger o foco de intervenção na atenção à saúde do idoso e constituir a metas de cobertura adequada em minha UBS, passamos às ações que vamos realizar para conseguir os objetivos e metas propostas estabelecendo ações nos quatro eixos: Organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 70%:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da cobertura dos idosos da área se dará mensalmente pela médica, através da planilha de coleta de dados.

– O acolhimento dos idosos da área será realizado pela enfermagem ou pela dentista, com remanejamento ao médico, quando necessário.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde no programa se dará por meio da ação conjunta das ACS e da equipe na UBS.

c) Engajamento Público:

– As ACS esclarecerão a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, como a possibilidade de agendamentos de consultas, este esclarecimento também se dará para a população na UBS pela equipe.

– Toda equipe ESF informará a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A médica e a enfermeira capacitarão a equipe no acolhimento aos idosos, bem como as ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, a capacitação se dará semanalmente durante as reuniões de equipe.

Para cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados se dará semestralmente pela médica através da planilha de coleta de dados.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção no Programa será realizado na UBS pela médica, onde serão informatizados os dados coletados nas visitas domiciliares.

c) Engajamento Público:

– Toda equipe ESF Informará a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação das ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência se dará pela médica, durante a reunião de equipe.

Para realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados:

a) Monitoramento e Avaliação:

– Durante as reuniões de equipe, será avaliada junto as ACS e a enfermeira a necessidade de visitas domiciliares para idosos acamados ou com problemas de locomoção, e agendamento das mesmas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– As visitas domiciliares aos idosos acamados e com problemas de locomoção serão realizadas todas as sextas feiras pela manhã.

c) Engajamento Público:

– A orientação da comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sua disponibilidade será realizada pelas ACS e pela equipe na UBS.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A orientação das ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar será realizada pela médica e enfermeira durante as reuniões de equipe.

Para rastrear 100% dos idosos cadastrados para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número idoso submetido a rastreamento para HAS se dará semestralmente com a avaliação dos registros dos idosos cadastrados, pela enfermeira.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– Os materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde serão garantidos pela enfermeira junto aos gestores.

c) Engajamento Público:

– A orientação da comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial nos idosos será feita pelas ACS e pela equipe na UBS.

– A orientação da comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS será realizada pela médica e pela enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, será realizada pela médica e pela enfermeira, durante a reunião de equipe, e será utilizado como referência a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Para rastrear 100% dos idosos cadastrados com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM):

a) Monitoramento e Avaliação:

– O número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, será monitorado pela enfermeira semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde será garantido pela enfermeira junto aos gestores.

c) Engajamento Público:

– A comunidade será orientada 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, e, sobre os fatores de risco para desenvolver DM, pelas ACS, pela enfermeira e pela médica.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da 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 se dará pela médica e pela enfermeira durante as reuniões de equipe.

Para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento):

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será realizado pela médica e pela dentista, semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O acolhimento a idosos na unidade de saúde, organização da agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e o atendimento prioritário aos idosos, se dará na ação conjunta da dentista com o recepcionista.

c) Engajamento Público:

– As ACS, assim como toda equipe da UBS ficarão encarregados de 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, e, sobre a necessidade da realização de exames bucais periódicos.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe para realizar acolhimento do idoso, cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, captação de idosos e realização de primeira consulta odontológica programática para idosos se dará pela médica e pela dentista durante as reuniões de equipe.

Para fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção:

a) Monitoramento e Avaliação:



- O monitoramento da cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde se dará semestralmente pela enfermeira.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- As organizações das visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico se darão pelas ACS junto a cirurgião dentista.

c) Engajamento Público:

- A médica, a enfermeira e o cirurgião dentista estarão atentos às propostas de melhorias advindas da comunidade para melhorar acessibilidade e atendimento.

- A orientação aos idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares se darão pela médica e pelo cirurgião dentista.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação da equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares será feita pela dentista durante as reuniões de equipe.

- A qualificação da equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios e a capacitação dos familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares será feita pela dentista nas consultas.

Para buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde será feito pela médica, semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos será um trabalho conjunto da médica, da enfermeira e das ACS.

- A agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares será organizada junto à recepção, sempre que necessário.

c) Engajamento Público:

- A comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade preconizada para a realização das consultas pelas ACS e pela equipe na UBS durante a intervenção.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- O treinamento das ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e a definição da sua periodicidade se dará pela médica nas reuniões de equipe.

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

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da realização de Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde se dará pela médica durante as consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- Os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos serão garantidos pela médica e pela enfermeira. A Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos será realizada pela médica durante as consultas.

c) Engajamento Público:

- O esclarecimento da comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento das limitações para o envelhecimento saudável, além das condutas esperadas em cada consulta, se dará durante as consultas pela médica.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- O treinamento da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas será realizado pela médica, com base no manual do Ministério da Saúde Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Para 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:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pela médica durante as consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, a garantia de agendamento de suas consultas e encaminhamentos necessários serão abordados pela médica durante as reuniões de equipe e durante as consultas.

c) Engajamento Público:

- A orientação dos 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 serão realizados pela médica e pela enfermeira durante as consultas.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e para manter registro adequado dos procedimentos será feita pela médica e pela enfermeira durante as reuniões de equipe.

Para realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada será realizado pela médica semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A solicitação dos exames complementares e sua agilidade de execução serão solicitadas pela médica.

c) Engajamento Público:

- A orientação dos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, será realizada pela médica, enfermeira e pelas ACS.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares se dará durante as reuniões de equipe.

Para avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia se dará mensalmente pela médica junto ao auxiliar de farmácia mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde se dará pelo auxiliar de farmácia da UBS.

c) Engajamento Público:

– Toda equipe se responsabilizará por informar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A atualização profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, será realizada com base na IV Diretrizes de Hipertensão, pela médica nas reuniões de equipe.

Para concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído, assim como a mensuração da proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico será realizado pelo cirurgião dentista e sua auxiliar semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– A organização da agenda, obtenção de materiais necessários para garantir as consultas odontológicas e seu respectivo tratamento será realizado pela dentista e sua auxiliar.

c) Engajamento Público:

– Toda a equipe esclarecerá a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A dentista treinará a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz.

- A capacitação da equipe de saúde para monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico se dará pelo cirurgião dentista.

Para avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos e as alterações de mucosa bucais mais prevalentes nos idosos serão realizados pelo cirurgião dentista mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A enfermeira e o cirurgião dentista organizarão ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados e disponibilizarão material informativo relativo ao autoexame da boca.

c) Engajamento Público:

- O cirurgião dentista, a médica e a enfermeira informarão a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca, além de reforçar a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- O cirurgião dentista capacitará a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência durante as reuniões de equipe.

