

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção às pessoas idosas na UBS Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima**

**SAID ISANI LOPEZ**

**Pelotas, 2015**

**SAID ISANI LOPEZ**

**Qualificação da atenção às pessoas idosas na UBS Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima**

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

Orientador: Elitiele Ortiz dos Santos

Pelotas, 2015

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

R173q Ramírez, Saíd Isani López

Qualificação da Atenção Às Pessoas Idosas na UBS Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima / Saíd Isani López Ramírez; Elitiele Ortiz dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Santos, Elitiele Ortiz dos,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

À Deus por guiar meus passos e iluminar meu caminho.

À minha família por ser minha força e minha motivação.

À minha orientadora Elitiele, por me orientar na realização do trabalho.

À minha equipe de trabalho da Unidade Básica de Cinturão Verde, pelo apoio do dia à dia.

## Resumo

LOPEZ, Said Isani. **Qualificação da atenção às pessoas idosas na UBS Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima**. 2015, 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

A atenção de saúde às pessoas idosas ainda é um grande desafio para o sistema único de saúde especificamente para a esfera de atenção básica, onde sua abordagem precisa de profissionais de saúde qualificados e preparados para garantir atenção oportuna a este grupo. Diante dessa preocupação, o objetivo do presente trabalho foi melhorar a qualidade da atenção às pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde do Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima. A intervenção iniciou no mês de maio 2015 e finalizou em julho 2015, totalizando 12 semanas. Foram realizadas ações dentro dos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para monitorar as ações desenvolvidas durante esse período utilizamos a ficha-espelho, prontuário, e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A cobertura antes da intervenção era de 68 (17,84%) idosos, uma cobertura muito baixa, tínhamos uma deficiência grande no serviço de atenção especialmente no acompanhamento adequado de usuários na qualidade dos atendimentos clínicos e a adesão desse grupo às ações da unidade básica de saúde. Para a área é estipulado que tenham 381 usuários idosos. Com a intervenção foi possível cadastrar 242 idosos, alcançando uma cobertura de 63,5%. Todos os usuários idosos cadastrados com problemas de locomoção e ou acamados foram acompanhados, totalizando 40 (100%) usuários idosos nessas condições. Conseguimos melhorar a qualidade de nosso serviço, oferecendo um atendimento de qualidade, com avaliação odontológica, avaliação multidimensional rápida além de promoção e prevenção em saúde sobre alimentação saudável, prática de exercícios e higiene. Também foram prescritas receitas com preferência à farmácia popular, além disso, a solicitação de exames laboratoriais nas consultas. Conseguimos intensificar as buscas ativas dos usuários faltosos às consultas e realizar mais visitas da equipe aos usuários acamados e com exames laboratoriais alterados. Organizamos os registros com as informações dos usuários idosos atualizados melhorando o sistema de registro e monitoramento, aumentando adesão dos usuários a nosso programa, e restabelecendo o vínculo com a comunidade. As ações da intervenção já fazem parte da rotina do serviço.

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

## Lista de Figuras

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Quadro 1   | Zonas urbanas e população censo 2010  | 12 |
| Gráfica 1  | Distribuição pela Faixa Etária  | 16 |
| Gráfica 2  | Relação entre população estimada e cadastrada.  | 16 |
| Foto 1     | Planilha de Visita Domiciliar   | 49 |
| Foto 2     | Atendimento Clínica   | 50 |
| Foto 3     | Visitas Domiciliares  | 52 |
| Foto 4     | Registro Organizado   | 53 |
| Foto 5     | Atividades Educativas na UBS  | 53 |
| Foto 6     | Avaliação Interna   | 54 |
| Gráfica 3  | Proporção de cobertura de idosos na UBS Cinturão Verde, Cinturão Verde Equipe 5,2.  | 59 |
| Gráfica 4  | Proporção de cobertura de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos. UBS Cinturão Verde, Equipe 5,2. | 61 |
| Gráfica 5  | Proporção de cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.  | 62 |
| Gráfica 6  | Proporção de cobertura de idosos com problemas de locomoção cadastrados.  | 64 |
| Gráfica 7  | Proporção de cobertura de idosos com problemas de locomoção com visita domiciliar.  | 64 |
| Gráfica 8  | Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.   | 66 |
| Gráfica 9  | Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.   | 67 |
| Gráfica 10 | Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática.  | 68 |
| Gráfica 11 | Proporção de idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.   | 69 |

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Gráfica 12 | Proporção de cobertura de idosos na UBS Cinturão Verde, Cinturão Verde Equipe 5,2. | 78 |
|------------|--|----|

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

|         |  |
|---------|--|
| ACS -   | Agente comunitário de Saúde.               |
| APS -   | Atenção Primária de Saúde.                 |
| CS -    | Centro de Saúde.                           |
| DM-     | Diabetes Mellitus.                         |
| ESB -   | Equipe de Saúde Bucal.                     |
| ESF -   | Estratégia da Saúde da Família.            |
| FE-     | Ficha espelho.                             |
| HAS-    | Hipertensão Arterial Sistêmica             |
| PACS -  | Programa de Agentes Comunitários de Saúde. |
| PMM-    | Programa Mais Médicos.                     |
| PS -    | Pronto Socorro.                            |
| RR-     | Roraima.                                   |
| SEMSA - | Secretaria Municipal de Saúde.             |
| SUS -   | Sistema Único de Saúde.                    |
| UBS -   | Unidade Básica de Saúde.                   |
| UFPEL-  | Universidade Federal de Pelotas.           |
| UPA -   | Unidade de Pronto Atendimento.             |
| UNAUS-  | Universidade aberta do SUS.                |



## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação.....   | 9  |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....  | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional.....   | 12 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..... | 25 |
| 2 Análise Estratégica .....   | 27 |
| 2.1 Justificativa .....   | 27 |
| 2.2 Objetivos e metas .....   | 29 |
| 2.2.1 Objetivo geral .....  | 29 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas .....   | 29 |
| 2.3 Metodologia .....   | 31 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....  | 32 |
| 2.3.2 Indicadores.....  | 38 |
| 2.3.3 Logística.....  | 44 |
| 3 Relatório da Intervenção.....   | 48 |
| 3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....                                | 48 |
| 3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....                        | 55 |
| 3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....                           | 56 |
| 3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço .....                        | 56 |
| 4 Avaliação da intervenção.....   | 58 |
| 4.1 Resultados .....  | 58 |
| 4.2 Discussão .....   | 72 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores .....  | 77 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....  | 80 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....                            | 82 |
| Referências.....  | 84 |
| Anexos.....   | 85 |

## **Apresentação**

Este estudo apresenta um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, cujo autor é participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil, lotado na UBS Cinturão Verde, localizada na cidade de Boa Vista/ Roraima. O trabalho apresenta o desenvolvimento de um projeto e os resultados de uma intervenção que teve como objetivo qualificar a atenção de pessoas idosas, na UBS Cinturão Verde, localizada na cidade de Boa Vista, estado Roraima. Foi realizada pela equipe 5.2, integrada pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e três ACS durante um período de 12 semanas.

O trabalho está organizado em sete capítulos respectivamente, que correspondem às quatro unidades propostas no curso de Especialização em Saúde da Família. No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, que aborda a situação de saúde no município e aspectos da UBS, como estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos e programas desenvolvidos. O segundo capítulo, trata-se da Análise Estratégica, que envolve os objetivos do trabalho, as metas, os indicadores, as ações propostas, a logística e o cronograma. O terceiro capítulo refere-se ao Relatório da Intervenção, que aborda as ações previstas e desenvolvidas durante este período, bem como, aquelas que não foram desenvolvidas; também a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção à rotina do serviço. O quarto capítulo, trata-se da Avaliação da Intervenção, relata os resultados da intervenção e a discussão. Seguido pelo capítulo 5, que traz o relatório da intervenção para os gestores e pelo capítulo 6, que aborda o relatório da intervenção para a comunidade. Terminando com uma reflexão crítica baseada na experiência individual durante a realização da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu sou Said Isani Lopez, médico intercambista Belizenho, atualmente trabalhando na Casa de Saúde Cinturão Verde, bairro Cinturão Verde no Município de Boa Vista, Estado Roraima. Nosso centro atende uma população de aproximadamente 12.800 pessoas de diferentes raças, culturas, ideologia política e crenças religiosas. Temos uma só equipe básica de saúde no centro formado por os seguintes profissionais:

- 1 Gestor
- 2 Administradores
- 2 Médicos
- 1 Enfermagem
- 5 Técnicos
- 1 Farmacêutica
- 4 Agentes Comunitários de Saúde
- 2 Auxiliares da Limpeza

A estrutura no centro e uma estrutura planejada fazem anos para brindar serviços de saúde uma população pequena, com um crescimento acelerada de a população de Boa Vista e a migração de gente, a casa de saúde e incômodo para trabalhar, tem dois andares, a primeira e onde se realiza quase todas as atividades diárias, na seguinte área; uma consulta médica, uma consulta de enfermagem, uma farmácia, uma sala de recepção e triagem e uma oficina para administração ademais tem dois banheiros: um para usuários e a outra para funcionários no centro. O segundo andar tem uma sala de reunião e uma cozinha.

Essa estrutura é totalmente inadequada para atendimento na população por ser pequeno. Durante o dia de trabalho, a maioria dos pacientes ficam sentados fora por não ter espaço suficiente para seu atendimento. Não tem serviço de manutenção, só tem ar condicionado no consultório médico.

Cinturão Verde é um bairro relativamente perto do centro, sua população está distribuída em seis micro áreas, mas temos apenas quatro com ACS, dois não têm atendimento deles. Além de nossa população, atendemos populações fora de área diariamente, gente que não consigo marcar em seu posto para ser atendidos.

Os pacientes, os familiares que procuram atenção em nossa UBS, agora têm diferentes percepções de nosso serviço, muitos falaram que nunca tiveram médico fixo que presta mais atenção aos pacientes todos os dias sua população, fazendo visitas domiciliares para complementar o trabalho. Ademais, com o alto custo de serviços médicos privados eles agora têm melhor acesso ao serviço.

Minha área de atenção ainda não tem comitês de saúde para apoiar em melhorar a cobertura de serviço, mas alguns pacientes têm interesse de formar comitê de conselho de saúde. Acho que o serviço de saúde na área está melhorando pouco a pouco, com o trabalho que fazemos como equipe de saúde, assim melhora também os indicadores de saúde.

Nossa casa de saúde tem possibilidade de ampliar nos serviços especializados no contexto geral, também para realizar alguns procedimentos médicos como; fazer sutura, retirar pontos, estabilizar pacientes com pressão alta e hidratação de pacientes. Isto pode reduzir ainda mais o encaminhamento de pacientes ao hospital.

Também é importante ter instrumentos médicos básicos para poder fazer um bom atendimento, isso ainda mais pode melhorar nossa atenção, equipe de ORL, “por exemplo”, considero necessário.

Trabalhamos no horário de segunda – sexta-feira em horas descritas pelo Ministério de Trabalho na República. Geralmente temos atendimento geral todos os dias para pacientes agendados e não agendados, ademais consultas de saúde de criança duas vezes por semana, atendimento aos pacientes idosos duas vezes por semana, consulta pré-natal também duas vezes por semana, assim como visitas domiciliares e atendimento a pacientes especiais, com a meta de brindar boa atenção à nossa população por excelência.

Pacientes com patologias diversas e complicadas sempre foi acompanhado para outros serviços especializados. Acho que podemos melhorar a condições no centro pra aperfeiçoar melhor atendimento; como construir um posto amplia com a estrutura desenhado para atender a população, ter oxigeno e alguns medicamentos utilizado em diferentes emergência, principalmente para evitar chegada tarde de SAMU.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Boa Vista é um município brasileiro e capital do estado de Roraima, Região Norte do país. Concentrando cerca de dois terços dos habitantes do estado, situa-se na margem direita do rio Branco. Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o censo de 2010, é de 284.313 habitantes, com um total de 2,01 hab./km<sup>2</sup> distribuído em 15 municípios subsequentemente dividido em 5 zonas capitólicas: centro, zona norte, zona sul, zona leste e zona oeste a maior numero de habitantes, (quadro 1) todas as zonas forma um total de 50 bairros.

| <b>Zonas</b> | <b>População</b> |
|--------------|------------------|
| Centro       | 5.240            |
| Zona Norte   | 23.913           |
| Zona Sul     | 13.620           |
| Zona Leste   | 4.949            |
| Zona Oeste   | 229.454          |
| <b>Total</b> | <b>277.176</b>   |

Quadro 1. Zonas urbanas e população censo 2010.

A cidade atende a maioria da emergência e consultas especializadas no estado, simplesmente por sua geografia e demografia. Boa Vista tem um pouco mais de 50% da totalidade da população estadual (450.479 habitantes), desafio grande para seu planejamento para serviços da saúde.

A secretaria municipal de saúde e o órgão que dirige todo o planejamento e coordenação da saúde no município além do governo estadual e governo federal. Para trabalhar estrategicamente o município de Boa Vista está dividido em seis (6) macroáreas de saúde, todas com um gestor encarregado de gerir o funcionamento do serviço. Essas macroáreas têm 32 unidades da estratégia de saúde da família as quais são compostas por 55 equipes e cobrem 310 microáreas. Possuímos também 26 unidades tradicionais, sendo que destas seis 6 unidades são especializadas. Para o apoio familiar temos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com 6 equipes, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de responsabilidade do estado que foi reinaugurado recentemente. Como referência para o atendimento da média e alta complexidade possuímos o Centro de Referência de Saúde da Mulher de gestão estadual; o Centro de Referência do Mecejana, gestão municipal; e o Hospital Coronel Mota, com ambulatório de especialidades de gestão estadual. Além disso, contamos com a policlínica estadual de especialidades; Hospital Geral de Roraima; Maternidade Nossa Senhora de Nazaré; e Hospital da Criança Santo Antônio. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é responsável pelo atendimento da saúde dos indígenas. Na atenção básica este é realizado nas próprias comunidades (aldeias), através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEIS) que ofertam ações de atenção primária e ações de urgência e emergência. Cada distrito está organizado em rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS.

A Casa de Saúde Cinturão Verde, onde eu atuo como médico da família, forma parte na Estratégia de Saúde da Família vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Boa Vista, está localizada geograficamente na zona oeste da capital em um bairro com o mesmo nome de Cinturão Verde, na zona urbana. Com uma população estimada pelo IBGE em ano 2010 de 5.907 habitantes dividido em seis microáreas, população que hoje acredito que seja muito maior. Possui vínculo com instituições de ensino do nível Federal, Estadual, Municipal e rede Particular, viabilizando o acesso de estudantes estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde na rotina de sua aprendizagem. Minha unidade de saúde está composta de uma equipe da saúde Nº 5.2 que atende uma população de diferentes raças, culturas, ideologia política e crenças religiosas,

está formada pelos seguintes profissionais: 1 diretor; 02 administradores; 2 médicos da equipe do Programa Mais Médicos; 01 enfermeira; 04 técnicos de enfermagem; 01 farmacêutica; 03 Agentes Comunitários de Saúde; e não temos auxiliar de limpeza na equipe.

Nossa casa de saúde não possui uma estrutura física adequada para trabalhar, tem dois andares. O primeiro é onde se realizam quase todas as atividades diárias, composto pela seguinte área: um consultório médico; um consultório de enfermagem; uma sala de vacina; uma farmácia; uma sala de recepção e triagem e um escritório para administração, ademais tem dois banheiros, um para usuários e o outro para funcionários do centro. O segundo andar tem uma sala de reunião e uma cozinha. A estrutura é uma antiga casa de saúde que foi construído para garantir mínima atenção a uma população pequena é totalmente inadequada para atendimento na população que hoje é muito maior que realmente foi planejado. Durante o dia de trabalho, a maioria dos usuários ficam sentados fora da unidade, por não ter espaço suficiente, como uma sala de espera. Não temos serviço de manutenção regular, nem temos auxiliar de limpeza para garantir boa higiene no local. Os condicionadores de ar que estão dentro do consultório médico e da sala de triagem não funcionam, atrapalhando muito o trabalho, porque a temperatura mantém-se quase sempre elevada. Gozamos de estrutura relativamente adequada para os usuários com deficiências, com rampas de entrada e portas amplas e sinalizações adequadas. Como estratégia utilizada para amenizar a deficiência da estrutura, realizou-se o remanejamento das salas através do cronograma de atividades da equipe, quando o médico ou enfermeiro estão em visita, a sala climatizada fica desocupada para que outro médico que necessita, possa utilizá-la.

