

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, São João do Polêsine/RS**

**José Patricio Herrera González**

**Pelotas, 2015**

**José Patricio Herrera González**

**Qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, São João do Polêsine/RS**

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: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G643q González, José Patricio Herrera

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso no Posto de Saúde –  
ESF São João do Polêsine, São João do Polêsine/RS / José Patricio  
Herrera González; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). -  
Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Freitas, Suame Cristine Melo,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus filhos, por serem a fonte de minha  
inspiração; à minha mãe e minha esposa pelo  
apoio que me dão a cada dia; à memória de  
meu pai por ter me ensinado a lutar para  
alcançar meus sonhos.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que tem contribuído com a realização da intervenção, particularmente a minha orientadora Suame Cristine Melo Freitas por ter me guiado até alcançar os objetivos previstos; ao Secretário de Saúde Matione Sonogo por seu apoio na logística e ter me facilitado o cumprimento do cronograma e à equipe toda por fazer seu, este trabalho desde o primeiro momento e juntos termos chegado ao final.

## Resumo

HERRERA GONZÁLEZ, José Patricio. **Qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, São João do Polêsine/RS.** 2015. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Atualmente existe no Brasil o elevado índice de envelhecimento, do qual não escapa nosso município, o presente trabalho é motivado pelo elevado índice de envelhecimento que existe no município, o que exige o cumprimento de uma atenção à saúde de qualidade e integral embasada nos protocolos do Ministério de Saúde e uma mudança na percepção que os profissionais da saúde e a população têm sobre o envelhecimento. A intervenção foi realizada durante 12 semanas no período março a junho 2015, usando-se os quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, engajamento público e organização e gestão do serviço. Antes da intervenção existiam 117 (32%) idosos com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, 216 (59%) idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular, 133 (36%) idosos com avaliação de saúde bucal em dia. O objetivo principal da intervenção foi a qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, São João do Polêsine/RS. Procedeu-se a realizar uma intervenção, utilizando-se como instrumentos a ficha espelho para cada usuário e uma planilha de coleta de dados mensal. Fizemos uma análise dos dados coletados, e os resultados apontaram que foram avaliados 414 usuários ao finalizar da intervenção totalizando 55,4% de cobertura. Destaca-se que 414 (100%) dos idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado em dia, assim como solicitação de exames complementares periódicos em dia para hipertensos e/ou diabéticos. Vale destacar que 406 (98,1%) dos idosos cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Os 64 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados e receberam visita domiciliar; 100% dos idosos foram rastreados para hipertensão na última consulta e os hipertensos foram rastreados para diabetes. Quanto à necessidade de atendimento odontológico e com primeira consulta odontológica programática 174 (42%) dos usuários foram avaliados. Observa-se que 100% de idosos estão com registro na ficha de acompanhamento/espelho e 273 (65,9%) foram atendidos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Todos os usuários estudados estão com avaliação para fragilização na velhice e de rede social em dia. Quanto às atividades de promoção da saúde, 100% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, sobre higiene bucal e 365 (88,2%) sobre prática regular de atividade física. Com a implementação da ação programática garantimos uma abordagem integral e multifatorial aos idosos baseados em ações de promoção e prevenção de saúde, possibilitando a avaliação funcional destes usuários, garantindo sua cidadania e melhorando sua qualidade de vida, assim como o envelhecimento ativo nas pessoas desta faixa etária, o que significa um impacto social relevante.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção do idoso na unidade de saúde.	54
Figura 2	Gráfico: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	56
Figura 3	Gráfico: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	57
Figura 4	Gráfico: Proporção de idosos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico.	59
Figura 5	Gráfico: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	60
Figura 6	Gráfico: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.	61
Figura 7	Gráfico: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	63
Figura 8	Fotografia da Palestra sobre Envelhecimento Saudável. Dia 07/04/2015	75
Figura 9	Fotografia da Reunião PMAQ dia 08/04/2015: Capacitação sobre Acolhimento ao Idoso.	76
Figura 10	Fotografia da Festa do Grupo da Terceira Idade.	77

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabete Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIM	Primeira Infância Melhor
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAM	Sistema de Informação de Câncer de Mama
SISCOLO	Sistema de Informação de Câncer de Colo do Útero
SispreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
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 .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	44
2.3.4 Cronograma .....	48
3 Relatório da Intervenção .....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
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
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	73
Referências .....	74
Apêndices .....	75
Anexos .....	79

## **Apresentação**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), teve como objetivo geral a Qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, do município São João do Polêsine, RS.

Na primeira seção foi apresentada a Análise situacional na qual foram contemplados a análise inicial sobre a situação no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional.

Na segunda seção foi descrita a Análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

Na terceira seção está apresentado o Relatório da intervenção, no qual são descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e aquelas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quarta seção foi contemplada a Avaliação da intervenção, na qual foram apresentados os resultados e a discussão.

Na quinta seção o Relatório que foi apresentado aos gestores, na sexta o relatório apresentado à comunidade local. Na seção sete foi apresentada a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na última seção, foi apresentada a Bibliografia utilizada durante a elaboração do presente trabalho e ao final os apêndices e anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de São João do Polêsine foi criado pela Lei nº 9.601 de 20 de março de 1992, desmembrando-se do município Faxinal do Soturno, sendo que sua instalação aconteceu no dia 01 de janeiro de 1993. O município integra a região da quarta Colônia de Imigração italiana no Rio Grande do Sul. A área geográfica total de São João do Polêsine é de 79,237 km<sup>2</sup>. Sendo que possui dois distritos: Recanto do Maestro e Vale Vêneto. Os municípios limítrofes são, ao Norte: Faxinal do Soturno; Ao Oeste: Silveira Martins; Ao Sul: Restinga Seca; Ao Leste: Dona Francisca. (Lindner,2012)

Conforme o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (IBGE), São João do Polêsine, em 2010 apresentava 2.635 habitantes, com densidade demográfica de 30,94 hab./Km<sup>2</sup> e a população por sexo: 1.272 homens e 1.363 mulheres. (IBGE 2010)

O Município possui três serviços de saúde: o Posto de Saúde-ESF São João do Polêsine, situado na Capital Municipais, o posto de Saúde de Vale Vêneto e o Centro Municipal de Saúde Dr. Roberto Binatto o qual funciona como o Hospital do Município. A equipe da ESF também é responsável pela atenção ao posto de Saúde de Vale Vêneto, onde trabalhamos todas as sextas a tarde. O Hospital de Caridade São Roque de Faxinal do Soturno e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) são referências para internação.

O foco principal é atuar na prevenção das doenças e tratamento das doenças crônicas, mas também atendo alguns casos de emergência, esses não entram na marcação prévia de consultas. Primeiramente tento realizar o atendimento na própria unidade, na qual conto com medicação oral e venosa, sala de medicação, sala de curativo, sala de nebulização. Caso os recursos disponíveis na unidade não sejam suficientes ou o usuário necessite de internação, encaminhado para o hospital municipal da Cidade.

A equipe é composta pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um

dentista e uma auxiliar de consultório dentário, também contamos com serviços de Psicologia e Fisioterapia. Os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomar vacinas e coletar exames laboratoriais. Além disso, há fornecimento de medicação básica e também encaminhamentos para especialidades dependendo da necessidade do usuário. Com relação às especialidades médicas, no município há atendimento de Psiquiatra, Pediatra e ginecologia; os exames laboratoriais são coletados no posto de saúde, os Raio-X, Ultrassonografia e Mamografia são realizadas no município Faxinal do Soturno e agendadas conforme a demanda.

Minha função é de realizar atendimento médico ambulatorial e de urgência, orientar realização dos curativos, as visitas domiciliares e auxiliar em palestras. O enfermeiro faz a gestão da equipe, é responsável pela solicitação de medicamentos e materiais, organização da equipe, das visitas domiciliares, campanhas de vacinação, palestras, supervisionar o trabalho dos agentes de saúde, acompanhamento do tratamento de algumas doenças crônicas como hipertensão e diabetes, acompanhamento de hanseníase, colher material para exame citopatológico do colo do útero/prevenção de câncer de colo do útero e mama, dentre outros. A técnica fica na sala de triagem, faz a administração dos medicamentos além dos curativos, tanto feitos na unidade quanto em visita domiciliar, e também realiza pesagem, afere pressão e mede todos usuários que vão consultar. O dentista e sua auxiliar atuam na saúde bucal, tanto tratamento quanto prevenção. A recepcionista é responsável por organizar a agenda de atendimento e as fichas de atendimento.

A enfermeira faz reuniões mensais com os agentes de saúde para definir as necessidades da comunidade, inclusive fazendo busca ativa em alguns casos como gestantes que não estão realizando pré-natal ou hipertenso sem acompanhamento médico. Eu participo nas reuniões e faço palestras relacionadas a diversas temáticas de saúde. Tenho contato diário com o enfermeiro e as técnicas e frequente com os agentes de saúde, momentos em que definimos necessidades personalizadas de cada família ou usuário, inclusive orientando intervenção da assistência social e do conselho tutelar quando necessário, ou encaminhando para a saúde bucal. Também tenho contato direto com a secretaria de saúde, tanto com as enfermeiras responsáveis pela saúde da família no município quanto com o secretário de saúde,

podendo sugerir modificações na unidade.

Quanto à integralidade, além da fisioterapeuta e os dentistas também tenho possibilidade de encaminhar para psicóloga, cuidando do usuário como um todo, de acordo com a necessidade de cada um. Os objetivos da população são de ter um atendimento de qualidade, não só médico, mas de toda uma equipe de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Atualmente a população do município São João do Polêsine, RS, é de 2.700 habitantes, deste total 1.337 são homens e 1.363 mulheres (HISTÓRICO, PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO POLÊSINE), a atenção básica conta com uma cobertura de 100% de Estratégia Saúde da Família (ESF) possui uma só Equipe de Saúde da Família, a qual é adequada ao tamanho da população, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Não existe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contamos com o Hospital Municipal, que tem serviço de plantão as 24 horas do dia. O Hospital de Caridade São Roque de Faxinal do Soturno e o HUSM são referências para internação e para a realização de exames de alta complexidade. Os exames laboratoriais são coletados no posto de saúde duas vezes por semana; com relação às especialidades médicas, no município há atendimento de Psiquiatra, Pediatra e Ginecologia, sendo a frequência mensal.

No mês de maio de 1998 foi criado o Posto de Saúde-ESF São João do Polêsine, o mesmo está composto por uma recepção; um consultório destinado às consultas médicas; outro para consulta de enfermagem; farmácia para armazenamento e distribuição de medicamentos; sala de curativo, a qual é compartilhada com a sala de lavagem e descontaminação; cozinha; três banheiros sendo dois para uso dos funcionários e um para usuários; almoxarifado; sala da administração; sala de triagem; sala de esterilização, a qual é compartilhada com nebulizações e coleta de exame; sala de vacinas e dois consultórios de odontologia.

Apesar do posto de saúde ter sido construído para funcionar como um centro de saúde, merece destaque alguns problemas estruturais que comprometem a qualidade do serviço prestado como o fato do processo de lavagem e descontaminação ser feito na mesma sala de curativo e a coleta de exames, nebulizações e processo de esterilização serem feitos na mesma sala o que compromete o fluxograma estabelecido. Embora contamos com os recursos

necessários para cumprir com as normas higiênicas de lavagem das mãos e para fazer os procedimentos de enfermagem, é conhecido por todos os profissionais que a esterilização é o coração de um centro de saúde, precisa que seja feita em condições ótimas e cumprindo com o fluxograma adequado, considero as dificuldades neste processo como o problema estrutural mais importante que temos, mas só terá solução com a ampliação da unidade básica onde está previsto a criação de uma sala de esterilização com condições adequadas.