Para avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do número de idosos com necessidade de prótese, ou sua substituição será realizado pelo cirurgião dentista durante as consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A solicitação de adequação no consultório dentário para realização da primeira consulta odontológica.

c) Engajamento Público:

- O cirurgião dentista informará a população sobre o uso e manutenção adequados de próteses dentárias.

- d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação da equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias será realizada pelo cirurgião dentista.

- A capacitação da equipe de saúde bucal para execução da etapa clínica da confecção e para manutenção de próteses na unidade de saúde será realizada pelo cirurgião dentista.

Para manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastradas:

- a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde será realizado pela enfermeira e pela médica mensalmente.

- b) Organização e Gestão do Serviço:

- A organização de um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de exame complementar e dos demais procedimentos preconizados será estabelecido pela médica.

- c) Engajamento Público:

- A orientação dos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, será feita pelo total da equipe.

- d) Qualificação da Prática Clínica:

- O treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos será realizado pela médica nas reuniões de equipe.

Para distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados:

- a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será realizado pela médica e pela enfermeira.

- b) Organização e Gestão do Serviço:

- A solicitação junto ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa será realizada pela enfermeira.

- c) Engajamento Público:

- A orientação dos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção será dada pela médica e pela enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A equipe será capacitada para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa pela médica e pela enfermeira.

Para rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas para risco de morbimortalidade:

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será realizado pela médica semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A priorização do atendimento do idoso de maior risco de morbimortalidade será de toda equipe.

c) Engajamento Público:

- A orientação os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância de um eventual acompanhamento mais frequente, será dada pela médica.

d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa será realizada pela médica.

Para investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será realizado pela médica e enfermeira mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- A priorização do atendimento aos idosos fragilizados na velhice será de toda equipe.

c) Engajamento Público:

- A orientação dos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente será dada pela médica e enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será feita pela médica.

Para avaliar a rede social de 100% dos idosos:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, principalmente os idosos com rede social deficiente será feito pela enfermeira e pela médica nas consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– Será facilitado o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

c) Engajamento Público:

– A orientação dos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde serão realizadas por toda a equipe.

– A comunidade será orientada a promover a socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio através das ACS e da equipe na UBS.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos será realizada pela médica e pela enfermeira.

a) Monitoramento e Avaliação:

– Os idosos de alto risco serão avaliados pelo cirurgião dentista periodicamente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– A priorização do atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão) será realizado pelo cirurgião dentista.

c) Engajamento Público:

– A orientação da comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências será realizada pelo cirurgião dentista durante as consultas.

d) Qualificação da Prática Clínica:



– A capacitação dos profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal será realizada pelo cirurgião dentista.

Para garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos será realizado pela médica mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis será definido nas reuniões de equipe.

c) Engajamento Público:

– A orientação dos idosos, cuidadores e da comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis será feita pela equipe ESF.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos será realizada pela médica nas reuniões de equipe.

Para garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e do número de idosos que realizam atividade física regular, será realizado pela médica nas consultas semestralmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– A médica e a enfermeira serão encarregadas de definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. E de solicitar junto aos gestores parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

c) Engajamento Público:

– A orientação dos idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular será realizada pela médica, pelas ACS e pela enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular será feita pela médica.

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento das atividades educativas individuais será feito pelo cirurgião dentista e pela enfermeira mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– A definição do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual será dado pela médica, enfermeira e cirurgião dentista.

c) Engajamento Público:

– A orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será realizada pela médica, enfermeira e cirurgião dentista.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias será feita pelo cirurgião dentista.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Relativos ao objetivo 1 – ampliar a cobertura.**

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 70% em três meses

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

#### **Relativas ao objetivo 2 – melhorar a qualidade da atenção ao idoso.**

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

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Relativas ao objetivo 3 – melhorar a adesão ao Programa de Atenção ao Idoso.**

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

### **Relativas ao objetivo 4 – melhorar o registro das informações.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 5 – mapear os idosos de risco na área de abrangência.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

**Relativos ao objetivo 6 – promover a saúde do idoso.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para qualificar a atenção às pessoas idosas, adotaremos o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, (Brasil 2006).

Para as ações de monitoramento, serão utilizadas 100 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, 100 fichas prontuário espelho, 100 fichas da Avaliação Global da Pessoa Idosa - Instrumento Breve, 100 fichas de atendimento odontológico, um livro de registro de visitas domiciliares. As cadernetas e as fichas odontológicas já estão disponíveis na unidade. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos outros impressos. O preenchimento destes impressos é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe técnica e será revisto, semanalmente, pela médica e pela enfermeira. O cadastramento dos usuários será feito pelos ACS e os dados serão repassados para a médica da unidade, que se responsabilizará em abrir prontuário para idosos com cadastro novo.

Para as ações de organização e gestão do serviço, será necessário um caderno para agendamento exclusivo dos idosos. A recepção é responsável por realizar o agendamento, porém a periodicidade é indicada pelo profissional médico ou enfermeiro em anotação que deverá ser entregue pelo usuário à recepção. Quando o agendamento é feito após discussão de caso ou busca ativa, sem o usuário presente na unidade, o ACS é responsável por informar a data da consulta para o idoso e seus familiares. O médico e o enfermeiro são responsáveis pelas referências a outros níveis de atenção, de acordo com suas competências e com protocolo. O planejamento dos atendimentos e visitas domiciliares será realizado pela médica em conjunto com a equipe. O acolhimento e o fornecimento de informações são responsabilidades de toda a equipe e o atendimento clínico é de responsabilidade do médico e do enfermeiro. O atendimento em saúde bucal é de responsabilidade da equipe de saúde bucal. Para o atendimento clínico do idoso, são necessários esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica (para medir circunferência abdominal), balança, tabela, hemoglicoteste, receituário, impressos para solicitação de exames laboratoriais, impressos para eletrocardiografia. Todos estes materiais citados são fornecidos regularmente à unidade. O controle do estoque e a solicitação de materiais são de responsabilidade da técnica de



enfermagem. Será necessário obter junto à secretária de saúde oftalmoscópio e pilhas para otoscópio, instrumentos que ainda não dispomos na unidade.

