

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na estratégia de saúde da família da Unidade Básica São Pedro em Macapá/AP**

**Odalys Aguilar Torres**

**Pelotas, 2015**

**Odalys Aguilar Torres**

**Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na estratégia de saúde da família da Unidade Básica São Pedro em Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família a Distância 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: Fabiane Vargas de Vargas

Co-orientadora: Gisela Cataldi Flores

Pelotas, 2015.

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

T693q Torres, Odalys Aguilar

Qualificação das Ações de Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica São Pedro Em Macapá/AP / Odalys Aguilar Torres; Fabiane Vargas de Vargas, orientador(a); Gisela Cataldi Flores, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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. Vargas, Fabiane Vargas de, orient. II. Flores, Gisela Cataldi, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora do Curso que teve a paciência e ajudou-me a concluir este trabalho.

## Resumo

AGUILAR TORRES, Odalys. **Qualificação das ações de atenção à saúde do idoso na estratégia de saúde da família da Unidade Básica São Pedro em Macapá/AP**. 2015. 103f. Trabalho de Conclusão do Curso o de Especialização em Saúde da Família- Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A ação programática prioritária desenvolvida neste trabalho foi voltada as pessoas idosas na Atenção Primária em Saúde, a qual objetivou a melhoria da atenção à saúde do idoso, incluindo saúde bucal, na unidade de saúde São Pedro, em Macapá-AP. Realizou-se uma intervenção durante doze semanas, no período de Abril a Junho de 2015. Foram desenvolvidas inúmeras ações, através de objetivos específicos, metas e indicadores, tudo planejado dentro dos quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação e engajamento público. Os instrumentos para coleta de dados foram banco de dados do SIAB, prontuários, registros específicos, dados dos ACS, planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecidas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Como resultado alcançou-se 668 idosos, o que corresponde a 64,6% de cobertura da população alvo, bem como a melhoria dos indicadores de qualidade Alcançou-se ainda o exame adequado no programa de atenção aos idosos, com realização de exames clínicos incluindo exame físico dos pés com medida da sensibilidade e verificação dos pulsos tibial e pedioso a cada três meses para pessoas idosas diabéticas alcançando 100%, também foi feita avaliação multidimensional rápida com solicitação de exames complementares periódicos e priorizamos a prescrição de medicamentos das farmácias populares alcançando 93,7%. Realizamos 100% de visitas domiciliares aos idosos faltosos às consultas programadas. A avaliação de necessidades de atendimento odontológico alcançou 100%. Foram avaliados ainda o risco de morbidade, fragilidade na velhice e a rede social e garantimos as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal, alcançando 100%. Por fim, em relação ao início da intervenção podemos perceber uma melhoria qualitativa e quantitativa na atenção à saúde dos idosos na nossa UBS, sendo que as ações promovidas durante a intervenção já estão incorporadas como rotina normal da UBS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Idoso, Visita Domiciliar; Sistema Único de Saúde.

## Lista de Figuras

Figura 1	Dados da população na UBS	17
Figura 2	Imagem: ESF. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP.	72
Figura 3	Imagem: Capacitação da ESF. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	73
Figura 4	Imagem: Palestra sobre doenças crônicas. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	73
Figura 5	Imagem: Consulta de idoso com hipertensão e diabetes. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	73
Figura 6	Imagem: Consulta de idoso no cadastro. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	74
Figura 7	Imagem: Consulta de idoso no cadastro. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	74
Figura 8	Imagem: Ação de saúde Hiperdia Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	74
Figura 9	Imagem: Ação de saúde Hipertensão e diabetes Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	75
Figura 10	Imagem: Glicoteste a idosos no programa. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	75
Figura11	Imagem: Visita domiciliar a idosos faltoso. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	75
Figura 12	Imagem: Visita domiciliar a idoso com Hipertensão e diabetes . Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	76
Figura 13	Imagem: Exame físico a usuário cadastrado no programa. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	76
Figura 14	Imagem: Vista domiciliar a usuário com Hipertensão diabetes. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	76
Figura 15	Imagem: Vista domiciliar a usuário cadastrado no programa acamado. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	77
Figura16	Imagem: Vista domiciliar a usuário cadastrado no programa com problemas de locomoção. Unidade Básica de Saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	77
	Cobertura do Programa Saúde do Idoso. UBS São Pedro,	79

Figura 17	Macapá/AP, 2015.	
Figura 18	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.	81
Figura 19	Proporção de idosos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.	83
Figura 20	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.	84
Figura 21	Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.	84

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária de Saúde
AP	Amapá
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores, Ações
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
PCCU	Prevenção do câncer do colo do útero
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

1	Análise Situacional.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3	Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	26
2	Análise Estratégica .....	28
2.1	Justificativa.....	28
2.2	Objetivos e metas.....	30
2.3	Metodologia.....	32
2.3.1	Detalhamento das ações:.....	32
2.3.2	Indicadores:.....	57
2.3.3	Logística .....	62
2.3.4	Cronograma .....	66
3.	Relatório da Intervenção.....	68
3.1	Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	68
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	71
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados ....	72
3.4	Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço .....	72
4.	Avaliação da Intervenção.....	78
4.1	Resultados .....	78
4.2	Discussão.....	87
5	Relatório da Intervenção para Gestores .....	90
6	Relatório da Intervenção para Comunidade .....	93
7	Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem.....	95
	<b>Referências</b> .....	97
	Anexos.....	98

## **Apresentação**

O presente trabalho trata-se da exigência para a conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família-Modalidade Educação a Distância, promovido pela Universidade de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com foco na ação programática de atenção aos idosos.

O volume está organizado em cinco unidades interligadas, desenvolvidas individualmente a cada semana de acordo com a orientação do curso.

A primeira unidade é composta do relato da semana de ambientação para familiarização e da análise situacional que avaliou a Unidade de Saúde e atenção prestada nos mais diversos temas, composta de 12 semanas.

A segunda unidade é a Análise Estratégica, distribuída em 10 semanas, a qual teve a definição do foco da intervenção e elaboração do projeto, já a terceira unidade é a execução da intervenção, composta de 12 semanas e mostrada através do Relatório da Intervenção.

A quarta unidade é a Avaliação da intervenção, com oito semanas, a qual compilou os dados coletados durante a intervenção em relação ao projeto Inicial.

Fazem parte deste volume os relatórios da intervenção para informar os gestores e a comunidade sobre os resultados obtidos na intervenção na UBS. Foi realizado ainda uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Por fim, estão os anexos utilizados durante na intervenção e realização do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Em 1987, em Alma-Ata, ocorreu a 1ª Conferência Internacional na Antiga União Soviética sobre cuidados primários de saúde. Desse encontro resultou a declaração de Alma-Ata, que foca a atenção primária à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada 21 outubro de 2011, por meio da Portaria nº 2.488.

Em 1986 teve o movimento da reforma sanitária, da universalização da saúde que após a Conferência Nacional de Saúde em 1987 garantiu na Constituição Federal de 1988, saúde como direito para todos os brasileiros.

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 1994 o Programa de Saúde da Família e em 2011, por meio da Portaria nº 2.448 que traz uma nova regulamentação para a atenção básica. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se embasa fundamentalmente em promoção e prevenção de saúde com a inter-relação dele.

Ainda a estratégia considera o meio ambiente onde mora essa família e maior investimento na atenção primária, visando a melhoria do acolhimento da população junto à unidade de saúde, propõe os serviços de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundamentado na perspectiva interdisciplinar. (BRASIL, 2006).

O objetivo fundamental é a prevenção das doenças, contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atenções nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população e possibilitar um melhor atendimento à população fazendo tratamento preventivo, trabalhando fundamentalmente em fatores de risco da população (BRASIL, 2006).

A estratégia de saúde da família na minha área se dá por meio do trabalho árduo da equipe de saúde o qual fica muito fortalecido. As técnicas de enfermagem, ACS, enfermeiras, odontólogo e todos têm muita qualificação, sendo que os mesmos servem como ferramenta para a realização das atividades de promoção e prevenção.

Apesar de termos áreas descobertas, temos uma equipe bem comprometida e dedicada. O território de abrangência envolve aproximadamente 993 pessoas e 344 famílias, sendo que neste momento estamos em processo de cadastramento a qual deve aumentar. A população é de um nível médio alto, com nível de escolaridade predominantemente superior. O clima desta zona é tropical e temos várias escolas, lojas, supermercados, farmácias, centro de recreação.

Neste período de tempo que estou trabalhando, temos feito atividades de prevenção e promoção de saúde, por exemplo, evitar as doenças de transmissão sexual, fizemos palestra com a população, disponibilizamos preservativos e conversamos sobre a importância de sua utilização.

Acredito estarmos no caminho certo, pois ofertamos uma atenção primária de saúde muito qualificada, as características humanas e pessoais da equipe de saúde são superiores em comparação com outros países da América Latina. Há motivação da equipe de saúde, todos amam o trabalho que realizam, tudo isso complementa e auxilia as ações da saúde da família.

A percepção que eu tenho na unidade de saúde onde trabalho é muito boa, eu acho muito bem estruturada, apresenta uma série de consultas com bons equipamentos, balanças, esfigmomanômetro, estetoscópio entre outras. Tem uma farmácia que não está bem equipada, temos o departamento de fisioterapia para usuários que precisam, temos algumas dificuldades com receitas, atestados médicos, exames.

Não temos laboratório de análises clínicas sendo que os usuários têm que fazer privados. No entanto, sempre procuramos alternativas para fazer nosso trabalho em equipe, fazemos visita domiciliar em conjunto, agendadas por agente de saúde, estabelecendo prioridades com base no risco.

Isso não impede nosso trabalho educativo e ficamos sempre perto da comunidade. Em um curto espaço de tempo de trabalho eu vejo uma maneira de melhoria dessa população e seguiremos trabalhando forte porque essa é nossa razão de existir.

Nossa relação com a população é muito boa, estão muito contentes com o trabalho da equipe da saúde, já que trabalhamos com muito amor e tratamos de resolver os problemas apesar das dificuldades, o acolhimento por todas as pessoas é ótimo.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá é a capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza as margens do Rio Amazonas. A população é de 437.255 habitantes, sendo a 53ª cidade mais populosa do Brasil e a 5ª mais populosa da região norte (IBGE, 2014).

Possui 23 UBS, 20 urbanas e três rurais Unidades de Saúde Família com 72 Equipes de Saúde da Família. Ainda conta com um Pronto Atendimento (PA) e dois Centros Odontológicos que trabalham com agendamento e atendimento de urgências, todas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Secretaria Municipal de Saúde (IBGE, 2014).

Na cidade contamos com três Escolas de Enfermagem, uma Universidade Federal Pública (UNIFAP), oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Equipes de Atendimento Domiciliar, temos dois Serviços Hospitalares de Emergência, um Serviço Hospitalar de Especialidade (IBGE, 2014)

A situação socioeconômica do município predomina a classe média alta, não contamos com rede de esgoto na maioria das ruas, sendo que a população geralmente utiliza água mineral. Entre as doenças mais prevalentes estão as verminoses, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) (IBGE, 2014).

A UBS São Pedro é uma unidade urbana em modelo de estratégia de saúde da família (ESF) com seis equipes de Saúde da Família, sendo que atua na equipe 059, composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas ACS, uma auxiliar de enfermagem e um odontólogo para área coberta.

Ainda atua na UBS um diretor, quatro agentes de segurança, um assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nove enfermeiros, quinze técnicos de enfermagem, dois técnicos higiene bucal, um homeopata, um

infectologista, um farmacêutico, oito médicos clínicos gerais, duas ginecologistas/obstetras, um pediatra, um nutricionista e dois psicólogos.

Além destes, contamos com duas assistentes sociais, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor de educação física, terapeuta ocupacional e pessoal de limpeza.

O usuário que procura a unidade faz o agendamento para consultas, o qual é realizado de segunda a sexta-feira das 7 horas às 18 horas. Temos área de abrangência definida ou mapeamento da área com a última atualização do cadastro da população coberta do ano de 2013. A UBS conta com sala de triagem com boas dimensões, seis consultórios (um com sanitário em sua interior, cinco sem sanitário), uma sala de vacinas, uma sala para farmácia, copa/cozinha, uma sala para ACS, banheiros de funcionários e de usuário, depósito de limpeza, esterilização, nebulização e recepção, espaço para lavagem e descontaminação de material.

Dispõem de boa circulação de ar e iluminação, as paredes são de superfície lisa e os pisos são laváveis e de superfície regular, firme e estável. Não tem espaço adequado para almoxarifado e depósito de materiais. As portas são de alumínio e material lavável, portas com maçanetas, as janelas de alumínio e não possuem telas de proteção, os armários e prateleiras possuem cantos arredondados, superfícies lisas e são de fácil limpeza e desinfecção, os ambientes não possuem uma sinalização adequada.

Os consultórios são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, possuem mesa de escritório e cadeiras para usuário e acompanhante sentados. Possui mesa para exame clínico, equipamentos com suporte para soro, escadinhas. Não tem espaço para depósito de lixo não contaminado, sendo que este fica disposto na frente da UBS, a Prefeitura é responsável pela coleta uma vez por semana, sendo realizada por empresa privada.

Os arquivos são separados por usuário e o espaço acomoda 6.000 prontuários individuais. Os corredores são largos, mas há degraus. Não tem rampas de acesso para deficientes, as calçadas do prédio não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos.

Também não temos corrimãos para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. As portas dos banheiros não permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas e nem possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas. As cadeiras da sala de espera desta

não são adequadas para um local de atendimento e não temos cadeira de rodas à disposição com estas necessidades.

As limitações descritas anteriormente afetam nosso trabalho e o usuário e são discutidas na reunião de equipe mensalmente onde fazemos um convite a um representante do Conselho de Administração da UBS e discutir possíveis soluções para os problemas e fazer um plano de ação onde colocamos responsável e prazo de cumprimento. Outras ações que nós começamos a realizar são discussões e reflexões desse questionário e das demandas realizadas no Curso, pois isso vai nos ajudar a fazer um melhor atendimento para a população, também traçando estratégias para mudança nos modos e estilos de vida das pessoas da comunidade e melhorar os indicadores de saúde.

Continuamos realizando o cadastramento da comunidade que servimos, com a pesquisa de doenças crônicas, estamos trabalhando o enfrentamento das barreiras arquitetônicas, na perspectiva de garantir o cuidado humanizado e integral. Superar essas limitações é um trabalho de toda equipe de saúde, devemos estabelecer laços de compromissos e responsabilidades entre a população e profissional, conhecendo os indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades.