Além disso, os pisos dos corredores são de superfície lisa, eles não têm corrimão e há rampas que não tem varandas dificultando o acesso as pessoas com deficiência. Assim sendo, existem barreiras arquitetônicas que dificultam a mobilização dos usuários idosos e portadores de deficiências, para minimizar estas dificuldades, temos algumas alternativas na atenção aos usuários portadores de deficiências, como por exemplo, possuírem prioridades nas visitas domiciliares as quais são feitas todas as semanas aos usuários idosos e com deficiências. Os gestores e governo local ficam alheios às dificuldades que a unidade básica possui, pois há um projeto de ampliação da unidade e algumas reformas para a eliminação das barreiras arquitetônicas, esta iniciativa poderá facilitar o acesso aos serviços básicos de saúde para os idosos e os portadores de deficiências. No entanto, o envelhecimento populacional, o aumento da demanda de usuários com doenças crônicas e a necessidade destas pessoas usarem a atenção básica requer uma maior intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação às atribuições dos profissionais da equipe, existe somente uma enfermeira na atenção básica, a qual além das atribuições da enfermagem é responsável por todos os programas e políticas de saúde, sendo assim, com tantas atribuições não é possível a mesma realizar uma avaliação e monitoramento dos programas com excelência. O Cirurgião dentista da Estratégia Saúde da Família é concursado para 40 horas semanais, a Fisioterapeuta e o Psicólogo para 20 horas semanais. A assistência farmacêutica municipal é coordenada por uma farmacêutica concursada por 20 horas semanais, a dispensação dos medicamentos ocorre através da mesma na parte da manhã e à tarde por uma técnica. Os agentes comunitários de saúde atendem um número determinado de população garantindo ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da mesma. A Unidade Básica de Saúde (UBS) não possui um profissional nutricionista, sendo isto uma limitação para o trabalho, os demais profissionais da equipe assumem a função

educativa do nutricionista, já que é fundamental promover e ensinar sobre uma vida e alimentação mais saudável à comunidade, assim evitando doenças crônicas, relacionadas à má alimentação e tratando as já existentes.

Todos os profissionais fazem acolhimento na unidade, pois o usuário quando chega é atendido na recepção, a recepcionista escuta suas demandas, introduz seus dados no computador e encaminha para o profissional correspondente, os usuários que precisam de atendimento médico, primeiramente são atendidos na sala de triagem, onde a técnica de enfermagem escuta seus motivos de consulta, aferem os sinais vitais, altura e peso, os dados são colocados no prontuário eletrônico, a prioridade é feita pelo código de cores. O excesso de demanda espontânea não constitui uma problemática, considero que se deve à estabilidade da equipe de trabalho e ao tamanho da população, além de que os usuários que não podem visitar o posto de saúde recebem atenção domiciliar periodicamente pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem.

O atendimento Odontológico é por agendamento, mas quando um usuário tem problemas agudos é atendido imediatamente, a unidade possui duas equipes odontológicas as quais são suficientes para o número de habitantes que o município possui.

A UBS possui condições estruturais adequadas, medicamentos e instrumental suficiente para o atendimento médico aos usuários com problemas de saúde agudos que precisam de atenção imediata, o que é muito importante porque oferece maior segurança e confiança aos usuários e os mesmos enxergam a unidade como a verdadeira porta de entrada ao SUS e onde podem resolver quase todos os seus problemas de saúde.

No município a consulta de puericultura é realizada somente pelo médico pediatra e é agendada, sendo esta uma dificuldade na atenção, já que as mesmas são feitas no hospital do município, não existe articulação entre o pediatra e a ESF, os registros são realizados em prontuários diferentes aos que temos na unidade básica, o médico da ESF só assiste as crianças quando tem um problema de saúde agudo. Esta forma de atendimento não cumpre com os protocolos de assistência às crianças e tem gerado na população uma cultura diante a qual consideram que as consultas de puericultura é função do pediatra e não do médico da ESF. Atualmente estamos trabalhando para mudar este critério através de palestras nos grupos de grávidas e fazendo visitas domiciliares às crianças.

Existem 25 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhados na UBS para 78% de cobertura, os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança comportam-se ao 100%, o qual é devido à preocupação dos agentes comunitários, que através de suas visitas controlam todo o referente ao atendimento das crianças, também é devido ao adequado funcionamento do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no município. Na triagem, realizada pela técnica de enfermagem, são verificados os sinais vitais, peso e estatura, essas informações são utilizadas para alimentar o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), o qual atualmente não é feito, e preencher a caderneta da criança. Sendo que não há consulta de enfermagem e nem grupos de puericultura. O teste de pezinho é realizado na UBS e a Triagem Auditiva Neonatal no HUSM.

As visitadoras do Programa PIM realizam acompanhamento das crianças até seis anos, que não estão na Escola de Educação Infantil. Além disso, existe o Programa Saúde na Escola que atinge todas as crianças matriculadas nas escolas. O PIM tem como objetivo orientar as famílias em situação de vulnerabilidade social, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças até seis anos. A enfermeira da ESF é membro do grupo municipal do PIM e todos os integrantes da equipe participam mensalmente nas reuniões deste programa. As famílias são orientadas por meio de atividades lúdicas específicas voltadas à promoção das habilidades e capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses, através de atendimentos semanais realizados nas casas das famílias e em espaços da comunidade, além de atividades comunitárias.

Quanto a Atenção ao Pré-natal e Puerpério esta ação é desenvolvida por toda a equipe da ESF, mas a consulta de pré-natal e puerpério é realizada pela ginecologista, a qual vem todas as semanas ao município. Ao analisar os indicadores da cobertura de pré-natal e consulta de puerpério, observamos que 16 gestantes são acompanhadas na UBS, e 25 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, representando 40% e 78% respectivamente, sendo baixo o indicador da cobertura nas gestantes ao fazer paralelo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas; na atenção ao Pré-natal os indicadores de qualidade são adequados, excetuando que só 10 gestantes têm avaliação de saúde bucal, representando o 63%. Existe um grupo de gestante que funciona mensalmente, onde participam Médico da ESF, Enfermeira, Técnica de enfermagem,



Odontólogo, ACS, funcionários do CRAS, educadora física do CRAS, visitadoras do PIM, Psicóloga e Nutricionista. No mesmo são realizadas ações de promoção e prevenção à saúde como promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da atividade física, cuidados no puerpério, etc.

Apesar do médico da ESF não realizar a consulta de pré-natal e puerpério, tem informação sobre a evolução das mesmas através das visitas domiciliares feitas pela enfermeira, técnica de enfermagem e ACS, o qual é discutido nas reuniões semanais da equipe, além disso, o atendimento aos problemas de saúde agudos, que apresentem as gestantes e puérperas, é feito pelo médico da atenção básica. A enfermeira é responsável pelo cadastramento das gestantes no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento ( SispreNatal), este programa permite o monitoramento da atenção Pré-natal e puerpério.

Na UBS existe uma Enfermeira que se dedica à gestão e coordenação dos programas de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, as condições para realizar o exame citopatológico de colo uterino são adequadas e apesar do rastreamento do câncer ser organizado, existem vários fatores que tem influência nos resultados negativos dos indicadores, não existe implementação do Sistema de Informação de Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação de Câncer de Mama (SISCAM), o que não permite avaliar os indicadores de cobertura e qualidade do programa, os dados das mulheres são colocados em um livro de registro, o qual está incompleto, porque as mulheres quando tem o resultado, nem todas mostram o mesmo ao médico da atenção básica, pois às vezes levam ao ginecologista ou outro médico particular, apesar da enfermeira lhes explicar a importância do seguimento na UBS. Também há troca frequente de médico na equipe de saúde da família no município o que influencia na perda dos dados os quais não têm sido colocados no prontuário clínico, além das mulheres que tem o exame citopatológico alterado e são encaminhadas para o HUSM, mas não existe contra referência sobre seu seguimento.

Em relação ao controle do câncer de mama, a enfermeira aproveita e faz exame nas mulheres quando vem para fazer o exame citopatológico, também nas consultas o médico faz o exame nas mulheres compreendidas na faixa etária para o rastreamento do câncer de mama e nas usuárias que nos procuram com alguma queixa nas mamas. Após atendimento na unidade básica de saúde são

encaminhadas para realizarem a mamografia sendo de fácil acesso. Apesar de ser aplicado o programa do Ministério da Saúde para o seguimento dos cânceres de colo uterino e mama, existem dificuldades no monitoramento regular das ações, não há registro dos dados o que não possibilita a avaliação dos indicadores de cobertura e qualidade.

É necessário encaminhar o trabalho de toda a equipe na eliminação das deficiências organizacionais, devemos começar a implementação do SISCOLO e SISCAM, que ainda não é usado em nossa unidade, pois estes sistemas facilitarão a organização e acesso aos dados, deve-se trabalhar na criação dos grupos específicos com as mulheres para abordarem os temas e acrescentar as ações de promoção e prevenção, além disso conscientizar a todos os membros da equipe que a responsabilidade não é só da enfermeira e do médico, que somos a porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde e devemos atingir alta cobertura da população definida como alvo, sendo o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero e mama.

No município as causas mais frequentes de assistência a consulta são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM). O atendimento a estes usuários é realizado todos os dias da semana, através de demanda espontânea e por consulta agendada, além disso, existem na UBS todas as condições para atendimento de problemas de saúde agudos devido a Hipertensão e Diabetes. Atualmente não se trabalha com o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) porque os antigos gestores não consideravam importante sua aplicação, não se conseguem exportar os arquivos e obter o retorno dos dados por isso, não existem informações. Segundo os dados coletados 22,4% da população do município sofre de Hipertensão, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL,2006a), considero que existe um sub-registro já que nossa população é envelhecida e a hipertensão é uma doença altamente prevalente entre as pessoas idosas, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária (BRASIL,2006b), também constitui o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas deveriam existir 604 hipertensos residentes na área, atualmente há 483 hipertensos com acompanhamento na UBS atingindo uma cobertura do programa de atenção ao hipertenso de 80%, a qual se corresponde com as ações que desenvolve a equipe de trabalho para garantir o atendimento aos usuários com hipertensão. Mas, os baixos indicadores de qualidade, não correspondem à realidade que acontece no dia a dia na UBS, não existe registro de quantos usuários tem exames complementares em dia, só 215 usuários tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e 118 tem avaliação de saúde bucal em dia, representando 45% e 24% respectivamente; as porcentagens são baixas porque a forma de registro dos dados não é adequada, já que não temos um sistema estatístico implementado que colete estes dados e permita avaliar a qualidade do atendimento.

Ao analisar as estimativas de Diabetes, 6,4% da população sofre da doença, o qual se corresponde com as estimativas da Organização Mundial da Saúde(OMS) e à prevalência no Brasil (BRASIL, 2006c), mas, apesar disso, a cobertura é de 69%, considero que ainda é baixa, pelo envelhecimento que apresenta nossa população, sendo a Diabetes uma doença frequente nas pessoas com idade avançada. Apesar do atendimento ser feito com qualidade, os indicadores de qualidade são baixos, não foi possível conhecer a quantidade de usuários com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses; só 56 usuários tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e 47 tem avaliação de saúde bucal em dia, representando 47% e 39% respectivamente, isto é devido ao sub-registro que existe na coleta dos dados porque não há um sistema estatístico onde sejam obtidos os dados para fazer a avaliação.