Para as ações de engajamento público, serão necessários projetor, notebook, três pranchetas, canetas, um exemplar dos “10 passos para uma alimentação saudável” em forma de flipchart, um exemplar do Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, 2006, um exemplar do estatuto do idoso, 300 folhetos de orientações nutricionais elaborados pela médica a serem impressos. A médica responsável pelo projeto será a responsável pelas explicações e palestras, e será a mediadora nos momentos de grupo e participação da população. Porém outros membros da equipe, como os ACS e os profissionais de enfermagem, poderão e deverão participar das atividades de educação em saúde com a comunidade, se revezando entre si. O odontólogo será corresponsável pela última palestra, que trata do tema da saúde bucal, e pela capacitação da equipe técnica sobre a saúde bucal. As atividades com a comunidade terão lugar na Unidade de Saúde e na Igreja perto da Unidade, ou em locais comunitários sejam emprestados para realizar as atividades com a população.

Para a qualificação da prática clínica, será necessário projetor, notebook, flipchart ou quadro branco e apagador, três cores de caneta para quadro branco, exemplares dos protocolos municipais, cinco exemplares do Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, (Brasil 2006). A responsabilidade por elaborar palestras e atividades educativas para a capacitação dos profissionais é da médica responsável, mas os funcionários deverão participar ativamente das atividades.



### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção havia sido programada para ser realizada em 16 semanas, mas que por motivos inerentes ao curso de especialização foi preciso reprogramar as atividades e elas foram realizadas em 12 semanas. Mesmo assim foi possível desenvolver o trabalho e atingir resultados muito satisfatórios. Considero que isso foi possível devido o trabalho em conjunto realizado por toda a equipe.

Durante as 12 semanas de intervenção, buscando cumprir os objetivos propostos no projeto dentro dos quatro eixos temáticos, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão. Desta forma, buscaram-se dar andamento as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, segundo a ordem do cronograma na qual planejamos realizar. No desenvolvimento da intervenção alcançamos (94,4%) 85 de cobertura e conseguimos alcançar 100% nos principais indicadores de qualidade.

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

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde da pessoa idosa, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas idosas faltosas. Na primeira semana foi realizada uma capacitação com duração de 3 horas, onde se cumpriram as tarefas, além disso, praticamos o preenchimento das cadernetas, fichas espelho, se estudou o protocolo de atendimento e estatuto das pessoas idosas.

Os agentes de saúde cadastraram a toda sua população da área de abrangência, realizamos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de atenção as pessoas idosas solicitando apoio para a busca ativa de faltosos e para as demais estratégias que foram implementadas. Durante a intervenção não tivemos usuários faltosos, e por este motivo não tivemos necessidade de realizar a busca ativa. Também organizamos a agenda de trabalho para atendimento prioritário para a população alvo de nosso projeto, que é em torno de seis usuários em média, por semana.

Os atendimentos clínicos das pessoas idosas aconteceram de forma planejada, cada agente de saúde agenda os usuários das semanas segundo as prioridades considerando os que possuem doenças crônicas, com mais idade ou que tenham uma doença aguda, onde foi realizado o acolhimento, atendimento prioritário, preenchendo as fichas espelho, entregando as cadernetas das pessoas idosas, realizamos todos os procedimentos segundo o protocolo, avaliação multidimensional rápida, exame físico completo, orientando a importância de uma alimentação saudável, prática de exercício físico, uma boa higiene bucal, prevenção de queda e avaliação das redes sociais. As visitas domiciliares para as pessoas idosas, pelas características de nossa área, que tem uma população rural, não só se realiza visita a usuários acamados ou com problemas de locomoção como também, em alguns momentos fizemos visitas no domicílio da população geral.

As principais dificuldades encontradas na realização do projeto foi não ter enfermeiro o que provoca maior pressão de trabalho para a médica e para a equipe em geral. Mas, a equipe se encontrava muito unida e com uma participação ativa em nosso projeto de intervenção. Nesse momento, a intervenção já se encontra inserida na rotina de funcionamento da UBS da nossa área de atuação.

Quanto ao engajamento público a equipe trabalhou em esclarecer a comunidade sobre a importância dos usuários idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, na informação sobre a existência e a importância do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde para o envelhecimento saudável, a necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, possíveis alternativas para obter este acesso e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientamos os usuários e a

comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, orientamos os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis a realização de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, além disso, escutamos as recomendações dos idosos e da comunidade de como fazer as atividades e atendimento ao grupo isto foi feito na palestra feita no posto um viés por semana nas atividades coletiva feita um mensal e diretamente no atendimento clínico realizado.

Na qualificação da prática clínica foi realizada a capacitação da equipe para acolhimento, busca ativa de faltoso, política de humanização, atendimento de acordo a protocolo, treinamento da equipe em avaliação Multidimensional Rápida, encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas, realização de exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, fizemos atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Capacitamos a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, como definir a periodicidade das consultas, o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, avaliar a rede social dos idosos, promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira“, sobre a realização de atividade física regular e orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, isto foi feito durante a primeira emana duas tardes e na reunião da equipe semanal, além disso, no qualquer momento que precisara necessário esclarecer alguma duvida.

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

A planificação e realização das primeiras consultas odontológicas foram impossível devido não ter odontologista integrando a equipe de saúde da unidade e não podia encaminhar outras unidades uma vez que há uma situação similar em todas as unidades de saúde do município. Outra dificuldade é a realização dos exames complementares definidos no protocolo já que o município não conta com o laboratório e tem que ser feito em outro município ou particular que demanda com um alto custo e a maioria dos usuários não tem poder aquisitivo para a realização dos exames.

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

As coletas de dados ocorreram normalmente sem maiores dificuldades. Contamos com um computador da unidade e um notebook particular da médica para o preenchimento das planilhas durante a intervenção. A necessidade do uso da ficha-espelho, caderneta de saúde da pessoa idosa e exame físico mais detalhado aumentaram o tempo das consultas. O longo da intervenção fizemos anotações de todas as atividades desenvolvias e em cada semana foi elaborado um diário com relatos pontuais de cada uma das atividades, de uma forma ativa, com vivência de tudo que foi realizado durante o desenvolvimento do projeto da intervenção. Tudo isto ajudou na organização e planejamento das atividades uma vez que serviu de documento de reflexões para fazer as atividades cada dia melhor. Nos atendimentos solicitamos a assinatura do consentimento autorizando a utilização das fotos para ilustrar os diários com as diferentes atividades sempre com a concordância dos usuários. As populações tiveram uma boa aceitação da realização da intervenção com uma boa adesão da população idosa de nossa área.

