

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS  
IDOSAS NA USF JOSÉ ARAÚJO, MÂNCIO LIMA/AC**

**Gregorio Gutiérrez Pupo**

Pelotas, 2015

**Gregorio Gutiérrez Pupo**

**MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS NA USF  
JOSÉ ARAÚJO, MÂNCIO LIMA/AC**

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

Orientador: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Pelotas, 2015

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

P984m Pupo, Gregorio Gutierrez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas na USF José Araújo, Mâncio Lima/AC / Gregorio Gutierrez Pupo; Ingrid D'avilla Freire Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Pereira, Ingrid D'avilla Freire, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos que, direta ou indiretamente, ajudaram, incentivaram e apoiaram em todo momento desta longa jornada.

A meu pai, às minhas filhas e, em especial, à minha esposa.

## **Agradecimentos**

Antes de tudo agradeço a Deus pelo dom da vida

À minha família pelo apoio em todo momento da vida

À minha esposa Ana Maria pelo apoio e incentivo no diversos momentos desta etapa.

Aos meus amigos, orientadora e professores do curso pela companhia, amizades e companheirismo.

À Universidade Federal de Pelotas por dispor-nos das condições necessárias para o desenvolvimento do meu estudo.

## Resumo

GUTIERREZ, Gregorio **Melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas na unidade de saúde da família José Araújo, Mâncio Lima / AC**. Ano 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A população mundial acima de 60 anos é de aproximadamente de 650 milhões no mundo. O Brasil em 2009 contava com uma população de cerca de 21 milhões de idosos. Sabe-se que as transformações nesse grupo etário são consequência de avanços científicos, bem como das transições epidemiológica, demográfica e nutricional. Em função disso, é preciso considerar os desafios que se relacionam ao envelhecimento populacional ativo e com qualidade de vida. Diante deste cenário e considerando o papel da APS, elaborou-se uma proposta de intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos idosos na USF José Araújo no município Mâncio Lima, Acre. O público prioritário foi o de pessoas com mais de 60 anos de idade. O período de intervenção foi de 12 semanas. Foram desenvolvidas ações a partir de quatro eixos prioritários: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, utilizando como base as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica e para a atenção a Saúde do Idoso. A intervenção adotou um protocolo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde. Foram instauradas algumas mudanças na rotina da Unidade de Saúde com envolvimento da equipe, tais como: capacitação para melhoria da prática clínica, adesão aos métodos de gestão da clínica e melhoria da qualidade dos registros em prontuários e ficha-espelho, distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, priorização do atendimento ao idoso, educação em saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis e busca ativa de idosos pertencentes à área da Unidade de Saúde, tanto para visitas domiciliares quanto para atendimentos ambulatoriais. A situação de cobertura inicial foi de 51%. Ao final da intervenção foi possível obter como resultados: 100% dos idosos da área cadastrados no programa de saúde do idoso, destes 100% tiveram exames físicos e laboratoriais realizados e avaliação multidimensional rápida, distribuição da caderneta do idoso e orientações de hábitos de vida saudáveis. Apenas 10,3% tiveram a primeira consulta odontológica programática agendada, cobertura insuficiente por dificuldades pela ausência de dentista na área no período proposto para a intervenção. Conclui-se que a intervenção oportunizou melhora na adesão e na qualidade da atenção à saúde dos usuários, ampliando a cobertura do serviço e a qualidade dos serviços prestados na unidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1- Fotografia o CAPS de nosso Município.....	12
Figura 2- Fotografia USF José Araújo.....	13
Figura 3 Gráfico 1 indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na USF.....	49
Figura 4 Gráfico 2 indicativo da proporção de idosos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada.....	52
Figura 5 Fotografia Realizando visita domiciliar Idoso com problemas de locomoção.....	53
Figura 6 Fotografia Realizando visita domiciliar Idoso com problemas de locomoção Sofre a mordedura uma cobra tornozelo direito.....	54
Figura 7 Gráfico 5 indicativo proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática em dia.....	56
Figura 8 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde .....	69

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

ACS- Agente comunitário da Saúde  
APS- Atenção Primária de Saúde  
BAAR- Bacilo acido Álcool resistente  
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial  
CEO- Centro Especializado Odontológico  
DM- Diabetes Mellitus  
EAD- Modalidade Estudo a Distancia.  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia da Saúde da Família  
EPF- Exame Parasitológico de Fezes  
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIV- Vírus de Imunodeficiência Humana  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
ORL- Otorrinolaringologia  
PCR- Proteína C Reativa  
USF- Unidade de saúde da família  
UFPEL- Universidade Federal de Pelota  
UNASUS-Universidade aberta do sistema único de saúde  
SIAB- Sistema de Informação Básica  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TCC Trabalho Culminação do Curso



## Sumário

Apresentação .....	9
1. Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2. Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamentos das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma .....	46
3. Relatório da Intervenção .....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	51
4 Avaliação da intervenção. ....	52
4.1 Resultados .....	52
4.2 Discussão.....	65
5 Relatório da intervenção para gestores .....	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	73

Referências .....	75
Anexos .....	76

## **Apresentação**

O atual volume consta do Trabalho de Conclusão do Curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, realizado pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O TCC relata o processo de construção e avaliação de intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas idosas da Unidade de Saúde da Família José Araújo do município Mâncio Lima de Estado Acre.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 e sua conclusão ocorreu no mês de junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

O volume é composto por cinco unidades de trabalho sequenciais e desenvolvido de forma integrada.

Na primeira parte descrevo a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Com a análise situacional, subsidio o leitor sobre o contexto da equipe e da Unidade, além disso, coloco em evidência alguns aspectos que demandam intervenção para melhoria do serviço.

Na segunda parte consta a análise estratégica, que consiste na elaboração de um projeto de intervenção que aconteceu ao longo da unidade 2.

A terceira parte oferece o relatório da intervenção com a análise da intervenção que aconteceu durante 12 semanas, na unidade três do curso.

Na quarta parte encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos resultados dos indicadores construídos ao longo da unidade quatro.

Na quinta e última parte descrevo minha reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Concluindo o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Meu trabalho é desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família que atende uma população em zona urbana e rural em na comunidade de Iracema Município de Mâncio Lima no estado do Acre.

Contamos com uma equipe de saúde que tem um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, oito ACS, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e um dentista.

A Unidade possui boa estrutura contando com consultório para o enfermeiro, um consultório médico, uma sala de vacinação, sala de nebulização, sala de curativos, laboratório de malária, além da recepção para o acolhimento dos usuários, sala de procedimentos, cozinha e banheiros.

Nossa equipe realiza um trabalho ligado com o objetivo de garantir saúde tanto ao indivíduo quanto às famílias com o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Além dos atendimentos clínicos, também realizamos ações de educação em saúde, visitas domiciliares a grupos de risco para avaliar suas condições de vida e seu estado de saúde.

Realizamos consultas programáticas para as gestantes e puérperas, saúde da mulher, acompanhamento das crianças e adolescentes, idosos, além de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama. Temos dificuldades em alguns segmentos por termos uma população rural que reside muito distante da USF.

Admitimos que o trabalho ainda necessita melhorar a cada dia, mas com a integração da unidade e a reflexão sobre os nossos problemas, vamos alcançar estas mudanças.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Mâncio Lima é um município brasileiro situado no final oeste do estado do Acre. Caracteriza-se por ser o município mais oeste do Brasil, abrigando o ponto extremo ocidente do território brasileiro na fonte do rio Moa, posicionada na demarcação com o Peru. É igualmente o município brasileiro mais afastado, pois a distância em linha reta da capital federal Brasília é de aproximadamente 2.870 km. A população atual de Mâncio Lima é de 15.890 habitantes (BRASIL, 2010) e sua área é de 4 672 km<sup>2</sup> (3,0 hab./km<sup>2</sup>). Limita-se ao norte com o Amazonas, ao sul e a oeste com o Peru, a leste com o município de Rodrigues Alves, e a nordeste com o município de Cruzeiro do Sul.

Mâncio Lima tem população urbana e rural, que reside às margens dos rios e igarapés da região em pequenas comunidades, a maior parte dos domicílios não conta com energia elétrica (apenas 0,5% de na população ribeirinha tem energia elétrica). Além disso, estas comunidades também não possuem água tratada. O Município possui três reservas indígenas: a dos Poyanawas que possui uma população de 403 pessoas, a língua falada é o Pano; os Nukinis, com população de 425 pessoas, cuja língua falada também é o Pano; e os Nauas estão passando por um processo de reconhecimento, já foi realizado um estudo por uma antropóloga e o processo está sendo estudado, até então os mesmos não são reconhecidos como índios Naua (Prefeitura de Mâncio Lima, 2015).

No município de Mâncio Lima existem seis Unidades de Saúde da Família (USF) e todas trabalham com Estratégia de Saúde da Família (ESF), não possuem especialidades ou pronto atendimento, não há disponibilidade de Centro Especializado Odontológico (CEO).

Temos muita dificuldade para a realização de exames complementares, pois o laboratório municipal (que fica no hospital) só realiza Hemograma Completo, Urina, EPF, Colesterol Triglicérides, Fator Reumatoide, PCR, teste de BAAR, Citologia de

colo uterino, Rx sem contraste e testes de gravidez. Alguns testes como glicemia capilar, HIV, Testes rápido de sífilis e teste rápido de hepatite são realizados nas Unidades de Saúde. Nas USF há também disponibilidade de todas as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações. Outros exames são realizados em outro município e não temos outras especialidades médicas no município.