O atendimento aos usuários Hipertensos e Diabéticos é feito segundo o programa estabelecido pelo Ministério da Saúde no Brasil, todos os membros da Estratégia de Saúde da Família participam na atenção a estes usuários, o município possui o grupo de Hipertensos e Diabéticos que ocorre mensalmente, no qual são realizadas ações de promoção e prevenção de saúde, verificação da pressão arterial, teste da glicose e entrega dos medicamentos. Além disso, na UBS realizamos atendimento à demanda espontânea e por consulta agendada, os agendamentos são realizados aos usuários com doenças não transmissível a maioria dos mesmos

são portadores de Hipertensão e Diabetes, na consulta o usuário é avaliado, realizamos exame físico, solicitamos exames laboratoriais de acordo com o regulamentado do programa, todas as ações feitas são registradas no prontuário eletrônico. É necessário resgatar o trabalho com o programa HiperDia, que permitirá um melhor acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos, também é preciso a incorporação de uma nutricionista à equipe, profissional muito importante no apoio ao controle destas doenças. Considero que junto a outros setores como Educação e o CRAS devemos desenvolver atividades de prevenção e promoção nas escolas, centros de trabalhos e comunidades sobre a importância de medidas como a alimentação saudável e a prática de atividade física para controlar a Hipertensão e o Diabetes.

O município possui 747 idosos, o que corresponde a 27,7% da população, este dado é o dobro da estimativa do número de idosos residentes na área, embora o município tenha uma população envelhecida e é um dos mais envelhecidos na região. As porcentagens dos indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa mostram que não há uma avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, não se correspondem estes indicadores com a porcentagem de idosos que existem e com a elevada assistência oferecida a esta faixa etária. Existem 253 idosos com HAS e 87 com Diabetes mellitus, o que representa 69% e 24% respectivamente, há 117 com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, representando 32%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular existem 216 idosos, o que representa 59% e com avaliação de saúde bucal em dia 133 para 36%. No município não foi ainda implementada a caderneta de saúde da pessoa idosa, o grupo de Hipertensos e Diabéticos está conformado por idosos, funciona mensalmente em oito comunidades, são trabalhados temas sugeridos pelos participantes, orientações e atividades educativas, é verificada a pressão arterial, realizado teste de glicose e entrega de medicação. Para os idosos acamados, quando é solicitada fisioterapia, esta é realizada no domicílio. Existe também uma associação filantrópica da terceira idade que se encontra semanalmente, em parceria com o CRAS, com desempenho de atividades educativas, recreativas e autoestima.

Considero que é um grande desafio para todos os trabalhadores da UBS

melhorar a qualidade dos registros dos dados estatísticos, o que permitirá não mais trabalhar às cegas e fazer um correto planejamento das ações de saúde, assim como realizar o levantamento epidemiológico do município e estabelecer prioridades. Na UBS não é realizado o monitoramento e avaliação dos programas de saúde, não trabalhamos com SISCOLO e SISCAM, a consulta de puericultura não é feita pelo médico da ESF, o programa HiperDia ainda não está implementado, não se trabalha com a caderneta dos idosos e não existe conselho de idosos.

Consideramos que estas debilidades podem ser erradicadas porque além do município ter uma cobertura de 100% com a Estratégia de Saúde da Família e já estamos trabalhando com o prontuário eletrônico, temos a certeza que com a aplicação dos questionários e sua discussão semanalmente com os membros da equipe, conseguimos conscientizar a todos sobre a importância da promoção e prevenção de saúde na atenção básica, tem sido possível um maior trabalho em equipe e intersetorial, conseguimos que os agentes comunitários de saúde pudessem realizar as visitas domiciliares junto ao médico e enfermeira, alcançamos a implementação das reuniões da equipe todas as semanas e que sejam independentes das outras reuniões que se desenvolvem na unidade básica, nas quais planejamos todas as atividades e fazemos discussões dos casos mais preocupantes.

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

Ao estabelecer o paralelo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, consideramos que existe uma grande diferença entre o antes e o depois, quando fizemos o texto inicial apenas tínhamos experiência e conhecimento do funcionamento do SUS neste país; a metodologia seguida no curso diante a qual fomos estudando os documentos que foram fornecidos em relacionamento com as estruturas e funcionamentos das UBS, as leis que regem o SUS. A traves destes elementos conhecemos quais eram os protocolos de atendimentos para cada grupo dentro do SUS, o que garantiu uma melhor qualidade no atendimento. A leitura dos documentos como a carta dos direitos dos usuários, a Educação popular o a promoção de saúde nós ofereceu ferramentas para preparar a equipe para as atividades de promoção e prevenção de saúde. Ao analisar a estrutura e

funcionamento da UBS pudemos ter elementos para exigir aos gestores quais eram as condições mais adequadas para desenvolver um melhor trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Os idosos formam um grupo populacional heterogêneo que apresenta características particulares, segundo sua história de vida, seu histórico ocupacional e sua independência funcional, a capacidade funcional decresce com a idade, tornando o indivíduo frágil e com maior probabilidade de se tornar vítima da ação de um conjunto de problemas e doenças, por esse motivo, é imperativa a preocupação com a prevenção das doenças e das perdas funcionais (DRUMMOND; M.G.A; TIRADO, 2008).

O envelhecimento é um processo que faz parte da própria vida, pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Hoje, no mundo, é uma realidade o aumento das pessoas de 60 anos ou mais. No Brasil, nos últimos anos têm também a tendência ao envelhecimento populacional como consequência da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da esperança de vida, estima-se que atualmente existem mais de 17 milhões de idosos no país (BRASIL, 2006b). O envelhecimento pode estar acompanhado da maior incidência de doenças crônicas as quais tendem a causar incapacidades e limitações na vida do idoso, mas é responsabilidade nossa fazer com que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. Portanto, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo de nosso presente trabalho.

No município de São João do Polêsine(RS) observa-se um elevado índice de envelhecimento, possui 747 idosos, o que corresponde a 27,7% da população. Existem 253 idosos com HAS e 87 com Diabetes mellitus, o que representa 69% e 24% respectivamente, há 117 com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, representando apenas 32%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular existem 216 idosos, o que representa 59% e com avaliação de saúde bucal em dia 133 para 36%. Atualmente estamos oferecendo consultas

agendadas a estes usuários, na qual realizamos a avaliação funcional, solicitamos exames complementares segundo a doença e oferecemos orientações quanto a nutrição, sexualidade, saúde bucal, dentre outros temas. O grupo de Hipertensos e Diabéticos está conformado por idosos, funciona mensalmente em oito comunidades, são trabalhados temas sugeridos pelos participantes, orientações e atividades educativas, é verificado a pressão arterial, teste de glicose e entrega de medicação. Para os idosos acamados, quando é solicitada fisioterapia, esta é realizada no domicílio.

O desenvolvimento desta ação programática trará resultados impactantes em relação à saúde do idoso, pois não temos uma política efetiva na avaliação a estes usuários. Apesar do atendimento aos usuários desta faixa etária ser feito pelo protocolo do Ministério de Saúde, nem todos os aspectos têm sido implementados, no município não foi ainda implementada a caderneta da pessoa idosa e não está criado o conselho municipal dos idosos. Apesar dessas dificuldades, há vários aspectos que viabilizarão a implementação desta intervenção como o apoio dos gestores municipais e a visão da equipe mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Com nossa intervenção pretendemos promover ações de saúde na atenção básica com o objetivo de alcançar o envelhecimento ativo nas pessoas desta faixa etária. Desta forma, o desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da Atenção Básica à Saúde do município de São João do Polêsine (RS). Acredita-se que o programa terá uma boa aceitação da população idosa, pois algumas ações que já são desenvolvidas pela ESF têm boa adesão.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1. Objetivo geral**

Qualificação da atenção à saúde do idoso no Posto de Saúde – ESF São João do Polêsine, no município de São João do Polêsine, RS.



## **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

#### **Meta:**

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

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

#### **Metas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **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**

#### **Metas:**

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

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**

#### **Metas:**

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

### **Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos**

#### **Metas:**

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

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

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 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Posto de Saúde - ESF São João do Polêsine, no Município de São João do Polêsine, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 598 pessoas maiores de 60 anos de um universo de 747 idosos da área de abrangência da UBS.

### **2.3.1. Detalhamento das ações**

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

**Meta: 1.1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Ações:

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de

saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Criar arquivo com os prontuários dos idosos, o qual permitirá o preenchimento, por parte do médico e da enfermeira, dos dados dos usuários atendidos na planilha de coleta de dados e fazer semanalmente as análises da cobertura nas reuniões da equipe, o qual será feito pela enfermeira e o médico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

2. 1. Acolher os idosos.
2. 2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- 2.3. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão o acolhimento na recepção e na triagem, os agentes comunitários de saúde são os responsáveis pelo cadastramento de todos os idosos e a informação a auxiliar administrativa para a atualização dos dados do SIAB mensalmente.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

- 3.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
- 3.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: O gestor municipal será o responsável de fazer os trâmites correspondentes para a criação do Conselho Municipal do Idoso, órgão responsável na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em relação aos usuários desta faixa etária e assim conscientizar a todos sobre a importância da abordagem integral a estes usuários, acrescentar por parte dos membros da equipe o número de palestras ao Programa de Atenção ao Idoso, as quais podem ser feitas na UBS, através de conversas nas consultas, nas atividades sociais, nas reuniões de grupo mensalmente, usando a rádio comunitária.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- 1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe, realizar ações de capacitação pelo médico e enfermeira aos ACS, estas ações serão cumpridas nas reuniões da equipe semanais pelo médico e enfermeira da unidade com ajuda dos protocolos de saúde do idoso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações:

2.1. Realizar anualmente a Avaliação Multidimensional Rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde e monitorar mensalmente esta avaliação mediante a revisão por parte da enfermeira dos prontuários e das fichas espelhos dos usuários acompanhados.

2.2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

2.3. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

2.4. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

2.5. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HiperDia.

2.6. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

2.7. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.8. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

2.9. Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

2.10. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Através de consultas agendadas o médico garantirá o atendimento adequado a estes usuários, segundo o estabelecido no programa, todos os dados das consultas ficarão no prontuário eletrônico para fazer avaliação da qualidade do atendimento a estes usuários, solicitará exames em correspondência com a doença do usuário, controlará o uso dos medicamentos através da carteira dos medicamentos e o controle que leva a farmácia, nas reuniões da equipe serão planejadas as visitas domiciliares aos idosos acamados e com dificuldades na locomoção, as quais serão feitas por todos os membros da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

- 1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).
- 1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- 2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- 2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
- 2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- 2.4. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
- 3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares
- 3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- 3.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
- 4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- 4.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 5.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- 6.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 7.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
- 7.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- 8.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.
- 8.2. Garantir material adequado para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde.
- 8.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que

provavelmente terá que realizar o Hemoglicoteste.

9.1. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

9.2. Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

9.3. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

9.4. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

10.1. Organizar o acolhimento a idosos na unidade de saúde.

10.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

10.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

10.4. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O gestor municipal vai garantir os recursos necessários para garantir o atendimento de qualidade aos usuários, tais quais, balança, antropômetro, Tabela de Snellen, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, assim como os medicamentos e a realização dos exames complementares.

Será feito o atendimento aos idosos através de consultas agendadas para que não tenham que aguardar muito tempo de espera, também a consulta odontológica é por agendamento, os agendamentos são feitos pelos ACS.