Com relação às atribuições dos profissionais, todos participam na identificação de famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, recadastramento das famílias e dos indivíduos para que com o conhecimento dos dados sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, possam realizar a análise da situação de saúde, fazer os cuidados da população adstrita, visitas domiciliares, consultas planejadas e de demanda espontânea e nos demais espaços comunitários (casas, igrejas, entre outros).

Realizamos ações de atenção à saúde conforme as necessidades de saúde da população. Nas reuniões de equipe discutimos em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe e realizar trabalho interdisciplinar integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Dentro das atividades de educação permanente devemos melhorar a capacitação de ACS e as atribuições específicas e comuns a todos os profissionais da equipe para melhorar resultados, indicadores de saúde, acolhimento dos usuários e uma maior satisfação da população com o SUS e nosso trabalho em atenção primária.

Cobrimos uma área de abrangência de dois bairros, sendo que um deles é da área da ESF (Bairro Beirroll) com aproximadamente 20.200 usuários, dados fornecidos pelo diretor da UBS por que verificamos que temos um sub-registro já que muitos ainda não estão cadastrados, pois são de classe média ou alta, que não permitem passar que os ACS para realizar o cadastro, ainda temos áreas descobertas. Em relação à população da área adstrita:

IDADE	FEMININOS	%	MASCULINO	%	TOTAL
Menor 1 ano	253	1.30%	173	0.89%	426
Menor de 5 anos	462	2.38%	390	2,01%	852
De 5 a 14 anos	2785	14,40 %	1797	9,29%	4582
De 15 a 59 anos	8520	44,0%	3952	20,4%	12472
De 60 anos ou mais	699	3,61%	335	1,73%	1034
Total	12.719		6.647		????

Figura 1: Distribuição da população por faixa etária sexo

Fazendo uma análise da população, identificamos que nossa população é jovem, predominando sexo feminino devido às características demográficas, as mesmas ficam nas periferias do município, sendo que a emigração jovem no nosso território é evidente.

O atendimento a demanda espontânea é um tema muito importante para organização da Atenção Primária no Brasil. Em nosso atual cotidiano temos muitos usuários que chegam à UBS por demanda espontânea, utilizamos o Caderno de Atenção Básica de Acolhimento a Demanda Espontânea volume um e volume dois, pois são muito importantes para fazer um atendimento de qualidade a todos os usuários.

Em relação à atenção à demanda espontânea, referindo a forma como é feito o acolhimento, na nossa UBS a equipe fica mais envolvida no processo de primeira escuta do usuário para avaliar as necessidades de cuidados imediatos, identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas, prestar ou facilitar os primeiros cuidados, classificar o risco para definir as prioridades de cuidado, organizar os usuários no serviço porque temos alguns que necessitam de observação, administração de medicação, para que devem ser encaminhados a outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão respiratória, os quais deverão encaminhar o usuário para o cuidado de

acordo com sua classificação. O profissional da equipe de saúde bucal também deve ser envolvido no processo de acolhimento com classificação de risco das urgências odontológicas.

O atendimento à demanda espontânea deve ser realizada pelas UBS, principalmente os casos crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade.

Temos que trabalhar muito no que se refere à capacitação neste tema, mas temos mudanças em pouco tempo sendo que a população fica muito mais satisfeita, bem como as autoridades de saúde no município que referem que houve diminuição dos casos de demanda espontânea para emergências e urgências no Hospital e na Unidade de Pronto Atendimento.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), a UBS tem 426 na área, sendo que o número de crianças residentes e acompanhadas na área é de 261 (61%), de acordo com o Caderno de Ações Programáticas. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança avaliados foram: 13 consultas em dia (5%) de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde (MS), 15 com atraso da consulta agendada em mais de sete dias (6%), 261 (100%) realizaram teste de pezinho até sete dias, 246 realizaram primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida (94%), 261 realizaram triagem auditiva (100%), 261 tiveram monitoramento do crescimento na última consulta (100%), 261 estão com vacinas em dia (100%), 261 com avaliação de saúde bucal (100%), 261 tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo (100%) e 261 tiveram orientação para prevenção de acidentes (100%).

Trabalhamos em conjunto para que essas consultas tenham melhor qualidade, apesar das dificuldades, como para fazer pesagem das crianças, sendo que são pesadas com as mães e depois realizamos as diferenças. Realizamos atendimentos, consultas agendadas ou espontâneas, fazendo referência, atraso da consulta agendada tentando identificar as mães, pois muitas tem seus partos em outros municípios, assim como os ACS no território. Não temos problemas com teste de pezinho até sete dias, pois todas fazem no Hospital antes da alta hospitalar.

Destacamos que nas nossas consultas realizamos revisão oral das crianças pra detectar qualquer tipo de anomalia, detectando crianças com cáries, as quais são muito frequentes devido às práticas alimentares inadequadas como o consumo de muito doces. Realizamos orientação para aleitamento materno exclusivo, já que

detectamos dificuldades manifestadas pelas mães, as quais referem ter pouco leite e adicionam leite artificial aos bebês.

Recomendamos como aumentar a oferta do leite materno, tomar líquido, alternar as mamadas para que dê tempo de que as mamas fiquem cheias, orientamos sobre a importância da amamentação na prevenção de agravos evitáveis, bem como orientação sobre cuidados na prevenção de acidentes na infância.

Temos dificuldades como, por exemplo, algumas mães demorarem para a primeira consulta antes dos sete dias e medicamentos insuficientes para todas as crianças que necessitam de suplementação de ferro, orientamos os alimentos que tem maior concentração de ferro para minimizar esse déficit, no entanto sabemos que algumas mães não seguem uma adequada alimentação para suas crianças, por múltiplos motivos, por isso na equipe trabalhamos para tentar modificar algumas condutas e hábitos de vida para a boa alimentação.

A UBS tem registro de todas as crianças e os demais profissionais trabalhando juntos ao ACS apoiando e desenvolvendo todas as atividades de saúde, consultas, atividades educativas, como palestras, ações de saúde na comunidade, registrando nos prontuários, nas cadernetas das crianças onde preenchemos todo acompanhamento das consultas, alimentação, desenvolvimento psicomotor, vacinação.

A retroalimentação de hospitais e atenção básica não são as melhores, já que os pais não voltam com as informações, especialmente nos casos de áreas descobertas. Ainda temos muito a fazer, mas estamos trabalhando juntos, na melhoria cada dia para refletir nos indicadores de qualidades de diminuir as morbimortalidades em crianças, especialmente nas mais evitáveis como os acidentes e doenças transmissíveis.

Em relação ao pré-natal, o total de gestantes residentes na área é de 303, sendo que 196 são acompanhadas (65%). Os poucos indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal avaliados são de 191 gestantes com consultas em dia de acordo com calendário do MS (97%), 196 com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais, 196 com vacinas antitetânicas conforme ao protocolo (100%), 191 com vacinas contra hepatites B conforme protocolo (97%), 196 com prescrições de suplemento de sulfato ferroso (100%), 196 com realização de exames

ginecológicos (100%), 174 com avaliações de saúde bucal (89%) e 196 orientadas para aleitamento materno (100%).

As ações de atenção à gestante estão relacionadas a fazer um bom atendimento tanto à mãe como à criança, em nosso trabalho diário temos que fazer o controle e monitorar a gestante. Tem pouca cobertura dos medicamentos para fazer tratamento como, por exemplo, corrimento vaginal, também temos dificuldade com exames clínicos, já que em nossa unidade não temos laboratório clínico, as usuárias tem que realizar em laboratórios particulares ou hospital.

Um bom acompanhamento de pré-natal é garantia de um bom desenvolvimento psicomotor depois do nascimento da criança e evita qualquer complicação antes, durante e depois do parto. Nossa equipe trabalha em conjunto para aumentar a cobertura dos medicamentos mais usados e fizemos proposta de ampliação de nossa unidade a um laboratório clínico que nos permita conhecer de forma mais pronta os resultados indicados e que nossa gestante tenha a possibilidade de ter mais acesso aos mesmos e não tenha que esperar para sua realização. Encontramos 65% das gestantes acompanhadas em nossa UBS, as equipes tem registros das consultas de pré-natal como descrevemos anteriormente, temos muitas áreas descobertas, além disso, muitas gestantes ficam fora de área. As mesmas fazem controle perinatal em outros municípios e em outros estados, ademais também temos muitas gestantes que vem de outros estados e fazemos consulta pré-natal; em nossa consulta conversamos tudo relacionado com a gestação, cuidado das mamas, uma alimentação saudável, a vacinação em dia, descanso de oito horas ao dia, importância das consultas odontológicas e aleitamento materno.

Temos dificuldades com gestantes faltosas à consulta odontológica por múltiplas causas, temos que reconhecer que podemos fazer mais pela atenção pré-natal, no trabalho em conjunto para melhores resultados, já que a atenção pré-natal é e será um dos pilares mais fortes da atenção básica de saúde.

Nas reuniões de equipe conversamos que se pode fazer um bom atendimento pré-natal com ajuda dos ACS que conhecem no território e através deles a população conhece a importância destas consultas.

Em relação à prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, os indicadores de cobertura estão para um 62% e da qualidade avaliada se comportam da seguinte forma: 1.122 exames cito-patológicos para câncer de útero

em dia (42%), 1.190 exames cito-patológicos com mais de seis meses de atraso (45%), 15 exames cito-patológicos para câncer de colo de útero alterados (1%), 2.667 com avaliação de risco (100%), 2667 mulheres orientadas sobre prevenção de câncer de colo (100%), 1.122 exames coletados com mostras satisfatórias (42%) e 15 exames coletados com células representativas da junção escamo lunar (1%).

O Câncer de Colo e Mama são as doenças mais frequente nas mulheres seguidos pelos cânceres de cólon e reto, pulmão e estômago. Entre os fatores de risco temos multiplicidade de parceiros, história de infecções de transmissão sexual, idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade.

Na prevenção do câncer do colo do útero, todos os profissionais de saúde do serviço seguem o protocolo conforme preconizado pelo MS (Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). Para saber o número de coletas de Prevenção do câncer do colo do útero (PCCU) utilizamos a agenda de marcação dos exames e outros dados retirados da Secretaria Municipal de Saúde.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle, primeiramente melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames, a conscientização da própria mulher em fazer a prevenção, comparecerem à unidade para a consulta e através de propagandas do governo.

A colaboração de todos os profissionais da saúde, sempre recomendando e encaminhando essas usuárias. Às visitas domiciliares também são muito importantes, pois o contato direto e orientação sobre as maneiras de prevenção são de suma importância. Outra estratégia seria a busca ativa dessas mulheres, por meio das visitas domiciliares para dar seguimento a esse exame.

Com relação ao controle do câncer da mama temos um total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama de 658 (75% da população estimada). No Caderno de Ações Programáticas os indicadores da qualidade se comportam da seguinte forma: número de mulheres com mamografia em dia 335 (51%), mamografias com mais de três meses de atraso 323 (49%), avaliação de risco para câncer de mama 658 (100%) e orientação sobre prevenção do câncer de mama 658 (100%).

Analisando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir ainda mais para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dessa assistência seria aproveitar a oportunidade quando as mulheres

buscam a unidade para coleta do PCCU e nessa mesma consulta realizar o exame das mamas completo, fornecer orientações e ensinar o autoexame e solicitar a mamografia conforme preconizado pelo protocolo do MS (Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013).

O registro dos dados das mulheres em acompanhamento nas consultas é feita somente no prontuário clínico, os resultados dos exames são vistos pelo médico da equipe e se alguma tem alteração são encaminhadas ao serviço de oncologia das mamas no Hospital Geral.

Em relação aos usuários portadores de hipertensão arterial com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada a realidade, já que o valor encontrado foi de 1356 (38%). No Caderno de Ações Programáticas a estimativa encontrada para portadores de HAS na mesma faixa etária é de 3.558. Revisando o Caderno de Ações Programáticas os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados são os seguintes: hipertensos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 1.356 (100%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias 885 (65%), com exame complementares periódicos em dias 432 (32%), com orientação sobre práticas de atividade física regular 1.356 (100%), com orientação nutricional para alimentação saudável 1.356 (100%), com avaliação de saúde bucal 1.356 (100%).

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados aproveitando as reuniões para organização do trabalho, encaminhando a pesquisa ativa da população com verificação da pressão arterial ativamente durante as visitas domiciliares.

Essa é uma das estratégias que fazemos para conhecer qual é a realidade da população, já que as pessoas não conhecem se são ou não hipertensos, também indicamos estudos complementares para identificar fatores de risco possíveis, se realizam interconsultas com especialistas como oftalmologistas, cardiologistas.

Também os ACS fazem cadastro da população para conhecer a realidade da população de abrangência, orientando a população que pode ter atendimento médico tanto por meio de consultas agendadas como por livre demanda, esta estratégia de trabalho vai permitir que os indicadores de qualidades melhorem e possamos demonstrar que podemos fazer projetos de intervenção em conjunto para evitar complicações cardiovasculares e renais.

É muito importante a capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde da rede de serviços), a normatização de procedimentos e controle de qualidade e a motivação, tanto do profissional como da população, conscientizando a importância de conhecer os sintomas para prevenir e evitar complicações, melhorando a qualidade de vida.

Na nossa comunidade também temos escolas que ficam dentro de nossos territórios onde também fazemos trabalhos preventivos, conversamos sobre a importância de fazer exercícios físicos e ter uma dieta saudável, motivando a redução de consumo de sal e comidas gordurosas.

Analisando o número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada a realidade, já que o encontrado foi de 556 (55%) acompanhados. No Caderno de Ações Programáticas esta estimativa é de 1.017 diabéticos e os poucos indicadores da qualidade da atenção: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 556 (100%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias 350 (63%), com exames complementares periódicos em dia 180 (32%), com exame físico dos pés nos últimos três meses 206 (37%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses 206 (37%), com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses 206 (37%), com orientação sobre prática de atividade física regular 556 (100%), com orientação nutricional para alimentação saudável 556 (100%), com avaliação de saúde bucal em dia 556 (100%).

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM planejamos ações diretas na comunidade, fazendo rastreamento e indicando glicemia a população, já que muitas pessoas não conhecem que são diabéticos, nos propomos a rastrear 100% da população por ser uma doença muito silenciosa, trazendo sequelas e muitas complicações em órgãos fundamentais para a vida.