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

As ações que foram realizadas com êxito são possíveis e já estão implementadas no serviço. O atendimento a pessoas idosas já forma parte da rotina do trabalho da equipe, mas acredito vai ser mais bem desempenhado quando a equipe estiver completa pois, atualmente está faltando odontologista, enfermeiro e uma técnica de enfermagem. Este desfalque na equipe prejudica o trabalho, atrapalha e sobrecarrega o restante da equipe. Da mesma forma, ocorre com a questão do engajamento público, no que diz respeito a programas de orientação populacional, que poderia ser melhorados com o aumento de recursos humanos em nossa UBS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na Unidade de Saúde Wilson Batista Siqueira localizada no município Mâncio Lima no Acre. Abaixo apresentamos os resultados alcançados de acordo com cada um dos objetivos específicos do trabalho.

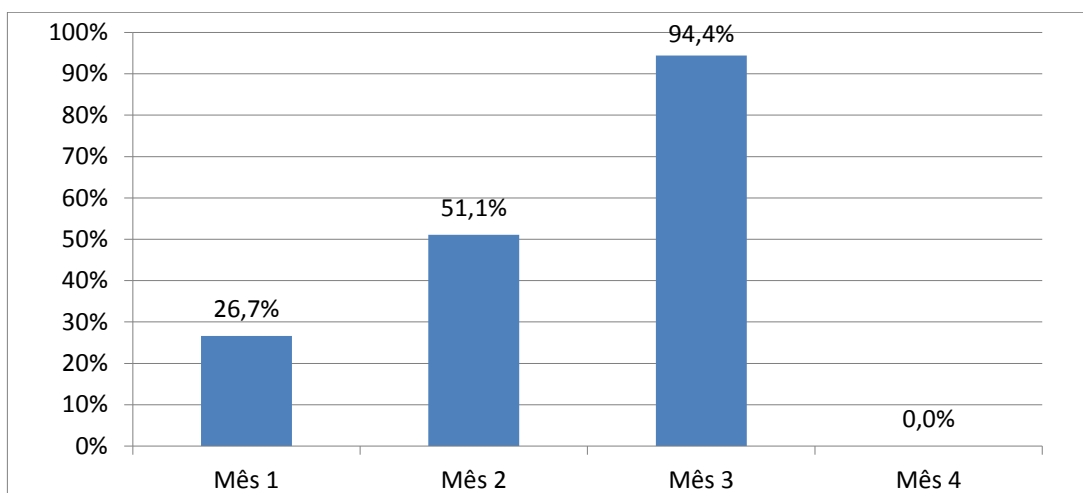
**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde para 70%.

Na área adstrita à UBS existem 90 idosos nesta faixa etária. Antes da intervenção tínhamos cadastrado 60% da população idosa (56 idosos), mas tivemos que fazer uma reorganização e recadastramento desta população. No primeiro mês foi possível alcançar 26,7% do total da população (24 idosos cadastrados e acompanhados). No segundo mês alcançamos (51,1%) da cobertura (46 idosos cadastrados) e ao final da intervenção alcançamos 94,4% do total da população (85 idosos cadastrados e acompanhados). Desta forma, foi possível alcançar a meta proposta. As ações que mais auxiliaram o alcance da meta foram a busca ativa realizada pelos ACS com recadastramento e reorganização do acolhimento na unidade. Como dificuldades destacamos as características próprias do território uma vez que a unidade cobre a população da zona rural. A maior parte dos casos solucionamos com o planejamento das consultas dos usuários idosos que moram



longe com agendamento dos atendimentos no domicílio. A ação conjunta de toda a equipe, com a realização das buscas ativas, a priorização de atendimento as pessoas idosas na UBS, a conscientização da comunidade na importância do acompanhamento da saúde desta população, foram os principais fatores que favoreceram esse resultado e possibilitou que a meta estabelecida pudesse ser cumprida.



**Figura 3:** Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.

**Objetivo 2:** Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde:

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

A meta foi de realizar Avaliação Multidimensional Rápida a 100% dos usuários idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados. Desta forma, alcançamos a meta proposta. As ações que mais auxiliaram o abarcamento da meta foram bom plano das consultas, busca ativa, visita a domicílio a pessoas com dificuldade de locomoção. Todos os usuários idosos cadastrados na intervenção (n=85) tiveram a avaliação multidimensional rápida

realizada. O sucesso deste indicador foi devido o esforço de toda a equipe que ficou envolvida no trabalho do projeto na planificação de todas as consultas, acolhimento feito na unidade de saúde, nas palestras realizadas a toda a população idosa cadastrada e população geral e especialmente a todos ACS com acompanhamento dos idosos de suas áreas de trabalho.

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

No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados. Isso foi possível alcançar devido ao esforço realizado pela equipe especialmente pela médica que realizou os exames clínicos nas consultas e visitas domiciliares, uma vez que a equipe não teve enfermeiro no período da intervenção.

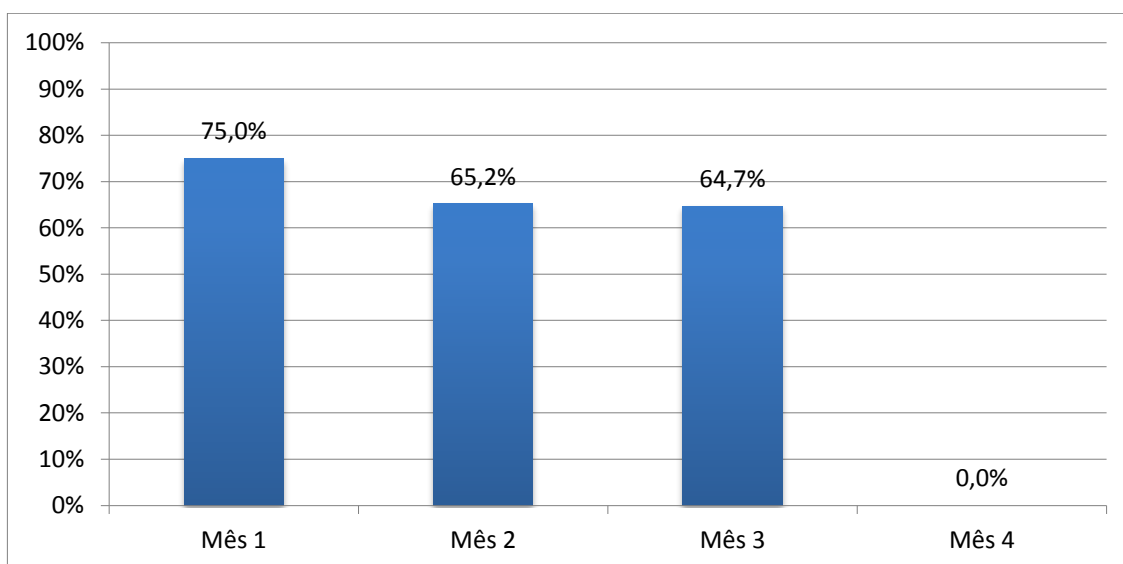
Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados. Desta forma, os resultados apontam que todos os usuários idosos cadastrados na intervenção tiveram seus exames complementares solicitados durante as consultas médicas ambulatoriais e domiciliares. O alcance desses resultados foram possíveis devido o desempenho do trabalho em conjunto realizado pela equipe e a revisão dos dados semanais assim como a sua atualização.