Todos os membros da equipe farão o acolhimento, o médico será o responsável da avaliação clínica dos usuários, as visitas domiciliares aos usuários acamados serão feitas uma vez na semana pelo médico e diário pela enfermeira e técnica de enfermagem, nas reuniões da equipe serão discutidas as dificuldades que afetem o atendimento a estes usuários.

O gestor municipal vai garantir a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, também será o responsável de garantir a realização dos exames complementares em tempo pelo SUS.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

1.2. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para

que possam exercer o controle social.

2.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

3.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

3.2. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

4.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HiperDia e possíveis alternativas para obter este acesso.

5.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

6.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

6.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

7.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

7.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

8.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

8.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

9.1. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

10.1. 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.

10.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

10.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.



Detalhamento: Serão feitas atividades de promoção e prevenção de saúde, onde serão orientados os usuários sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas, fatores de risco para o desenvolvimento da DM, a importância dos cuidados dos pés, rastreamento da HAS, as mesmas serão ofertadas pelo médico e enfermeira nas consultas, assim como nas visitas domiciliares onde também participam os ACS, mediante palestras nas comunidades, nas quais serão tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- 1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- 1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.
- 1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
- 2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- 2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- 3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- 4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.
- 5.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- 6.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- 6.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- 7.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

8.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do Hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

9.1. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

10.1. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

10.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

10.3. Capacitar os ACS para captação de idosos.

10.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe, realizar ações de capacitação pelo médico e enfermeira aos ACS.

Nas reuniões de equipe estudaremos os protocolos para o atendimento dos idosos e capacitaremos a equipe para as orientações sobre importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável sendo o responsável o médico e a enfermeira da unidade com ajuda dos protocolos de saúde dos idosos implementados na unidade, também serão feitas capacitações sobre tratamento da hipertensão e/ou diabetes e sobre a orientação aos usuários que podem ter acesso aos medicamentos na farmácia popular.

A capacitação aos ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência será feita pela enfermeira da unidade seguindo os protocolos da unidade.

O odontólogo e a técnica odontológica farão capacitações, em relação ao atendimento odontológico a todos os membros da equipe nas reuniões

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

#### **Meta:**

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ação:

1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Monitora-se através dos registros nas fichas espelho, as quais ficarão em um arquivo para o registro específico de atendimento dos usuários idosos, será feito pela enfermeira a qual fará análises da cobertura nas reuniões da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Planejar nas reuniões da equipe as visitas aos faltosos, assim como o agendamento aos idosos provenientes das buscas domiciliares, sendo os ACS os responsáveis pela busca ativa.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, nas quais serão tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente, serão feitas por todos os membros da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Planejar ações de capacitação aos ACS pelo médico e a enfermeira

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

**Meta:**

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações:

1.1. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

1.2 Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A enfermeira realizará o monitoramento da qualidade dos registros aos idosos através da revisão semanal da ficha espelho e dos prontuários.

Solicitar a coordenadoria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para iniciar sua implementação no município.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

2.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

2.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

2.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

2.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

2.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

2.6. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Garantir através dos dados do prontuário eletrônico e as informações que aportam os ACS, a atualização do SIAB.

A enfermeira realizará o monitoramento da qualidade dos registros dos atendimentos aos idosos.

O Gestor Municipal solicitará à coordenadoria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para iniciar sua implementação no município.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

3.1. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

3.2 Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: Serão feitas palestras nas comunidades, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente, sendo responsável todos os membros da equipe.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

4.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

4.2 Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O médico fará capacitações sobre o preenchimento dos registros necessários, o qual será feito na primeira semana da intervenção.

Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe.

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

**Meta:**

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

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

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações:

1.1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Garantir através das consultas e visitas domiciliares a monitorização aos usuários idosos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

1.1 Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

2.1 Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente

Detalhamento: Através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, técnica de enfermeira e enfermagem são identificados os usuários de maior risco, os quais são discutidos nas reuniões da equipe semanalmente nas quais são planejadas as visitas a realizar pelo médico, estabelecendo uma ordem de prioridade segundo o risco de morbimortalidade e fragilização, assim como as visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

2.1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

3.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

3.2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Planejar capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe.

### **Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos**

**Meta:**

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

Ações:

1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

3.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo com idosos se monitorizarão e serão avaliadas as orientações feitas sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular para todos os idosos cadastrados no programa, as quais serão feitas por todos os membros da equipe.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

3.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Planejar nas reuniões da equipe as ações de promoção a desenvolver por membro.

Fortalecimento dos grupos do Hipertenso, Diabéticos, Convivência e Ginástica em parceria com o CRAS.

O médico juntamente com a enfermeira demandará do gestor a participação de educador físico do município para garantir a realização de atividade física no grupo dos idosos.

Planejar consultas agendadas aos idosos.

Eixo: Engajamento Público:

Ações:

1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

3.1. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Planejar palestras nas comunidades, com a participação do odontólogo e a técnica de assistência odontológica, nas quais sejam tratados estes temas, assim como abordar estes temas nos grupos que são desenvolvidos mensalmente. Também trataremos dos temas em momentos de visitas domiciliares de modo a alcançar os cuidadores e familiares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica:

Ações:



1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou o “Guia alimentar para a população brasileira”.

1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

3.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O Gestor Municipal planejará capacitações com o responsável do programa na coordenadoria regional para que sejam feitas no município a todos os membros da equipe, realizar ações de capacitação pelo médico e enfermeira aos membros da equipe, assim como ações da capacitação com outros profissionais como Educadores Físicos, Nutricionistas, Psicólogos para ampliar a preparação dos membros da equipe nestes temas.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1** Melhorar a cobertura de atenção do usuário idoso na UBS.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80 %.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: números de idosos cadastrados no programa.

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

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade de atenção do usuário idoso na UBS.

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.

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 nas consultas aos usuários 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.

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.

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 de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa

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

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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 problemas de locomoção com visita domiciliar

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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 rastreados para hipertensão na última consulta.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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

**Objetivo. 3** Melhorar a adesão do usuário idoso ao programa.

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 que receberam busca ativa.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

**Objetivo. 4** Melhorar o registro das informações do usuário idoso na UBS.

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 idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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 cadastrado no programa.

**Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da 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 com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

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 com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

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 em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa.

**Objetivo. 6** Promover hábitos saudáveis para os usuários idosos no município.

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 que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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

Indicador 6.2 Proporções de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: número de idosos cadastrados no programa.

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

Indicador 6.3 Proporções de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: número de idosos cadastrado no programa.

### **2.3.3 Logística**

Para começar a estruturar a intervenção no programa de Saúde do Idoso a equipe vai a adotar como protocolo para nortear as intervenções o Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimentos e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Utilizaremos os prontuários e as Cadernetas de Saúde da

Pessoa Idosa para registrar as ações desenvolvidas nos atendimentos. Para poder coletar os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar um livro registro com todos os idosos consultados, o qual permita anotar problemas atuais de saúde, medicamentos em uso e dosagem, estado vacinal, exames clínicos laboratoriais, avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, indicadores de fragilização existentes, orientação para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, consultas em atraso. Os dados serão obtidos nas consultas, as quais podem ser agendadas ou por demanda espontânea, e nas visitas domiciliares que faremos semanalmente junto aos agentes comunitários e a técnica de enfermagem. Vamos planejar quatro consultas agendadas diariamente mais os casos que vejam como demanda espontânea, além das visitas semanais nas quais se planejam quatro ou cinco casos, em dependência da localidade em que moram as pessoas.

Será realizada uma capacitação dos agentes comunitários e técnica de enfermagem para o preenchimento da ficha espelho e da caderneta do idoso, para o qual já fixamos um contato com o gestor municipal o qual vai nos providenciar as cadernetas necessárias e não há dificuldades para os recursos necessários para o desenvolvimento da intervenção, tais como folhas, transporte, impressão das planilhas.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos usuários identificando aqueles que estão com consultas médicas, odontológicas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário fará busca ativa dos usuários em atraso e agendará consulta para um horário de sua conveniência. O médico, como coordenador da intervenção fará a revisão dos prontuários e planilhas com o apoio da enfermeira da equipe e conduzirá o debate sobre o assunto na reunião de equipe. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento será feito diariamente por todos os profissionais, começará na recepção, continuará na sala de triagem onde a enfermeira fará a aferição dos sinais vitais incluindo HGT para os usuários diabéticos, e após será realizado pelo médico durante o atendimento. Os agentes comunitários atualizarão mensalmente o

cadastro e as informações do SIAB, as quais serão discutidas nas reuniões da equipe.

A enfermeira será a responsável de propor ao gestor municipal a coordenação de uma capacitação, em relação ao tema, com o responsável do programa na coordenadoria regional, para que seja feita no município a todos os membros da equipe no primeiro mês da intervenção. O médico e a enfermeira farão ações de capacitação todas as semanas, nas reuniões da equipe, aos ACS. Para o cumprimento destas ações será usado o caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde do idoso e utilizaremos computador, Datashow e câmera para registro fotográfico das atividades.

O médico realizará o atendimento aos usuários, segundo os requerimentos do programa, em todas as consultas feitas na unidade básica, assim como nas visitas domiciliares, os dados serão coletados no livro de registro e analisados nas reuniões da equipe. Todos os membros da equipe farão visitas domiciliares, segundo o planejamento para cada usuário acamado ou com dificuldades na locomoção, as mesmas serão feitas semanalmente pelo médico e demais membros da equipe e será utilizado como meio de transporte veículos do município que será acordada a disponibilidade dos mesmos com o gestor.

O médico será o responsável pela criação do registro e semanalmente fará a análise da cobertura na reunião da equipe, nas mesmas informará os usuários faltosos para que sejam visitados por seu agente comunitário e agendada consulta.

O médico será o responsável por preencher todos os dados do prontuário eletrônico para que sejam utilizados na atualização do SIAB, assim como os agentes comunitários farão mensalmente a atualização destes dados. O médico e a enfermeira realizarão mensalmente o monitoramento da qualidade dos registros aos idosos. A enfermeira será a responsável pela solicitação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Serão planejadas semanalmente, na reunião da equipe, as ações de promoção a desenvolver por membro. Propor ao gestor municipal a criação do Conselho Municipal do Idoso para que as atividades feitas sejam multifatoriais.







### **3. Relatório da Intervenção**

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

Durante as doze semanas de trabalho na intervenção em saúde do idoso conseguimos cumprir com as ações programadas para cada objetivo, o qual foi possível graças ao trabalho em equipe, ao seguimento adequado das atividades planejadas no cronograma, ao apoio do gestor, fatores do município e da coordenadoria regional de saúde, assim como a cooperação da população.

Fez parte de nosso trabalho diário as palestras desenvolvidas sobre hábitos saudáveis de alimentação, saúde bucal e prática de atividade física, todas as semanas fizemos as reuniões da equipe, nas quais foram feitas capacitações e atividades de atualização, segundo o planejado no cronograma, além de orientar as atividades a desenvolver por membro da equipe, assim como avaliar o trabalho das semanas anteriores e organizar as ações da semana seguinte.

Necessário destacar que apesar de não ter educadora física na equipe contamos com o apoio da educadora física do CRAS, a qual desenvolveu atividades nos grupos de idosos incentivando a prática de exercício físico; além disso, tivemos o apoio da coordenadoria regional, com a presença da responsável pelo programa do idoso na região, a qual fez atividades de atualização e capacitação em relação ao acolhimento do idoso.