Todo esse trabalho também estendemos para nossas zonas descobertas, visando um melhor atendimento e melhorar qualidade de vida, mudando estilos de vidas, nos propomos fazer mais divulgação dessa doença para aumentar conhecimento a população para que tenha um melhor entendimento dos fatores de risco e como controlar a diabetes depois de diagnosticada.

Temos dificuldades com a existência de medicamentos para controlar ambas as doenças, da realização dos exames complementares, já que em nossa UBS não

temos laboratório clínico, dificultando os resultados chegarem em tempo hábil para avaliação.

Muitas pessoas vão ao Hospital Geral para poder fazer e outras vão aos laboratórios privados. Nossa equipe está fazendo um árduo trabalho com visitas domiciliares para rastreamento DM e HAS, nós propomos ter 100% de todos os usuários controlados com um bom seguimento e acompanhamento, além disso, continuamos realizando educação em saúde por melhores estilos de vida.

Toda a equipe participa da solução dos problemas identificados e fazemos reuniões e informamos a Secretaria Municipal de Saúde dos problemas identificados. Os programas de atenção e controle dos diabéticos e hipertensos são monitorados, avaliados e discutidos na UBS para a realização dos controles e trabalhamos com os Protocolos do MS.

Em relação à saúde do idoso, a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é de 523 (51%). No Caderno de Ações Programáticas os poucos indicadores da qualidade é a seguinte: 367 cadernetas de saúde de pessoa idosa (70%), 523 realização de avaliação multidimensional rápida (100%), 62 acompanhamento em dia (12%), 451 com hipertensão arterial sistêmica (86%), 375 diabetes mellitus (72%), 523 avaliação de risco para morbimortalidade para (100%), 129 investigação de indicadores de fragilização na velhice para 25%, 523 orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (100%), 523 orientação para atividade física regular (100%) e 62 avaliação de saúde bucal em dia (12%).

Considerando que a longevidade é sem dúvida um triunfo, já que cada dia é maior o número de pessoas idosas no mundo, o envelhecimento populacional é uma conquista proporcionada pelos avanços alcançados pela humanidade, implica também na necessidade de repensar as políticas públicas. O maior desafio em atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que apesar das progressivas limitações que possam ocorrer elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

No atendimento da pessoa idosa os profissionais devem estar atentos para chamar pelo nome e manter contato visual preferencialmente em um local iluminado,

considerando um possível declínio visual ou auditivo, a utilização de uma linguagem clara, evitando linguagem técnicas para que possam ser compreendidos.

O Caderno de Ações Programáticas nos mostra uma ferramenta a mais para nosso trabalho, permite fazer planejamento para melhorar os indicadores operacionais de nosso território, a cobertura, como devemos encaminhar nossas demandas. Na reunião de equipes procuramos estratégias para melhorar a situação dessas, já que não temos 100% de a população idosa conhecida.

As principais doenças nas pessoas idosas são as crônicas não transmissíveis, as mais frequentes são cardiovasculares, endócrino metabólico e câncer. Nosso trabalho está focado em aumentar conhecimento da família e das pessoas idosas sobre como mudar estilos de vidas para ter uma melhor qualidade da mesma por meio de educação em saúde.

Em relação à Saúde Bucal, temos dois Centros Odontológicos que trabalham com agendamento e atendimento de urgências. Minha UBS tem consultório odontológico, três odontólogos, uma técnica de higiene dental, sendo que a capacidade instalada para prática clínica é menor que 75%, já que não se cumpre da carga horária estabelecida pela política nacional de saúde e a capacidade instalada para ações coletivas é menor de 15% e avaliação da média de procedimentos clínicos por habitante mês em relação à capacidade instalada é de 0,3, parâmetro baixo para o recomendado pelo Ministério da Saúde.

A atenção à saúde bucal pode ser melhorada em primeiro lugar pelos profissionais que devem cumprir as diretrizes que apontam para uma reorganização da atenção em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência, mas na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas da forma mais abrangente.

Além disso, o Planejamento no Serviço de Saúde Bucal, a importância da utilização da Epidemiologia, do conhecimento do perfil da distribuição das principais doenças bucais, do monitoramento dos riscos e tendências, da avaliação do impacto das medidas adotadas, do estímulo das necessidades de recursos para os programas, no entanto precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilizem os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações.

As visitas domiciliares feitas pelos profissionais a partir de prioridades pré-definidas, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais e preventiva. Também fazemos visitas nas escolas e ações Inter setoriais para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletiva, estabelecendo parcerias com setores e atores dentro e fora da área da saúde.

Fazendo referência de todos os obstáculos que atravessamos diariamente, a UBS apresenta resultados muito bons, as equipes se esforçam para acompanhar essas famílias levando promoção e prevenção de saúde, destacando as ações da minha equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS na resolução dos casos, pois não é fácil atender a todos e, muitas vezes, as pessoas saem insatisfeitas por que a demanda é muito grande. Continuamos trabalhando para conscientizar à população.

### **1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o texto inicial com o relatório foi relevante, pois fiquei mais próxima do processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade, percebendo os pontos positivos e os que devem ser melhorados pela equipe.

A falta de ACS em algumas áreas é um problema e que precisamos solucionar para dar cobertura, temos as ferramentas para trabalhar e realizar planos de intervenção nas principais dificuldades encontradas e que podem ser resolvidas pela equipe de trabalho para mudar estilo de vida e melhorar os indicadores de saúde da população.

Com todo o detalhamento feito no Relatório Final da Análise Situacional, considero que há muitos pontos a serem estudados para adequar a UBS e nos levaram a cumprir objetivos e metas para elaborar um plano de ação para melhorar os indicadores básicos de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde (MS) na perspectiva do bom atendimento da população geral já que o texto inicial possibilitou o reconhecimento da realidade a partir da observação, do contato com a equipe, com a comunidade, com a gestão.

Com o acesso aos dados dos Cadernos das ações programáticas, trabalhamos com evidências, por meio dos indicadores de cobertura e de qualidade de cada foco de intervenção.

Com o preenchimento dos questionários consegui conhecer a realidade com acesso aos dados reais da UBS, do processo de trabalho, da estrutura da UBS. Nesse sentido considero que a proposta de trabalhar com evidências possibilita planejar a saúde de acordo com a realidade pois já temos uma estrutura certa e completa do trabalho para com os idosos com conhecimento do programa de atendimento nas UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O envelhecimento populacional, ou seja, pessoas com 60 anos e mais já é uma realidade mundial. Esta constatação é verificada pela estimativa que no ano de 2050 existam no mundo 2 bilhões de pessoas idosas (BRASIL, 2006), sendo que no Brasil atualmente há cerca de 22 milhões de pessoas com 60 anos e mais (DATASUS, 2014).

Neste sentido, o processo envolvendo o envelhecimento precisa ser considerado um fenômeno decorrente da influência cultural, na perspectiva em que os indivíduos reagem a partir de suas referências familiares, culturais e pessoais, muito além somente da decorrência de aspectos naturais e biológicos (FERREIRA et al, 2010). Ainda segundo os autores “Faz-se necessária, também, uma educação para a velhice nos diversos espaços, que pode ser alcançada com a construção social de uma imagem mais positiva do envelhecimento”.

No campo da atenção básica/saúde da família, as ações coletivas agregando a dimensão cultural e social é comumente utilizada, pois são recursos indispensáveis para o trabalho das equipes na comunidade, nos grupos de educação em saúde, promoção da saúde e na participação da rede social dos idosos.

Sendo assim, trabalhar com esta ação programática, ou seja, saúde do idoso (incluindo saúde bucal) tem uma grande importância, já que permite avaliar os efeitos das práticas de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. Ademais, atualmente, com o aumento da expectativa de vida decorrente também do avanço tecnológico da saúde, há uma relação do idoso com a sociedade que exige que o sistema de saúde se reorganize para atender uma demanda cada vez mais

numerosa, agora com uma tendência cada vez maior de atenção as doenças crônicas degenerativas (LIMA et al, 2010).

No caso da UBS São Pedro, o modelo de atenção da ESF é composta por seis equipes de Saúde da Família, cada uma constituída por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dois ACS, um odontólogo, um técnico em saúde bucal, além da equipe do NASF, composta por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

A estrutura física da UBS é boa. A área de abrangência da UBS agrega dois bairros com aproximadamente 20.200 pessoas cadastradas. O total de pessoas com 60 anos e mais é de 1.034 (699 do sexo feminino; 335 do sexo masculino). Sendo assim, a escolha do foco de intervenção relacionada à Saúde do Idoso (incluindo saúde bucal) se motiva pela análise realizada quanto ao indicador de cobertura, o qual representa um percentual muito baixo 51%.

A importância que tem um adequado controle destes usuários, com intuito de melhorar a qualidade de vida, além de responder as suas necessidades, garantindo um atendimento de maior qualidade, foram os motivos da escolha desta ação programática na perspectiva de melhorar o panorama atual.

Dentre as ações já implementadas, os aspectos que viabilizam a intervenção e envolvimento da equipe, atualmente já se realiza o recadastramento adequado da população. A equipe realiza visitas domiciliares aos idosos, ações de promoção de hábitos alimentares, fundamentalmente aqueles que demandam um cuidado diferenciado, além disto, são oferecidas orientações às famílias trabalhando na motivação dos idosos a prática de exercício físico e constituir o círculo de apoio ao idoso, espaço onde possam compartilhar suas experiências e melhorar qualidade de vida.

Quanto às limitações e aspectos ainda a melhorar, é importante pesquisar o número total de idosos acamados e suas causas, facilitando o tratamento e seguimento pela equipe do NASF com tratamento de reabilitação no domicílio. Além disso, se deve trabalhar na formação dos ACS na avaliação cognitiva das pessoas idosas para identificar risco de demência senil aterosclerótica e doença de Alzheimer.

Quanto à saúde bucal, a proposta é realizar um atendimento de qualidade aos idosos no que se refere às questões de cuidado bucal nesta faixa etária. Por fim, esta intervenção é importante no contexto da UBS, pois há envolvimento e

motivação dos profissionais, já que ao analisarem os aspectos relacionados com o programa de saúde voltados aos idosos, perceberam a real necessidade de melhoria no atendimento, nos registros, no monitoramento e algumas avaliações geriátricas abrangentes, avaliação do risco de morbidade e mortalidade.

Mesmo diante das atividades de promoção de saúde realizadas a nível comunitário, em escolas, igrejas, visitas domiciliares destinadas a este grupo, persistem as necessidades de melhorias, demonstrando que existem fragilidades relevantes a superar, visando um diagnóstico e tratamento precoce, ações em saúde conforme os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde com intuito de um envelhecimento saudável e qualidade de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **Objetivo geral:**

Melhorar a atenção à saúde do idoso, incluindo saúde bucal, na unidade de saúde São Pedro, Macapá/Amapá.

### **Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS;
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde dos idosos.

### **Metas:**

- **Relativas ao 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%.

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao 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.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.8: Rastrear o 100% dos idosos com pressão arterial maior 135/80 mmhg para Diabetes Mellitus.

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

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

- **Relativas ao objetivo 3** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso:

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

- **Relativas ao objetivo 4** Melhorar o registro das informações

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

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

- **Relativas ao objetivo 5** Mapear os idosos de risco da área de abrangência:

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

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

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

- **Relativas ao objetivo 6** “Promover a saúde dos idosos”:

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, no período de Abril a Junho de 2015, na UBS São Pedro, no município de Macapá/AP. Participarão da intervenção todos os idosos residentes na área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações:**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente.

Os profissionais enfermeiros, semanalmente nas reuniões de equipe, realizarão o monitoramento da cobertura dos idosos, por meio da ficha espelho disponibilizada para intervenção.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Acolher os idosos.

As equipes realizarão o acolhimento dos idosos, seguindo o Protocolo de Acolhimento do Ministério da Saúde, sendo que, preferencialmente, será atribuição dos técnicos de enfermagem.

**Ação:** Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Os ACS realizarão cadastro de idosos da área de abrangência cotidianamente.

**Ação:** Atualizar as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

As equipes irão utilizar a planilha de acompanhamento do atendimento aos idosos e SIAB, os quais ficarão sob responsabilidade da enfermagem, especialmente enfermeiros.

Engajamento público:

**Ação:** Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

As equipes realizarão palestras educativas na comunidade, para cada encontro será definido um profissional enfermeiro e ACS, com frequência de no mínimo mensal, sobre conhecimento e importância do seguimento adequado dos idosos na UBS. Tais esclarecimentos serão também reforçados durante as consultas realizadas.

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Toda a equipe, especialmente técnicos de enfermagem e enfermeiros, irão programar medidas que priorizem a educação em saúde, as quais serão organizados sistematicamente tanto nos encontros na comunidade como algumas pontualmente na UBS, a fim de informar sobre a existência do Programa Atenção no Idoso, além das orientações pontuais durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

No mínimo uma vez ao mês haverá momentos de formação da equipe e educação sobre o correto acolhimento dos idosos, sendo esta atribuição mais voltada ao técnico de enfermagem, mas deverá ser desenvolvida por qualquer outro profissional, a qual será subsidiada por enfermeiro e/ou médico.

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

Médicos e enfermeiros realizarão, em uma das reuniões semanais de equipe, capacitação dos ACS para busca ativa de idosos que não acessam o serviço de saúde.

**Ação:** Capacitar da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização (PNH).

Os enfermeiros juntamente com outro (s) profissional (is) realizarão momentos/rodas de conversa sobre a temática envolvendo a PNH e o Programa de Atenção Idoso.

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

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Os enfermeiros serão responsáveis pelo monitoramento, pelo menos uma vez ao ano, da realização da Avaliação Multidimensional Rápida, utilizando o instrumento de avaliação do Ministério da Saúde.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Por meio de encontro agendado junto ao gestor, um grupo coletivo e representando a UBS sensibilizará sobre a importância dos materiais necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Serão levadas tais informações por escrito e entregues ao gestor.

**Ação:** Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Durante a primeira reunião de equipe ao início da intervenção os profissionais médicos conduzirão a discussão sobre as atribuições de cada membro de equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos, sendo que a avaliação propriamente dita será realizada pelos enfermeiros.

Engajamento público:

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

As equipes, especialmente os profissionais que já anteriormente desenvolvem ações educativas na comunidade, especialmente ACS, orientarão nos encontros a importância da avaliação e tratamento na perspectiva do envelhecimento saudável, bem como durante as consultas realizadas.