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

Nossa intervenção teve como meta priorizar, conforme a necessidade, a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% do total das pessoas idosas cadastradas e atendidas no projeto que apresentassem uma patologia crônica como HAS ou DM. Desta forma, no mês 1 18 (75,0%) usuários idosos receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no mês 2 30 (65,2%) e no mês 3 55 (64,7%) conforme é apresentado na figura 4. Esse alcance foi possível também devido o trabalho conjunto da equipe na planificação de usuários idosos com patologias crônicas não transmissíveis, no atendimento desses

na unidade de saúde e visitas em domicílio. É necessário esclarecer que isto não constitui 100% dos usuários. Esse indicador apresentou esse comportamento, pois somente 55 (64,7%) dos usuários precisavam de prescrição de medicamentos devido as suas doenças crônicas. O restante dos usuários (n=30) não tinham patologia crônica portanto não requeriam prescrição de medicamento da Farmácia Popular.



**Figura 4:** Evolução mensal do indicador de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.

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

O número de usuários idosos acamados previstos na área era de 12 (estimativa para o total da população de acordo com o IBGE). No primeiro mês foram cadastrados três usuários idosos. No segundo mês foi cadastrado mais um e ao final da intervenção 10, ou seja 100% dos idosos residentes na área pois, constatamos que o total é abaixo do esperado pela estimativa. O empenhos dos ACS para reconhecimento das necessidades de visitas domiciliares para algumas pessoas idosas idosas e agendamento dos atendimentos junto à técnica de enfermeira contribuíram para o bom resultado que esse indicador atingiu. A principal causa para as condições desses usuários é a senilidade. Todos são cuidados bem cuidados pela família.

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

Durante o período da intervenção foram cadastrados um total de 10 usuários nessas condições. No primeiro mês foram cadastrado três, no segundo mês um, ao final da intervenção 10 correspondendo a 100% dos usuários acamados ou com problemas para locomoção. Ao longo da intervenção todos receberam visitas no mês correspondente ao seu cadastro. Essa meta foi alcançada graças ao trabalho em conjunto de toda a equipe.

Durante a intervenção realizei uma visita domiciliar junto com a agente de saúde à casa de uma usuária idosa com 100 anos de idade com problemas na locomoção onde fomos acolhidas pela filha. A senhora, chamada de Maria, com antecedente de HAS estava sentada na cadeira, a mesma não está enxergando bem, mas esta bastante lúcida e comunicativa. Apesar de morar em uma casa bem humilde é bem cuidada pela família achando que tem boa harmonia familiar, onde cada membro tem uma responsabilidade. Desta forma, fiz uma classificação de família funcional. Realizamos todos os procedimentos do protocolo, fizemos a avaliação global, avaliação multidimensional rápida onde a avaliamos como idosa frágil, devido a idade maior de oitenta anos, com problemas na locomoção, déficit visual e auditivo além do declina funcional no autocuidado. Preenchemos a ficha espelho, entregamos a caderneta de saúde da pessoa idosa e fizemos a promoção de hábitos saudáveis. Maria se encontrava com sintomas de infecção no rim, fiz orientação do tratamento uma vez que o nosso município não conta com um laboratório que possibilite fazer um exame de urgência. Oferecemos um acompanhamento a esta idosa durante uma semana.

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

No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados que tiveram a verificação da pressão arterial, no momento do atendimento nas consultas ou visita domiciliar. A meta foi atingida graças ao trabalho conjunto de toda a equipe, principalmente pelo trabalho das técnicas de enfermagem que foram as encarregadas da realização

desta atividade. Nestas oportunidades foram diagnosticados quatro casos de HAS e um caso com DM.

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

No primeiro mês tivemos um total de 17 (100%) usuários com HAS que forem rastreados para DM. No segundo mês 29 (100%) e no terceiro mês, ao final da intervenção, 54 (100%) usuários idosos foram rastreados com hemoglicoteste durante as consultas ou visitas domiciliares. Desta forma todos os usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg realizaram o hemoglicoteste pelo médico ou técnicas de enfermagem. Para a realização desse teste e sucesso do indicador sempre tivemos a logística necessária. Além disso, foi solicitado glicemia em jejum quando foi contatada alguma alteração. Não tivemos dificuldades para cumprir essa meta.

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

No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados que tiveram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico no momento da consulta, ou visita domiciliar. O sucesso desse indicador foi graças ao trabalho em conjunto de toda a equipe, que foi capacitada para a realização desta atividade. Os principais problemas encontrados foram devido a falta de próteses parcial ou totais.

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

No decorrer da intervenção nenhum usuário idoso teve a primeira consulta odontológica programática. Isso foi devido ao fato da odontologista ter se afastado de nossa equipe e ainda não termos a vaga no concurso para reposição deste profissional. No entanto, a planificação está feita para que as consultas aconteçam logo que haja a disponibilidade deste profissional. Além disso, não foi possível encaminhar os usuários para receberem atendimento em outra unidade uma vez que no município temos seis unidades e durante a intervenção somente uma unidade tinha disponibilidade de dentista. Os dentistas das outras unidades tinham contrato provisório e em dezembro de 2014 houve a finalização dos contratos de trabalho e as vagas ficaram na dependência de um concurso público. Além disso, o nosso município não conta com o apoio de um CEO. No próximo mês deve reiniciar

as consultas odontológicas. Quando isso ocorrer temos programado incorporar imediatamente os atendimentos dos usuários idosos.

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

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

Durante a intervenção, não tivemos nenhum usuário faltoso a atendimento por esforço de toda a equipe que ficou envolvido no trabalho de projeto na planificação de todas as consultas, acolhimento feito na unidade de saúde, nas palestras realizadas a toda a população idosa cadastrada e população geral e especialmente a todos ACS com acompanhamento dos usuários idosos de suas áreas de trabalho. Além disso, a divulgação realizada na comunidade pelos líderes comunitários e religiosos de nossa área.

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações.

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

No primeiro mês foi possível avaliar 24 (100%) usuários. No segundo mês também alcançamos 100% com avaliação de 46 usuários, e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos cadastrados que tiveram suas consultas registradas em ficha-espelho e prontuário. Além disso, todas as semanas foi realizado um diário com as atividades e ações desempenhadas durante a intervenção que ajudou muito para repassar o sucedido na semana e ponto de partida para a semana seguinte.