Desenvolvemos várias atividades, nas quais contamos com a participação da prefeita, secretário de saúde, líderes das associações comunitárias das comunidades do município, líderes do grupo da terceira idade, chamado Longa Vida, o qual realiza atividades com os idosos há algum tempo; nestes encontros foram desenvolvidos aspectos encaminhados a melhorar a qualidade de vida dos usuários, sendo de grande impacto uma palestra feita por um professor da universidade de Santa Maria, na qual palestrou sobre envelhecimento saudável, motivando a todos os profissionais do município a trabalhar em aras de garantir uma atenção integral e de qualidade aos idosos.

Durante a intervenção apresentamos várias dificuldades, começamos a

mesma sem ter caderneta do idoso para os usuários, o qual afetava a qualidade dos atendimentos, devido a que muitos deles não conheciam suas doenças ou os remédios que tomavam, mas pelas gestões feitas pela enfermeira da equipe, a qual fez a solicitação das mesmas à responsável do programa na região, assim como a outros municípios, e ao apoio da coordenadoria regional de saúde obtivemos a caderneta para cada idoso, sendo possível o atendimento de uma porcentagem elevada de usuários com a caderneta ao terminar a intervenção. Outras das dificuldades foi o preconceito que tinham os idosos que ao usar próteses bucais não precisavam de atendimento odontológico, o qual estava afetando a assistência às consultas, pelo qual tivemos que ampliar as ações na saúde bucal com o objetivo de eliminar na população desta faixa etária este preconceito e esclarecer para eles quanto a importância do atendimento odontológico sistemático para prevenir o câncer bucal e outras doenças bucais.

Durante o atendimento umas das dificuldades detectadas foi a grande demanda para a realização dos exames laboratoriais, já que os usuários tinham que esperar até 3 meses para fazer os exames, por isso, durante a intervenção incentivamos aos mesmos para que usassem os planos de saúde que possuíam e deixar as vagas disponíveis na unidade para os que não tinham plano de saúde e que dependiam do SUS para a realização dos mesmos.

No dia a dia da intervenção, primeiro fazíamos o acolhimento dos usuários, enquanto eles aguardavam aproveitávamos para conversar sobre um tema de saúde, depois era feito a triagem e logo passavam a consulta com o médico para o exame clínico e avaliação do risco com solicitação dos exames laboratoriais se necessário, sendo que durante a consulta o médico também fazia promoção de saúde. Temos que dizer que alguns usuários realizaram reclamações devido à demora das consultas, motivado pelo fato de além das atividades habituais na consulta, tais como anamneses, exame físico, escrever no prontuário, tínhamos também que preencher a planilha de coletas de dados, o qual demorava já que era preciso fazer alguns testes para o preenchimento da mesma, mas foi resolvido com as conversas com cada usuário explicando a importância da intervenção, assim com as habilidades adquiridas com o transcurso da mesma.

Foram incorporados ao programa 414 usuários, 55,4% de cobertura de atenção, apesar da grande quantidade de usuários avaliados não foi possível atingir os 80% de cobertura propostos devido à redução do tempo da intervenção de 16 para 12 semanas. Quanto à qualidade, destacamos que 100% dos idosos cadastrados tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico e solicitação de exames complementares periódicos em dia, a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada foi de 98.1%. Quanto aos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados 64 usuários totalizando 100%, recebendo visita domiciliar o 100%. Todos os usuários tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, o total de hipertensos foi rastreado para diabetes. Só houve 9 usuários faltosos e 100 % deles receberam busca ativa, ficaram com registro na ficha espelho em dia todos os usuários cadastrados. Devemos ainda destacar que 65.9% dos usuários foram atendidos com caderneta de saúde dos idosos, já que ao início da intervenção não tínhamos a mesma.

Ao analisar a atenção odontológica, considero que é onde mais devemos acrescentar as ações pela importância que tem na prevenção do câncer bucal, além que há um número maior de atendimento ao fazer um paralelo com o comportamento antes de iniciar a intervenção; dos usuários atendidos 42% estão com avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico e tiveram primeira consulta odontológica programática.

As atividades de avaliação de risco para morbidade, fragilização na velhice e rede social em dia foram feitas em 100% dos idosos, também as relacionadas com orientação nutricional para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal tiveram um comportamento favorável.

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

Apesar das dificuldades encontradas ao longo do trabalho todas as ações previstas foram desenvolvidas. Ainda não tem sido criado o Conselho Municipal do Idoso devido ao fato de termos que seguir todos os procedimentos legais e a lei municipal para sua criação não tem sido discutida na câmara de vereadores.

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

Os instrumentos usados na intervenção foram disponibilizados pelo curso, sendo possível o teste e a manipulação dos mesmos antes do começo da intervenção. Contamos com prontuário eletrônico, que junto aos instrumentos aplicados facilitou a coleta das informações necessárias para a intervenção. Devemos sinalar que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de informação quando os usuários assistiam à primeira consulta odontológica, só conhecíamos o dado quando o usuário era assistido pelo médico, o qual pode ocorrer meses depois. Os dados foram processados automaticamente no computador facilitando o cálculo dos indicadores.

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

Na UBS contamos com os profissionais capacitados e experientes no trabalho, possuímos as condições estruturais adequadas e os recursos necessários para manter todas as ações do projeto como parte de nossa rotina diária de trabalho. Para um melhor funcionamento do projeto considero necessário a criação do Conselho Municipal do Idoso, o qual não tem sido possível até então devido ao fato de termos que seguir todos os procedimentos legais para sua criação. Temos previsto incorporar a ação programática em relacionamento com a saúde bucal para assim acrescentar a assistência dos usuários à consulta odontológica.

## **4. Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde do idoso; inicialmente estava prevista para ser realizada em 16 semanas, mas foi reduzida para 12 semanas por orientação da coordenação do curso, por conta do cronograma. O Posto de Saúde oferece assistência a todo o município, pelo qual a intervenção foi destinada aos 747 usuários maiores de 60 anos que moram no território.

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

**Meta:** 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Não foi possível alcançar a meta proposta, pois, o planejamento do trabalho foi feito para quatro meses, mas a intervenção teve que ser reduzida para 12 semanas. Fizemos várias ações para cumprir com a meta proposta e como mostra a Figura 1, no primeiro mês avaliamos e cadastramos 79 usuários correspondendo a 10,6% de cobertura, neste resultado influenciou fundamentalmente que ao iniciar a intervenção o município estava no pico da coleta do arroz, principal sustento econômico desta população o que afetou o fluxo de usuários à UBS. Nas análises feitas na reunião da equipe decidimos acrescentar o número de agendamentos diários, assim como as visitas dos ACS para chamar aos usuários à consulta, sendo esta uma das ações de maior resultado, obtendo 27,0% de cobertura ao finalizar o segundo mês, além disso, neste tempo a coleta do arroz tinha sido finalizada. No terceiro mês para obter a maior cobertura possível aproveitamos alguns dias das folgas para fazer visitas domiciliares, assim como a campanha de vacinação para avaliar usuários, com isso acrescentamos os atendimentos avaliando 414 usuários ao finalizar da intervenção totalizando 55,4% de cobertura.

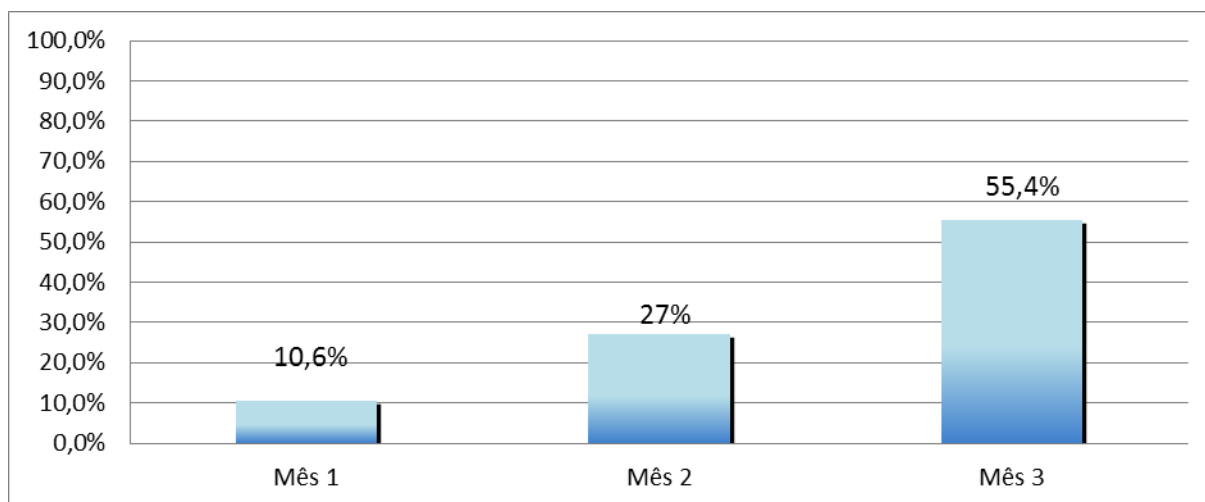


Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção do idoso na unidade de saúde.

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

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

O cumprimento deste indicador não teve dificuldades, durante o primeiro mês avaliamos 79 usuários, chegamos ao segundo mês com 202 usuários avaliados e ao finalizar a intervenção foi possível realizar avaliação multidimensional rápida a 414 (100%) idosos da área de abrangência, permitindo este resultado as boas condições de trabalho que existem na unidade, onde temos todos os recursos necessários para o atendimento de qualidade, contamos com informatização de toda a unidade que permite o uso do prontuário eletrônico e junto a planilha de coleta de dados usada na intervenção facilitou a coleta dos dados, também na sala de triagem e de consulta médica temos o equipamento adequado para realizar uma avaliação com qualidade, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, balanças.

A ação que mais auxiliou neste resultado foi o conhecimento que foram obtendo cada um dos profissionais diante das atividades de capacitação e atualização o que permitiu ter clareza de suas funções no atendimento aos usuários desta faixa etária e assim poder garantir o acolhimento com qualidade que em nossa unidade é feito por todos os trabalhadores desde que o usuário entra na



UBS.

**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.

Como foi descrito na meta anterior, além das boas condições e recursos de trabalho adequados que a UBS possui, a realização do exame clínico apropriado em 414(100%) dos usuários avaliados na intervenção foi possível pelo sistema de consultas agendadas que estabelecemos desde o começo dos preparativos deste trabalho. Antes de nossa chegada todos os atendimentos eram feitos por demanda espontânea e os usuários tinham que fazer filas desde cedo o qual não motivava a assistência às consultas e causava queixas, com o agendamento os usuários ficam mais motivados, há menos faltosos e a consulta é desenvolvida com mais qualidade.

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

A proporção de solicitação de exames complementares periódicos se comportou de forma favorável, no primeiro mês 66 usuários tiveram solicitação de exames, no segundo 159 e ao chegar ao terceiro mês 297 usuários tiveram solicitação de exames complementares para o 100% de cumprimento durante os três meses de trabalho, em nosso dia a dia usamos no seguimento aos usuários hipertensos e diabéticos os protocolos para estas doenças que existem no Brasil, os quais estabelecem a periodicidade de solicitação de exames. Além disso, nosso município apesar de não ter laboratório clínico garantia a realização destes exames aos usuários duas vezes por semana no posto de saúde.