As estratégias utilizadas para o agendamento de consultas na atenção especializada consistem no encaminhamento para outros municípios. Muitas vezes estas consultas demoram mais de 30 dias especialidades como cirurgia, ORL Dermatologia, ortopedia. No município há serviço hospitalar, de modo que os usuários têm garantia de internação hospitalar no próprio município para casos menos complexos já que o hospital é de pequeno porte e conta apenas com serviço de pronto socorro com um plantonista. Há também disponibilidade de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).



Figura 1- Fotografia o CAPS de nosso Município

Atuo como médico do Programa Mais Médico para o Brasil na USF José Araújo desde junho 2014 que atende população da área urbana e rural. Esta Unidade não possui vinculação a nenhuma instituição de ensino. O modelo de atenção é ESF. Contamos com uma equipe de saúde completa, com médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de saúde bucal (ASB), duas técnicas de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Igualmente contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com nutricionista, fisioterapeuta e educador físico que também atendem a academia de saúde.

A USF José Araújo foi reformada recentemente e tem boas condições para o atendimento à população. Do ponto de vista da estrutura física, apesar de ser pequena a sala de espera possui os requisitos para o fluxo de usuários, com capacidade para 20 usuários, porém as cadeiras não são confortáveis.



Figura 2- Fotografia USF José Araújo.

Temos, portanto, um ambiente adequado, de acordo com o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2008), seja para recepção e arquivo de prontuários na sala de espera, um consultório ginecológico com banheiro, dois consultórios para atendimento clínico, uma sala de vacina e nebulização, consultório odontológico e área específica para compressor; um banheiro para deficientes com simbolização e portas que garantem o acesso de cadeirantes com possibilidade de realizar manobras com a cadeira de rodas. Também contamos com: um banheiro para funcionários, cozinha, depósito para material de limpeza, sala de lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização; depósito para o lixo não contaminado. Na entrada há uma rampa baixa, mas vamos solicitar a secretaria de saúde uma cadeira de rodas para melhor atendimento ao usuário que necessite.

No que se referem às atribuições da equipe, os profissionais realizam ações de promoção, prevenção, diagnóstica e tratamento, realizando atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, educação em saúde com os membros dos grupos e nas consultas individuais, realizam procedimentos, atividades em grupo, atividades de promoção da saúde bucal, cadastro de todas as pessoas do território e acompanhamento permanente e busca ativa por meio de visitas domiciliares.

Considero, portanto, que cumprimos as diretrizes da Atenção Primária e do SUS. Em especial, no que se refere ao exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sobre forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. Nossa Unidade realiza, de fato, o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (Brasil, 2012).

Algumas mudanças que ainda são necessárias na USF dizem respeito ao acolhimento com classificação de risco dos usuários na porta de entrada, bem como investimento na educação permanente dos profissionais para que sejamos cada vez mais capazes de contribuir com a transformação dos hábitos da população. Além disso, precisamos melhorar nossa capacidade de planejamento do atendimento agendado e da demanda espontânea, garantindo, deste modo, a execução dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e participação social estabelecendo vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade.

Destaco também a necessidade de manter o cadastramento atualizado de todos os grupos populacionais que são prioritários na ESF, tais como acompanhamento de doenças crônicas, mulheres, idosos, crianças e gestantes. Também é fundamental realizar mais atividades de educação em saúde para promover mudanças positivas no estilo de vida e o exercício da participação da comunidade na tomada de decisão sobre saúde e políticas públicas.

A população da área adstrita é de 1.743 habitantes, destes 929 são homens e 814 mulheres. Temos atualmente 41 crianças com menos de um ano, das quais 19 são do sexo masculino e 22 femininas. Nas crianças de 1 a 4 anos (53 ao todo), 30 do sexo masculino e 23 do sexo feminino. Na faixa etária de 5 a 6 anos temos 104 crianças, destas 60 são do sexo masculino e 44 feminino. Nas crianças de 7 a 9 anos (156), 77 são do sexo masculino e 79 feminino. Na faixa etária de 10 a 14 (207), 113 são do sexo masculino e 94 feminino.

Na faixa etária de 15 a 19 contamos com 223 adolescentes e jovens, destes 107 são do sexo masculino e 116 feminino. Na faixa etária de 20 a 39 temos 344 homens e 272 mulheres. No grupo de 40 a 49 temos um total de 148 pessoas, das quais 81 são do sexo masculino e 67 feminino. A população de 50 a 59 é de 79



peças, dentre eles 33 são homens e 46 mulheres. Na população idosa (com mais de 60 anos) temos 116 pessoas. Destas, 65 são do sexo masculino e 51 são do sexo feminino. Deste modo há adequação entre o tamanho da população na área adstrita e a estrutura e equipe da ESF, de acordo com a política nacional de atenção básica (Brasil, 2012), uma vez que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.

Conforme destacamos anteriormente, a equipe de Saúde da Família está completa e atualmente atende, em média, 15 ou 20 usuários por turno, garantindo uma boa quantidade de consultas, incluindo atendimento agendado e a demanda espontânea.

Todos os usuários que chegam à USF têm suas necessidades acolhidas (escuta inicial). A equipe de saúde conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico e avaliação e classificação da vulnerabilidade social para definir o encaminhamento das necessidades - muito embora este aspecto precise de melhorias - e demandas do usuário que necessita de atendimento imediato/prioritário tanto para o enfermeiro, médico ou dentista ou programado. Não existe excesso de demanda espontânea, de acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 28, sobre o Acolhimento à demanda espontânea (Brasil, 2011).

Por outro lado, acredito que devemos melhorar o acompanhamento de grupos específicos, tais como: gestantes, crianças, idosos, pessoas com hipertensão, diabetes e mulheres. Uma vez que a vantagem de acompanhar as famílias ao longo do período é que profissionais da atenção básica podem reconhecer as circunstâncias que precisam ser acompanhadas com maior proximidade e evitar que situações simples adquiram consequências que prejudiquem a vida das pessoas.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), avalio que a organização das ações de atendimento à saúde a criança são de fundamental importância no processo de trabalho da equipe, já que o bom acompanhamento deste grupo populacional pode melhorar a qualidade de vida e garantir uma atenção integral tanto a criança e sua família. Através da puericultura todos os profissionais podem diagnosticar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança, assim como orientar aos pais no cuidado e atenção de seus filhos.

Temos uma boa cobertura desta ação programática já que 97% as crianças realizam o atendimento de puericultura na Unidade um total de 39 crianças. Atualmente a equipe realiza as seguintes ações, visita puerperal depois de retorna

da maternidade logo primeiro atendimento a criança ontem de 7 dia realização de teste de pezinho, logo seguimento em 1mes, atendimento de puericultura 2, 4, 6, 9, 12 no primeiro ano de vida. Atuamos com o objetivo de promover a saúde a partir de orientações para uma alimentação saudável e fomentamos o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Afinal, uma alimentação saudável é a ingestão de alimentos, em quantidade e qualidade adequada para suprir as necessidades nutricionais, a consistência dos mesmos e a quantidade não deve exceder a capacidade funcional de seus sistemas orgânicos.

Como aspectos que precisam ser melhorados destaca a qualidade dos registros, pois na USF não temos um local com registros específicos e dados das crianças. Eu sugeri que fizéssemos uma ficha espelho com os dados da criança como nome, idade, endereço, nome da mãe, teste de pezinho, vacinação e data de próxima consulta para que nenhuma criança fique sem atendimento de acordo os protocolos do Ministério da Saúde. Além disso, devemos melhorar os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança, tais como a pontualidade a puericultura, vacinação e recuperação a faltosos.

A finalidade do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento de uma gestação saudável com a chegada de um recém-nascido também saudável. Para tanto, é fundamental realizar a captação precoce das gestantes para o pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério.

Em relação ao pré-natal na USF José Araújo atualmente tem uma cobertura de 76% das gestantes do território. Considero que esta cobertura não está adequada e que devemos planejar estratégias de trabalho que garantam a captação das gestantes da área, especialmente de forma precoce, ou seja, até a 12ª semana, as estimativas de caderno de ações programáticas deviam ter 26 grávidas e só têm 20 atualmente temos dificuldades em relação a isso. Possuímos registro específico de Pré-natal e puerpério, utilizamos o caderno onde todas estas informações.

Existe protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde as ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática e realizamos monitoramento regular destas ações utilizando o Caderno da Atenção Básica solicitamos os exames por trimestre, a captação é feita pelo enfermeiro e pelo médico que realizam a avaliação da gestante no mínimo seis consultas na gravidez.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama: o Câncer é uma das principais causas de morte, incluindo os de mama e de colo do útero. Dois tipos de câncer que se diagnosticados precocemente costumam ter um bom prognóstico atenuando a mortalidade por esta causa. Na USF onde trabalho tem investido na captação e adesão das mulheres para a realização das ações de prevenção e rastreamento destes dois tipos de câncer, fazemos coletas para cito patológico e exame clinica de mama, além disso, ensinamos fazer autoexame delas.

A forma de registro não permitiu realizar uma boa avaliação da qualidade do programa. Não temos os dados dos últimos três anos de quantas mulheres foram identificadas com exame cito patológico alterado, de quantas estão atrasadas do seguimento e não temos registro de mamografia feita nos últimos anos. Com uma estimativa de 36 mulheres e uma cobertura de 36%.

O segmento de mulheres com exames alterados não é feito no próprio município, mas com especialista Ginecologista e Oncologista em outro município. Mas em nossa Unidade precisamos fazer um acompanhamento e controle destas mulheres através de uma comunicação ativa e referência/contrareferência entre atenção básica e atenção especializada. Acredito que temos que fazer um registro geral com toda na população feminina por faixa etária para poder realizar um trabalho ótimo no programa de preventivo de câncer de colo uterino e mama. Temos que realizar mais ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo, ações de educação da mulher para realização dos exames preventivos do câncer do colo uterino e rastreamento de câncer de mama através da colheita de exame cito patológico e mamografia.