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

Ingresso no programa: 19/11/2015 Número do Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: Walter Virginia de Almeida  
B SV

de locomoção? ( ) Sim (  ) Não É acamado (a)? ( ) Sim (  ) Não HAS? ( ) Sim (  ) Não  
 \_\_\_\_\_ cm / Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm Osteoporose? ( ) Sim (  ) Não  
 avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira \_\_\_\_\_  
Não tem dente

**AVALIAÇÃO MÚLTIPLA**

Nutrição	Visão	Audição	Incontinência
----------	-------	---------	---------------

**Figura 5:** Preenchimento Ficha Espelho

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

A intervenção teve como meta distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos usuários idosos cadastrados. No primeiro mês foi possível entregar a caderneta os 24 (100%). No segundo mês para 46 (100%) usuários e ao final da intervenção alcançamos 85 (100%) usuários idosos que receberam as cadernetas de saúde da pessoa idosa. Essa meta foi 100% alcançada e isso foi possível devido ao esforço de toda equipe além da disponibilidade das cadernetas durante a intervenção.



**Figura 6:** Entrega de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

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

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

Este rastreamento foi realizado durante a intervenção em 100% dos usuários idosos durante as consultas médicas e o alcance destes resultados foi possível pelo trabalho desempenhado pela equipe durante os atendimentos na unidade e nas visitas ao domicílio uma vez que foi capacitada para a realização desta atividade. No primeiro mês foi possível rastrear os 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês. Os principais riscos observados foram o cardiovascular e síndrome metabólica.

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

A avaliação da fragilização da velhice nos usuários idosos foi realizada durante as consultas médicas em 100% dos usuários idosos durante a intervenção. O alcance destes resultados foi possível devido o trabalho da equipe que foi realizado durante o atendimento na unidade e nas visitas domiciliares, pela médica



que foi capacitada para a realização desta atividade. No primeiro mês foi possível avaliar 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês. As principais fragilidades identificadas foram à idade maior do que 80 anos, polifarmácia, e polipatologias.

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

Esta avaliação foi realizada pela médica durante as consultas em conjunto com as informações coletadas pelos ACS e a técnica de enfermagem em 100% dos usuários idosos tendo os elementos sobre as inter-relações de famílias, vizinhos e o pessoal de saúde que fazem o atendimento a estas pessoas. No primeiro mês foi possível avaliar 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês.

**Objetivo 6:** Promover a saúde.

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

No primeiro mês foi possível orientar 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês. Desta forma foi possível oferecer orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas. Esta orientação foi realizada durante a consulta médica e nas atividades coletivas. Para a realização dessas ações houve a participação de toda a equipe que foi capacitada e treinada para a realização dessas atividades.



**Figura 7:** Realização de atividade educativa

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

No primeiro mês foi possível orientar 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês. Deste modo, todos os usuários receberam orientação para a prática de atividade física regular realizada durante a consulta médica e atividades coletivas. Para a realização dessas ações houve a participação de toda a equipe que foi capacitada e treinada para a realização dessas atividades.

Meta 6.3: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês foi possível orientar 24 usuários, no segundo 46 e no terceiro 85 correspondendo a 100% dos usuários cadastrados em cada mês. Para todos os usuários foram oferecidas orientações para a prática de higiene bucal realizadas durante as consultas médicas e atividades coletivas. A equipe não contou com odontologista no período da intervenção desta forma a equipe foi capacitada para o desenvolvimento desta atividade.

Ao longo da intervenção o trabalho conjunto da equipe foi muito extraordinário pra obtenção de resultados favoráveis neste projeto e um apropriado apoio dos gestores com a ação programática que influenciou positivamente nos resultados alcançados. Tivemos dificuldade devido a indisponibilidade de odontologista e enfermeiro, mas toda a equipe trabalhou muito para que o projeto tivesse um bom resultado.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na unidade básica de saúde teve o objetivo de aprimorar a qualidade de atendimento promovido aos usuários idosos tais como: promoção, realização exame clínico, avaliação multidimensional, ampliação da cobertura e ampliação do acesso a consulta médica. Além disso, avançamos no engajamento da comunidade, proporcionando conhecimento da importância do acompanhamento de

saúde para as pessoas idosas e, da importância dos cuidadores para um adequado tratamento e acompanhamento, conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde sobre o envelhecimento e saúde desses usuários.

Durante o desenvolvimento do trabalho o indicador relativo a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular não atingiu 100% conforme o planejado, pois nem todos os usuários apresentavam doenças crônicas e necessitavam prescrição de medicamentos. Desta forma, somente 55 (64,7%) usuários precisavam de prescrição de medicamentos devido as suas doenças crônicas. Para esses usuários foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular de forma priorizada. O restante dos usuários (n=30) não apresentavam patologias crônicas portanto não requeriam prescrição de medicamentos. Outro indicador que não obtivemos sucesso foi o relacionado a primeira consulta odontológica programática. Durante o período da intervenção nenhum usuário recebeu esse atendimento e isso foi devido ao fato da odontologista ter se afastado de nossa equipe e ainda não termos a vaga no concurso para reposição deste profissional. Além disso, não foi possível encaminhar os usuários para receberem atendimento em outra unidade uma vez que no município temos seis unidades e durante a intervenção somente uma unidade tinha disponibilidade de dentista. Para agravar o quadro, o nosso município não conta com o apoio de um CEO o que realmente impossibilitou a realização dos atendimentos odontológicos programáticos durante a intervenção.

Para a equipe, foi imprescindível capacitação para uma apropriada atenção à saúde das pessoas idosas, abordando costumes de vida saudáveis, a necessidade de priorizar os atendimentos dos idosos, a seriedade da atuação dos cuidadores na manutenção de sua saúde. Toda equipe recebeu capacitação para orientação nutricional, atividade física, precisão de periodicidade de atendimentos, onde cada membro da equipe tinha uma função apontada na intervenção. Os ACS no cadastro, agendamento de consulta de seus usuários idosos da área de abrangência segundo as prioridades, as técnicas de enfermagem, no acolhimento diário, realização de procedimentos de enfermagem, trabalho com prontuários e ficha espelho a médica no exame clínico, avaliação multidimensional rápida, solicitação de exame e equipe em geral em oferecer todo tipo de informação à população idosa em geral.

As pessoas idosas com dificuldade de locomoção tiveram visitas domiciliares agendadas, igual que os atendimentos no posto, estes receberam

orientações e tratamento adequado, exame físico e laboratorial, os usuários com doenças crônicas como diabético e hipertenso foi notável, o que resultou no aumento de tempo de duração das consultas e um maior relacionamento entre os usuários e a equipe.