**Ação:** Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Nas consultas médicas, de enfermagem e, excepcionalmente durante os atendimentos realizados pelos profissionais do NASF, tais profissionais abordarão o controle social e as condutas esperadas a cada atendimento.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Os médicos serão os responsáveis por capacitar os demais profissionais para atendimento dos idosos, conforme protocolo seguido pela UBS. Em posteriores reuniões de equipe cada membro assumirá a responsabilidade de capacitar os demais para facilitar uma atenção de qualidade a pessoas idosas cadastradas na área de abrangência. A frequência será quinzenal, sendo que na primeira será definido calendário das posteriores, temáticas e responsáveis.

**Ação:** Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Os profissionais médicos realizarão durante as reuniões de equipe um treinamento sobre Avaliação Multidimensional Rápida, sendo que os enfermeiros como responsáveis pela prática da Avaliação trarão as questões sobre o monitoramento destas avaliações.

**Ação:** Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Nas reuniões semanais, os médicos capacitarão a equipe, especialmente enfermeiros, para encaminhamentos adequados dos casos que necessitem avaliações mais complexas.

Meta: 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.

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Os enfermeiros realizarão, com apoio do material de coleta de dados da planilha do Curso, o monitoramento semanal e mensal da realização de exame clínico apropriado dos idosos que realizarão acompanhamento na UBS.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos.

Junto com a discussão sobre a capacitação dos profissionais na reunião de equipe, será incluída no calendário da mesma a discussão sobre as atribuições de cada um da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos, tal discussão será conduzida pelo profissional médico.

**Ação:** Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Os ACS realizarão diariamente, pelas visitas domiciliares, busca ativa dos idosos que não realizaram exame clínico adequado. Tal informação será repassada pelo monitoramento, já realizados pelos enfermeiros.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Durante as primeiras reuniões de equipe serão discutidas maneiras de garantir agenda para médicos e enfermeiros diante das demandas de idosos com HAS e DM detectados durante as visitas domiciliares e como serão acolhidos na UBS.

**Ação:** Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Médicos da UBS discutirão nas primeiras reuniões após início da intervenção entre si e, posteriormente, junto ao gestor e demais profissionais sobre o fluxo de referência e contra referência aos idosos com alterações neurológicas e circulatórias.

Engajamento público:

**Ação:** 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.

Os médicos irão realizar a sensibilização da comunidade, pelo menos uma vez por mês, nos espaços formalmente constituídos dos grupos e educação em

saúde sobre as orientações do risco cardiovascular e neurológico e necessidade de avaliação periódica.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Durante a reunião semanal da equipe, o profissional médico realizará capacitação da equipe sobre exame clínico apropriado.

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Os enfermeiros terão a responsabilidade de capacitar, durante uma das reuniões de equipe, sobre o adequado registro dos procedimentos clínicos e demais informações durante as consultas e ações, já que são encarregados pelo preenchimento das informações de monitoramento.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Pelo monitoramento realizado pelos profissionais enfermeiros, será acompanhado também o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados, bem como os médicos farão sensibilização junto ao gestor para parcerias institucionais para realização dos exames em tempo oportuno.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

Os médicos ou grupo coletivo e representativo da UBS, aproveitando a agenda junto ao gestor para a necessidade da Avaliação Multidimensional Rápida, incluirá a demanda de garantia da solicitação dos exames complementares.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Os médicos ou grupo coletivo e representativo da UBS, aproveitando a agenda junto ao gestor para a necessidade da Avaliação Multidimensional Rápida, incluirá a demanda de garantia de agilidade para a realização dos exames complementares.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Nas reuniões semanais de equipe, os profissionais especialmente os enfermeiros, os quais são encarregados do monitoramento, trarão a pauta sobre os sinais de alerta para a não realização dos exames complementares.

Engajamento público:

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Para sensibilização junto à comunidade, quanto à realização dos exames complementares, principalmente os técnicos de enfermagem aproveitarão os espaços já constituídos de grupos na comunidade e de educação em saúde para abordar a temática, bem como durante as consultas realizadas.

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

Para sensibilização junto à comunidade, quanto à periodicidade dos exames complementares, principalmente os técnicos de enfermagem aproveitarão os espaços já constituídos de grupos na comunidade e de educação em saúde para abordar a temática, bem como durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Nos espaços coletivos da equipe durante as reuniões semanais, os médicos realizarão as capacitações, incluindo as orientações quanto à solicitação de exames complementares aos idosos.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Os profissionais médicos deverão garantir a prescrição adequada e garantia aos medicamentos da farmácia popular. Tal monitoramento do acesso será realizado por enfermeiros, que já são os responsáveis pelo monitoramento de outras informações, podendo incluir as questões de acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Os profissionais médicos, mensalmente, deverão monitorar a prescrição adequada aos idosos garantindo junto ao gestor da UBS a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias populares mais perto da unidade básica de saúde. Além da garantia do controle de estoque e validade dos mesmos tal controle ficará sob-responsabilidade dos técnicos de enfermagem.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O profissional farmacêutico será responsável pelo registro diário da necessidade de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, sendo que os enfermeiros irão inserir nos controles de monitoramento realizado semanalmente.

Engajamento público:

**Ação:** 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.

Os ACS e técnicos de Enfermagem orientarão nos espaços já formalmente constituídos para grupos na comunidade ou educação em saúde, pelo menos mensalmente, sobre os direitos dos usuários ao acesso de medicamentos à Farmácia Popular/Hiperdia, bem como outras maneiras de garantia destes e de outros direitos dos usuários da saúde. Tais orientações também serão reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

A cada quinze dias a equipe, especialmente médicos e enfermeiros, capacitarão os demais quanto à atualização do tratamento destas patologias.

**Ação:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Médicos e enfermeiros orientarão a equipe sobre alternativas para acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, durante uma das reuniões de equipe.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Os enfermeiros, por meio do monitoramento, realizarão também o levantamento rotineiramente dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, referidos pelos ACS.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Os ACS atualizarão o cadastro de idosos com problemas de locomoção, sempre que houver necessidade, estas informações serão fornecidas aos enfermeiros.

Engajamento público:

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

As equipes, especialmente os enfermeiros junto com os ACS e técnicos de enfermagem, ocuparão os espaços coletivos já constituídos para reunião com os líderes da comunidade e responsáveis pelas igrejas informando o Programa de Atenção ao Idoso, o qual deverá ocorrer no primeiro mês de intervenção. Além disto, tais informações serão reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Os médicos e enfermeiros realizarão capacitação aos ACS durante as reuniões de equipe na temática de saúde do idoso, principalmente a fim de cadastros de usuários com sinais de problemas de locomoção que podem evoluir para a gravidade de idoso acamado.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Os enfermeiros realizarão o monitoramento semanal das visitas realizadas aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Serão reservadas, minimamente, cinco consultas/semana na agenda dos profissionais médicos para atender os idosos provenientes das demandas levantadas durante as visitas domiciliares.

Engajamento público:

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

A sensibilização da comunidade para os casos que demandem visitas domiciliares serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente. Tais orientações também serão reforçadas durante as consultas realizadas.

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

A sensibilização da comunidade para os casos que demandem a disponibilidade de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Os enfermeiros serão responsáveis pela orientação junto aos ACS durante as reuniões semanais de equipe e encontros informais durante o monitoramento das informações a que são responsáveis para abordar cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Ação:** Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Os enfermeiros serão responsáveis pela orientação junto aos ACS durante as reuniões semanais de equipe e encontros informais durante o monitoramento das

informações a que são responsáveis para abordar com os mesmos a identificação dos casos para alerta de visita domiciliar.

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

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica, periodicamente (pelo menos anualmente).

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis pelo monitoramento, minimamente anual, dos idosos submetidos ao rastreamento HAS.

**Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Os técnicos de enfermagem discutirão em uma das reuniões mensais de equipe e realizarão diariamente melhorias para o acolhimento adequado e humanizado aos idosos portadores de HAS.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Os médicos e enfermeiros se reunirão com gestor durante o primeiro mês de intervenção para sensibilizar quanto à garantia de materiais adequados na UBS com fins de verificar a pressão arterial. Tal encontro poderá ser concomitantemente ao anteriormente descrito da Avaliação Multidimensional Rápida.

**Engajamento público:**

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

A sensibilização da comunidade para a importância sobre a aferição da pressão arterial para maiores de 60 anos será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente. Tais orientações serão reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

A sensibilização da comunidade para os fatores de risco de desenvolvimento da HAS será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente. Tais orientações serão reforçadas durante as consultas realizadas.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Médicos e enfermeiros realizarão capacitação da equipe durante uma das reuniões semanais, sobre adequada verificação da pressão arterial e demais informações pertinentes.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar número idoso com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Os enfermeiros monitorarão, semanalmente, os idosos com pressão arterial maior que 135/80mmHg e, pelo menos anualmente, daqueles submetidos ao rastreamento DM.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Os técnicos de enfermagem discutirão em uma das reuniões semanais de equipe e realizarão diariamente melhorias para o acolhimento adequado e humanizado aos idosos portadores de DM.

**Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Os médicos e enfermeiros se reunirão com gestor durante o primeiro mês de intervenção para sensibilizar quanto à garantia de materiais adequados na UBS com fins da realização do hemoglicoteste. Tal encontro poderá ser concomitantemente ao anteriormente descrito da Avaliação Multidimensional Rápida.

**Ação:** Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Nas reuniões semanais de equipe, os profissionais especialmente os enfermeiros, os quais são encarregados do monitoramento, discutirão sobre um sistema de alerta e trarão como pauta nas próximas sobre idosos que foram identificados para realizar o hemoglicoteste.

Engajamento público:

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

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual abordará a importância do rastreamento DM em idosos com pressão maior que 135/80mmHg ou já diagnosticados com HAS. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual abordará rastreamentos fatores de risco para DM. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

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

Médicos e enfermeiros em uma das reuniões mensais de equipe realizarão capacitação dos profissionais para realização do hemoglicoteste em maiores de 60 anos e critérios de inclusão para realização do mesmo.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar e avaliar da necessidade de tratamento odontológico dos idosos.

O monitoramento será realizado pelos profissionais enfermeiros semanalmente, já a avaliação da necessidade de tratamento odontológico ficará sob responsabilidade de médicos, enfermeiros e odontólogos os quais farão diariamente diante de qualquer atendimento ao idoso.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Os técnicos de enfermagem discutirão em uma das reuniões semanais de equipe e realizarão diariamente melhorias para o acolhimento adequado e humanizado aos idosos, incluindo os que necessitem de atendimento odontológico.

**Ação:** Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Os ACS realizarão cadastro de idosos da área de abrangência cotidianamente. Sendo que, os cadastrados nas planilhas e ficha-espelho são somente daqueles que participarão dos quatro meses previstos para a intervenção.

**Ação:** Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Os odontólogos discutirão em reunião sobre a garantia de atendimento prioritário dos idosos.

**Ação:** Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Os odontólogos discutirão em reunião sobre atendimento prioritário dos idosos, organizando suas respectivas agendas para semanalmente garantir tais atendimentos.

Engajamento público:

**Ação:** Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual abordará sobre a importância de avaliação bucal aos idosos. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Os odontólogos realizarão capacitação em uma das reuniões semanais de equipe quanto a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, especialmente a médicos e enfermeiros.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Os enfermeiros, nos monitoramentos semanais, incluirão os idosos em acompanhamento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Os técnicos de enfermagem discutirão em uma das reuniões semanais de equipe e realizarão diariamente melhorias para o acolhimento adequado e humanizado aos idosos, incluindo os que necessitem de atendimento odontológico.

**Ação:** Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Os enfermeiros, nos monitoramentos semanais, incluirão os idosos que utilizaram o serviço odontológico.

**Ação:** Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Os odontólogos discutirão em uma reunião de equipe a melhor maneira de organizar a agenda para atendimento dos idosos, garantindo agenda semanal a este grupo, especialmente aqueles com necessidade de 1ª consulta odontológica.

**Ação:** Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Os odontólogos discutirão em reunião para garantia de atendimento prioritário dos idosos.

Engajamento Público:

**Ação:** 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.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual abordará também a prioridade de atendimento odontológico aos idosos e demais facilidades da UBS. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual esclarecerá também a comunidade sobre a realização de exames bucais. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Os técnicos de enfermagem os quais são especialmente responsáveis pela sensibilização e ocupam os espaços coletivos, juntamente com os ACS, possibilitarão nestes espaços já existentes, a escuta da comunidade sobre ações para captação dos idosos que necessitem de acompanhamento odontológico.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Os odontólogos realizarão em uma das reuniões mensais de equipe a capacitação sobre acolhimento do idoso referente ao atendimento odontológico.

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

Os odontólogos realizarão em uma das reuniões mensais de equipe a capacitação sobre cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos ao serviço odontológico.

**Ação:** Capacitar os ACS para captação de idosos.

Os enfermeiros realizarão capacitação dos ACS no primeiro mês da intervenção sobre a captação de idosos para atendimento de saúde bucal em um encontro previamente agendado.

**Ação:** Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Um dos odontólogos da UBS realizará para os demais colegas capacitação, preferencialmente, no primeiro mês de intervenção a respeito da importância da primeira consulta odontológica programática para idosos.

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

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

Monitoramento e avaliação:

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

Os enfermeiros são responsáveis pelo monitoramento semanal, os quais irão monitorar a periodicidade das consultas aos idosos, conforme estabelecido no protocolo.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os ACS e médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem farão, conforme a necessidade discutida nas reuniões semanais de equipe, visitas domiciliares compartilhadas, especialmente para busca ativa dos faltosos e outras situações que precisam de atenção maior.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Serão reservadas, minimamente, cinco consultas/semana na agenda dos profissionais médicos para atender os idosos provenientes das demandas levantadas durante as visitas domiciliares.

Engajamento público:

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, o qual informará sobre a realização e relevância das consultas. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

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

Os técnicos de enfermagem os quais são especialmente os responsáveis pela sensibilização e ocupam os espaços coletivos, juntamente com os ACS, possibilitarão nestes espaços já existentes, a escuta da comunidade sobre estratégias para evitar evasão dos idosos.

**Ação:** Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A sensibilização da comunidade será realizada, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, os quais informarão sobre a realização e relevância das consultas. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

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

Médicos e enfermeiros, especialmente, realizarão ao início da intervenção capacitação para os ACS sobre as consultas e sua periodicidade durante uma das reuniões de equipe.

**Ação:** Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Na primeira reunião de equipe ao início da intervenção, discutir e pactuar a periodicidade das consultas aos idosos. Tal pauta será conduzida pelos médicos.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Os enfermeiros são os responsáveis pelo monitoramento semanal, bem como verificar a qualidade dos registros dos idosos da área da UBS.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas.