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

No posto de saúde existe uma farmácia e o município possui uma farmácia Popular que oferece os medicamentos aos usuários, apesar destas facilidades o indicador não foi cumprido em 100%, já que temos um reduzido número de usuários que são atendidos por médicos particulares ou outros especialistas como Cardiologistas que não preconizam o uso dos medicamentos do SUS, estes profissionais falam para os usuários que os medicamentos das farmácias populares

não são bons. Observa-se na Figura 5 que no primeiro mês 77 (97,5%) usuários usaram medicamentos da farmácia popular, no segundo mês foram 198 (98%) os que usaram e ao finalizar a intervenção 406 (98,1%) idosos atendidos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, somente 8 usuários ficaram com outras prescrições. O controle do uso dos medicamentos é feito através do registro no prontuário, na carteira dos medicamentos e pelo programa computadorizado que existe na farmácia da UBS. Diariamente o médico, farmacêutica e demais profissionais incentivamos uso dos medicamentos preconizados pelo SUS e explicamos aos usuários que tem a mesma eficácia que os outros não usados nas farmácias populares.

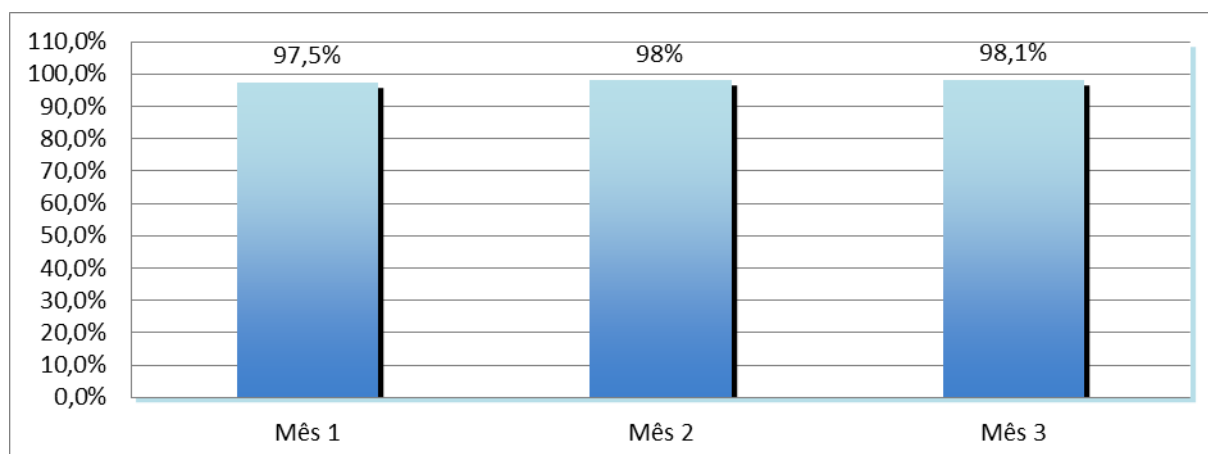


Figura 2 - Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Observa-se no gráfico que no primeiro mês avaliamos 15 (23,4%) dos idosos, no segundo mês as visitas domiciliares aumentaram e chegamos a 30 (46,9%) e ao finalizar a intervenção cadastramos 64 totalizando o 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção na área de abrangência. Conhecer a realidade dos usuários com estas dificuldades foi possível graças ao trabalho desenvolvido pelos ACS, os quais fizeram o cadastro com qualidade.

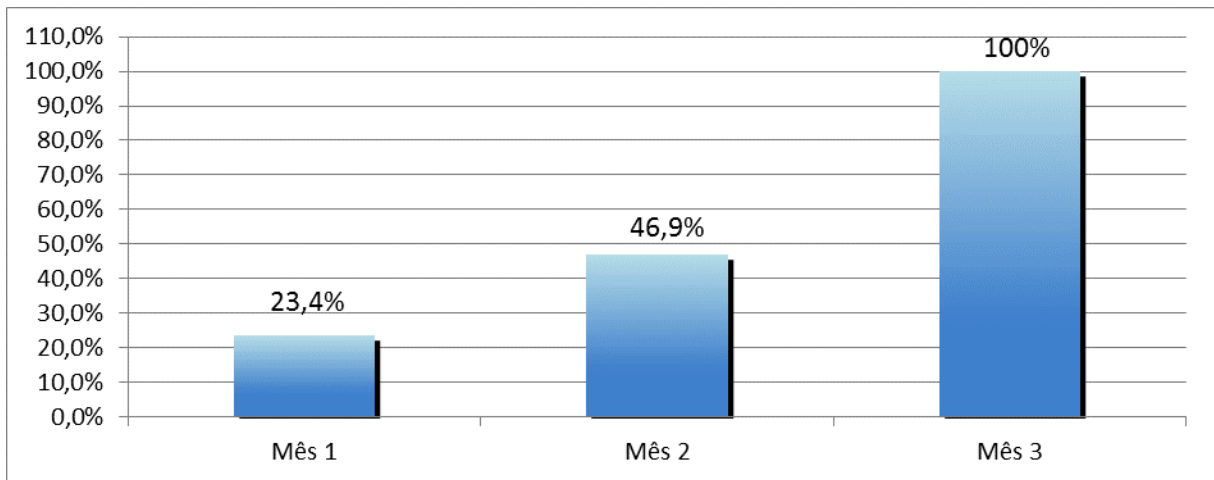


Figura 3 – Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

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

Ao longo da intervenção realizamos visita domiciliar a todos os usuários acamados ou com problemas de locomoção, no primeiro mês visitamos 15, no segundo 30 e ao finalizar chegamos a 64 idosos acamado ou com problemas de locomoção com visita domiciliar realizada totalizando 100% em todos os meses, este resultado é devido a organização do trabalho que tem nossa equipe, uma tarde semanal o médico faz visita domiciliar com a técnica de enfermagem e o ACS segundo corresponda, as mesmas são planejadas nas reuniões da equipe. Além disso a ESF tem o transporte que permite cumprir com o cronograma de visitas.

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

O indicador foi cumprido, durante o primeiro mês foram rastreados 79 (100%) idosos, no segundo mês 202 (100%) dos avaliados e no terceiro mês chegamos a 414 para 100 % de idosos rastreados para HAS durante a intervenção, graças ao fato de que trabalhamos pelos protocolos do Ministério da Saúde para estas doenças e temos garantidas todas as condições e recursos necessários, conseguimos assim o rastreamento a 100% dos usuários avaliados.

**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).

Nos três meses da intervenção o indicador teve um comportamento favorável,

no primeiro mês foram rastreados 64 idosos, no segundo 155 e ao finalizar a intervenção 286 para 100% dos usuários com hipertensão arterial rastreados para Diabetes Mellitus ao longo do trabalho, sendo possível ao ter garantido boas condições para realizar a consulta com qualidade, material para Hemoglicoteste, assim como o respaldo do laboratório para fazer os exames para o diagnóstico desta doença segundo o estabelecido pelos protocolos.

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

Antes da intervenção 133 usuários desta faixa etária tinham avaliação da necessidade de atendimento odontológico sendo 36%. Observa-se no gráfico 10 que não chegamos a meta proposta, no primeiro mês estávamos com 49 usuários avaliados para 62%, com o avanço da intervenção o número de usuários cadastrados foi aumentando, mas a porcentagem deles com necessidade de atendimento odontológico foi diminuindo motivado pelo preconceito de que os usuários com próteses dental não precisavam do atendimento odontológico, sendo que no segundo mês alcançamos 47,5% com 96 usuários atendidos e no terceiro alcançamos 42,0% para o total de 174 usuários avaliados. Apesar da baixa cobertura de atendimento odontológico alcançada, temos que dizer que ao fazer o paralelo com os dados antes da intervenção houve melhorias graças as ações desenvolvidas, acrescentamos as palestras em relação ao tema as quais foram realizadas pelo odontólogo e a técnica de saúde bucal, o odontólogo ficou mais articulado à equipe, participava nas reuniões onde fazemos análises do indicador e acrescentamos as atividades de promoção e prevenção sobre este aspecto.

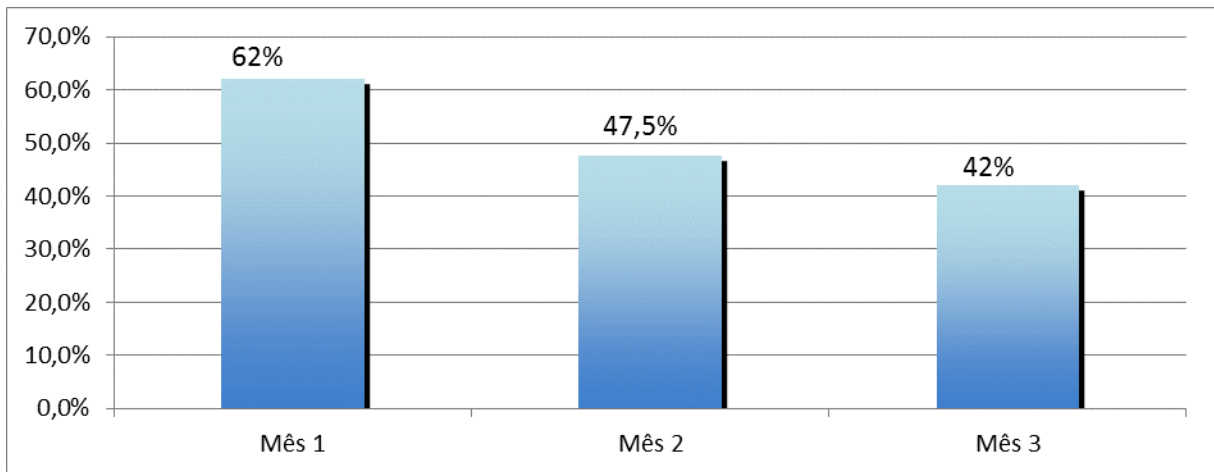


Figura 4 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico.

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

Antes da intervenção só 15 usuários estavam com a primeira consulta odontológica, sendo 4%, observa-se que apesar de não ter cumprido com a meta proposta tivemos um grande avanço, o qual demandou muito trabalho, no primeiro mês avaliamos 49 usuários, sendo 62,0%, no segundo mês alcançamos 47,5% com 96 usuários atendidos e no terceiro mês alcançamos 42,0% para o total de 174 usuários avaliados, este acréscimo em relacionamento aos dados que existiam antes de iniciar a intervenção é devido a todas as atividades de promoção e prevenção feitas por todos os membros da equipe com o objetivo de eliminar o preconceito que tem os usuários idosos que acreditam que não precisam deste atendimento por estarem usando próteses dental, o qual está afetando a assistência dos mesmos a primeira consulta programática e graças as ações feitas estamos conseguindo mudar seus pensamentos em relação a importância da higiene bucal e o atendimento odontológico para prevenir muitas doenças entre elas o câncer bucal.

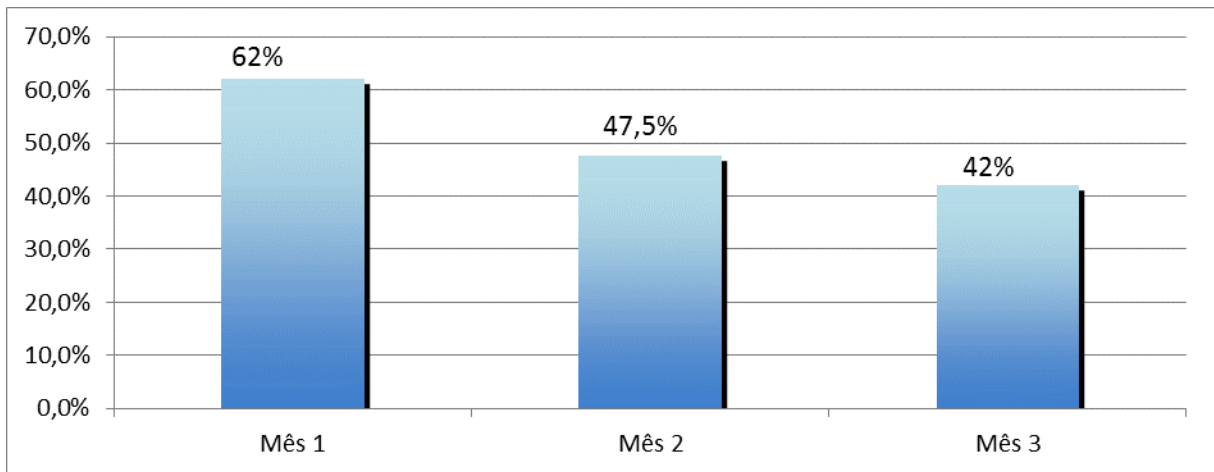


Figura 5- Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

Ao longo da intervenção só tivemos 9 usuários faltosos, 7 no primeiro mês e 2 no segundo mês, o 100% receberam busca ativa. O indicador foi analisado nas reuniões da equipe em cada semana sendo possível a recuperação dos usuários.