Em relação à atenção às pessoas com hipertensão e diabetes: as doenças crônicas não transmissíveis têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que são condições epidêmicas na população brasileira.

Atualmente, 122 pessoas com HAS e apenas 18 pessoas com diabetes residentes na área são acompanhadas pela equipe de Saúde da Família, ou seja, 40% e 20% da população. Considero, portanto, que temos muitas pessoas com HAS e DM na população não diagnosticados. Deste modo, precisamos aumentar a busca ativa para fazer o controle dos casos e evitar complicações e sequelas.

Ao longo destes três meses de trabalho além do acompanhamento a todos os usuários que já foram diagnosticados, foi possível diagnosticar sete casos novos. A avaliação que eu faço da qualidade da atenção à HAS é de que a assistência é adequada, ou seja, a ação está estruturada de forma programática com manual técnico o protocolo brasileiro de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus 2012, conta com um registro específico (prontuário clínico, odontológico, livro de Hipertensão e mapa de atendimento diário) e realiza monitoramento regular destas ações.

Em minha USF são realizados os atendimentos clínicos de rotina, além de ações educativas com foco no controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física e orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, sal, tabagismo para os portadores de HAS e DM da área de cobertura. Nossa equipe tem que continuar trabalhando intensamente na busca da ativa de usuários e na educação controle para evitar complicações.

Em relação à saúde dos idosos, a população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional tais como o Estatuto do Idoso. O Estatuto propõe-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos como atendimento preferencial imediato, estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento (Brasil, 2003).

Para este grupo específico, realizamos atendimento clínico e acompanhamento por meio de visitas domiciliares, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para atividade física regular, porém a avaliação de saúde bucal ainda é deficiente.

Em minha USF não há registros específicos sobre a saúde da pessoa idosa. Apenas 57 idosos possuem acompanhamento na Unidade, o que representa 51% da população de idosos de acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Além deste problema da cobertura, não existe um caderno para registro de todos os usuários para poder fazer uma avaliação, não tem caderneta de saúde do idoso, não fazemos a avaliação multidimensional rápida (não existe esta ficha na USF, mas já solicitamos apoio da gestão).

Os outros indicadores da qualidade da assistência demonstram que o acompanhamento é feito apenas aos usuários com hipertensão e diabetes. Para

melhorar o trabalho, é fundamental garantir o cadastramento e ter um registro específico com as informações de todos os idosos, além de realizar uma classificação de risco e vulnerabilidade de acordo as doenças e aspectos sociais. Durante os atendimentos precisamos realizar a avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice e fazer atendimento odontológico.

Ao concluir este relatório da análise situacional avalio que os maiores desafios na USF em que atuo são conseguir melhorar a coordenação e planejamento de todas as ações programáticas, garantindo a utilização dos manuais e protocolos do Ministério da Saúde, ampliando as potências e capacidade de desempenho de todos os profissionais. Deste modo será possível garantir uma maior resolubilidade da atenção à saúde, especialmente nos aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças.

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

A estratégia de Saúde da Família propõe mudanças para poder melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços oferecidos na atenção básica, para isso é fundamental ampliar as estruturas de controle e avaliação, e integrar as ações à atuação de outros profissionais buscando apoio e soluções às famílias mais vulneráveis. Em minha USF os maiores recursos que temos são a união de toda a equipe e o desejo de trabalhar nas soluções dos problemas de saúde.

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

Ao longo deste período algumas mudanças aconteceram a partir do preenchimento de todos os questionários e da reflexão a partir dos textos

consultados. As principais mudanças são em relação ao conhecimento sobre como deve ser o trabalho e a organização no processo de trabalho na ESF

Deste modo, foi possível reconhecer melhor os direitos dos usuários, da legislação brasileira, dos princípios de sua política de saúde, reorganizando o trabalho na ESF, desde o acolhimento dos usuários ao planejamento dos atendimentos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas, um desta conquista é o processo de garantia dos direitos. Desse segmento populacional a partida instituição do Estatuto do Idoso em 1997. Outra conquista diz respeito ao envelhecimento populacional, mas com relação a este aspecto é preciso considerar os desafios que se relacionam ao envelhecimento populacional ativo e com qualidade de vida. Vários problemas de saúde são frequentes neste ciclo de vida tais como o déficit de memória cognitivo, a depressão, as doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, bem como suas complicações, a osteoporose e outros comprometimentos ósseos que podem contribuir para ocorrência de quedas. Todos estes problemas têm grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando geralmente grandes constrangimentos e induzindo ao isolamento social e a depressão (Brasil, 2013).

Meu trabalho é desenvolvido em uma Unidade de saúde da família que atende uma população em zona urbana e rural, contamos com uma equipe de saúde que é composta por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). É uma unidade com uma boa estrutura física contando com consultório de enfermagem, um consultório médico, uma sala de vacinação, sala de nebulização, sala de curativos, laboratório de coleta e análise de gota espessa para malária além de recepção para o acolhimento dos usuários, sala de procederes, cozinha e banheiro, nossa população é de 1743 pessoas.

Na USF temos 116 idosos cadastrados em minha área de abrangência, e temos uma cobertura de 51% destes. No que se refere à qualidade da assistência temos que avançar, pois atualmente realizamos o atendimento voltado apenas às doenças crônicas (especialmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Em geral os atendimentos são restritos a consultas de rotina e distribuição de medicamentos e temos clareza de que precisamos melhorar o processo de trabalho para garantir a atenção integral, incluindo a família e a comunidade e trabalhar para a melhoria da qualidade de vida, prevenção de acidentes na casa e quedas, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e tabagismo.

Escolha de foco ocorreu de forma coletiva com a participação de equipe, do mesmo modo iremos planejar juntos os objetivos e as metas do projeto de intervenção. Entre as facilidades que temos se encontra a disponibilidade da equipe em trabalhar juntos e alcançar as metas propostas. As maiores dificuldades são em relação à avaliação de saúde bucal dos idosos, já que em minha USF a maior parte da população mora em área rural, que fica distante da Unidade e isso pode limitar o alcance das metas propostas. Com este projeto, espera-se que seja possível ampliar a cobertura dos idosos, aumentar a qualidade do serviço, realizar a avaliação de risco e aumentar ações de promoção de saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Garantir a melhoria das ações de saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde da Família José Araújo no município de Mâncio Lima, Acre.



## **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

Meta 1.1 - Ampliar para 90% a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde em 4 meses, para 100% em 5 meses.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção propôs a realização de ações para a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família José Araújo. O público prioritário foi o de pessoas com mais de 60 anos de idade, faixa etária estabelecida de acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brasil, 2007).

O período de intervenção será de 12 semanas tendo o objetivo de que as ações propostas sejam incorporadas no serviço. Foram desenvolvidas ações a partir de quatro eixos prioritários: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção adotou um protocolo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde.

A seguir, apresentamos as ações propostas para o projeto, bem como o detalhamento sobre como estas ações irão ocorrer ao longo da intervenção.

### 2.3.1 Detalhamentos das ações

Depois de escolher no foco de intervenções atenção à saúde do idoso e estabelecer as metas para o projeto na USF onde atuou, passamos a definir as ações que vamos realizar para alcançar os objetivos e metas propostos.

Durante a intervenção no Programa de Atenção ao Idoso, as ações serão realizadas a partir da seguinte organização do processo de trabalho:

Para ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso, no eixo monitoramento e avaliação, será utilizada a ficha espelho fornecida pela UFPEL. A revisão das fichas para este controle será feita mensalmente.

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da cobertura dos idosos da área se dará mensalmente pelo médico, através da planilha de coleta de dados.

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados se dará semestralmente pelo médico através da planilha de coleta de dados.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

- A orientação da comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS será realizada pelo médico e pela enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

– A comunidade será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, e, sobre os fatores de risco para desenvolver DM, pelas ACS, pela enfermeira e pelo médico.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação da equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica se dará pelo médico e pela enfermeira durante as reuniões de equipe.

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período será realizado pelo médico e pelo cirurgião dentista, mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

– As ACS, assim como toda equipe da UBS ficarão encarregados de informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de

sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, e, sobre a necessidade da realização de exames bucais periódicos.

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

– O médico, a enfermeira e o cirurgião dentista estarão atentos às propostas de melhorias advindas da comunidade para melhorar acessibilidade e atendimento.

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

Para buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde será feito pelo médico, mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

- O treinamento da equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que



necessitarem de avaliações mais complexas será realizado pelo médico, com base no manual do Ministério da Saúde Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Para realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos:

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde será realizado pelo médico durante as consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

– A orientação dos pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente serão realizados pelo médica e pela enfermeira durante as consultas.

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada será realizado pelo médico mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– A solicitação dos exames complementares e sua agilidade de execução serão solicitadas pelo médico.

c) Engajamento Público:

– A orientação dos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, será realizada pelo médico, enfermeira e pelas ACS.

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia se dará mensalmente pelo médico mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

– O registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde se dará pela técnica e enfermeira UBS.

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

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

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A equipe será capacitada para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa pelo médico e pela enfermeira.

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência será realizado pelo médico mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

– A orientação os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância de um eventual acompanhamento mais frequente, será dada pelo médico.

d) Qualificação da Prática Clínica:

– A capacitação dos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa será realizada pelo médico.

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

a) Monitoramento e Avaliação:

– O monitoramento do número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será realizado pelo médico e enfermeira mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:  
– A orientação dos idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente será dada pelo médico e enfermeira.

d) Qualificação da Prática Clínica:  
– A capacitação dos profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice será feita pelo médico.