Os enfermeiros irão atualizar as informações do SIAB e demais formas de monitoramento e informações sobre os idosos, minimamente com frequência mensal do SIAB.

**Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Os enfermeiros apresentarão a planilha e materiais fornecidos pelo Curso e discutirão a necessidade junto a equipe de algum outro material de acompanhamento dos idosos, tal discussão será na primeira reunião de equipe no início da intervenção.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

Os enfermeiros abordarão nas primeiras reuniões de equipe antes do início da intervenção sobre o registro das informações e qualidade das mesmas, os quais deverão ser seguidos pelas equipes.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Os enfermeiros serão os profissionais responsáveis pelo monitoramento das informações dos idosos, bem como dos registros, os quais terão periodicidade semanal.

**Ação:** 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.

Médicos e enfermeiros discutirão com gestor da UBS sobre um sistema de informação o qual possa facilitar a visualização do acompanhamento à saúde do idoso, bem como as recomendações preconizadas a este grupo. Enquanto isto, os enfermeiros discutirão e pactuarão uma proposta de alerta para monitorar estes casos.

Engajamento público:

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

As orientações e sensibilização da comunidade e usuários serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, os quais fornecerão informações sobre os direitos sobre o registro dos seus atendimentos e, se necessário, solicitação de segunda via. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

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

Os enfermeiros realizarão em uma das reuniões semanais de equipe uma capacitação sobre o preenchimento adequado dos registros para acompanhamento dos idosos.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Os enfermeiros realizarão o monitoramento semanal dos registros na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e fará os apontamentos necessários, levando-os durante a reunião semanal de equipe.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Por meio de encontro agendado junto ao gestor para Avaliação Multidimensional Rápida, os médicos ou um grupo coletivo e representando a UBS

sensibilizará sobre a importância da disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento público:

**Ação:** Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Os ACS durante suas atividades específicas, os técnicos de enfermagem nas suas abordagens de sensibilização junto à comunidade, nos atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos todos os profissionais rotineiramente orientarão os idosos de sempre portar a Caderneta em qualquer nível de atenção à saúde.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para preenchimento da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa.

Os enfermeiros realizarão durante uma das reuniões de equipe uma capacitação sobre o adequado preenchimento da Caderneta.

Objetivo 5 – Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Os enfermeiros são os responsáveis pelo monitoramento semanal, incluindo idosos com maior risco de morbimortalidades identificados. Tais informações serão apontadas durante as reuniões semanais de equipe.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Durante as primeiras reuniões será discutido sobre a priorização do atendimento a idosos, além daqueles já garantidos nas agendas médicas (cinco consultas/semana) para idosos, os quais poderão ser destinados prioritariamente aos de maior risco de morbimortalidades.

Engajamento público:

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

As orientações e sensibilização dos idosos serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros

profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, os quais fornecerão informações sobre o risco de morbimortalidades e do acompanhamento frequente. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Os médicos e enfermeiros em uma das primeiras reuniões de equipe realizarão capacitação sobre identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidades.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Os enfermeiros realizarão monitoramento das situações que envolvem os idosos da área, incluindo semanalmente o número de idosos identificados com fragilização na velhice. Tais informações serão repassadas semanalmente durante as reuniões de equipe.

Organização e gestão do serviço:

Durante as primeiras reuniões discutirá sobre a priorização do atendimento a idosos, além daqueles já garantidos nas agendas médicas (cinco consultas/semana) para idosos, os quais poderão ser destinados prioritariamente às de fragilização na velhice, podendo ser contempladas na agenda de outros membros da equipe, como por exemplo, enfermeiros.

Engajamento público:

**Ação:** Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

As orientações e sensibilização dos idosos serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, os quais fornecerão orientações aos idosos fragilizados e a importância de comparecimento aos acompanhamentos pré-estabelecidos. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Os enfermeiros serão os responsáveis pela capacitação que ocorrerá em uma das reuniões semanais de equipe, sobre identificação e registro de indicadores fragilização da velhice.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Os profissionais enfermeiros serão os responsáveis por monitorar semanalmente e, se necessário, remeter durante a reunião semanal de equipe, as informações levantadas da rede social dos idosos da área.

**Ação:** Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Os profissionais enfermeiros serão os responsáveis por monitorar semanalmente e informarão durante a reunião semanal de equipe, as informações sobre a rede social deficiente de todos os idosos.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Os médicos e enfermeiros, bem como odontólogos, por meio das informações referenciadas pelos ACS e técnicos de enfermagem reservaram nas suas agendas agendamento aos idosos e visitas domiciliares aos idosos com rede social deficiente. A quantidade destinada será pactuada durante reunião de equipe.

Engajamento público:

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

As orientações e sensibilização dos idosos serão realizadas, preferencialmente, pelos técnicos de enfermagem e ACS, podendo envolver outros profissionais nos espaços coletivos já citados anteriormente, os quais fornecerão orientações aos idosos e comunidade como acessar o atendimento prioritário da UBS. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** 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.

Os técnicos de enfermagem e ACS durante suas sensibilizações nos grupos, espaços comunitários já constituídos, bem como a atuação de outros profissionais sempre estimularão a comunidade para a socialização da pessoa idosa e o fortalecimento da rede de apoio e proteção da mesma.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Os enfermeiros durante uma das reuniões semanais de equipe realizarão capacitação aos demais para detecção da rede social de idosos, especialmente os ACS.

Objetivo 6 – Promover a saúde do idoso.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Os enfermeiros realizarão por meio do monitoramento semanal o levantamento da realização de orientações nutricionais para todos os idosos, sendo que eventualmente tal informação poderá ser referenciada durante a reunião de equipe.

**Ação:** Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Por meio do monitoramento semanal os enfermeiros conseguirão acompanhar os casos identificados de obesidade e desnutrição, podendo levá-los para discussão na reunião de equipe ou junto à nutricionista do NASF.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Durante um encontro que deverá ocorrer no início da intervenção contando com apoio da nutricionista do NASF, se definirá e pactuará o papel de cada membro na orientação nutricional voltada aos idosos. Caberá aos médicos organizar tal discussão e agendar este momento.

Engajamento público:

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

Os técnicos de enfermagem e ACS durante suas sensibilizações nos grupos, espaços comunitários já constituídos, bem como a atuação de outros profissionais sempre estimularão a comunidade sobre os benefícios dos hábitos alimentares saudáveis. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** 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".

Os médicos organizarão junto à nutricionista do NASF uma capacitação para toda a equipe sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

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

Os médicos organizarão junto a nutricionista do NASF uma capacitação para toda a equipe sobre as orientações nutricionais específicas para hipertensos e diabéticos a qual poderá ocorrer concomitantemente a capacitação sobre promoção de hábitos alimentares saudáveis.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Os enfermeiros realizarão por meio do monitoramento semanal o levantamento da realização de orientações de atividade física regular, sendo que eventualmente tal informação poderá ser referenciada durante a reunião de equipe.

**Ação:** Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Por meio do monitoramento semanal os enfermeiros poderão acompanhar os casos identificados dos idosos que realizam atividade física regularmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Durante um encontro que deverá ocorrer no início da intervenção contando com apoio do NASF, definirão e pactuarão o papel de cada membro na orientação nutricional voltada aos idosos. Caberá aos médicos organizar tal discussão e

agendar este momento, podendo ser concomitantemente a ação do papel da equipe com os hábitos alimentares.

**Ação:** Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Os médicos, enfermeiros e profissionais do NASF realizarão agendamento junto ao gestor para relatarem a importância de parcerias para realização de atividade física e demais demandas de promoção da saúde.

Engajamento público:

**Ação:** Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Os técnicos de enfermagem e ACS durante suas sensibilizações nos grupos, espaços comunitários já constituídos, bem como a atuação de outros profissionais sempre estimularão a comunidade sobre a importância da atividade física regular. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

Qualificação da prática clínica:

**Ação:** Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Em uma das reuniões semanais de equipe, o fisioterapeuta do NASF realizará capacitação sobre a importância de atividade física regular aos idosos.

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

Monitoramento e avaliação:

**Ação:** Monitorar as atividades educativas individuais.

Os enfermeiros por meio do monitoramento semanal realizarão acompanhamento das atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Os médicos serão os responsáveis durante uma reunião semanal de equipe para pautar a discussão sobre a organização do tempo médio das consultas, prevendo o tempo aceitável e viável para as orientações de cunho específicos e individuais.

Engajamento público:

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

Os técnicos de enfermagem e ACS durante suas sensibilizações nos grupos, espaços comunitários já constituídos, bem como a atuação de outros profissionais particularmente os odontólogos, orientarão os idosos e comunidade sobre a relevância da higiene bucal e a utilização de próteses dentárias. Tais orientações serão também reforçadas durante as consultas realizadas.

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Os odontólogos em uma das reuniões semanais de equipe realizarão uma capacitação aos demais membros da equipe sobre higiene bucal e próteses dentárias.

### **2.3.2 Indicadores:**

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

Meta: 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: Número de idosos cadastrados no programa

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS:

Meta: 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. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.**

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

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

**Indicador 3. 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 pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

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

**Indicador 4. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.**

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

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

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

**Indicador 5. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.**

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

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

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

**Indicador 6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.**

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

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

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

**Indicador 7. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.**

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

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

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

**Indicador 8. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.**

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

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

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

**Indicador 9. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.**

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

**Indicador 10. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

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

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

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

**Indicador 11. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.**

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

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

Objetivo: “Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso”:

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

**Indicador 12. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.**

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas

Objetivo: “Mapear os idosos de risco da área de abrangência”:

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

**Indicador 13. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento espelho em dia.**

Numerador: Número de acompanhamento/espelho com registro atualizado

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

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

**Indicador 14. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.**

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

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

Objetivo 5: “Mapear os idosos de risco da área de abrangência”:

Meta 1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Indicador 15. Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.**

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade

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

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

**Indicador 16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.**

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

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

Meta: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Indicador 17. Proporções de idosos com avaliação de rede social em dia.**

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social

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

Objetivo 6: “Promover a saúde dos idosos”:

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

**Indicador 18. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.**

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

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

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

**Indicador 19. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.**

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

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

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

**Indicador 20. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.**

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde das Pessoas Idosas utilizaremos o Caderno de Atenção Básica nº 19 e documento da Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, ambos do MS, podendo ser ainda utilizados outros subsídios caso seja necessário.

Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), disponibilizada pela UFPEL para o acompanhamento semanal da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, os enfermeiros utilizarão as fichas espelhos (Anexo C), os quais irão monitorar semanalmente os atendimentos aos idosos durante os quatro meses de intervenção, bem como as informações pertinentes para a intervenção e melhoria da atenção aos idosos. Caso haja necessidade de mais informações ao grupo de idosos atendidos durante a intervenção, será discutida a viabilidade das mesmas durante uma reunião de equipe.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com as equipes da Unidade Básica de Saúde assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico da atenção dos usuários idosos para que todos das equipes utilizem esta referência na atenção a este público visando uniformizar a ações. Esta capacitação será feita em horário habitual das reuniões da equipe, sendo que cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos demais membros da equipe.

O acolhimento de usuários idosos que buscarem o serviço com doenças agudas será realizado especialmente pelos técnicos de enfermagem, sendo que os idosos que procurem por consulta de rotina terão prioridade no agendamento, tempo de agendamento deverá ser menor do que três dias e os idosos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, pois estas já são priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários idosos proveniente da busca ativa serão reservadas minimamente cinco consultas por semana na agenda dos profissionais.

A capacitação dos ACS na busca daqueles que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, cadastramento de idosos de todo a área da

abrangência da unidade de saúde, capacitação das equipes para orientar os idosos sobre a importância da consulta, avaliação multidimensional rápida, solicitação dos exames, de acordo com o protocolo para pessoas idosas, será de responsabilidade dos médicos e enfermeiros e ocorrerá semanalmente nas reuniões de equipe na UBS. A capacitação das equipes na realização do exame clínico em idosos com doenças crônicas não transmissíveis como DM e HAS, identificação de sistemas de alerta de alterações neurológicas e vasculares, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, as referências e intercorrências será de responsabilidade dos médicos que realizarão em uma das reuniões de equipe da Unidade Básica de Saúde. A capacitação quanto à PNH será organizada e realizada pelos enfermeiros, também em uma das reuniões de equipe.

Também o treinamento das equipes sobre a avaliação da necessidade de tratamento odontológico nos usuários idosos será de responsabilidade dos odontólogos, os quais farão também em uma das reuniões de equipe da UBS. Para capacitar as equipes quanto à atividade física dos idosos e orientação nutricional os responsáveis serão os médicos, a nutricionista e do fisioterapeuta, que farão estas ações semanalmente nas reuniões de equipe da UBS.

Para manejar as recorrências e intercorrências mais prevalentes dos idosos (diagnóstico e tratamento), sobre o sistema de alerta de alterações vasculares e neurológicas, como realizar o exame clínico, para realizar orientação nutricional e prática de atividade física regular dos usuários idosos, capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários idosos faltosos, estas ficarão sob responsabilidade dos médicos e enfermeiros, que realizarão semanalmente estas abordagens nas reuniões de equipe da UBS.

Para sensibilizar a comunidade, serão esclarecidos sobre a atenção prioritária os idosos na UBS sobre a necessidade de realizar um exame clínico de qualidade aos idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis como DM e HAS, avaliação multidimensional rápida, importância de uso da medicação e evitar a automedicação e acompanhamento dos idosos. Tais ações serão realizadas semanalmente na UBS, comunidade, igreja nas atribuições especialmente dos profissionais de enfermagem, particularmente técnicos de enfermagem. Os ACS se responsabilizarão rotineiramente de informar a comunidade da importância de acompanhamento regular dos idosos.

O esclarecimento da comunidade sobre a importância de realizar o exame clínico e os cuidados com os pés, a realização dos exames complementares atendendo o protocolo de atenção aos idosos será feito semanalmente pela equipe de enfermagem, especialmente, técnicos de enfermagem nos espaços já constituídos na comunidade referentes aos grupos e espaços de educação em saúde.

Quanto ao esclarecimento da importância da consulta odontológica, os responsáveis são principalmente odontólogos, médicos e equipe de enfermagem os quais também realizarão a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos idosos, podendo estender tal atribuição ao restante da equipe durante suas práticas de saúde a este público.