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

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

O indicador foi cumprido ao longo da intervenção, no primeiro mês 79 idosos tiveram registro na ficha espelho em dia, no segundo 202 e ao finalizar a intervenção os 414 avaliados estavam com registro na ficha espelho em dia para 100 % durante as doze semanas, o resultado foi possível, graças ao adequado registro das informações no prontuário eletrônico e ao uso da ficha espelho, sendo que foi possível ter uma ficha para cada usuário pelo apoio do gestor, além da qualidade do registro o mesmo era monitorizado semanalmente na reunião da equipe.

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

Quando começamos o trabalho não tínhamos caderneta do idoso no município, por este motivo não foi possível alcançar 100% como proposto, começamos a usar as cadernetas quase ao finalizar o primeiro mês, sendo que no mesmo avaliamos 8 usuários com a caderneta, sendo 10.1%, ao longo da intervenção os ACS

distribuíram as cadernetas a seus usuários, o segundo mês alcançamos 40,1% com 81 usuários avaliados em uso da mesma e ao finalizar a intervenção 273 usuários foram atendidos com a caderneta totalizando 65,9%.

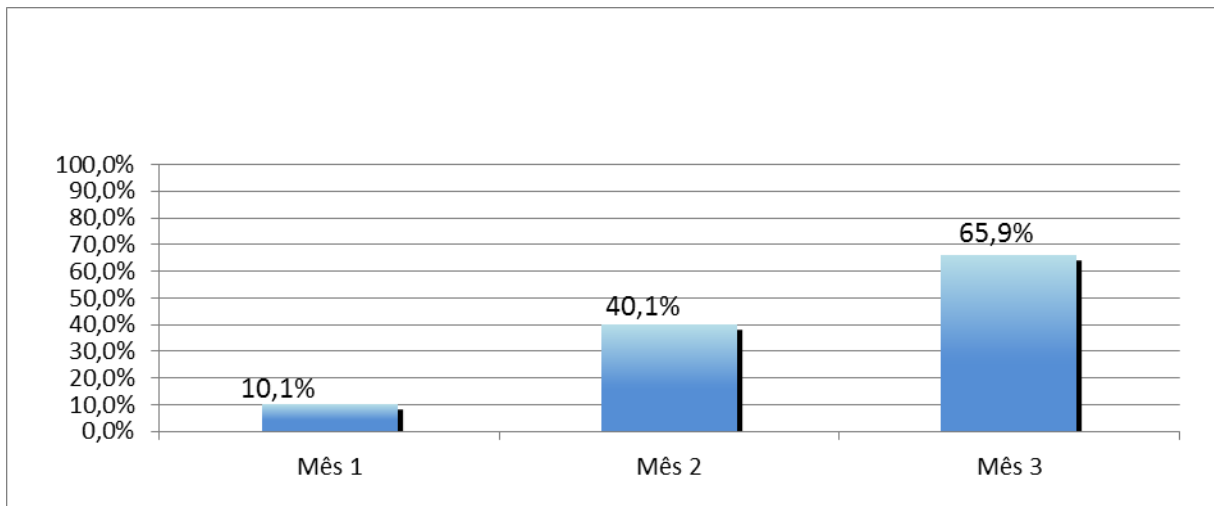


Figura 6 - Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

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

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

Antes da intervenção 117 idosos estavam com avaliação para risco de morbimortalidade, ao longo da intervenção avaliamos 79 idosos no primeiro mês, 202 no segundo, finalizando com 414 idosos rastreados para 100% dos idosos avaliados para risco de morbimortalidade durante os três meses da intervenção, sendo possível pela utilização dos dados da planilha de coleta de dados obtidos nas consultas.

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

Foram investigados quanto ao risco de fragilização na velhice os 414 (100%) idosos avaliados ao longo dos três meses da intervenção, a qualidade da anamnese e do exame físico nas consultas fez possível o cumprimento deste indicador.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

A Rede social foi avaliada nos 414 (100%) usuários durante os três meses da intervenção, o qual foi possível pelo trabalho desenvolvido por toda a equipe com destaque para os ACS, que fizeram a classificação dos usuários segundo o risco,

nas reuniões da equipe era feito a análise dos usuários priorizando visitas domiciliares para aqueles com rede social deficiente, desenvolvíamos dinâmica com a família e os casos que precisavam também eram discutidos com os profissionais do CRAS.

### **Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos**

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

Ao analisar os resultados identificou-se que no primeiro mês 79 (100 %) idosos receberam orientação nutricional, no segundo 202(100 %) e ao finalizar os 414 (100%) dos usuários idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis durante os três meses de intervenção, ao fazer o paralelo com os dados registrados antes da mesma, houve acréscimo já que só 59% tinham recebido esta orientação, este resultado foi possível pelo trabalho de toda a equipe e ao cumprimento das ações de prevenção e promoção planejadas segundo o cronograma, tais como as palestras feitas nos grupos, na espera do atendimento, nas consultas, assim como nas visitas domiciliares.

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

Observa-se no gráfico 7 que este indicador não foi cumprido, motivado pelo acréscimo ao longo da intervenção dos usuários acamados ou com problemas de locomoção, aos quais não fizemos orientação sobre prática de atividade física regular, sendo que no primeiro mês alcançamos 96.2% com orientação totalizando 76 usuários, no segundo mês 187 receberam orientação sendo 92.6% e no terceiro mês chegamos a 49 de usuários acamados ou com problema de locomoção, aos quais não fizemos orientação sobre prática de atividade física, devido à deterioração de seu estado de saúde, o indicador baixou para 88.2%, sendo que 365 usuários foram orientados quanto a prática regular de atividade física, o qual é superior ao 59% que existia antes da intervenção.



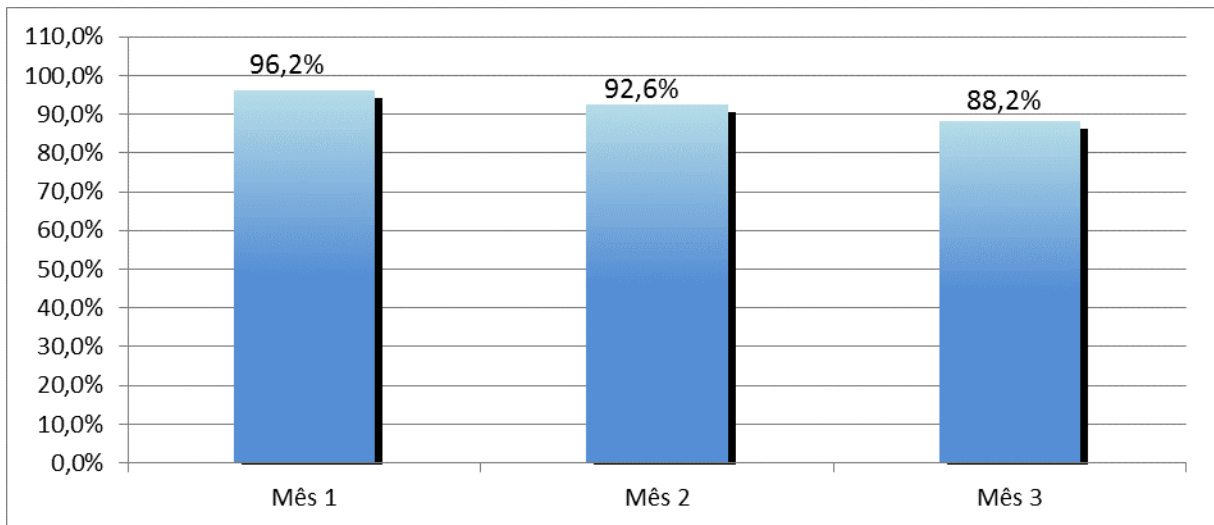


Figura 7 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Receberam orientações sobre higiene bucal os 414 (100%) idosos avaliados durante toda a intervenção, sendo possível pelo cumprimento de todas ações desenvolvidas pela equipe quanto a saúde bucal. Antes da intervenção a UBS tinha 3 odontólogos cada um com 20 horas de trabalho, após só ficaram dois, devido a que um pediu transferência para outro município tomando-se como estratégia não contratar outro profissional, pelo qual foi modificada a carga horária de um odontólogo para que ficasse trabalhando 40 horas como profissional da ESF, isto permitiu que o mesmo participasse nas reuniões da equipe, sentindo-se mais motivado, nas reuniões eram analisados semanalmente os indicadores, permitindo o desenvolvimento dos mesmos e o planejamento das ações, tais como palestras enquanto os usuários aguardavam para serem atendidos, nos grupos com a participação do odontólogo e a técnica de odontologia, assim como o agendamento das consultas odontológicas pelos ACS, o qual só era feito pelo odontólogo.

#### 4.2. Discussão

A intervenção no município significou o acordar dos diversos setores do

município quanto à necessidade de nos prepararmos para enfrentar o elevado índice de envelhecimento que apresenta o território. Permitiu a ampliação da cobertura de atenção integral aos usuários idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para o acréscimo da avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e fragilização na velhice, também contribuiu para a ampliação da atenção odontológica, assim como esclarecer aos usuários sobre a importância deste atendimento para a prevenção do câncer bucal, além disso, foi possível diminuir o preconceito que os idosos tinham que por usar próteses dentárias achavam que não precisavam assistir ao odontólogo.

No desenvolvimento de todo o trabalho foram intensificadas as atividades de promoção e prevenção que permitiram influenciar na percepção dos usuários, sua família e toda a comunidade quanto ao uso da caderneta do idoso, utilização adequada dos medicamentos e sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física assim como a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

O trabalho exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde conforme os protocolos de atendimento aos idosos, o acolhimento destes usuários assim como sobre a promoção de hábitos nutricionais saudáveis, a prática de exercício físico e sobre higiene bucal. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe, proporcionando mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, permitindo conhecer a realidade de cada usuário, seus problemas, riscos. A intervenção contribuiu para mudar a concepção assistencialista que ainda prevalecia em alguns membros da equipe, de modo a ampliar as ações de promoção à saúde e o reconhecimento de todos quanto à sua importância em detrimento da hegemonia do modelo biomédico.

As ações se deram de forma multiprofissional sendo o médico o responsável por executar as ações de atenção integral ao usuário, a enfermeira de organizar as rotinas de trabalho, supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e da auxiliar de enfermagem, sendo esta última responsável por identificar com os ACS as famílias de risco e a realização de procedimentos nos domicílios. Além disso,

os agentes comunitários ficaram com a função de realizar o mapeamento da área, cadastrar aos usuários e manter atualizado este cadastro, orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e da importância de participar das ações da intervenção, constituindo a ligação entre a equipe e a comunidade, é o contato permanente com as famílias facilitando o trabalho de promoção de saúde realizado por toda a equipe.