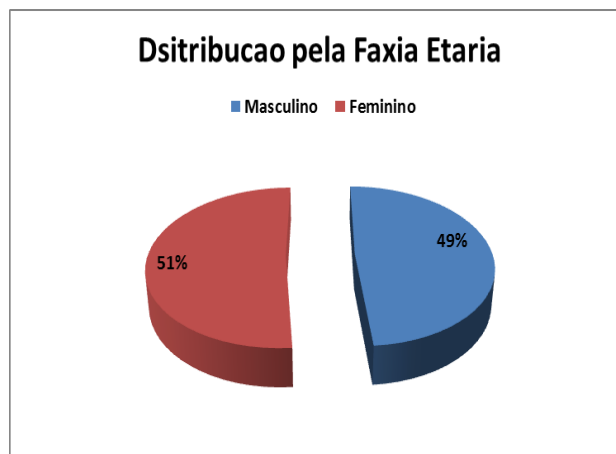
Os profissionais médicos, incluindo a mim, trabalharam de forma adequada para alcançar as necessidades dos usuários, mesmo diante de muitas limitações na estrutura e materiais. Cumprimos carga horária de 40h semanal completa, com usuários agendados, e deixamos vagas para usuários não agendados. Realizamos cuidados em saúde a população de abrangência em domicílio, principalmente àqueles que requerem (usuários acamados, com deficiências e sequelas). Além de isso, realizamos visitas domiciliares programadas e, às vezes, por demanda espontânea, onde realizamos medida da pressão, teste de glicemia; consulta médica geral e de enfermagem; troca de sonda vesical; e educação em

saúde. Não realizamos pequena cirurgia/procedimento por falta de matérias e insumos, nem atendemos urgências/emergências. Mas encaminhamos usuários a outros níveis de atenção, respeitando fluxos de referência e contra referência e protocolos para atendimento especializado, internação hospitalário e pronto socorro. Acompanhamos pacientes com internação domiciliar com regularidade e fazemos notificação compulsória de doenças, quando necessário.

Também realizamos atividades em grupo principalmente com as gestantes sobre aleitamento materno não conseguimos fazer reuniões e palestras com outros grupos pela falta de espaço físico e por pacientes quem nunca assistem. Essas atividades sempre foram assistidas pelos médicos, enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Todos os profissionais da equipe trabalharam em conjunto na maioria do tempo. Em suas atribuições próprias, os ACS realizam monitoramento e buscam os usuários faltosos aos atendimentos na área, com o fim de acompanhá-los no tratamento e agendar o atendimento em consulta especializada já agendada. Desde que os usuários entram no posto, a equipe está totalmente dedicada a resolver a sua necessidade, com: triagem, medidas de enfermagem, consulta medica, orientações de onde fazer exames laboratoriais, quando indicado pelo médico, enfermeira, e agendamento de usuários encaminhados para consulta especializada, ou para unidades de emergência, pronto socorro. Assim como as atribuições positivas, temos também negativas, como metas para superar reforçando trabalho em equipe monitorando e seguimento dos usuários, consideramos um desafio muito grande para nós como equipe pela falta de médio de transporte (bicicleta, motocicleta, etc) para recorrer o bairro. Isto nos limita muitas vezes, mas temos planos de criar um fundo monetário no posto para poder adquirir bicicleta para poder realizar visitas importantes.

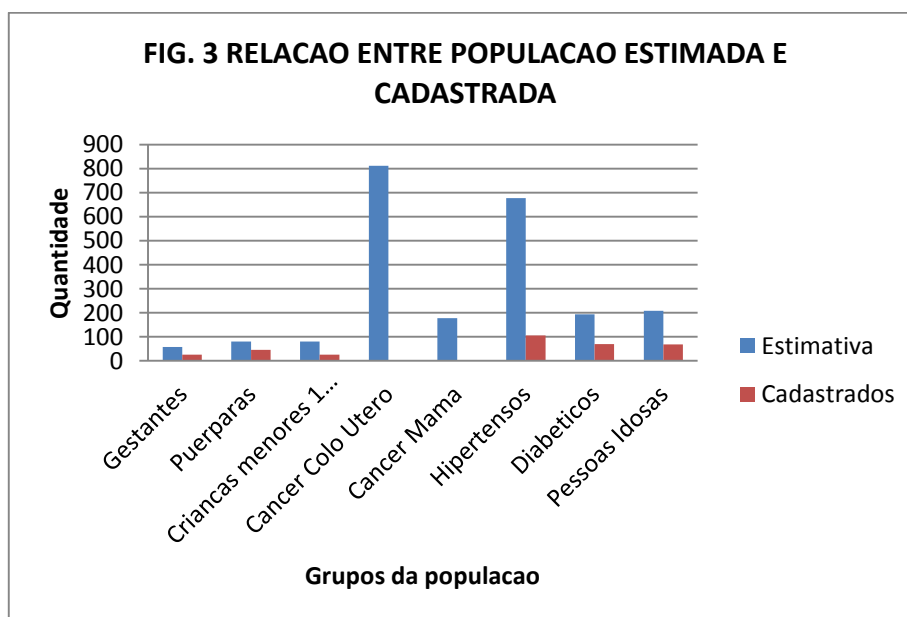
A estimativa da população dividida por sexo e faixa etária assim como a estimativa da distribuição brasileira. Temos um total cadastrado de 1.855 pessoas do sexo masculino (48.7%) e 1950 do sexo feminino (51.2%), para um total de 3,805 pessoas (Fig 02). Existem mais pessoas do sexo feminino do que do masculino, em relação a pessoas de 15 a 59 anos e pessoas com 60 anos ou mais.





Gráfica 1: Distribuição pela Faixa Etária

Em relação à população e os grupos cadastrados temos estimativas muito inferior à estimativa de acordo à população estimada pela ações programática: estimativa de gestantes na área de 57 por 25 cadastradas, puérperas estimadas de 80 com 45 cadastradas, estimativa de crianças 80 com 26 cadastradas, mulheres entre 25 – 64 anos para a prevenção de câncer de colo útero 812 estimada não realizava ações de este tipo na UBS nem prevenção de câncer de mama (estimativa de 177) estimativa de hipertensos de 677 para 106 cadastrados, diabéticos estimada de 194 para 70 cadastrados e estimativas de idosos 381 para 68 cadastrados, isto se dá pela falta de mapeamento na área em sua totalidade. (Gráfica 2)



Gráfica 2: Relação entre população estimada e cadastrada.

Nossa área de abrangência é uma área sumamente grande para que a equipe possa garantir boa atenção a toda a população. Temos seis microáreas, e uma área que realmente nunca foi coberta, atualmente temos uma só equipe da saúde da família (Equipe 5.2). Em nossa UBS a equipe está composta adequadamente para atender a população, porque na equipe temos duas ACS, dois médicos, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem, três microáreas estão sem ACS, ou seja, o que dificulta muito o vínculo da equipe com essa parcela da comunidade. Isto impossibilita o registro e monitoramento de dados adequados, que ajudariam a ter uma boa atualização da população da área e suas patologias, e que também facilitaria a reposição do estoque dos medicamentos na farmácia do serviço. Nosso serviço utiliza protocolos emitidos pelo Ministério de Saúde (Cadernos de Atenção Básica nº. 16 Diabetes Mellitus, nº 17 Hipertensão Arterial Sistêmica, nº. 23 Saúde a Criança e nº 26 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva do ano 2006),

Uma das atividades realizadas em minha unidade é atenção à criança (de 0 a 72 meses), incluindo diagnóstico das doenças agudas e crônicas, entre outras. A consulta de puericultura é feita pela enfermeira e o médico. A enfermeira faz atendimento uma vez por semana e o médico faz atendimento todos os dias, porque é um grupo de atendimento prioritário. A equipe realiza a primeira visita domiciliar de recém-nascido com o fim de fazer a captação e programar consulta de puericultura, durante esta mesma visita o médico faz a avaliação da mãe como consulta de puerpério; fazendo exame físico exaustivo de ambos; procurando sinais de risco ou de alarme para doenças frequentes durante este período; orientando sobre os cuidados do recém-nascido em geral; sinais de perigo para o recém-nascido e aleitamento materno exclusivo. Depois da primeira consulta o acompanhamento da criança é feito na consulta de puericultura, fortalecendo o vínculo entre a família e a equipe. Existe demanda de consulta de crianças com problemas agudos, de fora e de dentro da área de abrangência, além de consultas de puericultura fora de área da unidade, na comunidade. Sempre durante a consulta, o médico explica à mãe a importância do aleitamento materno, e cuidados em geral com recém-nascido, ao terminar a consulta, agenda-se a nova consulta para manter o acompanhamento da criança. Na consulta de puericultura as ações desenvolvidas são ações e programas do Ministério da Saúde, como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em

geral, controle do calendário de imunizações, prevenção de anemia, prevenção de deficiência de vitamina A, aleitamento materno exclusivo, prevenção de violência contra a criança, prevenção de acidente e estímulo aos hábitos alimentares saudáveis. Nossa unidade não conta com Cadernetas da Criança para distribuir à população, geralmente a caderneta é oferecida pela maternidade depois do nascimento, não temos fichas ou registros especiais por tal motivo, as consultas são registradas no prontuário. A unidade conta com medicamentos em preparações para crianças que visam garantir o cumprimento do tratamento em sua totalidade da doença que se apresentam. Quando uma criança tem uma emergência/urgência é encaminhada para o hospital da criança Santo Antônio. A equipe faz ações coletivas na unidade, como palestra, orientando aos pais sobre aleitamento materno, doenças diarreicas, e importância do cumprimento do calendário de vacinas. Em relação aos indicadores de qualidade, a primeira consulta é geralmente feita nos primeiros sete dias de nascimento, as consultas são agendadas de acordo ao protocolo do ministério. Infelizmente na unidade não se faz o teste do pezinho e teste da orelhinha, os pais são orientados para fazer o teste em outra unidade ou maternidade. O monitoramento do crescimento e desenvolvimento é realizado nas tabelas que se encontram no caderno da criança, em cada consulta é avaliado o cartão de vacinas para verificar se tem as vacinas em dia. As consultas de puericultura são registradas no mapa de atendimento geral e no prontuário, não tem outra forma de registro de atividades com crianças que permitiu o preenchimento das informações de forma completa. Ademais, por falta de ACS para a totalidade da população (3 ACS para 6 microáreas), não podemos mapear a área em sua totalidade, isso influi de maneira negativa no preenchimento de dados do programa. Sentimos a necessidade de criar um registro para todas as crianças, assim como, um registro especial para puericultura com o fim de verificar as crianças faltosas e identificar procedimentos em atraso como peso ou vacinas. Também é importante fazer reuniões organizativa entre os profissionais para eleger uma com ajuda ao outro quem vai dedicar exclusivamente a gestão e coordenação, avaliação e monitoramento do programa de puericultura no posto, isto deve melhorar os indicadores de saúde em atenção a Saúde da Criança e melhorar também a cobertura e ademais a relação entre a comunidade e equipe.

A consulta de pré-natal é uma das ações que fazemos em nossa UBS, usando o protocolo do Ministério de Saúde ano 2006 (pré-natal de baixo risco). As mulheres e adolescente com amenorreia são orientadas a fazer sua primeira consulta, para realizar teste rápido de gravidez para a confirmação. Com o teste positivo paciente está cadastrada e preencher todas as informações na ficha de acompanhamento e o cartão de gestante. Também faz a solicitação para os exames laboratoriais, nesta consulta a enfermeira fala sobre a importância das consultas sucessivas e para realizar os exames necessários (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, Hep B, HIV e VDRL) para a outra consulta agendada com o médico. Essa consulta é feita uma vez na semana pelo médico e duas vezes com a enfermeira, todas as consultas são agendadas. Nossa unidade cumpriu com a SUS atendendo a todas, atendemos gestantes fora nossa área de abrangência mais não faz vistas domiciliar a essas pacientes. Todas as gestantes, apresentando qualquer outro problema de saúde sempre são atendidas pelo médico como prioridade. Se precisa de atendimento especializado, é encaminhada ao centro especializado, (Hospital Materno Nossa Senhora de Nazaré). Todas as gestantes registradas na área são acompanhadas pela equipe da saúde no posto. Nossa unidade usa um registro especial produzido pela equipe e cartão para gestante, ademais sempre usamos o prontuário para registrar todas as consultas detalhadamente, os mesmos dados escritos no cartão são transcritos no registro especial das gestantes da área. O cadastramento pelo SISPRENATAL sempre é feito pela enfermeira ou pela secretária, o médico faz uma revisão e faz as outras marcações de consultas posteriores. Os indicadores da qualidade pra mim são aceitáveis, já que todos os exames de sangue (hematologia completa, glicose, creatinina, ureia, VDRL, HIV) solicitados pelo médico, incluindo a ultrassonografia, são feitos pelo Centro de Atenção da Mulher e ou Hospital Materno da Graça, financiado pelo Ministério de Saúde. Mas tem gestante quem sempre realiza seus exames em centros privados, porque geralmente na rede pública demoram os agendamentos para fazer os exames, pela grande demanda aqui no estado. Os outros exames como citomegalovírus, rubéola e toxoplasma são feitos sempre na rede privada, porque a rede pública não tem materiais para fazer isso. Todas gestantes dentro e fora na área estão sujeitos à vacinação. Nossa farmácia tem as medicações necessárias pelas gestantes em toda a gravidez, vitaminas e minerais importantes para um bom

crescimento fetal e combater e evitar anemia, ácido fólico e sulfato ferroso e indicado desse começo da consulta e até 2 -3 meses depois o parto, geralmente entregue mensalmente em quantidades suficientes. Em caso de outras patologias frequentes na gravidez, com infecção urinária, cistite, são tratados também na unidade em caso de complicações, são encaminhadas. Em todas as consultas, a gestante sempre é orientada sob a importância do aleitamento materno exclusivo, alimentação durante a gravidez, usa de roupas e calças adequados, repouso e cumprir com horário do dormir e saúde bucal. As consultas são mensalmente até as 34 semanas logo mensalmente até parto. Também ao começo na gravidez todas gestantes são mostradas como contar tempo de gravidez. Não realizamos reunião grupal com gestantes com frequência, mas temos palestras planejadas dependendo das necessidades avaliadas pela equipe. A cobertura de pré-natal em minha unidade e de boa qualidade, para poder melhorar o serviço e importante realizar uma contagem rigorosa na população para poder identificar todas porque temos gestantes que fazem consulta em outros postos. Gestantes geralmente encaminhadas ao hospital materno às 42 semanas de gestação se não apresenta trabalho do parto, em caso de gestantes gemear são encaminhadas às 27 semanas ao hospital materno para seu acompanhamento. Depois do parto a equipe é notificado pela ACS, ali a enfermeira faz uma primeira consulta de captação de recém-nascido e puerpério antes dos 42 dias.

Sobre a prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama. O instrumento utilizado na UBS para o registro é principalmente o prontuário clínico que está auxiliando no preenchimento do Caderno de Ações Programáticas. Realmente, a controle de prevenção de câncer de colo e basicamente através do exame preventivo de mostra cito-patológica do colo. Não temos muito demanda para realizar este procedimento no posto porque as maiorias das mulheres fazem seus preventivos em centros particulares já que falam que demora muito para entregar os resultados. A causa de isso e que o município tem muita demanda e pouco anatomopatologista para analisar estudo da mostra do cito-patologia.