Ainda será realizado contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas quatro igrejas da área de abrangência, aos quais será apresentado o projeto, esclarecendo a importância das consultas aos idosos, com o objetivo de parceria e apoio da comunidade para ampliar e priorizar o atendimento a este grupo.

Para monitoramento dos idosos atendidos e atividades desenvolvidas nesta ação programática, os enfermeiros, semanalmente, examinarão as fichas espelho dos idosos, identificando os que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais com necessidade de realização e demais informações levantadas. Tais levantamentos poderão ser relatados durante a reunião de equipe daquela semana, se for necessário.

Os ACS farão busca ativa dos idosos faltosos a consulta e agendarão para um horário de sua conveniência. Com frequência semanal as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Será avaliada e monitorada periodicamente (semanalmente) a cobertura de atenção aos idosos da área de abrangência, assim como todas as ações propostas, sendo a responsabilidade destas ações dos médicos e enfermeiros.

A capacitação da equipe, principalmente ACS, para avaliar a rede social dos idosos será realizada pelos enfermeiros em uma das reuniões de equipe. Para monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição será realizado pelos enfermeiros com acompanhamento da nutricionista do NASF. Para monitorar as atividades educativas individuais, os enfermeiros realizarão semanalmente o levantamento dos idosos com atividades educativas individuais relacionadas a

prática de exercícios físico, se necessário poderão discutir e incluir o fisioterapeuta do NASF.

A orientação dos idosos, cuidadores e comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis serão realizadas, semanalmente, especialmente pelos técnicos de enfermagem nos espaços já constituídos na comunidade nos grupos e espaços de educação em saúde, contando com o apoio dos ACS, utilizarão como subsídio a construção de materiais visuais com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".





### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Ao início do trabalho foi bom informar a comunidade sobre a existência de um programa do atendimento para pessoas com sessenta anos e mais esclarecendo a importância do acompanhamento na UBS.

Os profissionais capacitados foram responsáveis por capacitação e esclarecimento de dúvidas, orientando tudo o relacionado com riscos de doenças cerebrovasculares, insuficiências venosas, HAS e DM.

Orientamos sobre como ter alimentação saudável e como ter um atendimento odontológico, sobre a importância e benefícios que este atendimento tem, orientamos em relação aos medicamentos para doenças crônicas disponíveis na UBS e contrato da farmácia popular para facilitar acesso na ausência nas UBS.

Finalizo uma etapa muito importante do nosso trabalho. Embora apresentado algumas dificuldades no transcurso da mesma, a intervenção com os usuários idosos da área de abrangência da equipe 059 da Unidade de Saúde São Pedro foi um sucesso. A intervenção tinha previsão de duração de 4 meses, porém por orientação do curso em função do calendário do PMM a intervenção foi reduzida para três meses de duração.

Consideramos que quase todas as ações foram feitas, umas de forma parcial e outras integralmente. Tivemos algumas dificuldades, mas felizmente tivemos também muitas facilidades que sem dúvida ajudaram a um bom desenvolvimento da intervenção.

As capacitações previstas para serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram feitas integralmente com a participação de todos os membros da equipe e o pessoal da UBS que poderiam contribuir à realização da intervenção. No início tivemos algumas dificuldades com os materiais de apoio e recursos

audiovisuais, mas durante o desenvolvimento da intervenção fomos melhorando a qualidade das capacitações com a ajuda da enfermeira da equipe para conseguir os materiais. Além disso, em cada reunião da equipe trazíamos temas novos para dar continuidade às capacitações e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários idosos hipertensos e diabéticos. Confesso que também aprendi muitas coisas novas que ainda não conhecia.

No início da intervenção, foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na Intervenção, todos estiveram de acordo com o pactuado e cumpriram suas obrigações de forma satisfatória, demonstrando que quando trabalhamos em equipe, tudo pode ser possível. Foi criado um registro dos usuários da ação programática que ficou na nossa sala e que permitiu o monitoramento dos indicadores no decorrer da intervenção e, à medida que fosse detectada alguma dificuldade, novas estratégias eram planejadas para melhorar o indicador. Neste aspecto também posso dizer que foi bom o trabalho e os resultados derem certos para atingir a metas propostas.

A agenda de trabalho foi reorganizada para melhorar o acolhimento dos usuários idosos com doenças de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Foi selecionado um dia da semana para realizar o atendimento dos usuários da intervenção e cada dia ficaram três vagas para acolher os provenientes da busca ativa na comunidade. Neste ponto tivemos algumas dificuldades, já que junto com a intervenção iniciou o período de chuva e aumentou a demanda espontânea por casos de Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarreicas Agudas, Febre Chikungunya e Dengue. Também afetou a busca ativa dos usuários idosos hipertensos e diabéticos assim como os usuários faltosos à consulta nas comunidades.

Esta dificuldade foi aproveitada positivamente, pois muitos dos usuários portadores destas doenças infecciosas também tinham Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica e eram idosos, o que contribuiu ao cadastro deles na UBS. Em algumas ocasiões alguns dos seus familiares também foram cadastrados na intervenção. Neste ponto, os indicadores de cobertura estavam muito baixos e não poderíamos atingir as metas propostas. A equipe toda mostrava entusiasmo para cumprir os objetivos, superar as dificuldades com novas estratégias e melhoramos o indicador de cobertura significativamente nas últimas semanas da intervenção.

Iniciando a intervenção a equipe toda teve reunião com o gestor da UBS, que ofereceu todo seu apoio para o desenvolvimento da mesma e esta foi uma das principais facilidades ao nosso favor, mas infelizmente não contamos com o apoio dos gestores municipais no decorrer da intervenção, fato que afetou o desenvolvimento do projeto. Na verdade, no que dependeu diretamente da equipe e da UBS e dos nossos esforços, atingimos quase todas as metas propostas.

As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar o nosso projeto. Fizemos atividade em sala de espera da UBS, nas igrejas da comunidade sendo que a participação das lideranças contribuiu de forma positiva na intervenção. No início foi pouca participação de pessoas nas mesmas, mas depois foi aumentando na medida em que hoje quase toda a totalidade da nossa comunidade conhece o programa e estão cientes da importância dele para melhorar a saúde desta faixa etária.

Ações importantes foram feitas como o exame clínico apropriado dos idosos, indicamos todos os exames na primeira consulta e explicamos sobre a importância da realização dos mesmos para o bom acompanhamento do nosso trabalho, além disso, foi marcado o retorno para a avaliação dos exames aos 100% dos usuários. Cada membro da equipe assumiu seu papel neste aspecto e alcançamos os objetivos.

A participação da população foi corretamente orientada quanto ao nosso projeto, garantindo a transmissão de informações e estímulo da participação dos idosos na nossa UBS, os quais passaram a procurar mais pelo atendimento.

Ao início da intervenção, apresentamos dificuldade com o atendimento odontológico, mas foi resolvido rapidamente e a equipe toda garantiu as informações e estimulou a participação dos idosos. Alcançamos sem dúvida alguma a melhora na adesão dos idosos às consultas segundo o protocolo, sendo que os Agentes Comunitários de Saúde tiveram papel importante na busca ativa dos faltosos (100%).

Os registros das informações tiveram também algumas dificuldades porque as técnicas de enfermagem ainda não estavam totalmente capacitadas, sendo que com o desenvolvimento da intervenção melhoraram significativamente totalizando 100% dos idosos cadastrados com ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma.

Foi implementada a ficha espelho que no início também apresentou dificuldade no preenchimento, atrapalhando os horários de atendimento, mas atualmente utilizamos um menor tempo. Tivemos apoio da gestão da UBS para garantir o material para os registros e as fichas. Além disso, a enfermeira manteve atualizado o SIAB em todo momento. A população já conhece os seus direitos de manter estes registros com a qualidade requerida.

A estratificação do risco para fragilização na velhice, morbimortalidade, saúde bucal, atividade física, orientação nutricional para hábitos saudáveis de todos os idosos cadastrados na intervenção foram feitas. Quando foi necessário realizarmos encaminhamentos para atenção secundária, apresentamos dificuldades para referenciar a outros serviços além da UBS.

As ações para promover saúde dos idosos foram feitas em sua totalidade, apesar de algumas dificuldades como a ausência dos integrantes do NASF os quais não estiveram presentes em algumas das atividades planejadas na comunidade, também não contamos com o apoio da gestão municipal para garantir capacitações em educação em saúde para os Agentes Comunitários de Saúde.

Todos os usuários de nosso grupo alvo receberam as orientações sobre a importância da prática de atividade física regular, higiene bucal e alimentação saudável.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

A reunião com a gestão municipal no início da intervenção para solicitar os recursos para garantir o desenvolvimento da intervenção foi a única ação planejada que não foi cumprida. Fato que nunca aconteceu por que os gestores municipais não podiam discutir sobre as questões de trabalho, falaram somente que poderíamos contar com o seu apoio na continuidade das ações.

Este fato não afetou o desenvolvimento da intervenção, já que de uma forma ou outra foram garantidos todos os recursos, não em sua totalidade como aconteceu com a Caderneta de Saúde dos Idosos.

### 3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Com certeza no início da intervenção tivemos algumas dificuldades com o preenchimento da coleta dos dados pela complexidade da ficha espelho e planilha de coleta de dados, sobretudo na seção que gera os indicadores, mas com apoio da orientadora vencemos esse obstáculo.

Semanalmente fazíamos uma análise dos resultados obtidos com toda a equipe para traçar novas estratégias se fosse necessário.

### 3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A intervenção já é parte da rotina de trabalho da equipe, pois todos ficaram cientes da importância dela e não tem atrapalhado a realização das demais ações programáticas, fato este muito importante para o bom desenvolvimento das mesmas.

Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação programática embora tenha finalizado a intervenção. Vamos trabalhar para ampliar mais a cobertura nos próximos quatro meses, programar a participação do NASF nas atividades na comunidade e ficamos otimistas quanto ao apoio dos gestores municipais para dar continuidade a tão importante trabalho.

Outra questão a melhorar vai ser que todos os ESF incorporem todas as ações à rotina de trabalho, colocando em prática e sabendo que a união é necessária para cumprir o maior objetivo que é melhorar a saúde da população brasileira e que os idosos tenham uma maior qualidade de vida.



Figura 2: Equipe de Saúde da UBS – ESF 059. UBS: São Pedro.



Figura 3 Capacitação da ESF



Figura 4: Palestra sobre doenças crônicas



Figura 5: Consulta médica idosos do programa.



Figura 6: Consulta idosa cadastrada no programa



Figura 7: Consulta idoso cadastrado no programa



Figura 8: Ação de Saúde Hiperdia



Figura 9 :Ação de saúde Hipertensão.



Figura 10 : Glicoteste a usuários cadastrado no programa



Figura 11 : Visita domiciliar a idosos faltosos.



Figura 12 :Vista domiciliar a idoso com hipertensão



Figura 13 :Exame físico a idoso cadastrado no programa



Figura 14 :visita domiciliar a idoso com Hiperdia



Figura 15 :Visita domiciliar a idoso acamado



Figura 16 Visita domiciliar a idosa com problemas de locomoção

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção desenvolveu-se na UBS São Pedro com foco para atenção as pessoas com sessenta anos e mais. A UBS tem como modelo de atendimento a ESF, vinculada ao SUS, com área de abrangência definida pelo mapeamento.

A área de abrangência agrega dois bairros com aproximadamente 20.200 pessoas cadastradas sendo que o total de pessoas com 60 anos e mais é de 1.034 (699 do sexo feminino; 335 do sexo masculino) e destas 162 com problemas de locomoção ou acamado, segundo dados fornecidos de acordo a Caderno de Ações Programáticas (CAP).

Os resultados de nosso trabalho se mostram conforme segue:

- **Relativas ao 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%.

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

Temos na área de abrangência 1.034 idosos. No início os resultados do primeiro mês, avaliamos 185 idosos com cobertura de 17,9%, no segundo mês tivemos 362 idosos e um aumento considerável da cobertura totalizando 35,0% e no 3º mês totalizamos 668 idosos que correspondem a 64,6% de cobertura.

Não foi possível alcançar a meta proposta de 80%, mas a equipe toda reconheceu a importância da sensibilização de fazer algo para esta população quase esquecida, o que foi motivo de unir forças. A divulgação

sobre as expectativas deste trabalho ajudaram a formar parte do projeto e dar continuidade à experiência no futuro.

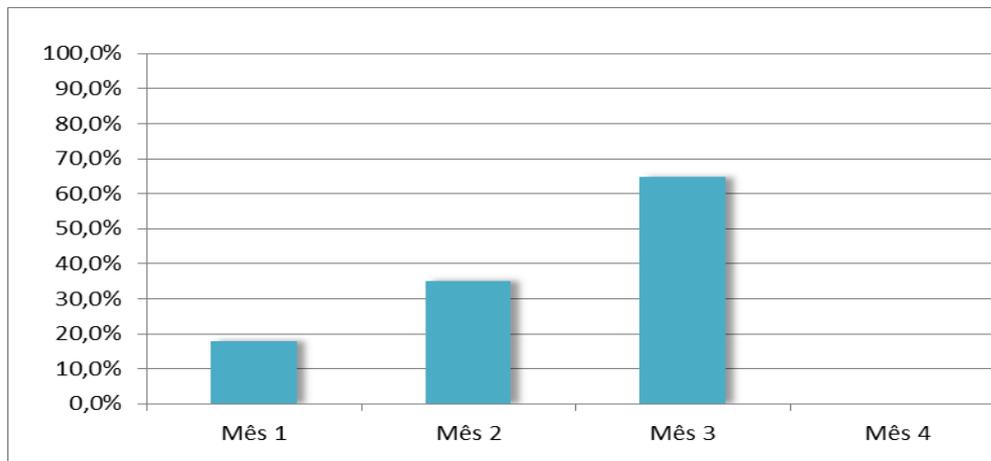


Figura 17 - Cobertura do Programa Saúde do Idoso. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015, UFPel

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao 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: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida no dia.

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta, no primeiro mês foram 185 idosos avaliados, 362 no segundo mês e no terceiro mês 668 idosos avaliados.

Para obter estes resultados foi importante a capacitação de todos os membros da equipe e outros trabalhadores da UBS, assim como as reuniões feitas com o gestor da UBS para que ajudasse no cumprimento dos mesmos. Todos entenderam a necessidade de fazer o trabalho em grupo já que a população precisa de um atendimento de qualidade.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 185 idosos avaliados, 362 no segundo mês, e ao final 668 idosos avaliados.