Antes da intervenção, apesar de contar com um elevado índice de envelhecimento, não existiam instrumentos para realizar avaliação integral aos idosos, nem se trabalhava com enfoque de risco, nem com agendamentos, as atividades de atenção eram concentradas no médico. Diante das ações de capacitação e as atividades de atualização desenvolvidas ao longo do trabalho mudou a percepção que a equipe tinha quanto ao fato de que o acolhimento só era feito na triagem, permitindo que nestes momentos seja visto como um processo integrado que pode ser feito desde que o usuário entra no posto de saúde e é desenvolvido por todos os profissionais.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários desta faixa etária, com a mesma os idosos passaram a ter a prioridade que merecem, começaram a ter consultas agendadas, uma atenção à saúde de fato integral e humanizada e um vínculo mais estreito com a equipe. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A identificação dos riscos nestes usuários tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

As ações desenvolvidas durante a intervenção permitiram o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, a qual se traduz em desenvolvimento de ações humanizadas e mais competentes. Os idosos mostraram satisfação pelas atividades desenvolvidas e a qualidade do atendimento, gerando um grande impacto positivo neles e suas famílias já que também foram parte importante da atenção a estes usuários.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivesse criado o Conselho Municipal do Idoso, o qual teria propiciado uma maior participação da comunidade e dos idosos nas atividades desde o início e seria uma grande fortaleza no

relacionamento com as autoridades do município para acrescentar todas as ações necessárias e garantir que nossos idosos possam envelhecer com qualidade de vida. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, com isso vamos ampliar o trabalho de conscientização nos usuários desta faixa etária em relação à necessidade da atenção odontológica. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de informação quando os usuários assistem a primeira consulta odontológica, só conhecemos o dado quando o usuário é assistido pelo médico, o qual pode ocorrer meses depois. Vamos adequar o registro e estabelecer o mecanismo que permita coletar o dado enquanto o usuário seja assistido pelo odontólogo.

Continuamos ampliando a cobertura de usuários idosos, os ACS mantêm o cadastramento e o agendamento das consultas. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa saúde bucal na UBS.

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

Secretário Municipal da Saúde: Matione Sonego.

Desde Abril de 2014, venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esta especialização me proporcionou um aprimoramento das questões relacionadas à saúde pública, em especial à Atenção Básica.

Após fazer uma análise situacional e das ações programáticas no Posto de Saúde-ESF São João do Polêsine, como intervenção final, quis enfatizar as questões relacionadas com a saúde do idoso, que, ao meu ver, necessitava de maior enfoque, pois era uma ação programática não implantada na unidade de saúde até o momento. Antes da intervenção o município tinha 253 idosos com Hipertensão Arterial e 87 com Diabetes mellitus, para 69% e 24% respectivamente, 117 com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, representando apenas 32%, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular existiam 216 idosos para 59% e com avaliação de saúde bucal em dia 133 para 36%. Foi realizado um projeto de intervenção contemplando várias ações de melhorias relacionadas à saúde dos idosos.

Iniciamos a intervenção em Março de 2015, prevista para ser desenvolvida em 16 semanas, mas foi feita em 12 semanas por orientação da coordenação do curso, por conta do cronograma, realizando coleta de dados dos usuários maiores de 60 anos, enfatizando as questões de avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia, solicitação de exames complementares em dia para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, prescrição de medicamentos da farmácia popular, proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, proporção de usuários com visita domiciliar, proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, assim como hipertensos rastreados para diabetes, avaliação do atendimento odontológico, busca ativa de faltosos às consultas.

Também foram desenvolvidas ações quanto ao cumprimento das metas propostas para o registro da ficha-espelho em dia e o uso da caderneta do idoso. Ao

longo do trabalho foi possível avaliar a proporção de idosos com risco de morbimortalidade, fragilidade na velhice e com avaliação de rede social em dia. Além disso, desenvolvemos atividades de promoção quanto à orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal em dia.

Muitas medidas foram tomadas para adequar o serviço conforme preconiza o Ministério da Saúde. Isso tudo ocorreu graças ao engajamento de toda a equipe que trabalha na unidade de saúde, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde.

Com a intervenção, avaliamos 414 usuários, 55,4% de cobertura, apesar de não alcançar a meta proposta de 80%, como resultado imediato pudemos perceber que mudou o enfoque assistencialista que tinham os profissionais do posto de saúde por uma medicina mais preventiva, ampliou a preparação dos mesmos quanto à atenção integral aos idosos, melhorou o acolhimento na unidade de saúde, percebendo-se na satisfação dos usuários diante dos atendimentos. Destaca-se que 100 % dos idosos tiveram avaliação multidimensional rápida, exame clínico e solicitação de exames complementares periódicos em dia, a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada foi de 98,1%. Quanto aos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados 64 usuários, recebendo visita domiciliar 100%. Todos os usuários tiveram verificação da pressão arterial na última consulta, os 286 idosos hipertensos avaliados foram rastreado para diabetes. Só houve 9 usuários faltosos às consultas e 100% deles receberam busca ativa; todos os usuários cadastrados ficaram com registro na ficha espelho em dia. Devemos destacar que 65,9 % dos usuários foram atendidos com caderneta de saúde dos idosos, já que no início da intervenção não tínhamos a mesma.

Ao analisar a atenção odontológica, considero que é onde mais devemos acrescentar as ações pela importância que tem na prevenção do câncer bucal, além que há um número maior de atendimento e, ao fazer um paralelo com o comportamento antes de iniciar a intervenção, dos usuários atendidos 42% estão com avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico e tiveram primeira consulta odontológica programática.

As atividades de avaliação de risco para morbidade, fragilização na velhice e

rede social em dia foram feitas em 100% dos idosos, também as relacionadas com orientação nutricional para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal tiveram um comportamento favorável.

Pensamos em manter todas as ações implementadas como rotina diária de trabalho para assim ampliar a cobertura da atenção, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção de saúde, garantindo com isso um cuidado humanizado que propicie um envelhecimento ativo e saudável a todos os usuários.

Considero que a maior dificuldade detectada foi que a grande demanda para a realização dos exames de laboratório e os usuários tinham que esperar até 3 meses para fazer os exames, sendo motivo de queixas deles. A gestão deve focar-se na solução deste problema, para possibilitar um diagnóstico correto e oportuno e assim garantir a saúde do idoso e é um direito da população.

Uma das atividades que gerou um resultado muito positivo foram as palestras desenvolvidas, voltadas às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, nas quais contamos com o apoio de profissionais que não possuímos na UBS, como a educadora física e a nutricionista. Sendo assim, torna-se de fundamental importância o apoio da administração municipal no que se refere à contratação destes profissionais.

Esta foi uma conquista realizada ao longo de três meses de intervenção, sendo que os resultados mais eficazes acontecerão a médio e longo prazo.

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

Para ampliar meus conhecimentos e melhorar o trabalho que desenvolvo no posto de saúde, venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que abrange questões relacionadas a atenção básica e saúde da família.

Como trabalho do curso, a equipe resolveu trabalhar com a saúde dos idosos, pois não existia em nosso posto de saúde nenhuma ação de saúde realizada para eles.

Inicialmente, criamos todas as condições necessárias para a realização do trabalho incluindo a capacitação de toda a equipe, realizando coleta de dados dos usuários maiores de 60 anos, avaliando uma série de aspectos relacionados à saúde destes usuários, incluídos em uma planilha previamente confeccionada.

Percebi um maior relacionamento dos usuários com os profissionais do posto de saúde, assim como satisfação pela qualidade do atendimento. Além disso, houve preocupação dos usuários e familiares pelas ações de prevenção e promoção desenvolvidas. Identificaram-se queixas dos usuários avaliados, como a demora na realização dos exames e esta situação já foi discutida com o Secretário de Saúde para uma possível solução. Ao início do trabalho apresentamos queixas pela demora nas consultas, no dia a dia e nos encontros desenvolvidos com os usuários fomos esclarecendo as características da intervenção e os motivos da demora, ficando muito contentes e satisfeitos com os atendimentos.

Pensamos em manter todas as ações criadas como rotina diária de trabalho para assim aumentar o número de idosos cadastrados e acompanhados, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção de saúde, garantindo com isso um cuidado mais humano que propicie um envelhecimento ativo e saudável a todos os usuários.

Uma das atividades que trouxe um resultado muito positivo foram as palestras desenvolvidas, voltadas às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, nas quais contamos com o apoio de profissionais que não possuímos na UBS, como a educadora física e a nutricionista. Nesta atividade temos total apoio da administração municipal no que se refere à contratação destes profissionais.



Pretendemos realizar trabalhos parecidos com outros grupos de população. Acredito que seja de suma importância a participação da comunidade local com ideias, sugestões e críticas, pois este é um projeto inovador no município e necessita de muitos ajustes e adequações para um melhor funcionamento.

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

Ao iniciar o curso e começar a fazer as primeiras tarefas, comecei a conhecer a realidade do posto de saúde e achava que por ter muitas das condições estruturais e de logísticas se podia fazer um atendimento de qualidade, mas na medida que avançou o curso e conheci como realmente devem de funcionar os serviços na ESF me dei por conta que muita coisa faltava ainda por ser feita. Logo de analisar a nossa realidade respeito ao envelhecimento decidi realizar a intervenção sobre a saúde do idoso, e com a ajuda dos instrumentos fornecidos pelo curso comecei a fazer uma adequada avaliação dos idosos e com a participação da equipe, foram avaliados uma parte importante dos usuários desta faixa etária.

Com o curso além de incrementar os conhecimentos sobre este tema, pudemos revisar a atualizar, muitos outros temas que formam parte de nossos atendimentos diários no posto de saúde com o que contribuiu a elevar a nossa preparação individual e coletiva, pois a equipe toda também participou nas atividades de educação permanente, foram fornecidos os vínculos com a comunidade e os fatores do município em quanto a toma de decisões em relação da saúde individual e coletiva e da promoção e prevenção de saúde. Considero estes como os aspectos mais relevantes que tem me aportado o curso

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica, n. 15. Pag. 9-10. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica No. 19. Pag. 7-10. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica, n. 16. Pag. 7-9. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

Histórico. Prefeitura Municipal de São João do Polêsine. Disponível em: [WWW.Saojoaopolesine.rs.gov.br/historico.aspx](http://WWW.Saojoaopolesine.rs.gov.br/historico.aspx). Acesso em: 15 Jul.2014

IGBE 2010. Disponível em: <http://cd.ibe.gov.br/2B1A>. Acesso em: 22 Jul.2014

Lindner. A Organização do espaço sob o olhar das ruralidades: São: São: São João do Polêsine, RS. Geografia Ensino & Pesquisa, V.16, n.3. p.19-36, Set./dez.2012

TIRADO, M.G.A, DRUMMOND, A.d.f. Intervenção do Terapeuta Ocupacional em Instituições de Longa Permanência para Idosos. In: Drummond, A.d.f, Rezende, M.B. Intervenção da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p.160-165

## Apêndices

Imagens das ações desenvolvidas





Figura 8 – Fotografia Palestra sobre Envelhecimento Saudável. Dia 07/04/2015



Figura 9 – Fotografia Reunião PMAQ dia 08/04/2015: Capacitação sobre Acolhimento ao Idoso.





Figura 10 - Fotografia Festa do Grupo da Terceira Idade

## **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 Srª  
Profª 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 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.

### **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.