Em minha UBS para a prevenção de câncer de colo uterino é realizado o exame de preventivo, este e feito pela enfermeira da equipe, a realização ocorre uma vez por semana só em um turno, a equipe atende a mulheres dentro e fora de área, e usando o protocolo do ministério de saúde para prevenção de câncer

de colo uterino, a equipe orienta todas as mulheres sobre a importância de fazer o preventivo e explica que sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero, depois de realizado o procedimento a informação é registrada no prontuário da paciente, a mulher aguarda a ligação da equipe para entregar o resultado do exame e receber instruções. Após do recebimento de um exame com alterações cito-patológica, o médico encaminha ao serviço de centro de referência da saúde da mulher, que conta com ginecologista especializado em patologia cervical e oncologista para confirmar o diagnóstico e realização do tratamento. Uma vez confirmado o diagnóstico o acompanhamento da usuária é feito no centro de referência da mulher, a equipe acompanha avaliando a compreensão que a paciente tem sobre a doença e estimula a adesão ao tratamento, durante o tratamento muitas vezes a usuária precisa de cuidados especiais. Em relação aos indicadores de qualidade a equipe verifica quais mulheres estão ao dia com preventivos, mulheres que tem atraso em exame citopatológico são orientadas a realizar o exame, a gente faz ações coletivas com mulheres na unidade orientado sobre o uso de preservativos nas relações sexuais para prevenir doenças sexualmente transmissível. Não temos a quantidade exata de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, por falta de mapeamento total da população na comunidade. Ademais não conhecemos data de pacientes com câncer de mama. Nossa unidade não tem um registro completo para controle de câncer de mama, mais somente usamos prontuário medica para esse fim, acho que podemos melhorar isso através de programar um caderno para seu registro em sua totalidade da todas as mulheres quem fiz consulta e autoexame de mama assim como mamografia. Não contamos com protocolo de atendimento de câncer de mama em na unidade, ademais de não contar com um profissional dedicado a monitoramento e organização da esta programática. Durante a consulta geral a consulta das mulheres, a gente faz orientações como fazer o autoexame de mama, assim como identifica dos sinais de alarma e risco do câncer de mama, e importância de consulta sim apresenta qualquer anormalidade das mamas. Mulher com nódulos mamaria geralmente são examinadas pelo médico, e orientada para fazer exames de sangue correspondente, assim com mamografia, ultrassonografia e raios-X de tórax para poder fazer uma boa avaliação antes de encaminhar. Ademais realizemos rastreamento oportuno das mulheres para fazer mamografia, também está

indicada a mulheres com critério de fazer mais são poucas quem realmente procura de fazer porque o centro onde realizar-se não tem vagas nas datas próximas por a demanda enorme que apresenta nosso município. Temos somente um centro para todo o estado. As mulheres quem tem recurso econômico fazem mamografia nos centros privados. Quando tem um resultado alterado, a equipe encaminha o paciente para o centro de referência da mulher que conta com mastologista.

As doenças crônicas não transmissíveis existem em todas as regiões do mundo sem preferência a ideologia política, crenças religiosas, sexo, cultura e idade. Nossa equipe, assim como todas as equipes de atenção primária, tem um grupo de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). População que ainda não possui um registro específico no serviço, e tampouco temos uma cobertura total da área para esse grupo de pessoas. Alguns dos motivos são, migração de pessoas para outras áreas, consulta realizada em outra unidade de saúde, ou mesmo em atendimento particular, e ainda por falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que ainda existem grandes áreas sem cobertura de acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Mesmo assim, a gente trabalha com os dados das 2 - 3 microáreas que tem acompanhamento por ACS e também atendemos a população descoberta na consulta, além de outros pacientes que consultam quem pertencem a outras áreas. Não temos dias de consultas específicas para pacientes com essas doenças, porém, a gente faz preferência de atendimento para esse grupo, ou seja, praticamente todos os dias são atendidos. No serviço temos implementado o programa de atenção ao hipertenso e diabético para assegurar atendimento de qualidade aos pacientes portadores dessas doenças crônicas, mas não está funcionando como deveria, pois não temos acompanhamento em totalidade dos usuários do grupo. Na consulta somente avaliamos os sinais vitais como: temperatura, batimentos cardíacos, pressão arterial e peso, que não são indicadores ideais para poder fazer uma avaliação de risco cardiovascular de cada paciente. Não temos um cartão ou registro específico para os pacientes dessa ação programática, mas alguns pacientes trazem uma caderneta individual para registrar as datas, geralmente são pacientes que anteriormente se consultou em outro posto de saúde. Também fazemos teste de glicose capilar aos pacientes diabéticos ou com sintomas de diabetes, realiza-se um exame físico exaustivo;

avaliação de pulso tibial e pedial, as consultas são agendadas para que o paciente volte a cada 03 meses, em casos que não apresenta episódio de problemas agudos. Exames laboratoriais são indicados para monitorar glicose, ureia e creatinina, para poder calcular filtrado glomerular, assim fazemos um melhor monitorio da função renal das pacientes. Em cada consulta os pacientes são orientados sobre hábitos da alimentação, cuidados com os pés, sono suficiente e atividade física regular. Temos em estoque de medicamentos suficientes para os pacientes. Os usuários fazem a retirada mensalmente na farmácia, com receita para três meses, pois assim, viabiliza o retorno de todos, pelo menos a cada 03 meses, para que possa garantir o controle da doença. Pacientes do programa de atenção ao hipertenso e diabético sempre estão em prioridade nas campanhas da vacinação. Nossos usuários são encaminhados à consulta com endocrinologista em caso das complicações. Questões de educação popular das doenças são explicados aos familiares e pacientes sobre sinais de riscos, e também quando e onde pode ser atendido em casos de urgência e emergência. Infelizmente não temos grupos de apoio ao usuário hipertenso e diabético. Seria necessário criar um registro para com todos os detalhes com os fins de verificar os usuários faltosas a consultas e identificar procedimentos e controles em atraso como exames de rotina, vacinas e cálculo de taxa de filtração glomerular assim como fundoscópico de olho. Também orientar os ACS para poder informar os pacientes sobre as consultas e importância de conhecer suas doenças e como podem controlar e morar sem problemas e adquirir a um modo e estilo da vida saudável. Podemos melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes se também fizermos mais visitas domiciliar, mais reuniões em grupo para informar os usuários e importância das consultas, também ajudará em conseguir um número exato dos usuários com essas patologias.

A população maior de 60 anos é uma população crescente mundialmente. Nossa equipe de trabalho faz consulta aos idosos todos os dias, geralmente como atenção de demanda espontânea, não temos dias programados especialmente para este grupo, porque se classificam como usuários com atenção prioritária. Atendemos idosos dentro e fora da área de abrangência, sem agendamento prévio. Geralmente saem com a próxima consulta agendada, se necessário. Existe pouca demanda de idosos dentro e fora da área quem consulta com problemas agudos. Muitas vezes na consulta de HIPERDIA atendemos quase a



totalidade de usuários idosos. Não temos uma ficha especial para o registro da dos idosos, usamos normalmente os prontuários e mapa de atendimento assim como registro de vacinas para quantificar a quantidade atendida. Não contamos com a caderneta de idosos em nossa unidade mais existem usuários quem tem sua caderneta emitida em outra UBS. Nossa unidade não conta com protocolo de atendimento de idosos, nem protocolo para o regular os idosos a outros níveis do sistema de saúde. Os encaminhamentos pra outros serviços como especialistas, fisioterapeuta são baseados em critérios médicos. Geralmente os médicos e a enfermagem explicam aos idosos e familiares como reconhecer problemas de saúde e sinais de risco relacionado como patologia existente do idoso, assim como ações para fazer em caso de emergência. Também quais serviços procurar em tempo necessário. Não existe um programa de atenção ao idoso na unidade, mais mantemos um bom controle e atenção através de visitas domiciliar do médico e equipe em geral. Não realizamos atividades em grupo com idosos, mas temos planos para começar a realizar esses tipos de atividades, quando terminarmos de fazer o levantamento total de idosas em a área. E imprescindível realizar um levantamento na área do trabalho para poder melhorar a atenção ao idosos, isto melhorará o controle quanto patologias crônicas, realizar grupos ou clubes, reuniões, e monitoramento em totalidade dos idosos encamados para poder agendar visitas domiciliar, encaminhar aos especialistas e fazer avaliação multidisciplinar, tudo para garantir uma atenção da excelência. Minha equipe é uma equipe que realmente tem muita vontade de trabalhar.

A comunicação entre nós a princípio não foi boa por estigma que existe entre alguns profissionais sobre o PMM além do medo ao decidir a conduta, mas com tempo foi melhorado. A relação também com a comunidade foi melhorando no momento da formação da equipe. Temos que melhorar a forma para chegar os usuários com dificuldades através da mensagem do texto pelo telefone celular notificando da consulta e palestras. As dificuldades do trabalho também estão relacionadas a estrutura no posto, não temos matérias para retirar pontos nem para fazer curativo que pode ser uma das atividades diária no posto e melhorar a atenção, porque muitos usuários têm que ir aos centros hospitalário para alguns procedimentos que poderiam ser realizados na UBS. Isto ajuda nossa equipe a ter mais harmonia com a comunidade e usuários com todas. Mesmo com todas as

dificuldades a equipe tenta trabalhar com excelência com o fim de garantir um serviço básico com qualidade para todos os usuários.

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

Ao chegar à cidade de Boa Vista, estava como muita vontade de começar a trabalhar como médico na periferia da cidade ou em áreas onde realmente necessita atenção médica, para conhecer a realidade da população quem mora com dificuldade quanto a saúde. No começo na UBS Cinturão Verde tive muitas dificuldades na adaptação principalmente ao esquema de trabalho, e também de voltar a trabalhar na atenção básica, como sou especialista em Medicina Familiar, minha última experiência foi trabalhando na atenção terciária, assim tinha muitas expectativas em geral sobre a maneira de trabalhar aqui no Brasil. Tinha muito medo quanto a conduta médica pois no princípio estava sozinho na unidade como médico, mas pouco a pouco com a interação com a equipe foi adotando paulatinamente no trabalho e também na língua português escrita e comunicativa, que facilitou mais o meu trabalho no âmbito profissional. Na unidade tínhamos vários problemas com a organização do trabalho, papel de cada profissional, falta de um sistema efetivo de registro de dados dos usuários, vários prontuários para só um usuário, inexistência de protocolos ministeriais, falta de ACS, micro áreas descobertas entre outras, mas com o decorrer do tempo a situação foi melhorando.

A realização do análise situacional da UBS trouxe aspectos positivos para nós como equipe pois foi possível conhecer em totalidade a área de abrangência, a definição do território de trabalho, a cadastramento das famílias, assistência médica da população, uso de protocolos clínicos pelo ministério da saúde e sobre todo a definição do foco de intervenção. Em comparação com o primeiro texto elaborado na semana de ambientação pode se perceber que foi mais instintivo, com poucas informações, e o segundo texto, foi mais informativo com mais detalhadas de nossa realidade e reflexões sobre os programas. Apesar das grandes limitantes existentes

seguimos oferecendo um serviço de qualidade à população, melhorando a relação entre a comunidade e a unidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A tendência de envelhecimento da população brasileira cristalizou-se mais uma vez na nova pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 (última pesquisa divulgada) e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas (UNFPA, 2012). Aqui em Roraima segundo IBGE a projeção para pessoas idosas aumentará em 2018, isso significa que o serviço às pessoas idosas precisa estar qualificado. Por isso é importante organizar e unir todas as forças e estruturas do estado para garantir uma atenção de excelência incluindo serviços de saúde destinados a esta população através de uma série de ações com o fim de melhorar a atenção.

A unidade onde trabalho “Casa de Saúde Cinturão Verde” foi construída para prestar atenção básica a sua população. A estrutura realmente não é adequada para a quantidade de pessoas residentes na área. Nossa equipe é a 5,2 formado por dois médicos do PMM, uma enfermeira, 4 técnicos em enfermeira incluindo 1 vacinadora, 3 ACS, uma farmacêutica, uma recepcionista, dos funcionários administrativos e recentemente agregada uma especialista em fonética e fonologia e um auxiliar de limpeza. Nossa área está composta de seis

micro áreas com um total de 3805 habitantes distribuído em aproximadamente 850 famílias.

Atualmente temos um total cadastrado de 1.855 pessoas do sexo masculino (48.7%) e 1950 do sexo feminino (51.2%). A população de pessoas idosas cadastradas é de 68, o que é extremamente inferior à estimativa de IBGE, que estipula um total de 381 pessoas idosas para uma população de 3805 habitantes. Nossa cobertura é de 68 idosas, provavelmente pela falta de mapeamento na área em sua totalidade. Existem usuários de nossa área quem certamente não estão cobertos pela unidade, porque não temos ACS suficiente para fazer o cadastramento. Além disso, o acompanhamento não está organizado sistematicamente para as pessoas idosas cadastradas. A adesão ao serviço na UBS é aceitável, temos poucos usuários (idosos) quem não vão a consulta agendada. Os idosos estão sempre procurando ajuda pelos problemas agudas e crônicas como diabetes e hipertensão arterial. Todas as pessoas idosas na área de abrangência e fora da área estão atendidas como prioritárias. Trabalhamos para alcançar serviço de excelência a nossa população através de melhoramento da qualidade da atenção, como; realizar o teste de glicose capilar a quase todos os usuários idosos diabéticos quem chegam a consulta, assim como, realizar o mesmo a idosos acamados. Também realizamos pedido de exames laboratoriais aos usuários idosos com doenças crônicas trimestralmente, receitamos medicamentos e avaliamos sua eficiência de forma individualizada, fornecemos orientações nutricionais aos usuários e familiares. Tratamos de agendar a próxima consulta a fim de garantir sistematização para um melhor seguimento.

Com os dados insuficientes que temos na área de abrangência sobre o número de pessoas idosas, e a dificuldade de organizar ações sistematizadas e planejadas para esse grupo, consideramos a necessidade de melhorar a atenção às pessoas idosas através de implementação de protocolos pelo Ministério de Saúde Brasileira realizando ações de qualidade. Nesse sentido, é importante juntar esforço coletivo da equipe para realizar e melhorar a atenção através de educação continuada sob a importância dos programas, basicamente em reuniões coletivas frequentes e pelo treinamento básico para recoltar dados e monitoramento sistemático. As dificuldades que poderão existir e afetar nosso trabalho, é principalmente o transporte, pois nossa área é grande e muito usuário não tem possibilidade de se locomover até a UBS da mesma forma, é importante

a contratação de mais ACS para poder fazer um mapeamento completo da área, e também somar esforços para responder as necessidades da nossa população da área sem cobertura. Mas acho com a educação à equipe e à comunidade sob o programa e sua importância poderemos cadastrar e acompanhar mais pessoas idosas, e ao final melhorar a saúde das pessoas idosas através de promoção e prevenção de saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a qualidade da atenção às pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde do Cinturão Verde, Boa Vista/Roraima.

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

1. Ampliar a cobertura da atenção a pessoas idosas na UBS Cinturão Verde.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas idosas.
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.

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção a pessoas idosas na UBS Cinturão Verde.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

**Relativas ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas idosas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativas ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa.

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:** Realizar avaliação de risco as pessoas idosas

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 das pessoas idosas

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**

O projeto de intervenção será desenvolvido no UBS Cinturão Verde situada no bairro de Cinturão Verde, Boa Vista cidade capital do Estado Roraima por um período de quatro meses. O projeto terá como foco o programa da Atenção da Saúde a Pessoas Idosas e contará com a participação de todos os integrantes da equipe 5.2. A proposta dessa intervenção é qualificar as práticas de cuidado ofertado pela equipe, assim será necessário resenificar o processo de trabalho, de modo que esse sofra modificações no sentido de ampliar o acesso da população ao serviço e aproximar a atuação da equipe dos princípios da Atenção Básica. O público alvo desse projeto são todos os adultos igual ou maior de 60 anos moradores no bairro. Como ferramenta de apoio serão utilizados os cadernos de Atenção Básica Nº 19: Envelhecimento e Saúde das Pessoas Idosas do Ministério de Saúde 2013



### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da unidade básica de saúde de Cinturão Verde para 100%. Para poder alcançar esta meta iremos melhorar o acolhimento dos idosos com informações necessárias sobre o programa de atenção em saúde da pessoa idosa e com prioridade do atendimento deles. Vamos fazer cadastramento do maior número de idosos da área de cobertura pela equipe, atualizar as informações do SIAB. Informaremos a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso na unidade e seus objetivos principais, bem como, a importância do acompanhamento periodicamente na UBS, através de informações disponibilizadas no momento da consulta, nas visitas domiciliares e palestras. Capacitaremos a equipe durante as reuniões de equipe usando protocolos do Ministério de Saúde e Livros de Atenção Básica sobre atenção às pessoas idosas e também sobre o acolhimento do idoso, a política nacional de humanização aos ACS na busca de aqueles que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, a capacitação ocorrerá na UBS durante o horário da reunião da equipe.