Antes da intervenção só se realizavam atendimento praticamente da demanda espontânea se limitava a usuários com patologias crônicas que procuravam consultas por qualquer motivo, sem garantir a equidade de acesso às diferentes populações, não tinham uma planificação, o que limitava o acesso aos idosos, À intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Já na intervenção conseguimos adequar os agendamentos da população geral de acordo com grupos de risco, o que ampliou o acesso aos idosos. Os agendamentos segundo prioridade por risco incluindo o social começou a ser feito, mais uma vez garantindo o princípio da equidade preconizado pelo SUS. Um fator importante foi à união dos prontuários com as fichas-espelho, o que facilito muito para a organização e facilidade na obtenção de os dados das pessoas idosas.

Os usuários idosos ficaram satisfeitos com o serviço, com a prioridade no atendimento, com o tempo de duração da consulta e com os exames complementares solicitados. O restante da comunidade em algum momento reclamou da demora das consultas na sala de espera e a prioridade de atendimento das pessoas idosas, mas depois de dar explicação relacionadas aos objetivos do projeto tiveram conformidades.

Se a intervenção estivesse iniciando hoje, tentaria, junto à equipe, realizar mais atividades educativas de saúde geral, odontológica e hábitos de vida saudáveis junto à comunidade e a realização de um número maior de atividades coletivas. Faria mais atividades com participação dos familiares para maior envolvimento da família.

A intervenção pode ser incorporada a nossa rotina de serviço, assim como hoje ocorre, diariamente, no período da tarde. Poderia ser melhorada a cobertura dos idosos da comunidade com a adição de uma nova equipe ESF na UBS pois, nossa equipe está um pouco sobrecarregada o que dificulta a ação de intervenção.

A intervenção agora foi incorporada a nossa rotina de ofício, todos os dias da semana ocorrem atendimentos aos usuários idosos planejados pela equipe e nas

atividades coletivas temos uma maior participação inclusive de pessoas adultas com menos de 60 anos.

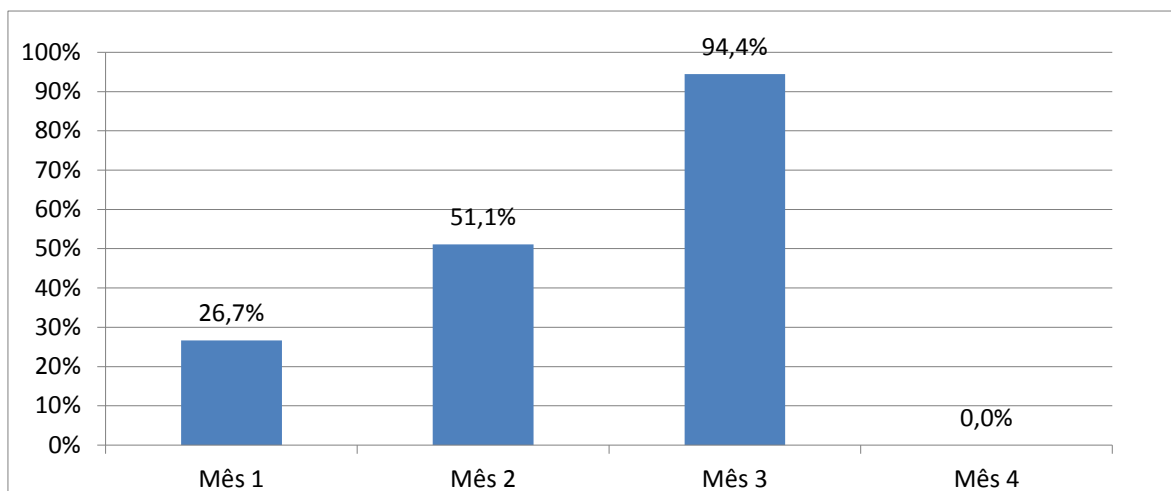
Com a melhoria na organização e na qualidade do atendimento, maior número de usuários idosos assistem as consultas, maior número de usuário que não tem patologias crônicas são atendidos devido ao aumento do trabalho de prevenção e educação em saúde. Já estamos solicitando maior participação dos familiares nas consultas e planejando maior número de atividades de grupo. A equipe planeja ampliar o trabalho da intervenção para as ações programáticas com gestantes e puérperas assim com da saúde da criança.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante pratico e como resultados realizaram uma reorganização no programa de atenção a saúde das pessoas idosas, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na USF e poderá servir para todo o município.

Especificamente na primeira semana de janeiro de 2015 foi iniciado o trabalho pratico que teve duração de 12 semanas de intervenção. Este projeto teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde Wilson Batista Siqueira. Na área adstrita à UBS existem 90 usuários idosos e antes da intervenção tínhamos cadastrado 60% da população idosa (56 idosos), mas foi necessário fazer uma reorganização e recadastramento desta população. No primeiro mês foi possível alcançar 26,7% do total da população (24 idosos cadastrados e acompanhados). No segundo mês alcançamos (51,1%) da cobertura (46 idosos cadastrados) e ao final da intervenção alcançamos 94,4% do total da população (85 idosos cadastrados e acompanhados) de acordo com o apresentado na **Figura 1**. Desta forma, foi possível alcançar a meta proposta.



**Figura 8:** Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção à saúde do usuário idoso na USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC.

As ações que mais auxiliaram o alcance da meta foram a busca ativa realizadas pelos agentes comunitários de saúde com recadastramento e reorganização do acolhimento na unidade. Tivemos dificuldades devido as características próprias do território, que é composto por zona rural. No entanto, para minimizar esses problemas realizamos o planejamento das consultas dos usuários idosos que moram longe com agendamento de atendimento no domicílio. A ação conjunta de toda a equipe, com a realização das buscas dos ACS pelos usuários idosos pertencentes à área, a priorização de atendimento as pessoas idosas na unidade, a conscientização da comunidade na importância do acompanhamento da saúde desta população, foram os principais fatores que favoreceram esse resultado e possibilitou que a meta estabelecida pudesse ser cumprida. Foi necessária a adoção do protocolo do ministério de saúde, melhoramos os registros com a introdução de fichas espelho e monitoramos todos os dados. Deste modo, observamos as melhorias na qualidade das ações realizadas como avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco de morbimortalidade e das fragilidades na velhice. A principal dificuldade ficou na composição da equipe que não tinha dentista e enfermeiro o que resultou numa maior sobrecarga de trabalho para o restante da equipe. No entanto, tivemos apoio dos gestores que garantiu a logística necessárias para a intervenção.