Os resultados desta meta foram alcançados pela capacitação de todos os membros da equipe e outros trabalhadores da UBS o qual deu maior entendimento da equipe diante da necessidade e importância do exame clínico nos idosos.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 184 idosos avaliados, 362 no segundo mês, e ao final 668 idosos avaliados.

A capacitação dos membros da equipe foi importante para alcançar a meta para garantir que tudo pudesse acontecer da melhor forma possível. O gestor da UBS ajudou a garantir uma UBS perto onde trabalhamos para que as pessoas pudessem ser encaminhadas e atendidas com qualidade em relação à solicitação dos exames laboratoriais.

A principal dificuldade não foi as requisições, mas sim assegurar aos idosos a realização dos exames. Todos os idosos avaliados trouxeram exames que estavam no tempo oportuno os quais foram avaliados.

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

Indicador: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos priorizados na Farmácia Popular.

No cumprimento dessa meta não apresentamos dificuldades, porque sempre que os usuários (idosos) precisaram de medicamentos que não há na Farmácia da UBS foi priorizado a prescrição segundo a disponibilidade na Farmácia Popular.

Por isso, tivemos os seguintes resultados: 67% no primeiro mês (124 idosos), no segundo mês 77,6% (281 idosos) e ao final 626 idosos perfazendo 93,7%.

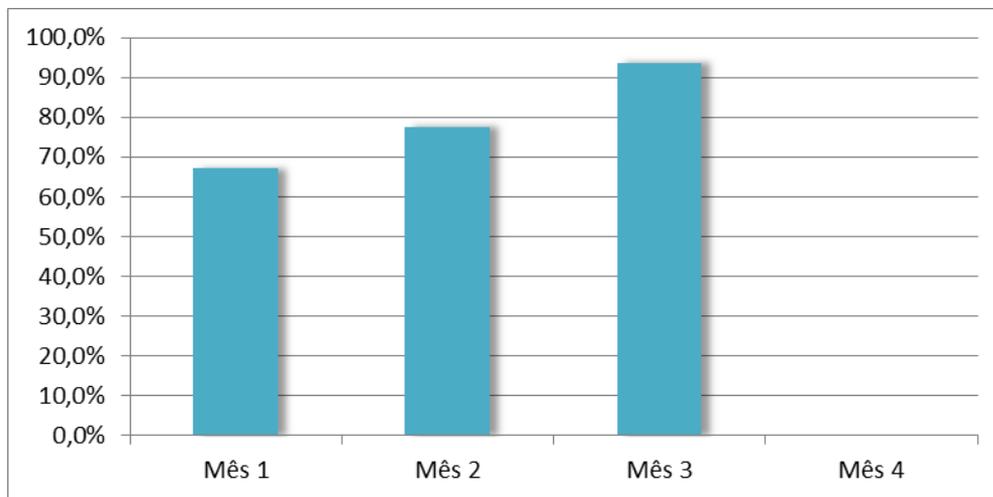


Figura 18: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. UBS São Pedro Macapá/AP, 2015.  
Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015, UFPel

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

Indicador: Proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção.

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 60 idosos avaliados, 75 no segundo mês e ao final 83 idosos avaliados dos 228 idosos cadastrados.

Para que esta meta fosse alcançada, temos que destacar o desempenho dos líderes da comunidade, pois uma vez capacitados e informados do trabalho que estaríamos realizando foram importantes no fornecimento de informação para os ACS, as informações fluíram com qualidades e foram atendidos os com maiores necessidades no caso dos acamados e com problemas de locomoção.

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

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

A evolução deste indicador mostra que no primeiro mês foram 60 (100%), 75 (100%) no segundo mês e ao final 83 (100%) idosos visitados.

Para que esta meta fosse alcançada, destacamos o trabalho realizado pelos ACS que, uma vez capacitados e com todas as orientações necessárias para a realização do trabalho com resultados, identificaram os casos com maior dificuldade para locomoção e o Programa de trabalho foi cumprido por mês e ao final os resultados foram satisfatórios.

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

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

A verificação da Pressão Arterial foi realizada em todos os idosos atendidos, como se pode observar no gráfico. No primeiro mês, verificamos a PA em 185, no segundo mês 362 idosos e no terceiro mês 668 idosos (100%).

Este indicador é de cumprimento diário, pois a verificação da PA deve ser em todos os idosos que passarão para a consulta médica.

Meta 2.8: Rastrear o 100% dos idosos com pressão arterial maior 135/80 mmhg para Diabetes Mellitus.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para Diabetes Mellitus.

Este indicador é muito importante, já que se associa a complicações cerebrovasculares em geral com aumento da morbimortalidade. O nosso estudo avaliou 100% dos idosos, no primeiro mês avaliamos 185, no segundo mês 362 e no terceiro mês, 668 idosos hipertensos. Explicamos à equipe sobre todos os exames complementares importantes para cada uma das doenças com intuito de poder realizar um controle adequado. Ainda nos apoiamos nos líderes da comunidade e instituições religiosas na divulgação do projeto para que os resultados fossem satisfatórios.

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

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

No início da intervenção, tivemos dificuldades neste indicador, por que o odontólogo foi afastado da UBS e tivemos que aguardar por outro.

No primeiro mês foram avaliados 49 idosos (26,5%), no segundo mês 362 e no terceiro mês 668 (100%). Consideramos importante continuar o trabalho deste indicador para a melhoria da saúde bucal das pessoas idosas dos que tem necessidade de próteses, especialmente em relação à digestão de alimentos e estado nutricional.

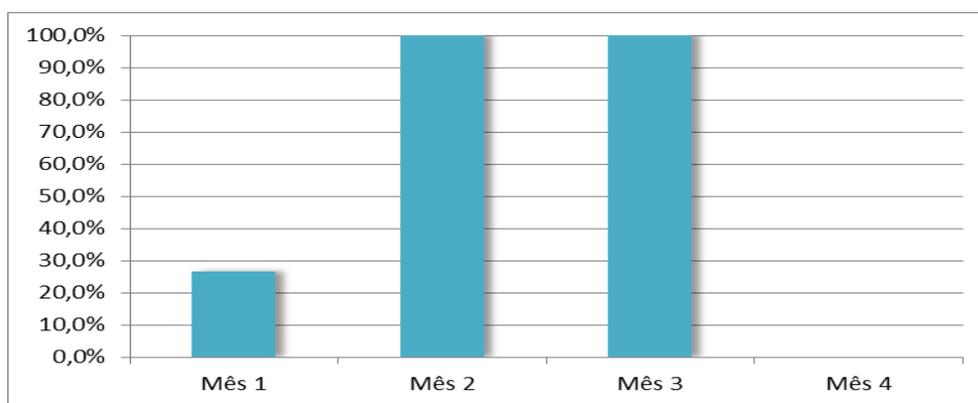


Figura 19. Proporção de idosos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015, UFPel

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

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

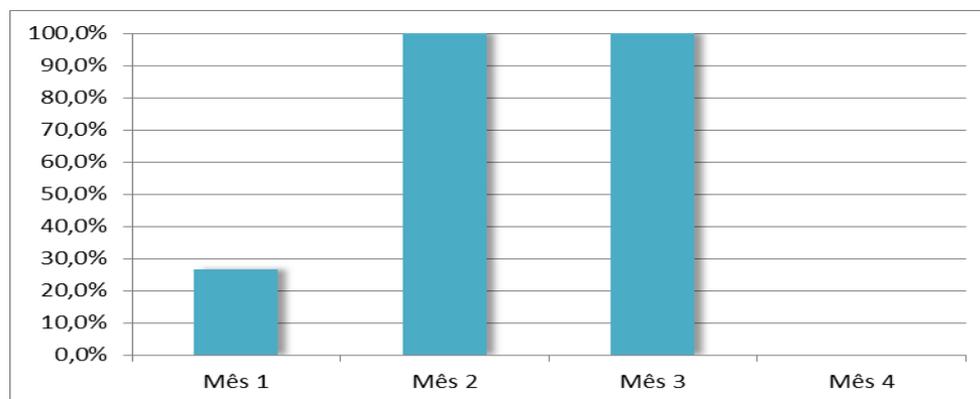


Figura 20. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015, UFPel

Essa meta no princípio da intervenção não foi cumprida pela saída do profissional responsável (odontólogo), sendo que, depois de muito falar sobre o tema e a importância do mesmo, a gestora da UBS deu a responsabilidade para outro profissional e no segundo e terceiro mês alcançamos 100% de cumprimento.

- **Relativas ao objetivo 3** “Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso”:

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

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

Este indicador constitui-se em uma das prioridades da intervenção, por isso o trabalho teve resultados positivos pelo empenho da nossa equipe, atingindo a meta de 100%, com oito idosos no primeiro mês, 22 no segundo e quatro idosos faltosos no terceiro mês.

- **Relativas ao objetivo 4** Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia.

Indicador cumprido 100% de acordo ao planejado, devido ao trabalho de capacitação aos membros da equipe o qual trabalhamos sempre com organização para obter resultados positivos.

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

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

Com o desenvolvimento da intervenção melhoramos paulatinamente a entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, apesar de não alcançarmos 100%.

No primeiro mês nenhum idoso recebeu a Caderneta, 97 idosos receberam no segundo mês (26,8%) e 530 (79,3%) no terceiro mês.

Conseguimos essa evolução com apoio do gestor da UBS e daremos continuidade ao cumprimento deste indicador considerando sua importância quanto ao registro de dados dos idosos.

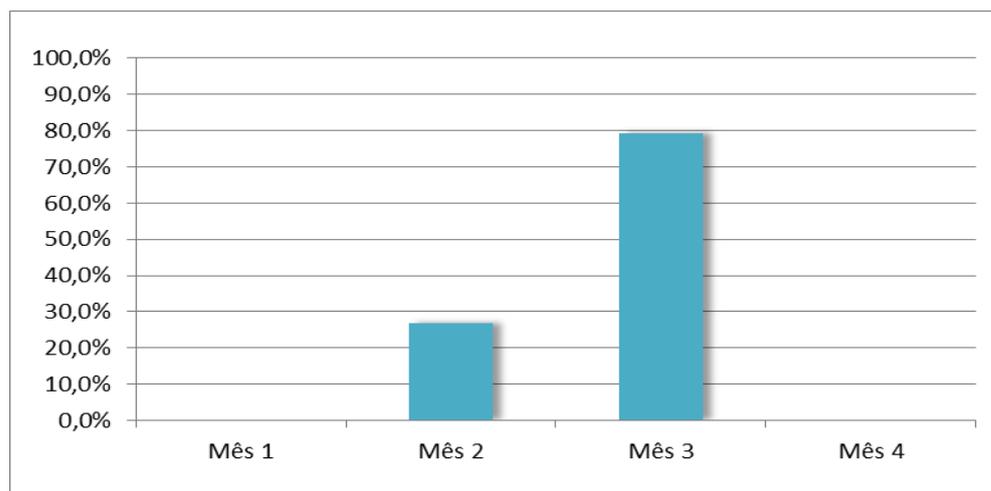


Figura 21: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa. UBS São Pedro, Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015, UFPel

- **Relativas ao objetivo 5** “Mapear os idosos de risco da área de abrangência”:

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

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

Avaliamos 100% da população cadastrada, sendo que por mês foram 185 (1º mês), 362 (2º mês) e 668 idosos (3º mês). Para que esta meta fosse alcançada trabalhamos na capacitação dos ACS e outros trabalhadores de saúde quanto ao projeto, para que a avaliação geral dos idosos atendesse os requisitos estabelecidos e os resultados esperados.

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

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

A evolução deste indicador mostra que nos três meses alcançamos 100% da meta. No primeiro mês foram 185 idosos avaliados, 362 no segundo mês, e ao final, 668 idosos avaliados.

Para que esta meta fosse alcançada o trabalho de capacitação foi dirigido aos profissionais de saúde, ou seja, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS, procurando que entendessem que trabalhamos com um grupo frágil.

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

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

Neste indicador alcançamos no primeiro mês 185 idosos, 362 no segundo mês e 668 no terceiro mês atingindo 100%. A capacitação da equipe foi muito importante como facilitador deste resultado, também podemos ressaltar o apoio na comunidade que depois de ter conhecimento do trabalho os líderes na comunidade e os grupos religiosos começaram com formação de grupos pequenos de participação e divulgação do projeto com encontro semanal com 33 idosos onde debatemos temas relacionados a sua idade como alimentação saudável, prática de exercício físico, a procurar amizade de sua idade em face book e trocar experiência de vida, o que já motivou os idosos a formarem rede social de apoio.

**- Relativas ao objetivo 6 “Promover a saúde dos idosos”:**

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

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

Neste indicador os resultados obtidos no primeiro mês foram de 185 idosos que receberam orientação nutricional, 362 no segundo mês e 668 no terceiro mês (100%). Para que esta meta fosse alcançada a capacitação do pessoal tanto os profissionais de saúde, como a população geral e os líderes comunitários foram estratégias positivas. Tais orientações com o tema hábitos alimentares saudáveis ajudaram a socializar junto à população em geral, fazendo mudanças nos estilos de vida. Nossa população tem características alimentares diferentes a outras regiões do país, pois –para eles é rotina alimentarem-se com o Açaí farinha, farofa e comidas remoças

e fritas o que aumenta os fatores de risco por isso a importância de uma boa educação para procurar mudanças em hábitos alimentares

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

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

Consideramos importantes os benefícios que representa a prática regular de atividade física. No primeiro mês, receberam orientação 185, no segundo mês 362 e no terceiro mês 668 idosos (100%). Um grupo numeroso deles (50) participam em um clube de atividades físicas três vezes por semana, onde fazem exercícios físicos e brincadeiras entre eles.

Os resultados alcançados foram devido à capacitação dos líderes da comunidade e da equipe, sendo que todos tiveram um papel importante para o bom andamento da intervenção.

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

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

Apesar de termos tido dificuldades no início da intervenção com o odontólogo, os idosos que foram avaliados pelo mesmo e receberam orientação individual dos cuidados de saúde bucal, sendo 185 idosos no primeiro mês, 362 no segundo mês e 668 no terceiro mês (100%).

## **4.2 Discussão**

Na UBS antes de começar a intervenção não era realizado o acompanhamento aos idosos de acordo com o protocolo do MS. A atenção ao idoso foi feita com dificuldades, o exame clínico não era realizado de forma adequada, além disso, a avaliação multidimensional rápida não era realizada de maneira sistemática. Não era realizado o levantamento da fragilidade na velhice e de risco de rede social, não existia uma integração adequada com outras especialidades.