Para avaliar a rede social de 100% dos idosos:

a) Monitoramento e Avaliação:  
– O monitoramento da realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, principalmente os idosos com rede social deficiente será feito pela enfermeira e pelo médico nas consultas.

b) Organização e Gestão do Serviço:  
– Será facilitado o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

c) Engajamento Público:  
– A orientação dos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde serão realizadas por toda a equipe.  
– A comunidade será orientada a promover a socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio através das ACS e da equipe na UBS.

d) Qualificação da Prática Clínica:  
– A capacitação da equipe para avaliar a rede social dos idosos será realizada pelo médico e pela enfermeira.

a) Monitoramento e Avaliação:  
– Os idosos de alto risco serão avaliados pelo cirurgião dentista periodicamente.

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos será realizado pelo médico mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

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

c) Engajamento Público:

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

d) Qualificação da Prática Clínica:

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

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

a) Monitoramento e Avaliação:

- O monitoramento da realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e do número de idosos que realizam atividade física regular, será realizado pelo médico nas consultas mensalmente.

b) Organização e Gestão do Serviço:

- O médico e a enfermeira serão encarregados de definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

c) Engajamento Público:

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

- d) Qualificação da Prática Clínica:

- A capacitação da equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular será feita pelo médico.

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

- a) Monitoramento e Avaliação:

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

- b) Organização e Gestão do Serviço:

- A definição do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual será dado pelo médico, enfermeira e cirurgião dentista.

- c) Engajamento Público:

- A orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias será realizada pelo médico, enfermeira e cirurgião dentista.

- d) Qualificação da Prática Clínica:

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

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90% em quatro meses e 100% em 5 meses.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Relativos ao objetivo 4 – melhorar o registro das informações.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### **2.3.3 Logística**

Inicialmente serão realizadas orientações de prática clínica nas reuniões de equipe, que ocorrerão nas quintas-feiras após o atendimento dos usuarios, reforços nestas orientações se darão semanalmente a cada reunião de equipe quando necessário. Tendo como base a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o Caderno de atenção Básica do Ministério da Saúde: Diabetes, e, o manual do Ministério da Saúde: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa a equipe será orientada, e as condutas cabíveis serão tomadas. A busca ativa dos idosos será realiza pelas ACS, assim como a orientação em saúde programada no projeto para a comunidade, ao serem identificados serão cadastrados pelo recepcionista no cadastro geral da unidade, e terão consultas agendadas.

Para realização do monitoramento do número de pessoas idosas cadastradas no programa será necessários à impressão de 4 planilhas que serão usadas como rascunhos e um livro ata para registros. O monitoramento será de responsabilidade do Médico.

Para realizar o cadastro das pessoas idosas no programa será necessário providenciar (200) prontuários, e (200) fichas espelho para anotação dos atendimentos. Cartazes com aviso sobre o inicio do programa e panfletos explicativos sobre como irão funcionar os atendimentos e a priorização do atendimento no dia a dia.

As atividades de engajamento público cabem a toda equipe e também a comunidade e para mobilizar todos, o médico ficará encarregado de coordenação o planejamento e execução das ações. O médico e o Enfermeiro irão elaborar os

panfletos e os cartazes e solicitar a gestão fazer divulgação com carros de propagandas para informar na comunidade. Será solicitada a gestão a impressão de 1500 panfletos e 150 cartazes.

A realização das capacitações será realizada na sala da resecção da unidade. Temos um computador, cadeiras e mesas. Serão impressos 5 protocolos completos para uso nas capacitações e no dia a dia do serviço. As fichas de portuários e as fichas espelhos foram solicitadas em quantidades que já contempla as necessidades de capacitação. Serão utilizadas cadernetas das pessoas idosas e fichas espelhos, folia de recolecção de dados impressos para oficinas. Equipamentos como termômetros, réguas, balanças, estetoscópio e esfigmomanômetro, glicômetro, e fitas para hemoglicoteste foram solicitados junto à gestão e estão sendo providenciados.

O cronograma da intervenção vai desenvolver ações como Capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de saúde da pessoa idosa. Organização da agenda para atendimento prioritário aos idosos. Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas idosas faltosas Organização da agenda para atendimento prioritário. Cadastramento de todas as pessoas idosas da área adstrita no programa e Atendimento clínico das pessoas idosas. Contato com lideranças comunitárias. Visitas domiciliares para as pessoas idosas. Realização do grupo com pessoas idosas. Busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas Monitoramento da intervenção. Apresentação dos resultados para a equipe Apresentação dos resultados para a comunidade. Apresentação dos resultados para os gestores.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	01	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de saúde da pessoa idosa. Organização da agenda para atendimento prioritário aos idosos.																
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.																
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas idosa faltosas																
Organização da agenda para atendimento prioritário																
Cadastramento de todas as pessoas idosas da área adstrita no programa e Atendimento clínico das pessoas idosas.																
Contato com lideranças comunitárias																
Visitas domiciliares para as pessoas idosas																
Realização do grupo com pessoas idosas																
Busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas																
Monitoramento da intervenção																
Apresentação dos resultados para a equipe																
Apresentação dos resultados para a comunidade																
Apresentação dos resultados para os gestores.																

A apresentação dos resultados para equipe acontecerá o dia 07\08\2015

A apresentação dos resultados para gestores acontecer o dia 10\08\2015

A apresentação dos resultados para comunidade acontecerá o dia 14\08\2015

### **3. Relatório da Intervenção**

No relatório irei apresentar as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente. Durante a intervenção foi possível alcançar metas como 100% da cobertura e a maior parte dos objetivos e metas qualitativos que foram propostos.

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

Durante as 12 semanas de intervenção, procurando cumprir os objetivos propostos no projeto dentro dos quatro eixos (qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e gestão), buscou-se dar curso às seguintes ações. A capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo de saúde da pessoa idosa, Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pessoas idosa faltosas na primeira semana com uma duração de duas horas, fizemos uma capacitação onde se dói cumprimento destas tarefas, além disso, praticamos o preenchimento das cadernetas, fichas espelho se estudo o protocolo de atendimento das pessoas idosas, os reforços nestas orientações ocorreram nas reuniões.

Organizamos a agenda de trabalho para atendimento prioritário para na população alvo de nosso projeto que deve ser de oito pessoas por semana, com a salvada que o ultimo mês na intervenção tivemos que fazer troque de estratégia



para atingir o 100% de nossa população só em 12 semanas por o que o número de atendimento na USF e visitas domiciliares se duplicaram constamos com o 100% das fichas espelho, cadernetas de pessoas idosas. Os agentes de saúde cadastraram a toda sua população da área de abrangência, realizamos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de atenção as pessoas idosas solicitando apoio para a busca ativa de faltosos e para as demais estratégias que foram implementadas, isto se cumpriu muito bem só doí pessoa faltará a atendimento programado por as chuvas pero tiveram busca ativa rapidamente. Foram desenvolvidas integralmente.

Os atendimentos clínicos das pessoas idosas aconteceram de forma planejada cada agente de saúde agenda os usuários das semanas seguem a prioridades, onde realizamos acolhimento, atendimento prioritário, preenchendo as fichas espelho, entregando as cadernetas das pessoas idosas, realizamos todos os procedimentos segundo o protocolo, avaliação multidimensional rápida, exame físico completo, orientando a importância de uma alimentação saudável, prática de exercício físico e uma boa higiene bucal, prevenção de queda, e avaliação das redes sociais.

As visitas domiciliares foram realizadas prioritariamente para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, mas também realizamos visitas a idosos que tinham dificuldade de transporte para comparecer nas consultas agendadas, então esta ação foi realizada para a população idosa em geral.

Garantimos a realização de três atividades em grupo com pessoas idosas nestas 12 semanas, cumprindo o planejado, onde fizemos palestra, atendimentos, exercícios físicos como caminhadas e tomamos café da manhã. Foram desenvolvidas integralmente.

Quanto à busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas como referi anteriormente se comporta bem só doí faltoso que tiveram busca ativa rapidamente.

Quanto ao engajamento público na equipe trabalho em esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, na Informação sobre a existência e a importância do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde para o envelhecimento saudável. Foram desenvolvidas integralmente.

Sobre a necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Foram desenvolvidas integralmente.

Orientamos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis a realização de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, além disso, escutamos as recomendações de os idosos e a comunidades de como fazer as atividades e atendimento ao grupo. Foram desenvolvidas integralmente.

No eixo de monitoramento e avaliação foi monitorada a cobertura e cadastro dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, esta ação foi realizada pelo médico fundamentalmente com participação de resto da equipe, utilizando da planilha de coleta de dados. O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção e a realização de visitas domiciliares a eles também foi monitorado, e avaliado. Foram desenvolvidas integralmente.

Os idosos foram registrados pelas técnicas de enfermagem, seus dados foram transcritos para o registro específico dos idosos, que é renovado anualmente, os idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilidade da velhice foram identificados pelo médico e receberam facilidades para agendamento de consultas. As informações para o registro eram coletadas pelas ACS. Os registros de atendimentos foram nos prontuários, nas fichas-espelho e na caderneta de saúde da pessoa idosa.

Quanto à qualificação da prática clínica se fizeram a capacitação da equipe para acolhimento, busca ativa de faltoso, política de humanização, atendimento de acordo a protocolo, treinamos a equipe em avaliação Multidimensional Rápida, o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, a realização de exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, fizemos atualização no

tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Capacitamos a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, como Definir a periodicidade das consultas o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, avaliar a rede social dos idosos, promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável” ou Guia alimentar para a população brasileira, sobre a realização de atividade física regular e orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Foram desenvolvidas integralmente.