**Objetivo 2.** Melhorar a atenção ao idoso na unidade de saúde.

Meta 2.1 Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do ministério da saúde. **Após da revisão e estudo dos protocolos, nós** iremos capacitar aos profissionais (enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS) sobre a importância da avaliação multidimensional rápida, assim como, um encaminhamento adequado dos casos necessários, isto ocorrerá no horário da reunião da equipe. Orientaremos a comunidade destas avaliações durante as palestras, grupos de idosos, visitas domiciliares e consultas, do mesmo modo compartilharmos com os usuários as condutas de cada consulta ação que será realizada durante as consultas pelo médico. Garantimos os recursos para realizar a avaliação multidimensional rápida em todos os idosos, o qual será garantido

através do contato com o gestor municipal e a coordenação da UBS. Monitoraremos a realização da avaliação através dos prontuários e fichas espelhos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade à cada 3 meses em diabéticos. Essa ação vai ser realizada todos os dias durante a consulta médica. Orientaremos os usuários idosos e comunidade sobre as doenças cardiovasculares e neurológicas e a importância de ter os pés, pulsos e examinadas periodicamente quanto a sensibilidade das extremidades, isto será feito durante as consultas, visitas domiciliares e palestras. Definiremos as atribuições dos membros da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ ou diabéticos o qual será feito na reunião da equipe e vamos garantir a busca dos usuários que não realizaram exame clínico apropriado, assim como garantiremos as agendas para acolher os usuários diabéticos e/ou hipertensos provenientes das buscas domiciliares dando maior prioridade. Através das consultas, visitas domiciliares, prontuários e fichas espelhos monitoraremos esta ação.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódico em 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos. Capacitaremos a equipe nos protocolos adotados na UBS para solicitação de exames complementares. A capacitação ocorrerá durante o horário da reunião da equipe, do mesmo modo nas consultas, palestras e visitas domiciliares orientaremos aos usuários e familiares sobre a necessidade da realização dos exames complementares e a periodicidade que devem ser feitos. Vamos estabelecer um sistema de controle para os usuários quem não tem exames complementares realizados e dá-los prioridade, o qual será avaliada com o prontuário clínico e as fichas espelhos, e nas consultas e visitas domiciliares monitoraremos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia a 100% dos idosos. Na reunião da equipe realizaremos atualização dos profissionais sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes ação vai realizar pelo médico. Nas consultas, visitas domiciliares e palestra os pacientes e a comunidade em geral serão orientados sobre seus direitos de ter acesso aos remédios da farmácia popular e as alternativas para obter os mesmos. Com a ajuda da farmacêutica

realizaremos controle de estoque para poder garantir tratamento mensal aos usuários cadastrados no programa. O monitoramento será feito pela ficha de espelho e prontuários.

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Durante o horário de reunião da equipe capacitaremos os ACS para o cadastro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área de abrangência. A comunidade assim como os familiares e usuários idosos serão informados durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância dessa ação. Isto ajudará a coordenar e melhorar as visitas domiciliares para poder fazer um bom controle. Seu monitoramento será feito através dos prontuários, fichas espelhos, consultas e visitas domiciliares.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Durante a reunião da equipe orientaremos os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como, também o reconhecimento dos pacientes que necessitam visita domiciliar. Durante as visitas domiciliares, as palestras e as consultas vão orientar os familiares sobre a disponibilidade de visitas domiciliares para os idosos acamados e em quais casos devem solicitar. A realização das visitas domiciliares será agendada o que facilitará a monitorização das mesmas.

Meta 2.7 Rastrear 100% de idosos para HAS. Capacitaremos a equipe para verificação da PA no horário de reunião da equipe. Orientaremos os usuários e familiares durante as visitas e palestra sobre os fatores de risco para desenvolvimento de HAS e a importância da realização da medida da PA após os 60 anos de idade. Melhoraremos o acolhimento para os idosos portadores de HAS dando uma atenção priorizada, assim como, garantiremos o material adequado para medir a PA através do gestor municipal e o diretor da UBS. Também monitoraremos os idosos submetidos a rastreamento para HAS através dos prontuários e fichas espelhos.

Meta 2.8 Rastrear 100 % dos idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg para DM. Capacitaremos a equipe no horário da reunião para realização do teste de glicose capilar em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg em hipertensos. Durante as visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos os usuários e familiares sobre os fatores de risco para

desenvolvimento da DM e a importância do rastreamento em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Através dos prontuários clínicos e as fichas espelhos monitoraremos o número de idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos ao rastreamento para DM periodicamente.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. A equipe será capacitada durante o horário da reunião para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Informaremos a comunidade através das palestras, visitas domiciliares e consulta sobre a importância de avaliar a saúde bucal dos idosos. Trabalharemos em conjunto com a UBS mais próxima que conta com serviço odontológico para o atendimento dos idosos. Monitoraremos a avaliação da necessidade deste tratamento odontológico através das consultas, visitas domiciliares, prontuários e fichas espelhos.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para o 100% dos idosos. No horário de reunião da equipe vamos a realizar a capacitação sobre captação, acolhimento, cadastramento e encaminhamento dos idosos para o serviço de odontologia mais perto. Nas palestras, visitas domiciliares e consultas informaremos a comunidade sobre o atendimento odontológico prioritário de idosos e sua importância para a saúde geral. Esclareceremos a comunidade sobre a importância da realização de exame bucal periodicamente aos idosos. Através dos prontuários e fichas espelhos monitoraremos a efetividade da essa ação assim como também monitoraremos o número de pacientes idosos em acompanhamento odontológico.

### **Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas. No horário de reunião da equipe semanalmente vamos treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realização de consultas e com a sua periodicidade, assim como, definir com a equipe a periodicidade das mesmas. Durante as consultas, palestras e visitas domiciliares vão informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade preconizada. Na reunião da equipe organizaremos visitas domiciliares para buscar idosos faltosos os quais terão uma agenda organizada para sua consulta, e assim,

monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas das previstas no protocolo de atendimento do idoso, ação que vai realizar semanalmente.

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

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas. No horário da reunião da equipe vamos fazer treinamento para o preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Durante as visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. Manteremos as informações do SIAB atualizadas, assim como também manteremos um registro específico de acompanhamento do atendimento dos idosos. O registro será organizado de forma que permita viabilizar situações de alerta enquanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, exames complementares, avaliação multidimensional rápida e os demais procedimentos preconizados.

Meta 4.2 Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados. Capacitaremos a equipe para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa o qual ocorrerá no horário da reunião da equipe. Durante as consultas, visitas domiciliares e palestra vão orientar aos clientes e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis da atenção. O registro da caderneta da pessoa idosa será monitorado pela equipe nas consultas.

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

Meta 5.1 Rastrear 100 % das pessoas para risco de morbimortalidade. No horário de reunião da equipe capacitaremos à equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Nas consultas, palestras e visitas domiciliares os idosos serão orientados sobre seu nível de risco e a importância de seu acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Nas consultas e visitas domiciliares nosso atendimento será de acordo ao

risco de morbidade de cada idoso, tendo maior prioridade os de mais risco. O prontuário, fichas espelhos, serve como forma para seu monitoramento.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100 % das pessoas idosas. Os profissionais serão capacitados durante a reunião da equipe para identificação e registro dos indicadores da fragilização na velhice. Orientaremos durante as visitas domiciliares, as consultas e as palestras aos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância de um acompanhamento mais frequente. Essa ação será monitorada através dos prontuários, fichas espelhos e atendimento.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100 % dos idosos. No horário de reunião capacitaremos a equipe para avaliar a rede social dos idosos. Nas palestras, visitas domiciliares e consultas os idosos e a comunidade será orientada sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS. Estimularemos a comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Monitoraremos a realização da rede social em todos os idosos acompanhados em nossa UBS, assim como, monitoraremos à todos os idosos com rede social deficiente através dos prontuários, fichas espelhos e visitas domiciliares.

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

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos. Nas reuniões capacitaremos a equipe para promoção de hábitos alimentares saudáveis, além de capacitação para orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e / ou diabéticos. Nas visitas domiciliares, palestras e consultas orientaremos aos idosos, e a comunidade sobre os benefícios de adaptação de hábitos alimentares saudáveis. Através das visitas domiciliares, consultas, fichas espelhos e prontuários, monitoraremos a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a todos os idosos cadastrados.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos. Os membros da equipe serão capacitados durante o horário das reuniões para orientar os idosos sobre a realização de atividades físicas regulares. Os idosos e os familiares serão orientados durante as visitas domiciliares, palestras e consultas para a realização de atividades física regular e sua importância. Através dos prontuários, fichas espelhos, consultas e visitas domiciliares monitoraremos a orientação de realização de atividades físicas regulares.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para o 100 % dos idosos cadastrados. A equipe será capacitada no horário da reunião para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias aos idosos. Os idosos e seus familiares serão orientados durante as consultas, visitas domiciliares e palestra sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. As consultas serão organizadas para garantir um número de consultas adequado que permita brindar informações à nível individual à cada um dos idosos. As atividades educativas individuais serão monitoradas nas consultas e visitas domiciliares.

### 2.3.2 Indicadores

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção a pessoas idosas na UBS Cinturão Verde.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

**Relativas ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas idosas.

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

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

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

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

**Relativas ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa.

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Relativas ao Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativas ao Objetivo 5:** Realizar avaliação de risco as pessoas idosas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

**Relativas ao Objetivo 6:** Promover a saúde das pessoas idosas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para poder realizar a intervenção na atenção às pessoas idosa, e imprescindível adotar os cadernos de atenção básica número 19 (envelhecimento e saúde de pessoas idosas) além de números 15 e 16 para hipertensão arterial e diabetes do ministério de saúde 2012. E importante que a gestão municipal entrega para nos três copias de cada caderno para a unidade, eles serão distribuídos na seguinte maneira: um set para os médicos, outra para ser consultado pelos usuários que fica na recepção e a outra em administração para consulta pelos ACS.

Para realizar o monitoramento do programa será realizada a avaliação das fichas espelhos, dos prontuários e do livro ata de registros pelo médico e pela enfermeira da unidade. Estimamos cadastrar um total de 381 idosos durante a intervenção. Antes do início da intervenção, o médico e a enfermeira da unidade solicitarão cópias das fichas espelhos e prontuários. Inicialmente, a equipe solicitara a quantidade de 400 cópias de cada além de cadastro atualizado de idosos na área sim existe, pra iniciar a intervenção, as quais serão comparadas com os registros dos ACS. Todo novo usuário deve ser cadastrado no programa. A responsabilidade de acompanhar esse cadastro é da enfermeira da unidade, que o fará semanalmente.

Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha de registro.

O cadastramento dos novos usuários será realizado pela enfermeira, que avaliará os registros do programa semanalmente.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira antes do início da intervenção revisará o livro de registro, identificar todos os usuários que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses para poder ter uma ideia da quantidade de usuários quem puderam incluir na intervenção. A profissional localizará os prontuários destes hipertensos e diabéticos, para separar e organizar que vai garantir fácil acesso, também criar uma lista para entregar aos ACS para citar para as consultas. Na qual transcreverá informações geral (nome, endereço, sexo, cpf e rg) para a planilha espelho e anexar junto os prontuários para ser organizada antes a consulta.

A enfermeira e o médico semanalmente examinarão a planilha individual para visitas domiciliar, identificando aqueles que estão com visitas recentemente, exames clínicos e exames laboratoriais. Essa relação será entregue ao agente comunitário de saúde que em visita domiciliar realizará a busca ativa desses usuários. Nessa visita os ACS entregaram aos usuários uma nova data de consulta.

Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho e nos prontuários médicos serão consolidadas na planilha eletrônica, que será apresentada pelo médico e enfermeira da unidade, a equipe, na reunião mensal de consolidação de dados.

Para colocar em prática todas as ações direcionadas às pessoas idosas, serão realizadas capacitações a toda equipe sobre os temas principais da intervenção como acolhimento, cadastramento e atenção aos usuários acamados ou com problema de locomoção, avaliação odontológica e uso de glicômetro para realizar glicoteste. A capacitação dos profissionais ocorrerá na própria UBS, no horário semanal reservado para a reunião de equipe. A reunião de equipe tem duração de 4 h, nas primeiras duas horas serão debatidos temas dos cadernos de atenção básica nº 14 15 e 19 da atenção básica e às duas horas restantes serão utilizadas para monitorar as ações.

A enfermeira e o médico serão os responsáveis por conduzir as reuniões. Ainda nessa primeira reunião, o médico deve apresentar um fluxograma de acompanhamento do programa e da rede dos serviços. A gestão deve disponibilizar data show e fotocópias dos materiais impressos solicitada. Semanalmente, abordará uma das temáticas dos cadernos, conforme protocolo estabelecido.

Serão providenciados materiais pela gestão como fita métrica, fitas de glicemia, manguitos de tamanhos diversos e calibrados e esfigmomanômetro, bem como planilha para reposição de insumos em tempo hábil.

O rastreamento dos usuários hipertensão para diabetes será realizado pela técnica de enfermagem usando glicoteste. Usuários com morbidades descompensadas serão atendidos no mesmo turno para garantir o atendimento. Todos os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada. A recepcionista da unidade será a responsável por essa ação.

Mensalmente realizara atividades educativas para os usuários os quais deve abordar na sala de espera. As ACS são responsáveis por articular as reuniões na comunidade. Essas reuniões ocorrerão uma vez ao mês, o tema será definido sempre pelo médico em consulta com a equipe.

A enfermeira mensalmente avaliará os exames clínicos realizados, analisando se estão de acordo com a orientação dos cadernos de atenção básica. Também esses exames serão reavaliados pelo médico na consulta em presença dos usuários.

O médico e enfermeiro da unidade serão responsáveis por acompanhar a atualização das informações e dos protocolos no site do MS

A farmacêutica da unidade é responsável por acompanhar o pedido mensal dos medicamentos, informando a gestão municipal a necessidade de reposição dos medicamentos do programa HIPERDIA. Receita será entregados para retirar medicamentos da farmácia popular em caso que o medicamento não está disponível na farmácia na unidade, com articulação previa do diretor da unidade.

Mensalmente, a enfermeira e o médico realizaram o levantamento da necessidade de vagas e encaminhará o pedido a coordenação de saúde bucal. A enfermeira e médico monitorarão as consultas de odontologia realizadas fora da unidade.

Os ACS serão responsáveis por avisar aos usuários data da consulta odontológica, horário de atendimento e local. A enfermeira e médico da unidade articulara com a gestão, a presença de profissionais do NASF em atividades metodologias educativas, pratica de exercício físico, tratamento contra o tabagismo e hábitos alimentares adequados.





### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cinturão Verde, localizada no bairro Cinturão Verde na cidade de Boa Vista capital do estado de Roraima durante os meses de abril a junho de 2015. Foi desenvolvida com a participação de todos os integrantes da equipe 5.2 (dois médicos, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde), com o objetivo principal de melhorar a atenção em saúde as pessoas idosas na área de abrangência. Inicialmente o projeto de intervenção estava organizado para ocorrer em 16 semanas. Porém, conforme orientação da coordenação do curso, realizamos em um período de 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido pela universidade.

Durante o período da intervenção atendemos um total 242 (63,5%) usuários idosos, dos quais com problema de locomoção ou acamados foram atendidas, e quem também padecem das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Todos os idosos acamados estão sendo acompanhados pela equipe e estão cadastrados no programa. Atualmente a estimativa da população dos idosos é de 381 residentes na área de abrangência. Temos uma área descoberta onde mora um total de 156 famílias.

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

Para desenvolvermos uma intervenção qualidade, foi importante realizar algumas atividades entre a equipe para poder garantir que todos os profissionais

compreendessem as modificações necessárias e tivessem um adequado entendimento do processo de trabalho com a qualificação da atenção aos usuários idosos. As atividades com a equipe foram sumamente importantes para o desenvolvimento da intervenção, entre elas destaca-se as capacitações dos profissionais de saúde sobre o protocolo de atendimento de pessoas idosas e envelhecimento do acordo ao Ministério da Saúde. Esta ação foi realizada semanalmente o começo da intervenção (primeiras duas semanas) durante o tempo de 1 a 2 horas na reunião da equipe na unidade de saúde, como participação de todos os profissionais entre eles os três ACS, técnicos em enfermagem, enfermeira e médicos. Os responsáveis pela atividade sempre foram o médico e enfermeira. Os temas discutidos e debatidos foram atenção às pessoas idosas, cadastramento dos usuários, acolhimento, medição dos sinais vitais (pressão arterial, peso, glicoteste), cadastramento dos usuários acamado e com problema da locomoção, informações para a orientação sobre dieta, prática de exercícios físicos, orientações de higiene bucal e higiene em geral, além de sinais e sintomas de doenças, também foi debatido sobre a avaliação bucal e avaliação multidimensional rápida, como realizá-las e sua importância. As capacitações foram realizadas usando protocolos e manual do ministério da saúde.

Na primeira semana de intervenção foi apresentado o projeto com a utilização de métodos audiovisuais com powerpoint. Durante apresentação do projeto estabeleceu-se o compromisso de cada profissional da equipe com as ações, e foi estabelecido o papel de cada profissional na intervenção, além da importância de cada profissional e contribuição necessária para o desenvolvimento da intervenção. Todas as capacitações e conversas entre a equipe foram feitas com a intenção de estabelecer continuidade e adesão dos profissionais nas ações de intervenção.

Unidade Básica de Saúde "Cinturão Verde"  
UNASUS/UFPel Especialização em Saúde da Família  
Atenção à Saúde a Pessoas Idosas

Planilha de Visita Domiciliar

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_

Endereçc: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos  
usados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Acamado ou Problema de Locomoção: SIM ou NÃO.  
Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data da próxima visita: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACS \_\_\_\_\_

Fotografia 1. Planilha de Visita Domiciliar

Também foi realizada capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários faltosos às consultas, com atrasos ou alterações nos exames. Essas atividades aconteceram mensalmente durante toda a intervenção. Todos os ACS da equipe participaram da capacitação e o responsável pela atividade foi o médico. A capacitação foi realizada no final da reunião de equipe, na qual se definiu as estratégias que seriam traçadas para busca ativa dos usuários faltosos às consultas, com atraso ou alterações nos seus exames. Foi criada uma planilha e apresentado para os ACS que continha informações básicas como nome, idade, data do último atendimento e endereço, para eles usarem nas visitas domiciliares diárias. A qual serve para a intervenção e para a continuação da intervenção como ação da equipe.



Fotografia 2: Atendimento clínico.

Buscando a qualificação da atenção aos usuários idosos nossa unidade disponibilizamos dois turnos de consulta semanal para usuários idosos com vaga para 16 usuários por cada consulta, um total de 32 vagas semanais, além de vagas em atendimento geral com vagas agendadas e demanda espontânea. Durante as consultas médicas todos os atendimentos foram desenvolvidos com qualidade, com uma anamnese detalhada e exame físico de exaustivo examinando aparelho afetado, e cardiovascular, os pulsos tibial posterior e pedioso sempre foram examinados. Exame bucal, avaliação multidimensional rápida e avaliação de envelhecimento são ações importantes das quais sempre foram feitos a todos os usuários. O rastreamento dos usuários hipertensos e diabéticos também foi uma ação importante durante o projeto. Receita médica sempre foi prescritas aos usuários com preferência à farmácia popular. A solicitação de exames complementares para monitorar parâmetros importantes foi indicada a todos os usuários.

Para complementar as consultas médicas, estratégias da promoção e prevenção foram realizadas a todos os usuários e familiares, principalmente orientações de higiene pessoal, higiene bucal e ações para manter cavidade oral saudável, além de orientações para a prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável. Foram explicados aos familiares os sinais de alarma como: dor de cabeça intenso, sudorações profusas, tontura paroxística, vômitos e diarreias com desidratação, em casos sim fosse necessário e que tem que fazer e comparecer em casos extremos (unidades de pronto socorro, SAMU).



Fotografia 3: Vista domiciliar

As visitas domiciliares foram uma das ações importantes para a intervenção. Foram realizadas semanalmente em dois turnos. Todos os usuários acamados e/ou com problemas da locomoção foram visitados pela equipe em conjunto (médicos, enfermeira e ACS). As ações desenvolvidas durante as visitas foram, promoção e prevenção de saúde através da troca de informações da equipe ao familiar e usuários principalmente dieta saudável, higiene pessoal e bucal além de outros temas importantes e dúvidas dos usuários e famílias. Durante as visitas aos usuários acamados e/ou com problema de locomoção, eram disponibilizados receita médica e prescrito com preferência as medicações da farmácia popular, além de solicitação de exames complementares.

O atendimento odontológico foi realizado em outra unidade de saúde Asa Branca pois a nossa UBS não conta com odontologista, o contato foi estabelecido pelo diretor da minha UBS conjunto com a coordenadora de macro área pela minha solicitação por que durante as consultas e avaliação bucal, tiver muitos usuários com problema dental. As vagas foram disponibilizadas aos usuários com baixos recursos, quem tem possibilidades de se locomover e com problema dentaria. Por média durante a intervenção tivemos aproximadamente 70 vagas. Na unidade de atendimento fica bem perto do nosso bairro, mais para poder comparecer as consultas os usuários têm que utilizar meios próprios. As vagas

foram disponibilizadas semanalmente para nossa unidade para as pessoas idosas, avaliados pelo médico e enfermeira as quais consideremos mais necessitados pelas condições sociais – econômico e grau de afetação bucal.

Para garantir o registro adequado, os prontuários médicos e ficha de espelho foram usados como ferramenta importante, com informações sobre o exame físico, diagnóstico e resultados dos exames complementares, e medicamentos indicados, essas informações permitiam o adequado acompanhamento e busca ativa nos casos necessários.



Fotografia 4: Registros organizados.

A caderneta de saúde para as pessoas idosas foram entregues a todos os usuários cadastrados na intervenção, e a eles foi explicado sobre a importância de manter a caderneta em boas condições e levar a todas as consultas, porque contém informações importantes para a equipe de saúde. Realizamos uma atividade educativa sobre o tema de Diabetes Mellitus na sala de espera da unidade, essa atividade foi realizada pelas ACS em conjunto com a enfermeira e médicos. Não teve a participação de muitos usuários mais a quantidade quem estavam presentes aproveitaram para fazer perguntas e dúvidas. Outros temas de educação em saúde foram explicados durante as consultas médicas e visitas domiciliares incluindo temas relacionados com os fatores de risco para hipertensão e diabetes, e para desenvolver doenças cardíacas além de tabagismo e alcoolismo. Esta é uma das ações muito porque causa um grande impacto positivo sobre o estilo de vida dos usuários.



Fotografia 5: Atividade educativa

O monitoramento das ações foi feito semanalmente pelo médico e enfermeira usando a planilha de coleta de dados e descrita no diário de intervenção a fim de analisar o desenvolvimento do projeto, muito problemas foram encontrados e constantemente a equipe conversava sobre como poderiam ser solucionadas para satisfazer a necessidade da população, e também quais ações precisariam ser melhoradas. Também realizamos uma avaliação interna entre a equipe uma vez durante a intervenção para precisar concordância e harmonia entre nós e a intervenção, esta avaliação foi considerada positiva e aceitável pela equipe, trazendo amor ao trabalho e vontade de seguir.

Unidade Básica de Saúde "Cinturão Verde"  
UNASUS/UFPel Especialização em Saúde da Família  
Atenção à Saúde a Pessoas Idosas

Perguntas da Avaliação Interna do Projeto

1. Como qualifica o projeto? B R M
2. Considera que o projeto tem influencia sob os usuários destinados? Si / Não
3. Ao realizar visitas domiciliar, conseguiu criticas do projeto? Si / Não
4. A maioria das criticas recebido por os usuários foram? Positivos / Negativos
5. Escreve dois formas em que podemos melhorar o projeto de acordo com o diretrizes e protocolo usados.
  - A.
  - B.

Fotografia 6: Avaliação interna

### 3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Das ações planejadas na organização do projeto, que não foram realizadas no decorrer da intervenção, posso mencionar o encontro com a liderança comunitária. Isto deveria ter sido uma das ações do começo do projeto principalmente durante a fase de divulgação. Minha comunidade não tem conselho saúde formada, nem tem conselho local do bairro, por isso não foi realizar esta ação até o momento. Outras dificuldades na realização desta ação foi o fato a equipe ter se concentrado na realização da busca ativa dos usuários acamados e com problema de locomoção, aumentar as visitas domiciliares, aumentar o atendimento. Nos reunimos em duas ocasiões com líderes da igreja evangélica para combinar de explicar à população idosa sobre o projeto, mas pelo horário de trabalho dos profissionais da equipe, não foi possível realizar o encontro na igreja da comunidade, pois teria que ser somente após as 19 horas

Uma das maiores dificuldades foi avaliação de atendimento odontológico porque não temos experiências na área, nem contamos com recursos para disseminação das informações sobre importância da saúde bucal de forma ampla na comunidade. Para poder identificar problemas odontológicos foi necessário estudar temas básicos sobre caries e problemas de fácil identificação. Também tivemos dificuldades quanto a realização de exames laboratoriais na rede pública devido a que atualmente a demanda dos usuários supera os serviços ofertando. Muitas vezes os usuários não conseguem realizar exames solicitados ou só conseguem depois de 2 meses, isso causa atraso nas consultas. Mais existe usuários quem tem recurso econômico para fazer os exames no laboratório particular.

Outra dificuldade foi a cadastramento dos usuários, minha área de abrangência que esta composta por seis micros áreas além de uma área que nunca foi cadastrada que este baixo nossa área de atendimento (micro área sete ou área descoberta) e só temos 3 ACS contratados, assim temos 3 micro áreas sem ACS. Isso dificulta muito o trabalho porque não tivemos um cadastramento em sua totalidade das três micros áreas sem ACS. Além disso, a micro área sete ou área descoberta esta sim cadastramento na sua totalidade, temos um



estimado de 156 famílias na área, mais nunca sabemos a realidade da área pela falta de cadastramento e ACS.

3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados A planilha de coleta de dados foi uma ferramenta importante para o desenvolvimento intervenção. No início da intervenção tive dificuldade com o preenchimento, mas a medida que fui manuseando e utilizando fui me familiarizando. A planilha foi feita de maneira simples e fácil, a qual permite realizar um melhor monitoramento dos usuários cadastrados e suas necessidades, o preenchimento foi fácil e rápido.

A ficha de espelho também foi utilizada durante a intervenção, garantindo uma consulta mas eficiente e rápida. Foi utilizado também durante as visitas domiciliares. Durante o desenvolvimento do projeto foi elaborado um diário da intervenção, o diário era elaborado a cada semana explicando as atividades realizadas para atingir nossos objetivos, durante a realização das atividades eram tiradas fotos das ações. Foi solicitada para cada usuário a leitura e assinatura do termo de consentimento para a utilização das fotos para dar mostra às atividades desenvolvidas. O diário da intervenção foi importante para sistematizar o trabalho e/ou manter síntese dos acontecimentos semanais.

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

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. Avalio que melhoramos nossa adesão oferecendo um atendimento de melhor qualidade. Conseguimos intensificar o acompanhamento aos usuários acamados o com problema de locomoção. Além disso, tivemos muito apoio da direção da unidade, principalmente com as impressões dos materiais utilizados durante a intervenção.

Terminamos nossa intervenção com uma experiência muito boa já que trabalhamos para desenvolver um serviço organizado voltado para a saúde dos usuários idosos. Tivemos dificuldades, mas soubemos identificá-las, trabalhar para vencê-las e seguir em frente para melhorar a nossa qualidade de entendimento. Acredito que intervenção foi incorporada à rotina do serviço já que conseguimos criar um atendimento de qualidade, de maneira organizada, com participação de todos os membros da equipe. Ainda algumas mudanças precisam

ser realizadas para melhorar nosso serviço, como a incorporação de três ACS na equipe para que as microáreas possam ser completas, e cadastrar a área descoberta para poder ter conhecimento exato da população existente e garantir acompanhamento, assim a gente pode vencer os obstáculos e garantir atenção da alta qualidade a nossa população.

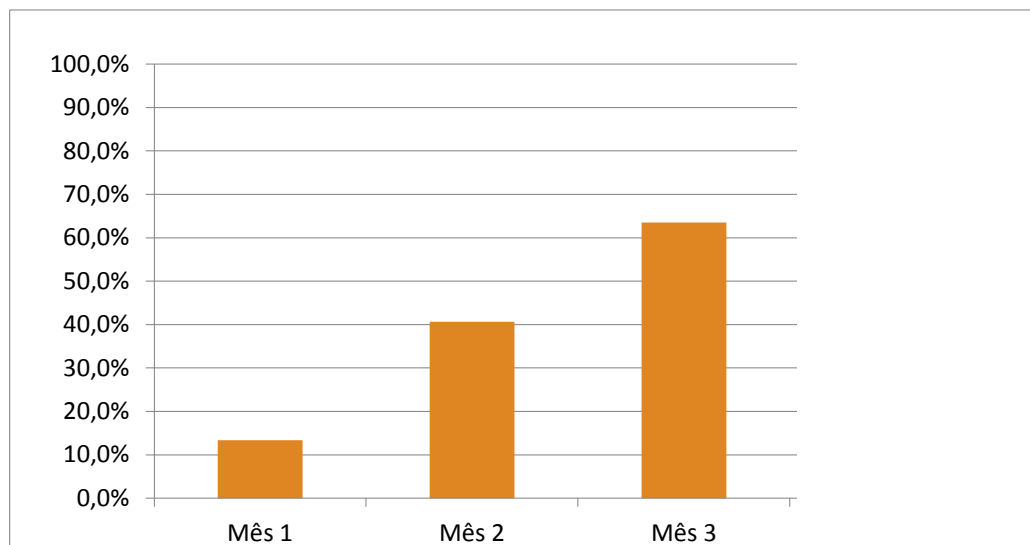
## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação da atenção ao Idoso na UBS Cinturão Verde na área de abrangência. O público alvo foram 381 idosos. Para atingir o objetivo de ampliar a cobertura dos idosos em acompanhamento, propomos como meta cadastrar 100% dos idosos da área de abrangência no Programa de Atenção à saúde dos Idosos da unidade de saúde. Os resultados obtidos foram avaliados por meio dos indicadores e serão aqui descritos comparando-os às metas e objetivos pactuados no projeto de intervenção.

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção a pessoas idosas na UBS Cinturão Verde.

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.



Gráfica 3: Proporção de cobertura de idosos na UBS Cinturão Verde, Cinturão Verde Equipe 5,2.

Um dos objetivos foi a ampliação da cobertura de atenção as pessoas idosas na área adstrita da UBS. Há uma estimativa de 381 idosos para a área de abrangência, tendo em vista o número de habitantes da área que é de 3.805 habitantes, 10% são idosos, ou seja, 381 idosos. Durante os três meses da intervenção, cadastramos um total de 242 (63,5%). O indicador de cobertura foi aumentando mensalmente desde 51 (13,4%) idosos no primeiro mês, 155 (40,7%) no segundo mês e 242 (63,5%) idosos no última mês (Gráfica 3). No primeiro mês a captação dos usuários para citar à consulta para foi relativamente pouco, devido a falta de experiência das ACS em realizar a captação e também pela adaptação da equipe e da comunidade a intervenção. Alguns fatores que prejudicaram o alcance das metas também foi a falta de três ACS para todas as seis microáreas, os dias feriado municipais e estaduais, além disso, algumas famílias não permitiram entrar nas suas residências por não terem vínculo com a unidade ainda, pois fazem acompanhamento pelo particular, e também pela redução de quatro semanas de intervenção.

**Relativas ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas idosas.

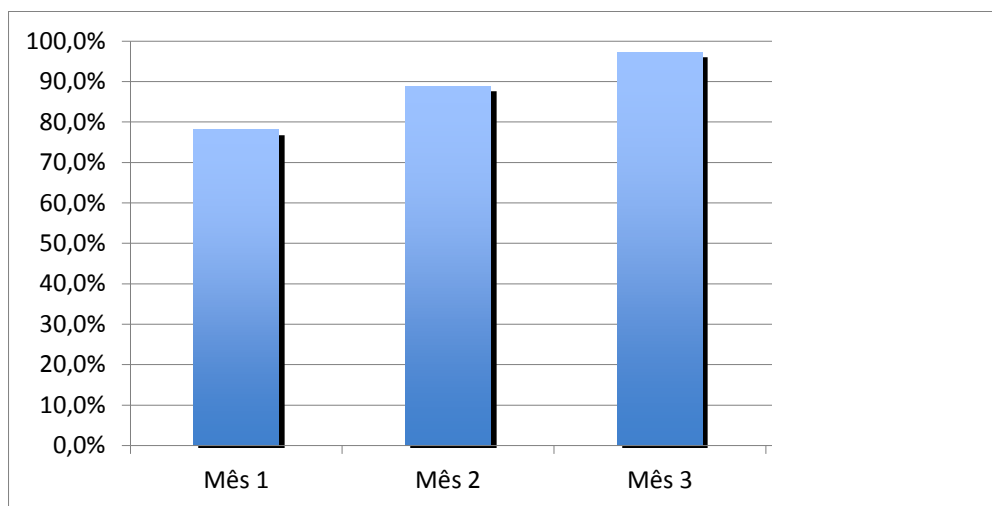
**Meta 2.1** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Alcançamos a meta proposta pois realizamos a avaliação multidimensional rápida (AMR) em todos os usuários cadastrados, usando protocolo do ministério da saúde. No primeiro mês a AMR foi realizada em 51 (100%) idosos, mais 104 usuários receberam a AVM no segundo mês, contabilizando 155 (100%) e mais 87 no segundo mês, ou seja 242 (100%) receberam a AMR. Esta ação foi importante para melhorar a qualidade da atenção e já faz parte da consulta das pessoas idosas na UBS. As ações da intervenção que auxiliaram o alcance da meta foram a capacitação das profissionais sobre AMR e a discussões durante as reuniões da equipe além de documentos entregadas para leitura. Esta avaliação foi importante para nos porque avalia a função ou capacidade físico, psíquico e mental dos usuários obtendo dificuldade de linguagem, lembrança e função sexual entre outras.

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

O exame clínico apropriado foi realizado em todas as consultas, incluindo o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos. Os 242 usuários cadastrados receberam o exame clínico apropriado em todas as consultas. Durante a consulta medica, a exame físico apropriado sempre fez parte da rotina. Ações que facilitaram a realização do exame clinico apropriado foi a sensibilização do usuário idosos quanto a importância dessa avaliação, e o conhecimento da equipe. Tivemos sete usuários com diminuição da sensibilidade e uma com ausência do pulso tibial posterior no membro inferior esquerdo, ela foi encaminhada para serviço de cirurgia cardiovascular. Foi muito importante para nossa equipe e para mim como medico realizar esta avaliação porque ajuda a detectar a tempo oportuno complicações diabéticas como poli neuropatia diabética além de arteriosclerose e diminuição de circulação de sangue aos pés, necessário para administrar tratamento adequado e ou encaminhamento para especialista sim fosse necessário.

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

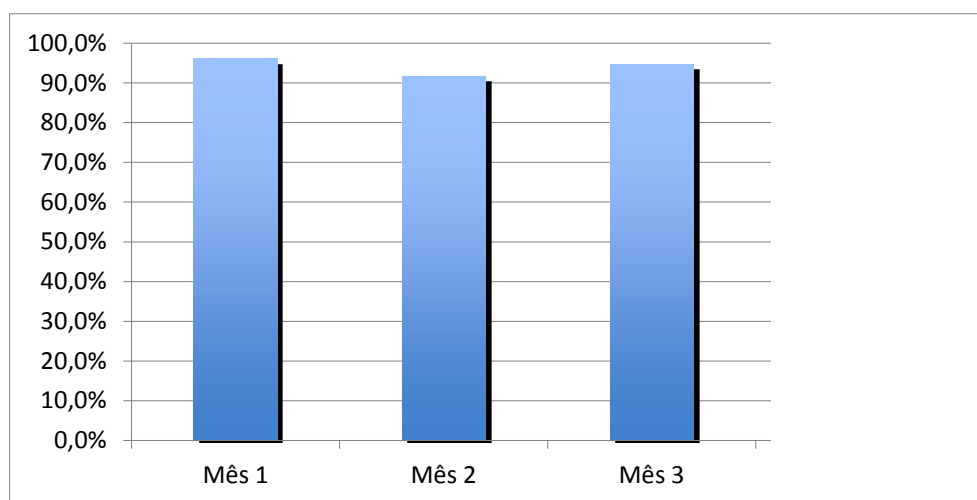


Gráfica 4: Proporção de cobertura de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos. UBS Cinturão Verde, Equipe 5,2.

Ao começo da intervenção foi cadastrado 51 usuários os quais, 41 eram hipertensos e/ou diabéticos, destes 32 (78%) deles tiveram a solicitado exames complementares, no segundo mês dos 155 cadastrados, 133 eram diabéticos e/ou hipertensos e 118 (88,7%) receberam a solicitação de exames complementares, no terceiro mês dos 242 usuários cadastrados, 210 tinham hipertensão e/ou diabetes e 204 (97,1%) haviam recebido a solicitação de exames complementares (Gráfica 4). Nem todos os usuários cadastrados sofrem de uma das doenças prioritária (diabetes ou hipertensão), além disso, existem aproximadamente 42 usuários que tem as duas doenças. Esta ação deve ser continuada com efetividade para poder diagnosticar complicações precoces das doenças e para melhorar o seguimento dos usuários. Esta meta foi alcançada em um 100% porque já tinham usuários com exames complementares realizados recentemente que não foi necessário realizar a solicitação. A solicitação de exames complementares é sumamente importante para ou usuários e para o desenvolvimento da intervenção, serve principalmente para a avaliação dos riscos dos usuários para desenvolver doenças cardíacas ou também para evitar complicações dos mesmos padecimentos. Durante a intervenção foi notado um aumento de exames do perfil lipídico especificamente triglicerídeos, colesterol e ésteres de colesterol. Foi diagnosticado 8 idosos com exames complementares

alterados especificamente as funções renais (creatinina e ureia), três desses usuários foram em terapia substituída renal modalidade hemodiálise. Foi uma conquista para nossa equipe captar esses usuários com doença renal crônica através dessa ação.

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



Gráfica 5: Proporção de cobertura de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

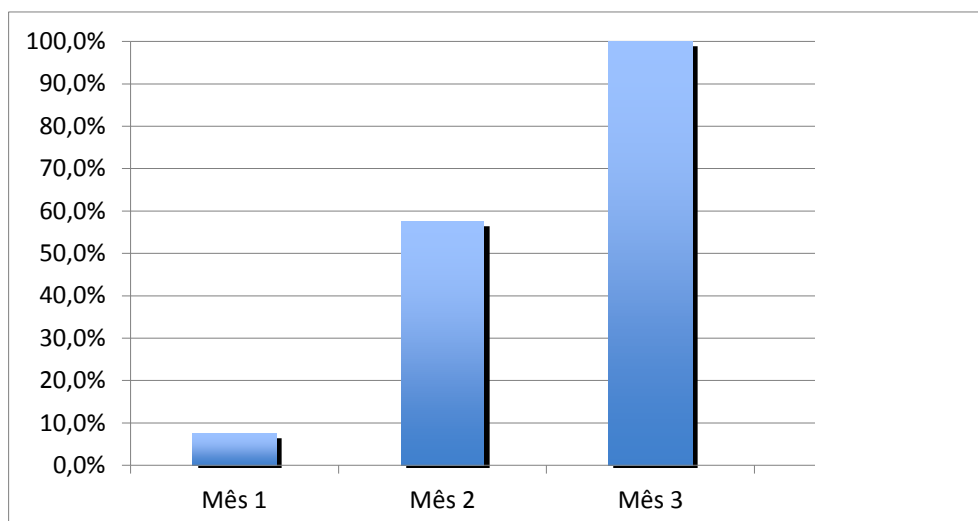
No primeiro mês foram prescritos medicamentos para os 49 (91,6%) dos 51 usuários diabéticos e/ou hipertensos, dois usuários compravam sua medicação porque o medicamento não existia na rede pública por ter sido indicado por especialista. No segundo mês foram prescritos 142 (94,6%) de 155 usuários também foi atribuído pela indicação por especialista, e no terceiro mês e 229 (94,6%) usuários com prescrição dos 242 usuários cadastrados (Gráfica 5). Muitos usuários cadastrados apresentam hipertensão arterial e/ou diabetes requerendo medicamentos para beneficiar seu controle, por tanto durante a intervenção a maioria dos medicamentos prescritos foi para o controle dessas duas doenças crônicas e eram retirados na farmácia popular com prioridade. Não tivemos problemas em realizar esta ação porque foi usada uma lista para registrar os medicamentos indicados para os usuários a qual serve para saber a frequência de ser prescritas, e para garantir um stock de medicamentos mensal para entregar aos usuários. Alguns medicamentos que não estão disponíveis na

unidade estão disponíveis na farmácia popular. Por exemplo, a losartan em na unidade tem apresentação de 25 mg as vezes os usuários usam de 50 mg de 12/12 horas, eles pega de 50 mg na farmácia popular porque não temos quantidade grande para entregar 120 comprimidos para um usuário.

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

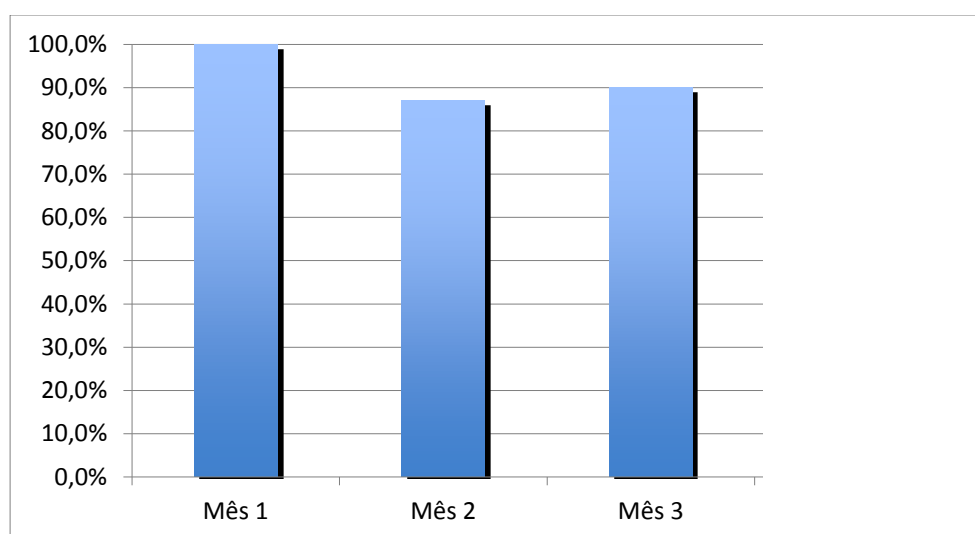
No território há uma estimativa de 30 usuários com problemas de locomoção, considerando que corresponde a 8% do total de 381 idosos. Contudo foram cadastrados e acompanhados 40 usuários idosos com problemas de locomoção. O primeira mês cadastramos 3 (7,9%) usuários acamados ou com problema de locomoção, no segundo mês foram 23 (60, 5%) e no terceiro mês 40 (100%) usuários (Gráfica 6) . Este indicador teve melhora significativa após o primeiro mês, posterior a reunião da equipe ao avaliar resultados do primeiro mês. Achamos que o número de idosos chamados e/ou com problemas de locomoção pode ser maior, pois não temos 100% de cobertura, há microáreas descobertas, temos com equipe terminar de realizar esta ação na sua totalidade para poder ter os valores exatos de usuários deste grupo. Também dar, mas informações à comunidade sobre esta ação e a importância para nós como equipe. Esta ação foi realizada, e teve o papel muito importante das ACS para identificar os usuários, foi usado prontuário médico, a ficha espelho e ficha de visita domiciliar criada pela equipe para o registro do cadastramento, ademais a capacitações da equipe nas reuniões da equipe para a preparação de esta ação. Algumas que apresenta limitação motora devido a complicações por diferentes doenças com diabetes onde foram amputados e outros devidos a sequela de AVC e um número mínimo de usuários com problemas congênitos. Todos menos uma estão sendo cuidada por sua família, a exceção mora sozinho e apresenta problemas devido a um acidente de transito.





Gráfica 6: Proporção de cobertura de idosos com problemas de locomoção cadastrados.

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



Gráfica 7: Proporção de cobertura de idosos com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Foram visitados no seu domicílio, no primeiro mês os 3 (100%) usuários, no segundo mês foram visitados um total de 20 (87%) e 36 (90%) usuários no terceiro mês (Gráfica 7). Este indicador está relacionado com o indicador especificado anteriormente porque avalia a magnitude do impacto da equipe com relação à qualidade da atenção aos usuários com problemas de locomoção.

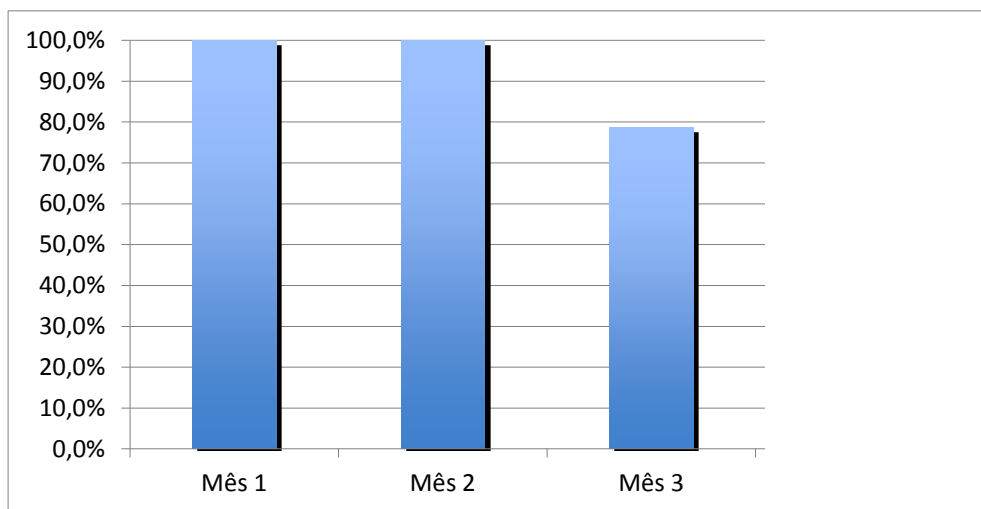
Tivemos dificuldade em alcançar essa meta porque alguns usuários não estavam presentes na sua casa por ter consultas da referência (encaminhamento com especialista) com outras especialidades ou estavam viajando para outros municípios do estado no período. As visitas domiciliares foram realizadas primeiras pelas ACS e depois em conjunto com a enfermeira e médico. A maioria nunca foram visitado pelo médico ou pela equipe, causa satisfação grande por parte de as famílias porque os usuários foram examinados, avaliados além de solicitar exames complementares e prescrição de medicamentos, também a agendamento de visitas sucessiva. Através de as visitas podemos observar que em um ano trabalhando na área como médico da família a realidade que foi encontrado nunca foi que o esperado, que temos muitos usuários quem não têm essa oportunidade de ser atendido no domicílio. Isto aumenta e ou melhorou a relação com a equipe porque temos mas entrada de ligações de parte de famílias à unidade solicitando conselhos em quanto a tratamento, dieta e mas visitas. Foi usado prontuários médicos, ficha espelho, e fichas criado pela equipe com registro para garantir planejamento adequado para esta ação.

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

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

Todos os usuários cadastrados foram rastreados para HAS nos três meses de intervenção, 51 (100%), 155 (100%) e 242(100%) usuários respectivamente. Todos os usuários ao serem atendidos pela equipe seja durante a consulta medica e/ou visita domiciliar sempre receberam a verificação da pressão arterial como ação para o rastreamento para esta doença. Esta ação foi possível alcançar devido a capacitação e ao conhecimento da equipe, medico, enfermeira em realizar medição da pressão arterial de maneira eficiente. Não tivemos dificuldade em alcançar 100% nesse indicador já forma parte da rotina na consulta medica e visita domiciliar.

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

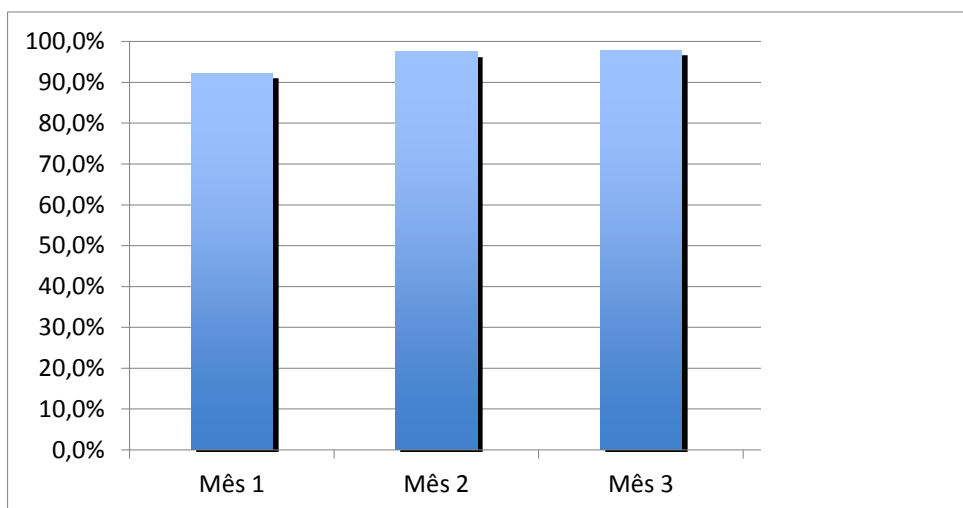


Gráfica 8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

No primeiro mês, todos os usuários hipertensos foram rastreados para diabetes, um total de 29 (100%) usuários, no segundo mês 83 (100%) usuários com pressão sustentada maior de 135/80 mmHg foram rastreados para diabetes. No terceiro mês foram 11 usuários para um 78,7% de usuários hipertensos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmHg quem foram rastreados para diabetes (Gráfica 8). Esta ação foi um desafio para a equipe, este percentil baixo posso atribuir a falta técnico que tivemos com falta de fita e glicômetro na unidade, foi reportado ao diretor da unidade e coordenadora da macroarea sobre a falta e só foi solucionado depois.

Para poder fazer esta ação mais eficiente acho que e necessário criar um mecanismo para verificar a pressão arterial mais de uma vez durante o dia e calcular pressão arterial media (PAM) para determinar se entra na este critério. Por isso esses usuários hipertensos com cifras de pressão menor que 135/80 mmHg (bem controlado) não foram rastreados para diabetes, quando realmente deve ser todos com ou diagnostico de hipertensão para o rastreamento.

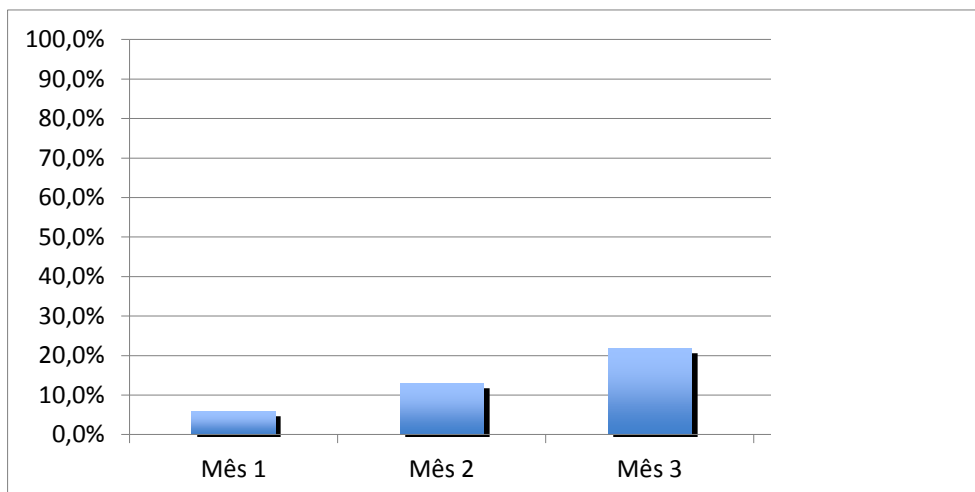
**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.



Gráfica 9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Foi avaliado a necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês, dos 51 usuários cadastrados 47 (92,2%) foram avaliados, no segundo mês dos 155 idosos cadastrados 151 (97,4%) e no terceiro mês dos 242 idosos cadastrados, 237(97,9%) receberam avaliação odontológica (Gráfica 9). Tivemos 5 usuários quem relataram ter consulta odontológica frequentes em serviços privados, os quais negaram ser avaliados. Alcançamos esta meta de maneira fácil, foram avaliados quase todos os usuários idosos, esta ação foi realizada durante a consulta médica e nas visitas domiciliar. Esta ação foi possível pela capacitação que foi realizado durante reunião da equipe sobre identificação de problemas odontológicos básicos como caries dentais, dentes quebrados, ausência de dentes, problemas com tartar e perióstio de prótese dentais mal cuidada, já forma parte da rotina de nossa equipe não somente para os esta intervenção e os usuários idosos, mas para toda a população da área de abrangência.

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



Gráfica 10: Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês apenas 3 (5,9%) usuários idosos tiveram a primeira consulta odontológica programática com um aumento significativo nos meses sucessivos de 20 (12,9%) e 53 (21,9%) no primeiro e segundo mês respectivamente (Gráfica 10). Tivemos muito dificuldade para o alcance dessa meta pois na unidade não temos equipe de saúde bucal. Mas conseguimos estabelecer uma parceria com a UBS Asa Branca que fica próximo da unidade para que os usuários idosos recebessem o atendimento odontológico. A UBS Asa Branca está nos ajudando muito, pois se organiza para disponibilizar 10 vagas semanais para os nossos usuários idosos. Estão sendo atendidos primeiro aqueles com maior necessidade de atendimento odontológico. A avaliação básica odontológica realizada pela equipe durante acolhimento, consulta médica e visitas domiciliares ajuda muita a identificar usuários mais necessitados. Foi identificados problemas como caries dentais, ausências de peças dentaria e prótese dentaria mal cuidada.

**Relativas ao Objetivo 3:** a adesão das pessoas idosas ao programa.

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

Todos os usuários faltosos as consultas receberam busca ativa. Ao longo da intervenção tivemos um usuário que faltou a consulta programada e a esse foi feito busca ativa pelos ACS. O usuário que faltou, ficou internado no centro hospitalar, ao pegar alta foi morar no interior do estado na casa do filho maior. A

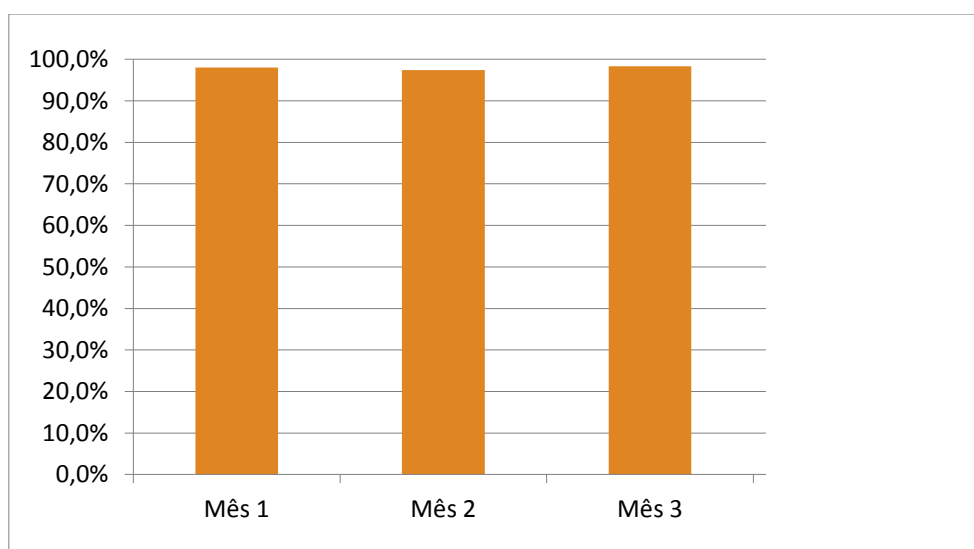
adesão dos usuários as consultas foi muito boa, pois a sempre eram explicados durante as consultas medicas, visitas domiciliares e atividades coletivas aos usuários sobre a importância das consultas programadas e/ou sucessivas.

**Relativas ao Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

Todos os idosos cadastrados tiveram o registro específico realizado. Com um total de 55 (100%) no primeiro mês, 155 (100%) e 242 (100%) respectivamente. Este objetivo foi alcançado sem problema, já como rotina na intervenção, a ficha de espelho foi usado para todos os usuários em os três meses da intervenção. Essa ficha foi organizado pelo Universidade Federal de Pelotas como um instrumento para a registro de dados durante a intervenção, também foi usado prontuários médicos para o registro com detalhes do cada usuário, melhorou o nosso acompanhamento e nos auxilia na procura de informações sempre que necessário.

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



Gráfica 11: Proporção de idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

No primeiro mês da intervenção 50 (98,0%) usuários receberam e estavam usando a Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, no segundo mês 151 (97,4%) e 238 (98,3%) no terceiro mês (Gráfica 11). Não foi entregue caderneta a 100% dos usuários cadastrados, porque uma não tivemos exemplares suficientes no momento para entregar, quando foi conseguidos os usuários quem faltaram não estava na área. A caderneta de saúde foi entregue e estava sendo usada por todos os idosos que receberam, alguns nunca tinham recebido e outros estavam com um exemplar em péssimas condições e por isso foi substituído. Agradecemos ao gestor da macroarea e diretor da UBS pela disponibilidade das cadernetas.

**Relativas ao Objetivo 5:** Realizar avaliação de risco as pessoas idosas

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

Foram rastreadas 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade ao longo dos três meses da intervenção. Com um total de 55 (100%) no primeiro mês, 155(100%) e 242 usuários (100%) no terceiro mês. Este objetivo foi alcançado sem problema, já como rotina na intervenção. Foi usada a classificação de farmingham como modelo para a avaliação desta ação. Houve usuários com score acima e/ou com risco de desenvolver doenças cardíacas. Como G.T. S de 68 anos feminina como pressão arterial 170/100 mmHG, obesidade tipo II, sedentária e fumante.

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

Foi investigada a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas ao longo dos três meses da intervenção. Com um total de 55 (100%) no primeiro mês, 155 (100%) e 242(100%) no segundo e terceiro mês respectivamente. Para alcançar essa meta foi usada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pela atual Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006). A equipe avalia uma idosa com 99 anos de idade, lucida, ainda tem preservado atividades

motoras e físicas mais tem deterioração na área cognitiva. Esta meta foi alcançada sem problemas, já como rotina na intervenção.

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

Foi avaliada a rede social de 100% dos idosos ao longo dos três meses da intervenção. Com um total de 55 (100%) no primeiro mês, 155(100%) e 242 (100%) no segundo e terceiro mês respectivamente. As visitas domiciliares ajudam muito em alcançar esta ação, pela conversa com os familiares as quais ajudam a dar informações sobre os usuários e a relação no bairro. Foi cadastrado 100 usuários que formam parte de clube ou grupo de idosos as quais fazem exercícios físicos e algumas atividades grupais. Não houve nenhum problema em relação à esta ação.

**Relativas ao Objetivo 6:** Promover a saúde das pessoas idosas

**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.

Todos os usuários idosos cadastrados na intervenção receberam orientações referente a : orientação nutricional por hábitos alimentares saudáveis, orientações sobre a prática regular de atividade física, orientações sobre higiene bucal. Com um total de 55 (100%) no primeiro mês, 155 (100%) e 242 (100%) respectivamente no segundo e terceiro mês. Estas metas foram alcançadas sem problemas, e já faz parte da rotina na intervenção nas consultas médicas, durante o acolhimento, visitas domiciliares e a promoção em saúde durante as atividades coletivas. A equipe sempre valorizou as ações de prevenção, pois acredita que a prevenção depende principalmente das orientações individuais dos usuários em respeito ao ganho do peso ao idosos obesos cadastrados no programa.



## 4.2 Discussão

A Unidade Básica de Saúde Cinturão Verde está localizada na cidade de Boa Vista no bairro de Cinturão Verde, presta atenção básica de saúde à população na sua área de abrangência e outros bairros pertos, e adstrita ao Prefeitura de Boa Vista através da Secretaria Municipal de Saúde. Esta conformada por uma equipe 5.2 com dois médicos da PMM dentro as quantidades de profissionais que trabalha na unidade.

Como parte de especialização do médico no PMM, foi realizada um projeto de intervenção na unidade com benefício total à população idosa na área com o fim de melhorar a atenção e cobertura à esta faixa etária pelo período de 3 meses. Com a participação da equipe 5.2 em sua totalidade para garantir continuidade em longo prazo.

A intervenção propiciou a qualificação do programa de saúde destinado aos idosos através da ampliação da cobertura e qualidade da atenção. No período de três meses cadastramos 242 (63,5%) idosos. Inicialmente tivemos dificuldade no cadastramento, devido a falta de experiência das ACS em realizar o cadastramento e também pela adaptação da equipe e da comunidade a intervenção. Alguns fatores que prejudicaram o alcance da meta de cobertura de 100% foi a falta de três ACS, considerando que seis microáreas no total, os dias feriado municipais e estaduais que prejudicaram as ações da equipe, além disso, algumas famílias não permitiram entrar nas suas residências por não tem confiança com na unidade, e também justificaram que sempre consultam com médicos particulares, outro fator que influenciou foi a redução de quatro semanas de intervenção, proporcionado um período de doze semanas para o cumprimento da meta. As ações irão continuar e pretendemos em 16 semanas cadastrar 100% dos idosos da área.

O exame clínico apropriado foi realizado em todas as consultas, incluindo o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos. Realizamos a avaliação multidimensional rápida (AMR) em todos os usuários cadastrados, usando protocolo do ministério da saúde. A avaliação multidimensional rápida além de

promoção e prevenção em saúde foi realizada para desenvolver intercorrências e mudança no estilo de vida. Realizamos avaliação de risco a todas as pessoas idosas para risco de morbimortalidade. Foi Investigada a presença de indicadores de fragilização na velhice em todos os idosos, bem como, fizemos a avaliação da rede social, as consultas cínicas e visitas domiciliares foram as estratégias usadas pela equipe para garantir que todos recebessem essas avaliações. Todos os usuários idosos cadastrados na intervenção receberam orientações referente a :orientação nutricional por hábitos alimentares saudáveis, orientações sobre a prática regular de atividade física, orientações sobre higiene bucal. Conseguimos também realizar busca ativa dos usuários faltosa, preenchendo adequadamente a ficha de espelho melhorando o registro das consultas.

Dos 242 idosos cadastrados, 237(97,9%) receberam avaliação odontológica. Tivemos 5 usuários quem relataram ter consulta odontológica frequentes em serviços privados, os quais negaram ser avaliados. Porém somente 53 (21,9%) usuários receberam a primeira consulta odontológica. Tivemos muito dificuldade para o alcance dessa meta, pois na unidade não temos equipe de saúde bucal. Mas conseguimos estabelecer uma parceria com a UBS Asa Branca que fica próximo da unidade para que os usuários idosos recebessem o atendimento odontológico. São disponibilizadas 10 vagas semanais para os nossos usuários idosos. Estão sendo atendidos primeiro aqueles com maior necessidade de atendimento odontológico.

Não tivemos exemplares suficientes da caderneta da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, sendo que 238 (98,3%) idosos receberam a caderneta, já conseguimos as cadernetas e estamos entregando a todos, alguns nunca tinham recebido e outros estavam com um exemplar em péssimas condições e por isso foi substituído. O rastreamento para diabetes foi realizado a todos os usuários hipertensos com cifras tensional maior de 135/80 mmHg, ação que nunca tinha sido realizada anteriormente na unidade. A solicitação de exames complementares em dia aos idosos com hipertensão e/ou diabetes foi realizada a 204 (97,1%) idosos, está ação foi desenvolvida com efetividade. Muitos já tinham exames complementares realizados recentemente. A solicitação de exames complementares é sumamente importante para ou usuários e para o desenvolvimento da intervenção, serve principalmente para a avaliação dos riscos

dos usuários para desenvolver doenças cardíacas ou também para evitar complicações dos mesmos padecimentos.

Dos 242 usuários cadastrados 229 (94,6%) usuários estavam com a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Não tivemos problemas em realizar esta ação porque foi usada uma lista para registrar os medicamentos indicados para os usuários a qual serve para saber a frequência de ser prescritas, e para garantir um stock de medicamentos mensal para entregar aos usuários. Alguns medicamentos que não estavam disponíveis na unidade estavam disponíveis na farmácia popular.

Todos os usuários com problemas de locomoção foram cadastrados e acompanhados pela equipe. Realizamos visita domiciliar a 90% desses idosos. Tivemos dificuldade em alcançar essa meta porque alguns usuários não estavam presentes na sua casa ou estavam viajando para outros municípios do estado no período. As visitas domiciliares foram realizadas primeiras pelas ACS e depois em conjunto com a enfermeira e médico. A estimativa de 40 usuários idosos com problemas de locomoção ou acamados de acordo com o número de habitantes de área. Achemos que a estimativa pode ser maior, pois temos três micros área descoberta, temos com equipe terminar de realizar esta ação na sua totalidade para poder ter a estimativa exatas de usuários.

Os fatores que contribuíram para organizar a intervenção foi contato com as lideranças comunitárias para conversar sobre a intervenção, e as reuniões e capacitações da equipe que aconteceram sem prejuízos.

### **Importância da intervenção para a equipe**

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à atenção das pessoas idosas, e rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento da hipertensão e Diabetes, com base no protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010). A intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe a qual acabou tendo impacto no acolhimento dos usuários em geral. Também foi fundamental para a união e melhoramento do trabalho como equipe, melhorou a comunicação, a dinâmica com o uso de informação e mais importante para nós a resolução de conflitos através de conversa e negociações para o benefício da

equipe e aos usuários. Conseguimos melhorias com o desempenho e distribuição do trabalho na unidade, os ACS ficaram responsáveis pelas buscas ativas junto ao médico e atividades de educação em saúde para os usuários. O acolhimento inicial dos usuários, preenchendo parcialmente a ficha de espelho, anameses parciais buscando fatores de riscos ficou de responsabilidade o técnico de enfermagem. A enfermeira e o médico ficaram responsáveis pelas consultas, completando os dados na ficha espelho e pela capacitação dos profissionais da UBS. A enfermeira também ficou responsável pelo registro e monitoramento das ações.

### **Importância da intervenção para o serviço**

Para o serviço a intervenção teve um impacto muito interessante já que traz uma transformação completa da atenção das pessoas idosas, melhorando o agendamento dos usuários para as consultas, inserindo consulta de dois turnos semanais para idosos, pois antes da intervenção havia uma falta de organização e falta de conhecimento da equipe. Além disso, a melhora da classificação de risco nos permitiu planejar um atendimento diferenciado para aqueles usuários que mais precisavam e o trabalho ficou mais organizado. Assim, foi possível perceber que aumentando o número de vagas para os idosos houve diminuição de demanda espontânea deles. Também melhorou o fluxo de usuários para outras consultas garantindo uma atenção organizada à população.

### **Importância da intervenção para a comunidade**

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, por enquanto, não teve o impacto como esperávamos, já que não conseguimos chegar à meta prevista que era de 100% de cobertura de idosos, mas todos os usuários acompanhados pela equipe atualmente manifestam uma grande satisfação com os serviços oferecidos, a prioridade no atendimento, a qualidade da atenção e o maior empenho da equipe para satisfazer as necessidades da comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura e pretendemos investir fortemente nas ações para que

todos os idosos da área sejam cadastrados e acompanhados com qualidade pela equipe de saúde

### **O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento**

Se fossemos iniciar a intervenção neste momento, algumas coisas faríamos diferente, por exemplo, teríamos elaborado mais ações para fortalecer a articulação com a comunidade e trabalharia melhor com as fichas espelhos, pois demorávamos muito para preenche-las no início da intervenção. Além de realizar mais atividades educativas em promoção e prevenção em saúde para os usuários, aumentar a frequência de visitas domiciliares e também articular com a secretaria de saúde municipal para a ajuda com transporte para os usuários necessitados para realizar exames complementares além de realizar previamente uma articulação para consulta odontológica em outro UBS já que nossa unidade não realiza atendimento odontológico. Agora que estamos analisando os resultados percebo que a equipe está integrada e temos que seguir trabalhando para poder garantir excelência no serviço.

### **Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhorias pretende fazer na intervenção**

A intervenção já está incorporada na rotina da equipe, e é viável para nossa equipe de saúde, será muito importante para nós seguir com a rotina diária das ações na unidade. Assim devemos seguir orientando todos os usuários, familiares e comunidade sobre a importância do atendimento e acompanhamento dos idosos na unidade. Nos próximos meses vamos dar melhoria nas ações, continuando as ações para cadastrar usuários faltantes para aumentar a cobertura, melhorar registro, realizar as visitas domiciliares e melhorar a relação entre a unidade e comunidade através da realização de mais palestras e atividades coletivas. Para poder ter eficiência na realização das ações será importante a contratação de 3 ACS faltantes.

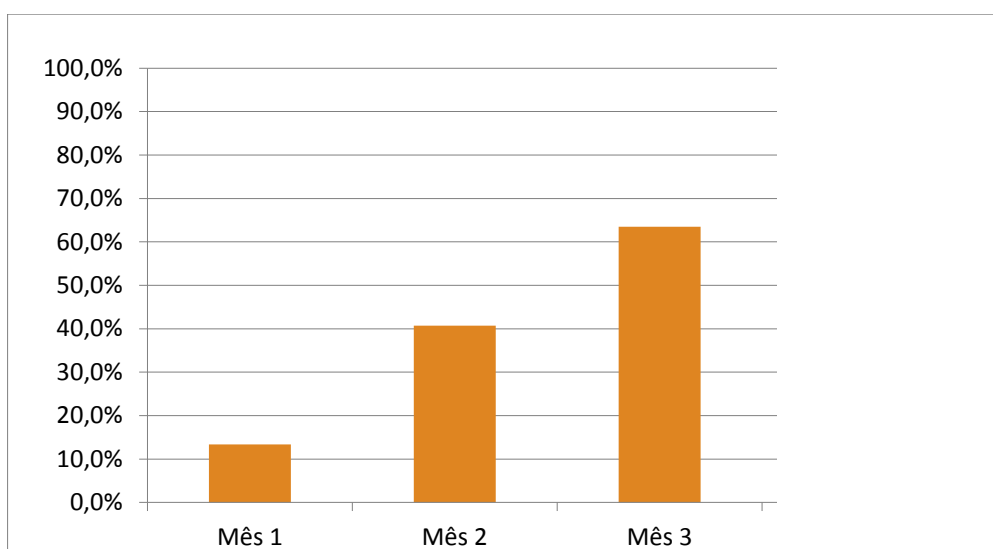
## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Caros gestores,

Com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médico para o Brasil (PMM) em julho do ano 2013. Desta maneira chegamos ao Brasil eu e muitos médicos com a missão de ampliar e melhorar a saúde da população através do atendimento aos usuários do SUS. Uma das exigências do PMM é a realização de um curso de especialização em saúde da família oferecida pela UFPEL, o qual orientou uma análise da UBS que possibilitou a realização de um projeto de intervenção com foco na saúde do idoso.

Através desta comunicação venho a informar sobre o projeto de intervenção que teve como objetivo a melhoria na atenção à saúde de pessoas idosas realizadas pela equipe 5.2 da UBS Cinturão Verde na cidade de Boa Vista (RR). Escolhemos como foco os idosos, pois percebemos que temos uma população grande de pessoas nessa faixa etária, 381 usuários idosos. Porém poucos eram acompanhados. Nossa cobertura antes da intervenção era de 68 (17,84%) idosos, uma cobertura muito baixa, tínhamos uma deficiência grande no serviço de atenção especialmente no acompanhamento adequado de usuários na qualidade dos atendimentos clínicos e a adesão desse grupo às ações da unidade básica de saúde. Para a área é estipulado que tenham 381 usuários idosos.

Com os esforços e o apoio de todos os profissionais da equipe e a gestão municipal o projeto de intervenção foi uma realidade. Inicialmente realizamos uma palestra com a equipe e a comunidade para falar sobre a importância do projeto para o benefício para da população maior de 60 anos na área de abrangência. Além de reuniões periodicamente da equipe para facilitar as capacitações dos profissionais para qualificar a abordagem a população idosa. Realizamos o cadastramento dos usuários com idade igual ou maior a 60 anos da área cobertura no programa e assim conseguimos cadastrar e acompanhar 242 (63,5%) idosos.



Gráfica 12: Proporção de cobertura de idosos na UBS Cinturão Verde, Cinturão Verde Equipe 5,2.

Todos os usuários idosos cadastrados com problemas de locomoção e ou acamados estavam sendo acompanhados, totalizando 40 usuários idosos nessas condições. Disponibilizamos dois turnos de consulta para pessoas idosas semanal com 16 vagas por turno, um total 32 vagas semanais para o atendimento clínico além de 8 vagas semanais divididos em dois turnos para as visitas domiciliares semanais do médico (Gráfica 12). Também as consultas de agendamento aberto o atendimento geral. Isto aumentou consideravelmente as vagas para atendimento semanal. Conseguimos organizar os registros e manter as informações dos usuários idosos atualizados. A dinâmica consulta foi organizada pela equipe para garantir harmonia e fluxo de usuários na unidade, realizamos o acolhimento e exame clínico qualificado a todos os usuários

cadastrados no programa pelas técnicas de com avaliação dos riscos e a verificação dos sinais vitais; pressão arterial, peso, altura e glicoteste aos usuários hipertensos. A realização de exame físico, palpando pulsos periféricos, auscultação cardíaca, avaliação odontológica, avaliação multidimensional rápida além de promoção e prevenção em saúde sobre alimentação saudável, pratica de exercícios e higiene. Também forem prescritas receitas com preferência à farmácia popular, além disso, a solicitação de exames laboratoriais nas consultas. Conseguimos intensificar as buscas ativas dos usuários faltosos às consultas e realizar mais visitas da equipe aos usuários com exames laboratoriais alterados.

O apoio da gestão municipal foi uma grande ajuda para nos durante o desenvolvimento do projeto, desde o fornecimento de instrumentos para a atenção clínico médica medica; estetoscópio, esfigmomanometro, baixa língua, fita para glicoteste, glicômetro, fita métrica, folders para os documentos além de impressão de fichas de espelho entre outras. Também o apoio incondicional através da coordenação da macroarea a qual solucionou problemas, sobretudo a solução de atendimento de odontológica para as pessoas idosas em outra unidade que realiza este tipo de atendimento.

Para garantir continuidade do projeto como rotina na unidade, será importante manter o uso das fichas espelho e dar garantia através da articulação com a unidade e a gestão municipal, também dar soluções adequadas a tempo. Uma das áreas que podemos examinar ou estudar a fim de encontrarmos estratégias junto a gestão é apoio ao transporte aos usuários para acessar outras unidades para realizar consulta odontológica. Também a contratação de ACS para as microáreas faltantes isto ajudará ter melhor cobertura e acompanhamento da atenção a população e melhorar assim a relação diretamente entre a unidade e comunidade. Com tudo isso, acreditamos que temos possibilidade de implantar outras ações programáticas na rotina do trabalho com o fim de garantir a atenção aos diferentes grupos e melhorar atenção da saúde a população da comunidade.



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

Prezados senhoras e senhores do bairro Cinturão Verde.

Sou médico da UBS Cinturão Verde, pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, trabalho especificamente atendendo à comunidade de Cinturão Verde. Nos últimos 3 meses a equipe de saúde 5.2 esteve trabalhando em um projeto de intervenção que tinha objetivo geral de qualificar a atenção das pessoas idosas. Identificamos que havia muitas problemática no nosso serviço com relação a atenção aos usuários idosos. Percebemos que temos uma população grande de pessoas nessa faixa etária, 381 usuários idosos, porém apenas 68 usuários eram acompanhados, tínhamos uma deficiência grande no serviço de atenção especialmente no acompanhamento adequado de usuários na qualidade dos atendimentos e a adesão desse grupo às ações da unidade básica de saúde. Por tais motivos foi escolhido melhorar a atenção às pessoas idosas para garantir máxima atenção aos esses usuários pertencem ao esse faixa etário.

Com os esforços e o apoio de todos os profissionais da equipe, da comunidade, e a gestão municipal o projeto de intervenção foi uma realidade. Para começar o projeto de intervenção realizamos uma palestra com a equipe e a presença da comunidade na área de espera do serviço para dar informação sobre a importância do projeto para o benefício para a população maior de 60 anos na área de abrangência. Todos os profissionais da equipe foram capacitados para qualificar as ações para os usuários idosos. Realizamos o cadastramento dos usuários com idade igual ou maior a 60 anos da área cobertura no programa. Dos 381 usuários da área, 242 estavam sendo acompanhados pela equipe nos três

meses, e 40 usuários acamados e/ou com problemas de locomoção estavam sendo acompanhados. Disponibilizamos de dois turnos de consulta para pessoas idosas semanal com 16 vagas por turno, um total 32 vagas semanal para o atendimento clínico, além de 8 vagas semanal divididos em dois turnos para as visitas domiciliares semanais do médico. Também as consultas de agendamento aberto o atendimento geral. Isto aumentou consideravelmente as vagas para atendimento semanal.

Organizamos e atualizamos os registros dos usuários idosos para conseguir oferecer-lhes um melhor acompanhamento. A dinâmica consulta foi organizada pela equipe para garantir harmonia e fluxo de usuários na unidade. O atendimento clínico foi realizado com qualidade. Também foram prescritas receitas com preferência à farmácia popular, além disso, a solicitação de exames laboratoriais para complementar as consultas. Conseguimos intensificar as buscas ativas dos usuários faltosos às consultas e realizar mais visitas da equipe aos usuários com exames laboratoriais alterados.

Foi realizada atividades em promoção e prevenção de saúde na unidade com idosos e usuários com doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, infelizmente não foi formado grupos de apoio aos idosos mais com projeções da equipe para os próximos meses, estamos trabalhando para realizar esta ação periodicamente como rotina para nossa. Considerou que faltou mais trabalho preventivo com a comunidade. Tivemos dificuldade de entrar em contato com os representantes da comunidade e trabalho com a associação de moradores, era algo que estava planejado, mais não aconteceu por causa do horário de trabalho.

Para poder dar continuidade na intervenção, é necessário o apoio da comunidade para identificar problemáticas que vem apresentando e construir estratégias, além de trabalhar em conjunto com a unidade em promoção e prevenção de saúde, participar de palestras ou atividades grupais para poder garantir adesão no serviço. Isto melhorará e fortalecerá o vínculo entre a unidade e comunidade. Também é importante formar conselho de saúde na comunidade para poder fortalecer o vínculo e ajudar a realizar decisões de importância na unidade. Para ajudar a abrir passos para a implementação de diferentes ações programáticas e garantir saúde a toda a população.

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

A culminação desse curso e o projeto trouxe para mim muita satisfação pessoal e profissional, também segurança quanto tomar decisões, e trabalhar em equipe, solucionar conflitos e sobretudo melhorar minha habilidade como um líder. Em várias ocasiões tive que dedicar apoio não só como médico, mas como amigo, com resultados positivos para minha comunidade e unidade de trabalho especificamente na organização e dinâmica de trabalho.

Todos os acontecimentos desde o começo até agora tiveram um papel fundamental no meu crescimento como profissional médico. No começo do curso tive muitos problemas em quanto a adaptação no Brasil, cultura, língua e modo de vida, todos esses fatores afetaram meu desempenho como estudante no curso de especialização. Agradeço a todos os trabalhadores da minha unidade, que me ajudaram muito para uma adaptação gradualmente que trouxe a melhoria na comunicação e trabalho. A princípio não estava acostumado a trabalhar na atenção básica, e por isso agradeço ao Programa Mais Médico pela oportunidade de trabalhar e assim explorar essa área de trabalho que agora tenho muita afinidade e amor.

Em quanto o desenvolvimento do meu trabalho e nas tarefas, foi algo difícil pra mim no início por vários motivos, um deles foi o afastamento do trabalho por uma queimadura de terceiro grau que tive na perna esquerda a qual teve intervenção cirúrgica por duas vezes diminuindo meu ritmo na especialização causando acumulação de tarefas, mas com determinação foi resolvido pouco a pouco. Também por problemas de morte familiar e sem possibilidade de viajar para acompanhar meus irmãos durante o tempo de luto. Isso causou para mim problemas de depressão e tristeza. Agradeço novamente aos profissionais da

minha equipe de trabalho, foram quem me ajudaram a sair da crise, e melhorar meu desempenho e rendimento no curso.

Ainda tenho grandes expectativas do curso para a aprendizagem, já que muitas ações aprendidas atualmente estão sendo utilizado no pratica diária na unidade, foi adquirido conhecimento novos e atualizados além de habilidades ao longo do curso realizando casos clínicos e estudo em geral, os quais me ajudaram a aprender sobre protocolos básicos de atenção básica brasileira, melhorando a atenção aos usuários e aumentou ainda mais meus conhecimentos com médico especialista em medicina familiar e de comunidade. Sinto me motivado para seguir prestando serviço na atenção básica, como especialista na área, melhorando a qualidade da vida da população brasileira.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 28 Sets 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Resumo Executivo Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. UNFPA, Nova York e HelpAge International, Londres., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International agency for research on hypertension e diabetes**. 2008

\_\_\_\_\_. Noncommunicable diseases country profiles 2014. **Chronic Disease – epidemiology**. I. World Health Organization. 2014.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







## **Anexo 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