Com a intervenção, definimos atribuições às equipes, viabilizando o cadastramento e o atendimento aos idosos com qualidade e avaliação multiprofissional. Permitiu-nos conhecer e aplicar as técnicas de prevenção, acompanhamento, convencimento, sinais e sintomas de alerta, o momento de realizar o exame clínico.

Iniciando a intervenção existiram algumas dificuldades. A UBS tem muitas áreas descobertas, a presença do odontólogo esteve afetada no início, mas com o desenvolvimento da intervenção foi sanada. Garantimos a melhoria do cadastramento, do acolhimento, do registro e conseqüentemente iniciamos um atendimento mais qualificado na atenção ao idoso.

A ficha espelho é um instrumento de retroalimentação, muito bem elaborado, desenhado onde se obtém dados importantes do idoso, como risco, doenças, exames médicos e laboratoriais e as avaliações antes mencionadas, que complementa o prontuário individual. A mesma permitiu a garantia de um controle das ações realizadas, definindo os registros e assim um melhor controle no acompanhamento na atenção aos idosos. Ainda foram aprimoradas as técnicas de acompanhamento, prevenção, convencimento, sinais e sintomas de alerta, o momento de realizar o exame clínico de qualidade.

Ao início da intervenção, começamos a realizar trabalho junto à comunidade com líderes formais e informais, igrejas, comunidades em geral, onde o projeto na intervenção foi apresentado, com as metas e os objetivos a realizar. Sentimos muito orgulho de nossa comunidade, sempre nos apoiou em todo o processo de intervenção na busca ativa de idosos faltosos a consultas agendadas, sobretudo em áreas descobertas. Participaram do trabalho preventivo com os mesmos.

Foi motivada a participação comunitária com mostra de vídeos didáticos em igrejas e grupo de idosos. Ainda faltam muitas ações, mas sempre contamos com apoio da comunidade. Os idosos ficaram surpreendidos pela melhoria do atendimento na UBS voltados a eles, com as avaliações realizadas, o exame clínico adequado. Além disso, a importância do sistema de alerta criado para as intercorrências agudas e o espaço na agenda da equipe.

A UBS tem muitas áreas descobertas, dificultando o bom desenvolvimento da intervenção, já que a intervenção poderia ser mais produtiva se todas as áreas tivessem cobertura de ACS. Além disso, a UBS não tem sala de laboratório clínico para realização dos exames laboratoriais.

A intervenção faz parte da rotina de trabalho na UBS, já que está facilitando uma atenção ao idoso mais qualificada. Ainda existe um trabalho de articulação com comunidade, a UBS/ESF ficaram integradas com todos os serviços. Para manter esta incorporação, ampliaremos e incentivaremos o trabalho de conscientização das equipes para manter o que realizamos em relação à qualidade do serviço ofertado.

Há muita motivação em relação à atenção integral do idoso tanto dos usuários como dos profissionais da saúde, da organização sociais, religiosas assim como do gestor. Ainda temos como limitação a superar os cadastros e informações de saúde da população da área da abrangência. Existe um pré cadastramento da população geral, mas muito longe da realidade. Há um desconhecimento de algumas informações importantes para nossos registros, prejudicando as análises da população.

A planilha de coleta de dados e da ficha espelho proposta cumpre com todas as expectativas da intervenção, identificando os indicadores afins para o projeto muito bem planejado. Proximamente daremos continuidade e investir na ampliação da cobertura de atenção aos idosos, esperamos a incorporação ou disponibilidade de ACS para as áreas descobertas.

Por fim, se a intervenção fosse realizada neste momento discutiria junto à equipe todos os resultados obtidos durante a análise situacional, assim ficariam visíveis todas as dificuldades e problemas enfrentados com as ações programáticas desenvolvidas na UBS.

## **5 Relatório da Intervenção para Gestores**

A equipe da ESF realizou a intervenção proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família na UBS São Pedro durante 12 semanas, do período de abril a junho de 2015. A UBS fica no sul no município de Macapá/AP com população estimada de aproximadamente 20.200 habitantes, onde atuam seis equipes de Saúde da Família com estimativa de 10% de pessoas com sessenta anos (1.034), 8% deles com problemas de locomoção ou acamados (83).

Nossa motivação principal foi por que antes da intervenção a UBS realizava uma atenção ao idoso sem qualidade, com dificuldades, não tínhamos acompanhamento regular do idoso, somente atendíamos as intercorrências agudas.

Não se realizava a atenção ao idoso de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, não existia uma multidisciplinaridade e integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo, como preconiza o Programa de Atenção ao Idoso.

Para conseguir a atenção aos idosos, realizamos um projeto de intervenção que estabeleceu objetivos, metas e ações. Conseguimos monitorar as ações para o acompanhamento dos idosos definindo atribuições às equipes e aos profissionais, com qualidade e de modo multiprofissional.

Trabalhamos na implementação de medidas que priorizaram a educação em saúde, tais como: rodas de conversa, salas de espera, grupos de idosos. Promovemos encontros de capacitação, enfatizamos nas visitas domiciliares (VD) dos ACS e das técnicas de enfermagem, sobre a assistência, sinais de riscos, principalmente aos idosos mais vulneráveis, acamados e com problemas de locomoção.

No início da intervenção apresentamos dificuldades com as fichas espelhos, mas com parceria do gestor da UBS, comunidade e igreja conseguimos imprimir

todas as fichas necessárias e o trabalho teve continuidade. Tivemos dificuldade com a Caderneta da Saúde do Idoso que nem todos os idosos têm.

Durante a intervenção sempre contamos com apoio do gestor da UBS ao garantir um local onde foram realizadas as capacitações das equipes. Realizamos parceria também com outra UBS para a realização dos exames complementares de acordo com os protocolos.

Não contamos com a disponibilidade de laboratório clínico, que facilitaria e melhoraria a qualidade de atenção ao usuário e isso permitiu que 100 % dos idosos cadastrados tivessem seus exames laboratoriais em dia. As capacitações foram realizadas com todas as ESF, seguindo o cronograma, com participação dos profissionais da saúde durante as atividades.

Podemos dizer que estamos muito felizes com o trabalho na comunidade, sempre contamos com seu apoio em todo o processo de intervenção, na busca ativa de idosos faltosos às consultas agendadas, participaram do trabalho preventivo para melhorar a qualidade de vida dos idosos, organizando com as equipes jornadas para a saúde dos idosos, apoiando nas visitas domiciliares.

Este fato permitiu que 100% dos idosos recebessem ações de promoção e prevenção, melhorando suas orientações sobre riscos de morbimortalidade e velhice, alimentação saudável, atividade física para sua idade e doenças crônicas, cuidados em saúde bucal.

Foi muito confortável o trabalho comunitário com líderes formais e informais, escola, igrejas, comunidades em geral, onde apresentei o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar.

Os idosos perceberam as mudanças na atenção com eles na UBS, com 100% realização de exame clínico adequado; solicitação de exames complementares; idosos com problemas de locomoção e acamados recebendo visitas domiciliares; rastreamento de Diabetes Mellitus nos usuários com Hipertensão Arterial e ainda orientações sobre as facilidades dadas pelas farmácias populares para o cumprimento do tratamento. Foram ainda realizadas avaliações de acordo o protocolo, com a priorização nas intercorrências agudas.

Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos um cadastramento de 64,6% dos idosos, melhorias no acolhimento, 100% dos registros em dia e conseqüentemente um atendimento qualificado na atenção aos idosos.

Tudo isto se deve à implantação da ficha espelho que permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros importantes na assistência dos idosos. Constitui-se um instrumento de retroalimentação, bem elaborado, desenhado onde se obtém dados importantes complementando o prontuário médico.

A intervenção permitiu aos profissionais e equipes todos a utilizar na rotina da assistência ao protocolo de atenção ao idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Ajudou no fortalecimento da equipe e no trabalho de articulação com a comunidade, houve a integração, motivação das equipes em todos os serviços, tanto no atendimento aos usuários como na qualificação dos profissionais de saúde, das organizações sociais e religiosas, assim como do gestor.

Como sugestão deixo no relatório para os gestores que já é notável que a ausência do serviço laboratorial prejudica a atenção integral ofertada a população, outra dificuldade é a falta de ACS na equipe, o que ocasiona não ter uma informação certa da quantidade de pessoas que moram na área de abrangência por ausência do cadastro e por migração constante deles.

O Programa de Atenção ao Idoso já é parte da rotina de trabalho na UBS, promovendo um serviço de qualidade e melhoria da atenção nesta faixa etária. As dificuldades encontradas previamente serão resolvidas e manteremos o trabalho desenvolvido, ampliando e incentivando as ações junto à comunidade, gestores, profissionais de saúde, organizações sociais. Priorizaremos a assistência ao idoso por ser um grupo bastante vulnerável e que precisam de uma atenção cada vez mais qualificada.

## **6 Relatório da Intervenção para Comunidade**

Caros usuários

A equipe 059 da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Pedro realizou durante 12 semanas, no período de abril a junho de 2015 atividades para os usuários residentes da área de abrangência com mais de 60 anos e organizando o atendimento da UBS para esta população.

Temos uma população estimada 20.200 sendo que 1.034 são idosos e representam 10% da população total estimada. Nosso objetivo principal foi à melhoria da atenção ao idoso e assim elevar sua qualidade de vida na nossa área.

Nossa UBS antes da intervenção realizava a atenção ao idoso com dificuldades e sem qualidade. As ações desenvolvidas não estavam de acordo com o protocolo do MS. Não se realizava exame clínico adequadamente, não se realizavam de forma sistemática as avaliações de acordo ao protocolo, não existia um atendimento multiprofissional e integração adequada com outras especialidades como nutrição, fisioterapeuta, psicólogo. Ao decidirmos trabalhar na atenção ao idoso, organizamos e avaliamos as ações desenvolvidas, recadastrando os idosos da área adstrita e definindo as atribuições dos profissionais e das equipes, viabilizando o cadastramento ao idoso com qualidade e atenção multiprofissional.

Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades, como por exemplo, as equipes não entendiam o porquê do trabalho e da sua importância. Além disso, no início, tivemos dificuldade com serviço odontológico e a Caderneta de Saúde da População Idosa, mas com o trabalho das equipes e uniformização das ações conseguimos cadastrar 64,6% dos idosos da área.

Desde o início da intervenção garantimos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, escola, igrejas, comunidades em geral, onde apresentei o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar.

Os idosos perceberam as mudanças do atendimento, na prioridade quando tinham intercorrências agudas e incentivamos a participação comunitária com palestras em diferentes espaços.

Ainda faltam ações e trabalho por fazer, especialmente em relação à Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, mas temos a certeza que sempre podemos contar com o apoio da comunidade.

Com o desenvolvimento na intervenção, garantimos o melhoramento do cadastramento, do acolhimento, dos registros com 668 de idosos com os registros em dia e conseqüentemente ofertamos um atendimento qualificado na atenção aos idosos de modo que 100% dos idosos realizaram exames laboratoriais e 100% receberam exame clínico adequado.

A implementação da ficha espelho permitiu a garantia do maior controle dos dados, definindo os registros, importantes aos idosos. Constituiu-se de um instrumento de retroalimentação, bem elaborado e desenhado, de onde se obtem dados importantes do idoso, doenças, medicamentos, exames laboratoriais, complementando o prontuário médico.

A intervenção permitiu as equipes e demais profissionais conhecer, aplicar e capacitar na rotina de trabalho diária o protocolo de atenção ao idoso de acordo ao Ministério de Saúde. A intervenção hoje é parte de rotina de trabalho da UBS temos articulação com a comunidade. As equipes estão integradas em todas as ações, temos motivação em relação à atenção aos idosos, tanto dos usuários como dos profissionais da saúde, das organizações religiosas e sociais, assim como do gestor.

Ao concluir a intervenção garantimos a qualidade e melhoria da atenção a esta faixa etária tão vulnerável da população e diminuimos as dificuldades encontradas previamente. Temos decidido em equipe na unidade, manter esta incorporação, juntamente com a melhoria dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, realizada por outro estudante na unidade.

Incentivaremos e ampliaremos o trabalho com a comunidade, profissionais de saúde, gestores, organizações sociais, prevendo à necessidade da atenção aos idosos. Juntamente esperamos a contratação de Agentes Comunitários de Saúde para as áreas descoberta

## **7 Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem.**

Minha reflexão crítica, como médico, quanto ao processo de aprendizagem é que o mesmo melhorou o conhecimento adquirido teórico e prático, sendo assim, fico feliz em ter aprendido a organizar uma equipe que no início não tinha médico, tive maior conhecimento da área de abrangência, aprendi a como desempenhar uma intervenção, conseguimos melhorar a qualidade das consultas, desde o registro e cadastramento dos usuários, trabalhamos na promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento imediato, baseada no risco. Fomos capazes de melhorar a organização dos serviços prestados na unidade de saúde, independentemente dos problemas na estrutura da UBS anteriormente referidos. Foi possível elevar o nível de conhecimento dos usuários com o trabalho de divulgação da equipe e dos fatores da comunidade e obter melhores resultados, aumentando o engajamento público com a equipe de saúde, e a análise situacional ampliou a compreensão das necessidades da unidade básica de saúde e da população.

Construí uma ótima relação entre a comunidade e a equipe, onde os laços foram estreitados com uma comunicação direta e diária, que nos deixa feliz. A maior recompensa é a gratidão dos usuários por termos feito ações que acontecem pela primeira vez na comunidade, ter podido melhorar a qualidade dos serviços de saúde é muito gratificante.

Conseguimos o fortalecimento e qualificação da ESF, a Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nos fóruns e nas práticas clínicas trocamos experiências muito importantes para o trabalho do dia a dia, além da realização dos testes qualitativos que foram

muito úteis, já que atualizamos os conhecimentos de muitas doenças e protocolos de trabalhos no Brasil. A confecção final do TCC é uma experiência nova para mim já que em Cuba é totalmente diferente, além de aperfeiçoar muito mais a escrita do idioma português.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006. 52 p. (Série B textos básicos de saúde). Disponível em: URL: ?????????

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: URL??????????

BRASIL. IBGE e DATASUS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica No. 13, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica No. 19, 2012

BRASIL.FERREIRA et al, 2010).

BRASIL.LIMA et al, 2010).

## **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 Gestal 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 CEPI/FAMED/UFPEL



**Anexo C - Ficha espelho puxar a ficha para esta página**







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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

---

Assinatura do declarante