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

As principais dificuldades encontradas na realização do projeto ficaram na atenção à saúde bucal. Uma das maiores dificuldades é a longa distância da unidade de saúde, já que parte da nossa população reside em zona rural. Além disso, o dentista entrou com licença prêmio por três meses. Mas estão planejados os atendimentos tão longos o dentista retorne ao trabalho. Também não temos enfermeiro, o que provoco maior pressão de trabalho no medico e na equipe em geral. Mas na equipe trabalho muito unida e com uma participação ativa em nosso projeto de intervenção que já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da USF da nossa área de atuação.

Outra dificuldade foi a realização dos exames complementares definidos no protocolo já que o município não conta com o laboratório e tem que ser feito em outro município e o agendamento costuma ser superior a um mês ou são realizados no setor privado, com altos custos.

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

A coleta de dados ocorreu normalmente com um computador da unidade e um notebook particular do médico para o preenchimento das planilhas de coleta de dados durante a intervenção. A necessidade do uso da ficha-espelho, caderneta de saúde da pessoa idosa e exame físico mais detalhado aumentaram o tempo das consultas.

Também durante todas as semanas realizamos um diário de intervenção com os registros detalhados e fotografias dos momentos mais importantes de nossa intervenção, sempre com o consentimento dos usuários.

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

As ações que foram realizadas com êxito são possíveis e já estão implementadas no serviço, o atendimento a pessoas idosas já forma parte da rotina do trabalho da equipe, mas eu acredito vai ser maior quando a equipe fique completa porque faltando odontologista, enfermeiro o trabalho atrapalha o resto da equipe, não obstante. Nosso projeto já constituiu parte da rotina de nossa equipe e USF, e acontece normalmente no dia a dia do trabalho.

## 4 Avaliação da intervenção

Neste item relato uma descrição exaustiva dos resultados alcançados com gráficos demonstrativos por objetivo e metas que foram traçados na realização e avaliação intervenção. Além disso, apresento a discussão, onde fazemos uma avaliação dos resultados, o que foi necessário realizar para preparar a equipe para o desenvolvimento do projeto, as dificuldades que tínhamos antes da intervenção, a revitalização das funções inerentes à equipe, e as principais mudanças que aconteceram na unidade.

### 4.1 Resultados

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

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde para 90%.

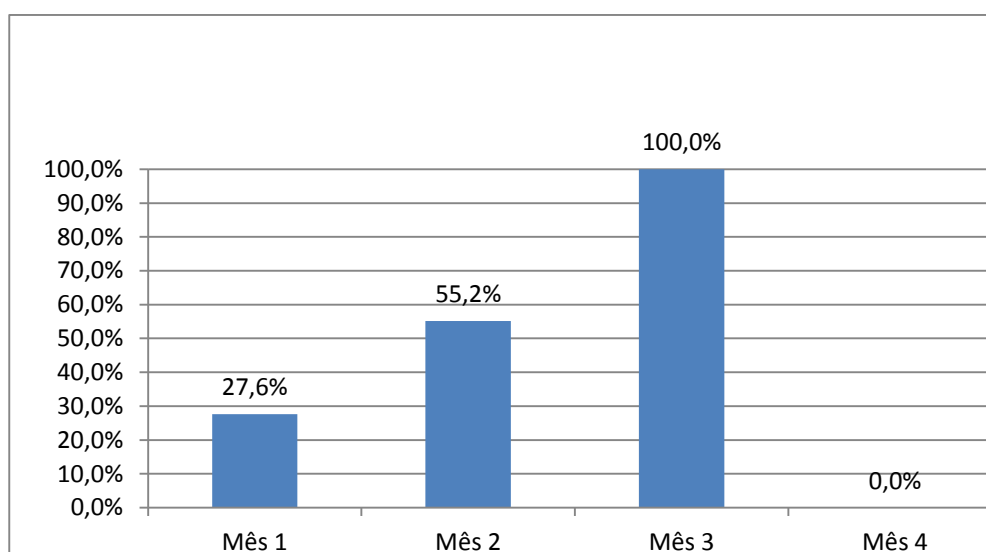


Figura 3- Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da Família José Araújo. Na área adstrita à Unidade existem 116 idosos nesta faixa etária. Antes da intervenção tínhamos cadastrado 49,1% da população idosa (57 idosos). Em geral os atendimentos eram restritos a consultas de rotina e distribuição de medicamentos e havia clareza de que precisávamos melhorar o processo de trabalho para garantir a atenção integral, incluindo a família e a comunidade e trabalhar para a melhoria da qualidade de vida, prevenção de acidentes na casa e quedas, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos.

No primeiro mês foi possível alcançar 27,6% do total da população (32 idosos cadastrados e acompanhados). No segundo mês alcançamos 55,2% da cobertura (64 idosos cadastrados) e ao final da intervenção alcançamos 100% da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde (116 idosos).

Deste modo, foi possível ir além da meta proposta. As ações que mais auxiliaram o alcance da meta foram busca ativa dos agentes comunitários de saúde com recadastramento e reorganização do acolhimento na Unidade. Também facilitou a obtenção de ótimos resultados a preparação da equipe, a união e o desejo de trabalhar por melhorar a saúde da população, o apoio prestado pelos gestores e da comunidade em geral.

Como dificuldade ressalto que alguns idosos identificados não possuíam o hábito de ir à Unidade. Atendendo as características próprias do território, que é composto por zona rural, tivemos como solução o planejamento das consultas dos idosos que moram longe com agendamento de atendimento no domicílio.

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

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

A intervenção teve como objetivo a melhoria a qualidade da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Tivemos como meta Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. No primeiro mês foi possível avaliar 32 usuários o 100% de cadastrados. No segundo mês também tivemos o 100% avaliados do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos).

Foi possível alcançar a meta proposta. As ações que mais ajudaram o alcance da meta foram o bom planejamento das consultas, a busca ativa e as visitas nos domicílios das pessoas com dificuldade de locomoção que foram 10,00% deles tiveram visitas e a realização de avaliação multidimensional Rápida.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedios e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

A intervenção teve como objetivo a melhoria a qualidade da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Tivemos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedios e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos. No primeiro mês foi possível realizar o exame os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% avaliados do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Foi possível alcançar por esforço realizado por a equipe principalmente pelo médico que realizou o exame clínico nas consultas e visitas domiciliares, já que a equipe não estava com enfermeiro durante toda a intervenção.

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

Para o cumprimento deste objetivo tivemos como meta realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. No primeiro mês foi possível a solicitação de exames complementares os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também a solicitação de exames complementares tivemos o 100% do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Isto foi possível em função do esforço da equipe principalmente do médico que realizou a solicitação de exames

complementares nas consultas e visitas domiciliares, A principal dificuldade aqui é que não temos disponibilidades de algum exame no município e tem que ser feito em outro município, ampliando o tempo de espera para a sua realização e prejudicando a saúde dos usuários.

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

A respeito desta meta de priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos, tivemos como resultado que no primeiro mês 27 usuários, dos 32 cadastrados, ou seja, 84,4% tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês tiveram prescrição 44 (68,8%), ao final da intervenção do total da população cadastrada (116 idosos) tiveram prescrição de medicamento na farmácia popular 74 idosos (63,8%), que foram o 100% que tinha uma patologia crônica e precisavam de tratamento.

Ou seja, todos os idosos que possuam patologia crônica com uso de medicamentos tiveram priorização da Farmácia Popular nas receitas. A maior dificuldade aqui foi o fato de que nosso município não possui farmácia popular, assim os usuários tinham que pegar os medicamentos em outro município, apesar disto foi garantido que cada usuário com patologia crônica tivesse a indicação terapêutica mais adequada com prescrição de medicamentos gratuitos ou de baixo custo.

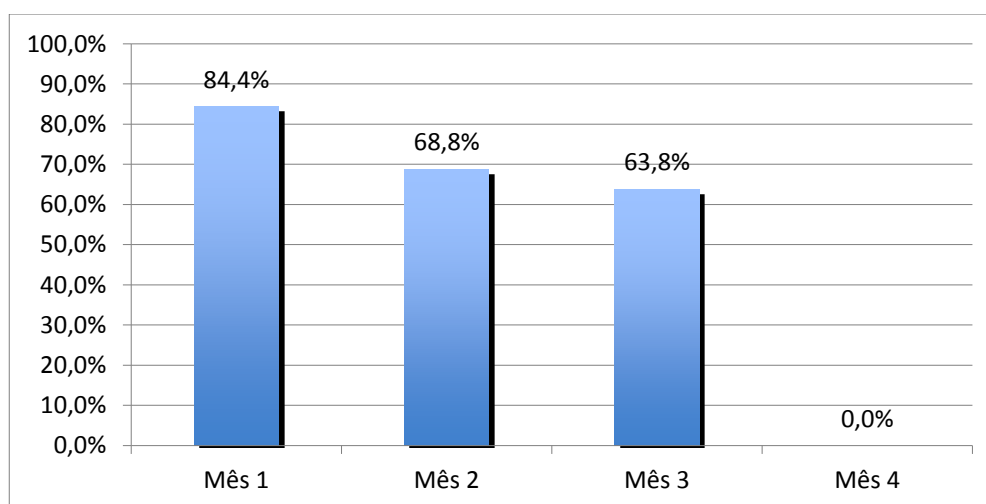


Figura 4- Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

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



Sobre a meta cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. O número de idosos acamados previstos na área era de 14 (estimativa para o total da população de acordo com o IBGE). No primeiro mês foram cadastrados 4 idosos. No segundo mês foi cadastrado mais 1, ao final da intervenção 10, ou seja 100% dos idosos residentes na área pois constatamos que o total é abaixo do esperado pela estimativa. Para o alcance da meta foi fundamental o empenho das ACS para reconhecimento da necessidade de visitas para alguns idosos e agendamento junto à técnica de enfermagem. Assim, o trabalho em equipe e o protagonismo destes profissionais foram fundamentais para o resultado desses indicadores. Também foi fundamental a discussão dos cuidados com a família.



Figura 5- Fotografia Realizando visita domiciliar Idoso com problemas de locomoção.

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

A meta de realização de visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados teve como resultados: No primeiro mês foram visitados 4. No segundo mês 1, ao final da intervenção os 10 usuários, ou seja, 100% deles foram visitados. Ao longo da intervenção, todos os idosos com necessidades receberam visitas todos os 10 idosos cadastrados no programa no mês correspondente ao seu cadastro. Isto foi possível em função do o trabalho

conjunto de toda a equipe. Antes da intervenção isto era feito, mas sem um planejamento adequado, apenas quando os gestores disponibilizavam um carro para fazer.

Com a intervenção passamos a fazer o agendamento com os agentes de saúde e o médico de moto da gestão cada semana se realiza visitas a domicílios a uma área determinadas. a principal dificuldade é a distancia e o tempo de chuvas que muitas vezes atrapalha as visitas planejadas, mas com um maior esforço estamos conseguindo, também fazemos algumas visitas não planejadas sem os ASC tem alguma necessidade de um usuário que precisei atendimento mais urgentes, como esta que descrevo a continuação.

Na segunda semana da intervenção o dia 12 de janeiro não tinha planejado atendimento programado do projeto de intervenção, mas fizemos um atendimento no domicilio no horário da tarde a um idoso L. A. de 62 anos. Na semana anterior havia sido mordido por uma cobra durante seu trabalho na agricultura, além disso, é hipertenso, mas tem sua doença compensada com tratamento de captopril e hidroclorotiazida, onde aproveitamos para fazer todos os procedimentos seguem o protocolo, entrega da caderneta, preenchemos a ficha espelho, solicitamos exames, avaliamos a rede social do idoso. Apesar de morar em uma casa bem humilde, é bem cuidado pela família já que os filhos atendem muito bem, além disso, os vizinhos muito cuidadosos com sua saúde comentaram que o idoso é sempre utiliza botas e calças para seu trabalho na agricultura já que ele conhece bem os riscos neste trabalho.



Figura 6- Fotografia Realizando visita domiciliar Idoso com problemas de locomoção pois sofreu mordida de cobra no tornozelo direito.

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

Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. No primeiro mês foi possível rastrear os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% avaliados do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Que tiveram a verificação da pressão arterial, no momento da consulta, ou visita domiciliar. Este resultado foi possível em função do trabalho conjunto de toda a equipe, principalmente das técnicas de enfermagem que tinham que fazer esta atividade durante a intervenção e na rotina do trabalho dia a dia. Durante a intervenção foram diagnosticados 4 novos hipertensos e 2 diabéticos.

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

Uma das metas do projeto era rastrear 100% dos idosos cadastrados com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM). No primeiro mês tivemos um total de 27 usuários rastreados. No segundo mês, 45 usuários e no terceiro mês, ou seja, ao final do período de coleta de dados da intervenção, 75 idosos foram rastreados com hemoglicoteste durante as consultas ou visitas domiciliares. Esta atividade foi realizada pelo médico ou técnicas de enfermagem e sempre tivemos a logística necessária para sua realização. Isto foi possível por contar sempre com glicômetro e fitas para realiza e o hemoglicoteste.

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

Nossa meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos. Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. No primeiro mês foi possível realizar avaliação os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% avaliados do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos) tiveram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico no momento da consulta, ou visita domiciliar. Toda a equipe foi capacitada para a realização desta atividade.

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

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. Minha meta realizar a primeira consulta odontológica para

100% dos idosos. No primeiro mês foi possível atender 10 usuários (31,3%). No segundo mês alcançamos: 12 usuários (18,8) e ao final da intervenção alcançamos 12 (10,3%). No decorrer da intervenção, pouco idosos tiveram a primeira consulta odontológica programática. Este número foi limitado devido que nossa população fica muito longa do posto em área rural o que dificulta o atendimento, além disso, dentista teve férias e licença prêmio durante o período da intervenção. Mas já estão planejados atendimentos com o retorno do dentista.

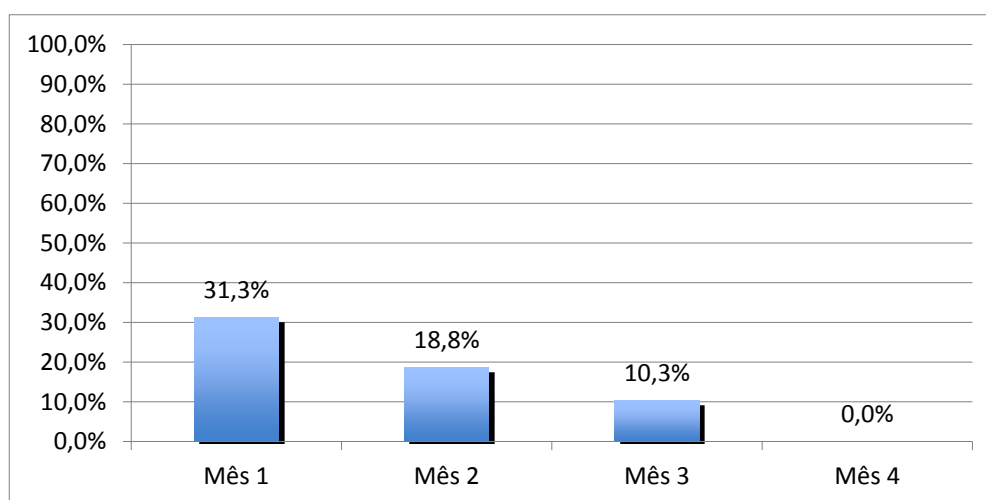


Figura 7- Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

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

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

Durante a intervenção, todos os idosos faltosos receberam busca ativa visita domiciliar, em geral os usuários faltou às consultas em função das chuvas, porém todos eles tiveram busca ativa rapidamente. Como ações que auxiliaram no cumprimento da meta, destacam a capacitação da equipe, a boa divulgação de nosso projeto, o bom planejamento das consultas agendadas e a adesão de nossa população alvo. Só 2 usuários, um casal faltoso, por causa das chuvas em toda a intervenção e o ACS e o médico foram até o domicílio e realizarem busca ativa e fizeram o atendimento em sua casa. Com isso, a equipe se manteve bem informada sobre a necessidade realizar busca ativa.

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

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

Para manter registro específico de 100% das pessoas idosas cadastradas, tivemos como resultados. No primeiro mês foi possível registrar os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% de registro do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos) Assim, estes usuários tiveram suas consultas registradas em ficha-espelho e prontuário, seus nomes foram adicionados ao livro de idosos da área em 100%. Com a introdução das fichas espelho ajudou muito a coleta de dados, controle e planejamento das consultas.

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

do ingresso no programa: 14/2015 Número do Prontuário: 1412015  
 completo: Luiz Carlos Wagner Wagner Cartão SUS: 12183233027  
 Data de nascimento: 2/23/1935 Telefones de contato: \_\_\_\_\_  
 de locomoção? ( ) Sim (X) Não Escamado(a)? ( ) Sim (X) Não HAS? ( ) Sim (X) Não DM? ( ) Sim (X) Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica: 1/1

Departamento de Medicina Social

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)										
Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Ativ.sexual	Humor/depressão	Cognição e memória	MMSS	MMII	Ativ.diárias	Domicílio
Bom	defeitu	Bom	Bom	-	-	Bom	Bom	Bom	Bom	moradia segura

CONSULTA CLÍNICA

Profissional que atendeu: \_\_\_\_\_ Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Para portadores de HAS E/OU DM

Figura 8 - Fotografia preenchimento ficha Espelho.

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

A intervenção teve como meta Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês foi possível distribuir cadernetas a os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também entregamos cadernetas o 100% do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Os idosos cadastrados tiveram suas cadernetas,

além disso, se explico a importância de porta-la em qualquer nível de atenção. Essa meta foi 100% alcançada, Não tivemos dificuldades para a realização desta meta já que desde o início contamos com o 100% das cadernetas no posto, mas a equipe foi treinada para o preenchimento.

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

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

A respeito desta meta, no primeiro mês foi possível mapear os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Todos os idosos cadastrados foram rastreados para risco de morbimortalidade durante as consultas médicas, na unidade e nas visitas domiciliares. O que mais ajudou foi à pontualidade a consulta agendada dos usuários e o que dificultou que foi feita somente por o médico porque não tínhamos enfermeiro.

As principais morbidades encontradas foram o risco cardiovascular moderado e severo.

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

. No primeiro mês foi possível investigar os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% investigado do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Tiveram avaliação de indicadores de fragilização na velhice. A avaliação da fragilização da velhice nos idosos foi realizada durante as consultas médicas e atendimento em domicílio a usuários acamados ou com problema de locomoção foi realizado pelo médico com ajuda de toda equipe. O que mais ajudou foi à pontualidade a consulta agendada dos usuários por o bom planejamento e o tempo de atendimento de 25 minutos como média que permitiu a realização de um exaustivo interrogatório e exame físico e o que dificultou que foi feita só por o médico porque não tínhamos enfermeiro. As principais fragilidades encontradas têm idade mais de 80 anos, polipatologias, polifarmácia que demandavam consultas mais prolongadas. Más entenderam que elas também são fundamentais.

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

Nossa intervenção teve como meta avaliar a rede social de 100% dos idosos. No primeiro mês foi possível avaliar os 32 usuários o 100% de cadastrado.



No segundo mês também tivemos o 100% investigado do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). Todos os idosos cadastrados foram avaliados para rede social. Realizada pelo médico durante as consultas em conjunto com as informações coletadas as ACS em 100% dos idosos. O que mais ajudou foi o conhecimento do agente comunitario de saude sobre a população da área, o bom relacionamento com as familias, com os vizinhos, a informação dos que moram sozinho. O que descobri foi que a maior parte de minha população idosa mora em zona rural onde as familias são muito humildes , mas também muito unidas e existe um bom relacionamento entre vizinhos, acredito que todos juntos são uma grande família.

**Objetivo 6:** Promover a saúde.

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

A intervenção teve como objetivo promover a saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. E nossa meta Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas . No primeiro mês foi possível orientar os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% investigado do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos). brindando orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Esta orientação foi realizada durante consulta médica e nas atividades coletivas desenvolvidas durante a intervenção aos 100% dos idosos cadastrados por toda a equipe. O que ajudou foi à pontualidade dos usuários a atendimento e atividade coletivas realizados durante a intervenção, agora com a incorporação do projeto como rotina os atendimentos se realizam na sexta férias na manha e as atividades coletivas todas sexta férias ultimas do mês.



Figura 9 - Fotografia Atividade Educativa Alimentação Saudável.

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

Nossa intervenção teve como objetivo promover a saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. E nossa meta Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos. No primeiro mês foi possível orientar os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% investigado do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos) brindando orientação para a prática de atividade física regular realizada durante a consulta médica e atividades coletivas em 100% dos idosos cadastrados. Além disso, fizemos atividades com professor de educação física, com parceria da escola que fia perto de nosso posto de saúde, com a participação de toda equipe. O que ajudou foi à pontualidade dos usuários a atendimento e atividade coletivas realizados durante a intervenção, além disso, a boa adesão da população e os idosos ao projeto, agora com a incorporação do projeto como rotina os atendimentos se realizam na sexta férias na manha e as atividades coletivas todas sexta férias ultimas do mês.





Figura 10 - Fotografia realização Atividade física saudável.

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

Nossa intervenção teve como objetivo promover a saúde de pessoas idosas na Unidade de Saúde da José Araújo. Na área adstrita à UBS existem 116 idosos nesta faixa etária. E nossa meta garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática. . No primeiro mês foi possível orientar os 32 usuários o 100% de cadastrado. No segundo mês também tivemos o 100% investigado do total cadastrado e ao final da intervenção alcançamos 100% (116 idosos) Esta orientação foi realizada durante a consulta pelo medico e em palestra. Além disso, fizemos as orientações nas atividades coletivas, mediante ausência do dentista, conforme já relatamos anteriormente. O que dificultou foi ausência do odontólogo e o que facilitou foi o empenho realizado por toda a equipe para que esta meta fosse cumprimentada a pesar de não ter dentista no equipe.

No decorrer da intervenção o trabalho conjunto da equipe foi muito importante para obtenção de resultados favoráveis, com boa participação dos integrantes da equipe e apoio dos gestores com a ação programática e logística necessária. Tivemos limitações com odontologista e enfermeiro, mas toda a equipe

se comprometeu com o projeto e fez seu melhor aporte, também podemos falar da apoio da comunidade na divulgação, já o projeto se desenvolveu de forma rotineira na unidade de saúde.

## 4.2 Discussão

Na população idosa são frequentes vários problemas de saúde tais como o déficit de memória cognitivo, a depressão, as doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, bem como suas complicações, a osteoporose e outros comprometimentos ósseos que podem contribuir para ocorrência de quedas. Todos estes problemas têm grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando geralmente grandes constrangimentos e induzindo ao isolamento social e a depressão (Brasil, 2013).

Com a intervenção em minha unidade de saúde da família foi possível aprimorar a qualidade de atendimento fornecido aos idosos (promoção do exame clínico, avaliação multidimensional), tiveram ampliação da cobertura, tiveram ampliação do acesso a agendamentos de consulta médica e odontológica, pois foram priorizados. Além disso, avançamos no engajamento da comunidade, proporcionando conscientização da importância do acompanhamento de saúde para o idoso, e, da importância dos cuidadores para um correto tratamento e acompanhamento, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Na USF conseguimos cadastrar 116 idosos. No que se refere à qualidade da assistência só realizávamos atendimento voltado apenas às doenças crônicas (especialmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Em geral os atendimentos eram restritos a consultas de rotina e distribuição de medicamentos

Um das maiores dificuldades foram a maior parte da população mora em área rural, que fica distante da Unidade e isso podia limitar o alcance das metas propostas. Isto foi resolvido pois os profissionais passaram a se deslocar mais e priorizar os atendimentos domiciliares. Passamos também a realizar o acolhimento com classificação de risco dos usuários na porta de entrada, bem como investimento na educação permanente dos profissionais para que sejamos cada

vez mais capazes de contribuir com a transformação dos hábitos da população. Melhoramos a participação de toda a equipe, para isto foram realizadas rodas de conversa, capacitação e treinamento da equipe. Todos os profissionais ficaram muito satisfeitos.

Em minha USF não tínhamos registros específicos sobre a saúde da pessoa idosa. Apenas 57 idosos possuem acompanhamento na Unidade, à necessidade de ter o cadastramento atualizado do grupo era fundamental, o que conseguimos realizar bem, a introdução de fichas espelho e um livro de controle onde quedaram registrados. Indicadores da qualidade da assistência demonstram que o acompanhamento era feito apenas aos usuários com hipertensão e diabetes.

Para a equipe, foi necessário capacitação para uma adequada atenção à saúde do idoso, abordando hábitos de vida saudáveis, a necessidade de priorização ao atendimento do idoso, a importância da atuação dos cuidadores na manutenção de sua saúde. Toda equipe recebeu treinamento para orientação nutricional, atividade física, necessidade de periodicidade de atendimentos, onde cada membro da equipe joga um papel determinado na intervenção os ACS no cadastro, agendamento de consulta de seu usuário segundo as prioridades, agendamento de visitas a domicilio a usuários acamados o com problemas de locomoção, as técnicas de enfermagem, no acolhimento diário trabalho com prontuários e ficha espelho, atualização de dados de usuários o medico no exame clinico, avaliação multidimensional rápida solicitação de exame e equipe em geral em brindar todo tipo de informação a população idosa e geral. Os idosos com dificuldade de locomoção tiveram visitas domiciliares agendadas, estes receberam orientações e tratamento adequado, o aprimoramento do exame físico e laboratorial, do diabético e hipertenso foi notável, o que resultou no prolongamento das consultas e estreitamento do relacionamento médico/paciente.

Antes da intervenção eram realizado atendimento para a população sem garantir a equidade de acesso às diferentes populações não tinham uma planificação, o que limitava o acesso aos idosos, somente aqueles que tinham uma doença, A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Já na intervenção conseguimos adequar os agendamentos da população geral de acordo com grupos de risco, o que ampliou o acesso aos idosos. A avaliação do risco social também começou a ser parâmetro para priorização de atendimento aos idosos, mais uma vez garantindo o princípio

da equidade preconizado pelo SUS. Outro fator importante foi à adoção das fichas-espelho, o que contribuiu muito para a organização e facilidade ao acesso de dados dos idosos.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade, os idosos ficaram satisfeitos com o serviço, com a prioridade no atendimento, com o tempo de duração da consulta e com exames complementar solicitados e gerais toda a população gostou do projeto, os atendimentos tanto no posto de saúde como as visitas ao domicílio, além disso, a equipe também gostou da intervenção e que continue como rotina de trabalho.

Se a intervenção estivesse iniciando hoje, eu daria mais enfoque na cobrança de um cuidador ou Familiar na participando das consultas, o que nem sempre acontece, tentaria, junto à equipe, realizar mais atividades educativas de saúde geral, odontológica e hábitos de vida saudáveis junto à comunidade e a realização de um numero maior de atividades coletiva, esportivas e culturais.

A intervenção já foi incorporada a nossa rotina de serviço, todas quintas e sexta feriam ocorrem os atendimentos as pessoas idosas agendadas previamente pela equipe, acredito que a coleta de dado para HTS, DM e outras patologias crônicas devia ser separada para obter indicadores individuais por doenças.

Com a melhoria na qualidade do atendimento, cada vez mais idosos vem procurando a USF, muitos que há anos não compareciam receberam atendimento e exames adequados, de uma maneira geral estão satisfeitos, esta satisfação serve de estímulo para trabalho da equipe porá em adiante fazer ló Maior. Com o restabelecimento do pessoal do NASF do município na equipe pretende incorporar outras atividades a rotina com a participação da nutricionista, fisioterapeuta e professor de educação física.

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

Senhores gestores:

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

A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas, um desta conquista é o processo de garantia dos direitos. Desse segmento populacional a partida instituição do Estatuto do Idoso em 1997. Outra conquista diz respeito ao envelhecimento populacional, mas com relação a este aspecto é preciso considerar os desafios que se relacionam ao envelhecimento populacional ativo e com qualidade de vida. Vários problemas de saúde são frequentes neste ciclo de vida tais como o déficit de memória cognitivo, a depressão, as doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, bem como suas complicações, a osteoporose e outros comprometimentos ósseos que podem contribuir para ocorrência de quedas. Todos estes problemas têm grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas causando geralmente grandes constrangimentos e induzindo ao isolamento social e a depressão (Brasil, 2013)

Na Unidade Saúde da Família José Araújo. Na área adstrita à Unidade existem 116 idosos nesta faixa etária. Antes da intervenção tínhamos cadastrado (57 idosos), uma cobertura de 51% do total de idosos, onde só realizávamos

atendimento voltado apenas às doenças crônicas (especialmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Em geral os atendimentos eram restritos a consultas de rotina e distribuição de medicamentos, sem planejamento nem prevenção.

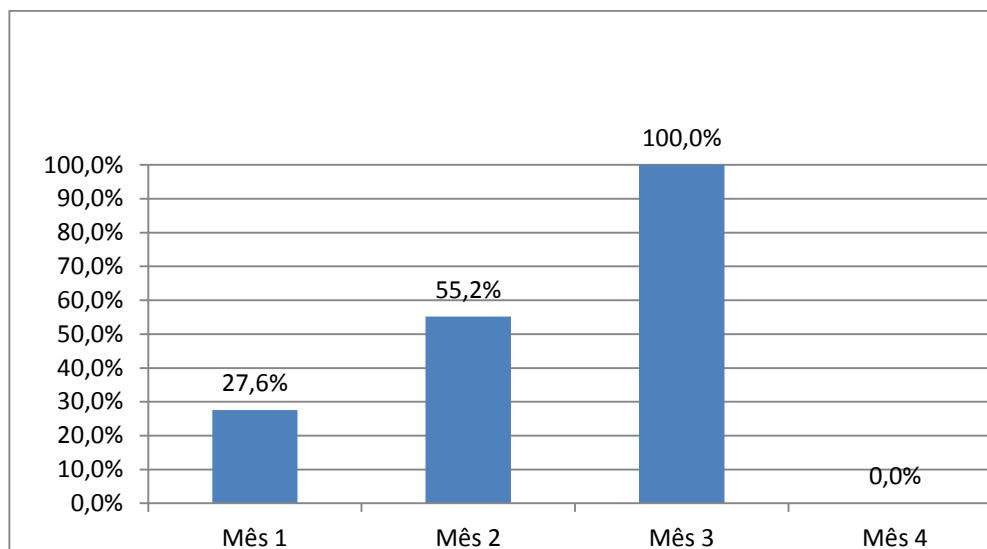


Figura 8 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

No dia 02 de janeiro de 2015 se deu início as 12 semanas de intervenção focada na Saúde do Idoso. No decorrer deste tempo 100% dos idosos (116 pessoas) pertencentes à área da unidade de saúde, incluindo acamados e com dificuldade de locomoção foram cadastrados.

A intervenção consistiu no trabalho em conjunto de toda equipe ESF, na qual foram realizados exames físicos e laboratoriais adequados, rastreio por hipertensos e diabéticos idosos pertencentes a nossa área; constatamos que 74 deles 63,8% dos idosos são portadores de ao menos uma destas enfermidades.

Também buscamos promover o acesso aos medicamentos prescritos, na farmácia popular e substituindo medicamentos faltosos pelos que havia. Foi enfatizada a necessidade da avaliação e tratamento odontológico adequado, mas não foi possível por não ter odontólogo na equipe no período da intervenção. Outro fator importante foi à promoção do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, entregue a 100% das pessoas idosas durante as consultas, igual que a realização de avaliação multidimensional rápida.

Durante as consultas também foi avaliado fatores que ampliam o risco e fragilidade da velhice, onde os cuidadores e idosos foram devidamente orientados,

receberam também orientação para hábitos alimentares saudáveis e de atividade física.

Durante a intervenção a principal dificuldade esteve dada a atenção de saúde bucal

Na continuidade do trabalho da rotina vamos a incorporar a participação dos profissionais do NASF para melhorar ainda mais nosso projeto. O retorno com do profissional dentista, já estamos planejando os atendimentos tão logo ele reinicie suas atividades.

Nas outras missões nem sempre era possível realizar as atividades, dada à falta de estrutura, falta de pessoal e a deficiente organização de trabalho. Eu acredito que neste momento sou melhor profissional que antes da intervenção, igualmente, percebo melhorias e mudanças positivas em toda a minha equipe. Com mais organização no trabalho, preocupação em conhecer sem tive algum usuário faltoso de sua área, quando corresponde fazer visita aos usuários de área adstrita, Tem maior pontualidade as atividades coletivas, reuniam.

Nossa equipe tem a necessidade de educação permanente com cursos capacitações, oficinas, atualizações, para elevar cada dia mais nosso nível científico técnico.

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

No dia 02 de janeiro de 2015 se deu início as 12 semanas de intervenção para melhoria da Saúde do Idoso na Unidade. No decorrer deste tempo, 100% dos idosos pertencentes à área da unidade de saúde, incluindo acamados e com dificuldade de locomoção foram cadastrados. Antes da intervenção tínhamos cadastrados 51% da população idosa (57 idosos), mas tivemos que fazer uma reorganização e recadastramento desta população. Ao longo da intervenção tivemos que redesenhar o tipo de atendimento direto para oferecer atendimento prioritário aos idosos com planejamento de consultas programadas, visitas domiciliares.

A intervenção consistiu no trabalho em conjunto da equipe, onde foram realizados exames físicos e laboratoriais adequados para 100% dos idosos cadastrados, foi também estimulado o acompanhamento odontológico dos pacientes cadastrados para aprimoramento da saúde bucal, avaliação da necessidade de próteses e avaliação da mucosa oral, mas a primeira consulta teve uma cobertura muito baixa, de apenas 10,3%, pois durante a intervenção o dentista estava de licença da Unidade. Felizmente, o retorno com do profissional, já estamos planejando os atendimentos tão logo ele reinicie suas atividades.

Também buscamos promover o acesso aos medicamentos prescritos. Outro fator importante foi à distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa, que passou a ser preenchidos durante as consultas, todos os idosos cadastrados também receberam avaliação de risco de fragilidade na velhice, e juntamente com seus acompanhantes, receberam variadas orientações alimentares, de atividade física e hábitos de vida saudável em geral.

Durante as consultas também foram avaliados fatores que ampliam o risco e fragilidade da velhice, onde os cuidadores e idosos foram devidamente orientados,



receberam também orientação para hábitos alimentares saudáveis e de atividade física, as ACS também tiveram papel importante na orientação da comunidade durante suas visitas de rotina. Estas ações continuarão a ser realizada na UBS com o objetivo de ampliar ainda mais a qualidade do serviço e o acesso à população.

Na continuidade do trabalho da rotina vamos a incorporar a participação dos outros profissionais do NASF a nossa equipe para melhorar ainda mais a qualidade da atenção à saúde na Unidade, estamos dando também a oportunidades à comunidade para sugerir que outras ações de saúde possam ser realizadas para a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas e de outros grupos populacionais de nossa área de abrangência.

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

No aspecto pessoal foi muito importante à realização da intervenção já que ela permitiu o trabalho em equipe, a minha atuação como líder, incentivou a dedicar-me não somente às atividades da assistência, permitiu incluir em meu trabalho atividades de planejamento, educação para saúde, atividade de capacitação aos demais membros da equipe. O curso também ajudou no desenvolvimento de atividades pautadas pela integralidade da atenção à saúde, o que diferencia esta de outras missões que já realizamos.

Nas outras missões nem sempre era possível realizar as atividades, dada a falta de estrutura, falta de pessoal e a deficiente organização de trabalho. Eu acredito que neste momento sou melhor profissional que antes da intervenção, igualmente, percebo melhorias e mudanças positivas em toda a minha equipe. Com mais organização no trabalho, preocupação em conhecer sem tive algum usuário faltoso de sua área, quando corresponde fazer visita aos usuários de área adstrita, Tem maior pontualidade as atividades coletivas, reuniam.

Durante a intervenção foi possível permitir à comunidade a na tomada de decisões para melhorar a saúde. A saúde do idoso na UBS José Araújo no Bairro Iracema município Mâncio Lima Acre se limitava a entrega de medicamentos de Hipertensão, atendimento demanda espontânea e ações simples, como a disponibilização da caderneta do idoso, não ocorriam. A prioridade, no agendamento das consultas com os idosos não ocorriam, não tinham um seguimento adequado.

Durante o curso, foi possível aprimorar a atenção à saúde do idoso pela equipe ESF, nos seguintes eixos: organização e gestão de serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação, fornecidos das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde pudemos melhorar e revisar nossos

conhecimentos na saúde do idoso, que se trata de um grupo que requer atenção diferenciada.

As orientações passadas durante as reuniões de equipe, com base nos manuais do Ministério da Saúde forneceram para a fluidez do serviço, realizamos acordos e novas pactuações para agendamento dos usuários, o que resultou na ampliação da disponibilidade de espaços para os atendimentos as pessoas idosas. As orientações fornecidas aos usuários e seus familiares sobre hábitos saudáveis implicaram em uma melhora de adesão ao tratamento, o exame físico mais detalhado ampliou o bem-estar dos idosos e alongo o tempo das consultas, que ante se limitava aos atendimentos a doente, prescrição de medicamento sem ter em conta prevenção,

Após estes três meses, tudo que diz respeito à qualidade do serviço prestado pela equipe melhorou, houve um aumento na demanda das consultas clínicas, houve um aumento da afinidade dos pacientes com a equipe também.

O aumento da satisfação dos idosos pelo serviço é visível, nossa Unidade está sendo mais elogiada na ouvidoria do município, foram mudanças complicadas no início da implantação, mas no final surtiram um efeito excelente e além do esperado.

## Referências

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

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

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

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

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

2010. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 de julho de 2015. IBGE. Censo Demográfico 2010.

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

Prefeitura de Mâncio Lima [site]. Disponível em: <http://www.prefeituramanciolima.com.br/>. Acesso em: 12 de julho de 2015.

## **Anexos**





**Anexo C - 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.

Patrícia 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.

\_\_\_\_\_