Com o projeto foi possível priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a todos os usuários idosos do total das pessoas idosas

cadastradas e atendidas no projeto que tinha uma patologia crônica como hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus.

Outro fator formidável que alcançamos foi à promoção do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, entregue para todas as pessoas idosas durante as consultas.

A intervenção consistiu no trabalho em conjunto de toda equipe ESF, na qual foram realizados exames físicos e laboratoriais adequados, rastreio para identificação de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a nossa área e desta forma constatamos que deles 55 (63,8%) são portadores de ao menos uma destas doenças.

A intervenção já foi incorporada a nossa rotina de serviço e deste modo todas as quartas e sextas-feiras ocorrem os atendimentos as pessoas idosas agendadas previamente pela equipe. Pretendemos incorporar a participação de outro profissional ao trabalho da equipe como psicologista, nutricionista e fisioterapeuta. Além de contar com apoio da gestão para a disponibilização de dentista para possibilitar que as consultas odontológicas programáticas sejam realizadas. Ainda, planejamos fazer uma atividade de educação em saúde em grupo mensalmente com a incorporação do auxílio de um enfermeiro. A equipe projeta ampliar o trabalho da intervenção para as ações programática com gestantes e puérperas assim com da saúde da criança.



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

À comunidade

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPeI). O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB).

Especificamente na primeira semana de janeiro de 2015 foi iniciado o trabalho pratico que teve duração de 12 semanas de intervenção. Este projeto teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde Wilson Batista Siqueira. Na área adstrita à UBS existem 90 usuários idosos e com a realização desse trabalho foi possível ampliar a cobertura de atendimento de 56 para 85 usuários idosos da área de abrangência cadastrados e atendidos. Desta forma, atendemos quase todos usuários idosos residentes na área de cobertura da unidade de saúde.

Além disso, todos os usuários cadastrados foram avaliados em relação as suas condições de saúde, foi realizado exame clínico apropriado em todas as consultas, incluindo exame físico dos pés. Os usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos realizaram exames complementares periódicos e tiveram a priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, cadastramento e visitas domiciliares aos usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção. Foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Além disso, todos os usuários receberam orientações para a prática de atividade física regular e alimentação saudável

Queríamos fazer a primeira consulta odontológica em todos as pessoas do programas, mas não deu porque estamos sem dentista. Porém vamos insistir com a gestão para resolver isso o quanto antes. Isso foi devido ao fato da dentista ter se afastado de nossa equipe e ainda não termos a vaga no concurso para reposição deste profissional. Mesmo assim, foi realizado o acompanhamento odontológico dos usuários estimulando o cuidado com a saúde bucal, avaliação da necessidade de próteses e avaliação da mucosa oral.



Figura 9 – serviços ofertados à comunidade

Estas ações continuarão sendo realizadas na unidade de saúde com o objetivo de ampliar ainda mais a qualidade do serviço e o acesso à população uma vez que este trabalho já faz parte da rotina de nossa unidade. Desta forma aproveitamos a oportunidade e fazemos um convite para a comunidade idosa comparecer em nossa unidade de saúde. As consultas agendadas e demanda espontânea das pessoas idosas ocorrem nas quartas e sextas-feiras, com atendimento prioritário dessa população. Além disso, na última sexta-feira do mês são realizadas atividades em grupo. O nosso convite tem o objetivo de incentivar a participação e aproximar da unidade de saúde todas as pessoas idosas de nossa área de abrangência.

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

No aspecto pessoal foi muito importante à realização da intervenção que permitiu um trabalho em equipe, atuar como condutora, não dedicar-me só a atividade da assistência, permitiu incluir em meu trabalho atividades de planejamento, educação para saúde, atividade de capacitação ao reto da equipe, permitiu desenvolver atividades plenas de assistência básica fundamental a prevenção. Isso constituiu algo que marca a diferença com outras missões anteriores onde era muito difícil a realização destas atividades por falta de estrutura, falta de pessoal, organização deficiente do trabalho. Uma coisa que marcou muito a minha experiência foi permitir a participação da comunidade na tomada de decisões para melhorar a saúde inerente a sua população. Acredito que neste momento sou uma profissional melhor do que antes da intervenção e igual ao restante da equipe de minha unidade. O curso foi muito importante pois, à medida que foi transcorrendo ganhei em conhecimento científico e técnico além de aprofundar os meus conhecimentos sobre as características, princípios e diretrizes do SUS, Durante a intervenção foi mantida uma inter-relação com usuário e a equipe o que constituiu algo muito importante para o desenvolvimento do projeto. No geral, todo o curso serviu para acrescentar a preparação pessoal e Profissional de minha pessoa e dos demais membros da equipe.

O desenvolvimento do meu trabalho em relação de minha expectativa inicial foi muito bom já que de inicio ficava com muitas duvidas sobre o projeto de intervenção, com medo que não fora dar certo e que a equipe não se integrara bem, mas logo foi caminhando e percebe que todo aconteceria da melhor maneira, por entusiasmo e inteires da equipe, mas todo o curso teve um grão importância para minha vida Profissional e pessoal por a ótima organização, desenho de todo os

modelos e miolo do trabalho que fizeram possíveis a ganancia em conhecimento desta difícil pero linda tarefa de brindar saúde ao povo brasileiro.

## Referências

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

Chaimowicz. F, Barcelos E. M, Soares Madureira. M. D, de Freitas Ribeiro. M. Saúde do idoso Belo Horizonte Nescon UFMG. Editora Coopmed 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19. Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

DOMINGUES, R. L. H e DINIZ G. M. V. UNASUS - UNIFESP- Gestão de serviços de saúde, Brasília 2012. Disponível em: [www.unasus.unifesp.br/.../esf/2/unidades.../unidade14](http://www.unasus.unifesp.br/.../esf/2/unidades.../unidade14). Acesso em: 12 de julho de 2015.

## **Anexos**

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





# Anexo C - Ficha espelho

## FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO							
DATA							
POSIOLOGIA							
Hidroclorotiazida 25 mg							
Captopril 25 mg							
Enalapril 5mg							
Enalapril 10 mg							
Losartan 50 mg							
Propranolol 40							
Atenolol 25 mg							
Atenolol 50 mg							
Anlodipina 5 mg							
Anlodipina 10 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclâmida 5 mg							
Insulina NPH							
Insulina regular							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
DATA							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Colesterol total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU							
Infecção urinária							
Proteinúria							
Corpos cetônicos							
Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							
ECG							
Hemograma							
Hematócrito							
Hemoglobina							
VCM							
CHCM							

## FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante