

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turman<sup>09</sup>**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção a saúde das pessoas idosas da UBS Barreiro do  
Município Parnaguá/PI**

**Mayelin Nunez Pereira**

**Pelotas, 2016**

**Mayelin Nunez Pereira**

**Melhoria da atenção a saúde das pessoas idosas da UBS Barreiro do  
Município Parnaguá/PI**

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: Alexandra da Rosa Martins

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P436m Pereira, Mayelin Nunez

Melhoria da Atenção a Saúde das Pessoas Idosas da UBS Barreiro do Município Parnaguá/PI / Mayelin Nunez Pereira; Alexandra da Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Martins, Alexandra da Rosa,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu filho.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais por me dar a vida e me apoiar em todo momento.

Ao meu filho por ser a força que me faz cumprir as minhas metas.

À minha orientadora pelo seu apoio na realização deste trabalho.

À equipe, comunidade e aos usuários da UBS Barreiro.

## Resumo

PEREIRA, Mayelin Nunez. **Melhoraria da atenção a saúde das pessoas idosas da UBS Barreiro do Município Parnaguá/PI**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento, e o crescente número de pessoas idosas fomenta reflexões da sociedade quanto ao modo de vivenciar a velhice. Para acolher essas pessoas, os profissionais das UBS devem modificar suas práticas, e estar preparados a desenvolver ações que proporcionem um impacto relevante na qualidade de vida desses usuários, uma vez que o decaimento biológico natural da pessoa associado à maior prevalência de doenças e dificuldades funcionais tende a fragilizar a velhice como um todo (BRASIL, 2010). A terceira idade normalmente é exposta a diversos fatores de risco que aumentam a sua morbimortalidade, e esse fato remete à importância da utilização de protocolos específicos que sistematizem as ações de melhoria da atenção à pessoa idosa. Assim, é fundamental o trabalho das Equipes de Saúde da Família, com atuações nas dimensões culturais e sociais, com ações individuais e coletivas na comunidade (BRASIL, 2006). Sabemos que o envelhecimento também é uma realidade da população de Parnaguá, e para melhor acolher essa população, se realizou uma intervenção de 12 semanas no Programa da Pessoa Idosa da UBS Barreiro, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS, no período de novembro 2015 a janeiro 2016. Ações de organização e gestão do serviço, engajamento público e prática clínica foram realizadas, monitoradas e avaliadas, através de indicadores de cobertura e de qualidade dessa ação programática. A intervenção resultou na ampliação da cobertura, no primeiro mês cadastramos 40 (11,4%) idosos, no segundo mês 80 (22,9%) e no terceiro mês obtivemos 139 (39,7%) idosos cadastrados, e também na melhoria dos indicadores de qualidade. A intervenção teve bom impacto na comunidade, pois além de melhorar os atendimentos aos idosos, não afetou os demais atendimentos por outras condições tanto na unidade básica de saúde quanto nas comunidades onde também fizemos atendimentos. Aumentou a conscientização e o engajamento dos idosos com o programa, os mesmos ficaram esclarecidos sobre a importância da realização dos exames laboratoriais e o exame clínico nas consultas, para identificação dos riscos e assim prevenir as doenças, principalmente as crônicas não transmissíveis. Foi importante para nosso serviço, pois o trabalho de forma integrada facilitou um melhor fluxo dos usuários para nossa ação programática, um melhor controle e registro das informações, maior organização do trabalho através do agendamento prévio das consultas. Também teve grande importância para a equipe, pois propiciou um trabalho mais organizado e integrado de todos seus membros, que resultou na melhoria dos indicadores.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da pessoa idosa.

## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da Cobertura do programa de atenção á saúde da 59  
pessoa idosa na UBS Barreiro, Município Parnaguá/PI.
- Figura 2 Gráfico da Proporção de Pessoas Idosas rastreadas para 61  
Diabetes Mellitus.
- Figura 3 Gráfico da Proporção de Pessoas Idosas com prescrição de 63  
medicamentos da farmácia popular.
- Figura 4 Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta 65  
odontológica programática.
- Figura 5 Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de 66  
alterações de mucosa bucal.
- Figura 6 Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de 66  
necessidade de prótese dentária.
- Figura 7 Gráfico da proporção de pessoas idosas com Caderneta de 68  
Saúde da Pessoa Idosa.

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
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 .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	50
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão .....	70
5 Relatório da intervenção para gestores .....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências .....	78
Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexos	79

## **Apresentação**

O presente trabalho trata de uma intervenção sobre a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Barreiro, Parnaguá/Piauí. O volume está organizado em sete sessões, seguindo uma sequência lógica a partir da análise situacional na qual foram identificados os problemas, continuando com uma análise estratégica – Projeto de Intervenção, que aborda a justificativa, objetivos, metas, a metodologia utilizada com os detalhes das ações desenvolvidas, e na continuidade apresenta-se os indicadores, a logística e o cronograma que serviu de guia para o trabalho durante as 12 semanas da intervenção. O trabalho continua com um relatório sobre como foi desenvolvida a intervenção de acordo com as ações previstas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, refletindo se foi ou não viável a incorporação das ações à rotina diária do serviço. Posteriormente segue a avaliação da intervenção com a análise dos resultados e a discussão apontando a importância da mesma para a equipe de saúde, para o serviço e para a comunidade. Apresentam-se ainda os relatórios da intervenção para os gestores e comunidade e uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. No final do volume encontram-se os referenciais e anexos utilizados.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Parnaguá - PI possui um Hospital e duas Unidades Básicas de saúde (UBS) na cidade, e outras cinco unidades na área rural. Atualmente estou cadastrada em uma UBS na periferia da cidade, chamada ESF Barreiro.

A nossa equipe de Saúde Família é composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma recepcionista, que é quem organiza as fichas dos pacientes e encaminha aos profissionais da UBS. Não temos conselho de saúde na área, só um conselho de saúde municipal, e a nossa comunidade não é muito participativa, mas temos muita ajuda de nossos ACS pois eles ficam a maior parte do tempo em contato direto com a população.

A unidade de saúde tem uma sala de recepção, sala de reuniões, cozinha, uma sala para consulta médica, uma sala onde a enfermeira faz pré-natal, prevenção em saúde, puericultura e todo o seu atendimento também tem. Possuímos também uma sala de triagem, sala de curativos, uma sala para a farmácia e sala da odontologia, mas nada disso está sendo realizado, porque não temos dentista, nem medicamentos, nem material para curativos na UBS, situação que incomoda muito, pois não podemos nem baixar a pressão arterial alterada dos pacientes.

Nesta UBS, durante dois dias na semana, realizamos atendimento à demanda espontânea e acompanhamento das pessoas doenças crônicas, gestantes, puérperas e crianças menores de um ano, ou seja, tentamos cumprir com todos os programas. Realizamos também visitas domiciliares uma vez por semana. Nos outros dois dias vamos para o interior onde temos que acompanhar 26 comunidades e assentamentos muito distantes da cidade, aproximadamente uma e

até quase três horas de viagem, e a consulta é feita nas escolas e outras nas próprias casas dos pacientes, porque há muitas comunidades sem escolas.

Temos uma população de aproximadamente 3500 habitantes de um total de 10.494 habitantes do município, e as casas são muito dispersas e distantes umas das outras. É muito claro que o atendimento não é como deveria ser, pois também não temos medicamentos para levar às comunidades do interior para que o atendimento seja completo, mas o que fazemos é com muito carinho para que o usuário melhore sua condição de saúde.

No que se refere aos exames laboratoriais, também temos muitos problemas, pois neste momento só esta sendo realizado o hemograma completo, VDRL, leucograma e comum de urina, além disso, a coleta é realizada somente dois dias na semana, e as amostras são levadas para um laboratório conveniado com Parnaguá, que fica situado em um município vizinho (uma hora de distancia do nosso). A distância também interfere negativamente, porém existe muito atraso na entrega dos resultados, além disso, é impossível fazer exames de emergência. O mais interessante nesta situação é o fato que Parnaguá possui dois laboratórios privados, mas a secretaria não tem convênio com nenhum deles. Fica evidente que ainda temos infinitas dificuldades na saúde de nosso município, porém temos muita vontade de fazer tudo para mudar esta realidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Parnaguá pertence ao estado Piauí, está localizado na microrregião de Chapada das Mangabeiras, Extremo Sul Piauiense, compreendendo uma área de 2.269km<sup>2</sup> tendo como limites os municípios de Curimatá e Riacho Fundo ao norte, ao sul o estado Bahia e Sebastião Barros, a leste Curimatá e Júlio Borges e a oeste Sebastião Barros Corrente e Riacho Frio. O Município criado pelo Decreto lei nº52 de 29 de março de 1938, possui uma população de 10.494 habitantes e uma densidade demográfica de 2.86 habitantes por km<sup>2</sup>, onde cerca de 57% das pessoas moram em área rural. Com relação à educação, 69.6% da população acima de 10 anos de idade são alfabetizadas. A agricultura praticada no município e baseada na produção sazonal de arroz, feijão, milho, mandioca e cana de açúcar. As condições climáticas do município apresentam temperaturas mínimas de 25 graus e máximas de 35 graus, com altitude da sede de 435 m acima do nível do mar.

O sistema de saúde em Parnaguá conta com cinco Unidades Básicas de Saúde e cinco equipes de saúde da família; um prédio de Odontologia Municipal; não temos NASF; e temos uma unidade mista hospitalar para internação. Não há atenção especializada no município, os pacientes passam pela central de regulação do SUS, localizada na secretaria de saúde, para serem direcionados à realização dos atendimentos especializados, quase sempre, na capital Teresina-PI, Corrente-PI e Bom Jesus-PI. Em algumas situações os pacientes são incluídos em listas de espera. As coletas de mostra para exames são feitas em Parnaguá-PI, mas as mesmas são enviadas a Corrente-PI para análise e obtenção do laudo, com muita demora no retorno, o que dificulta a atenção adequada aos pacientes.

A ESF Barreiro, em que trabalho é vinculada ao SUS, possui uma única equipe e está localizada na zona periurbana, mas temos comunidades na área rural. Minha equipe é composta por um médico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, sete ACS, atendemos na área de Belém 2 a uma distância de 8 km de distância da sede, sem disponibilidade de transporte público. Nossa área de atendimento rural é muito dispersa para uma só equipe, que atende as comunidades de Malhadinha, Buriti, Coquerinho, Piaçaba, Coquero Grande, Santa Teresa, Capim Grosso, Triunfo, Mato Alto, Jenipapo, Retiro, Remissão e tem uma população de aproximadamente 3504 habitantes, pobre, dedicada aos cultivos e criações de bovinos e caprinos e, ainda, com más condições higiênico-sanitárias, sem dispor de aterro sanitário ou lixão para dispensação residuais sólidos e líquidos, esgoto a céu aberto.

A estrutura da UBS, conta com sala de espera dos usuários, recepção e arquivo, sala de triagem, três consultórios médicos, farmácia, sala de vacina, sala de nebulização e sala de curativo, um banheiro para pacientes e trabalhadores. Embora tenhamos a sala de curativo, não são realizados esses procedimentos. Recebemos insumos com periodicidade mensal, não dispomos de medicamentos para execução das ações como atendimento de urgências e emergências. Possuímos barreiras arquitetônicas que afetam diretamente as pessoas com limitações tanto temporárias quanto permanentes, ou seja, idosos ou deficientes físicos. As barreiras impedem o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, na minha UBS constituem um problema para os pacientes.

Com relação às atribuições da equipe, a nossa equipe reúne-se todos os meses para o planejamento das atividades do mês. Todas as semanas realizamos visitas nas comunidades rurais, utilizamos dois dias, e fazemos as visitas domiciliares programadas. No restante dos dias realizamos atendimentos em nossa UBS. Nossas comunidades sabem os dias que nossa equipe atua na UBS, se programando para as consultas agendadas. Também existe atendimento de demanda espontânea da população. Não contamos com um conselho de saúde dentro da UBS, mas convidamos alguns representantes da comunidade a participar das reuniões de equipe. Os temas principais debatidos são: acolhimento, humanização do atendimento, desenvolvimento de tecnologias inovadoras, avaliação do cuidado pelo usuário, avaliação do serviço pelo usuário, organização dos serviços, conhecimento pela equipe dos problemas das comunidades, resposta do serviço às necessidades da população, espaços e mecanismos de participação popular, mecanismos de informação e divulgação, satisfação do usuário, e queixas da população.

Seguimos os protocolos de atendimentos, internação, encaminhamento, não existe atenção especializada em nosso município por isso os pacientes são encaminhados aos especialistas fora do município, enfrentando muitas dificuldades para ter acesso aos atendimentos especializados, os quais são tramitados via regulação do SUS. Neste município cumpre-se a Portaria 2.488 de Outubro de 2011, porém com dificuldades na integração de todos os membros da equipe para fazer as atividades em coletivo, algumas vezes fazemos ações independentes, como é o caso da odontologia que não participa por ficar fora da UBS como serviço independente. Há outras dificuldades em relação ao trabalho da equipe, pois alguns serviços, como nutrição e psicologia não existem. Ainda, há outras dificuldades como a baixa cobertura de medicamentos, falta serviços especializados no município, realização de exames complementares fora do município com muita demora nos resultados, que também dificultam o trabalho da equipe.

Como já relatei anteriormente, possuímos na área de abrangência da UBS 3.504 habitantes. A população residente na área está estruturada de a seguinte forma:

Menores de 1 ano	24
------------------	----

De 1 ao 4 anos	47
De 5 ao 14 anos	989
De 15 ao 59 anos	1985
De 60 ou mais anos	459

A população dessas comunidades da nossa área de abrangência são carentes e humildes, com uma cultura ultrapassada que contribui para a existência de problemas agudos, por esse motivo, no início de nosso trabalho nas comunidades realizamos um número elevado de atendimentos a demanda espontânea. Este excesso de demanda no início de nosso trabalho, permitiu que pudéssemos conhecer muitos de nossos pacientes com doenças crônicas e iniciar seu acompanhamento e tratamento, agendando as próximas consultas. Com paciência e dedicação de nossa equipe, esta demanda foi diminuindo e melhorando. Hoje ainda temos uma demanda espontânea que assiste a nosso serviço, e que recebe atendimento no dia de seus problemas agudos, os usuários são acolhidos por todos da equipe e atendidos no mesmo dia, encaminhado à enfermeira ou médico dependendo do tipo de atendimento que o paciente necessite e recebe orientação.

As várias ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde também são realizadas pela nossa equipe. Com relação às ações de atenção à saúde da criança, estão estruturadas de forma programática adotando os manuais técnicos. Embora não tenhamos quase nenhum protocolo na nossa UBS, realizamos os atendimentos como está estabelecido no protocolo. Existe o acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família que é realizado pelos profissionais da equipe e repassado para a secretaria de saúde a fim de serem lançados no sistema SISVAN. Temos outros programas que envolvem a Saúde da Criança.

Realizamos as consultas de acordo o protocolo a pesar de não existir o impresso, enviamos a avaliação para o Pediatra depois da primeira consulta de Puericultura. Já durante a gravidez orientamos as gestantes para que elas levem os filhos na primeira semana de vida para puericultura, conscientizando da importância da primeira consulta, a realização do teste do pezinho, vacinas, manejo do menor de um ano, alimentação, banho, aleitamento exclusivo, dentre outras orientações. Nossa equipe trabalha em conjunto na puericultura, os ACS verificam se as

orientações são executadas pelas mães, depois das consultas. Além disso, nossos agentes participam na busca ativa de crianças que transmitem alguma preocupação. Logo verificamos todas as orientações nas visitas domiciliares.

A cobertura do programa para os menores de 1 ano é de 67%, mas esperamos que ao longo desse ano esse dado seja melhorado. Quanto aos indicadores de qualidade, a maioria apresenta bons resultados, pois 100% das nossas crianças acompanhadas na UBS receberam monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, estão com vacinas em dia, estão orientadas para o aleitamento materno e prevenção de acidentes, 94% das crianças receberam consulta nos primeiros sete dias de vida e 88% das crianças estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Alguns indicadores estão razoáveis, como a triagem auditiva, realização do teste do pezinho e principalmente a avaliação de saúde bucal, pois só temos uma unidade de odontologia na cidade e a nossa população mora principalmente no interior, e não tem nenhuma prioridade para esse tipo de atendimento. Mesmo aproveitando os momentos dos atendimentos no interior para fazer as captações dos RN e as puérperas antes dos 7 dias de vida da criança, não damos conta dessas buscas e muitas vezes quando captamos, já se passaram os sete dias, e além disso, as mães não procuram o atendimento quando recebem alta do hospital. Outro problema que apresentamos, é a falta o material para coleta do teste do pezinho. Acreditamos que pouco a pouco poderemos melhorar estes indicadores, pois temos vontade de fazer um bom trabalho e continuar garantindo atenção de qualidade para toda a população.

As crianças menores de cinco anos também recebem atendimentos de puericultura, acompanhamento de doenças crônicas e de problemas agudos, pois requer muita atenção nessas idades para prevenir os acidentes domésticos, profilaxia de doenças infecciosas, vacinas e alimentação. Não possuímos um registro específico, o registro das consultas mensais é feito nos prontuários e nas cadernetas. As consultas são planejadas e ao final de cada consulta, o responsável pela criança recebe o agendamento da próxima consulta. É realizado o controle e monitoramento do programa. A população tem aderido às ações propostas. Nossa UBS realiza palestras com as famílias e as mães no momento de espera pelo atendimento na sala de espera, não temos grupos por não possuímos espaço para



a realização de atividade educativa, as orientações são realizadas no ato da consulta e nas visitas.

Também fazemos palestras nas escolas com as crianças e os professores, além disso, desenvolvemos ações na UBS como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental. Ações de melhorias deveriam ser realizadas, como a busca constante das crianças por parte dos ACS, a melhoria nos registros, e a manutenção das orientações para as grávidas sobre a importância do acompanhamento das crianças para seu desenvolvimento e crescimento, melhorando assim, a qualidade de vida destes grupos prioritários.

Quanto a atenção ao pré-natal, é realizada seguindo os protocolos e manuais técnicos, estruturada de forma programática, contando com o registro e monitoramento das consultas. Temos uma cobertura do programa de 37%. Das nossas 13 gestantes acompanhadas, 7 foram captadas no primeiro trimestre, todas maiores de 15 anos. Depois da pesquisa de fatores de risco verificamos que não temos grávidas de risco. As consultas são agendadas e realizadas com boa qualidade coincidindo com os indicadores propostos. É identificado cada fator que possa constituir um risco para a grávida. Participa na atenção ao pré-natal toda a equipe, estabelecendo muita empatia com as gestantes, para que possamos ter continuidade no trabalho com as crianças recém-nascidas.

Realizamos palestras e visitas domiciliares e verificamos se as gestantes cumprem as orientações recebidas, orientamos as famílias sobre os diagnósticos e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal (todas são encaminhadas a Odontologia na primeira consulta), de saúde mental, controle do câncer de colo de útero e mama e orientamos sobre imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física. Com a dificuldade de não existir no município atenção especializada, os exames são realizados fora dele, porém há uma demora no recebimento dos resultados.

Como citei anteriormente, as ações deste programa em nossa UBS estão estruturadas de forma programática baseadas nos protocolos e manuais técnicos estabelecidos. Temos registro específico e realizamos monitoramento destas ações.

Estes registros são acompanhados pela enfermeira, sendo que, toda a equipe participa das atividades programadas, o ACS faz a busca ativa de mulheres faltosas logo que o registro é revisado, são realizadas atividades educativas pela importância do tema para as mulheres nas salas de espera, nas visitas domiciliares e nas consultas.

Com relação ao puerpério, a equipe se organiza da mesma maneira do pré-natal, utilizado um protocolo. A cobertura de 30% também é baixa, mas as ações de qualidade são realizadas para todas as puérperas. Enfim, acreditamos que a distancia da UBS em relação às residências das nossas usuárias, possa contribuir para as baixas coberturas de pré-natal e puerpério, e que novas estratégias devem ser discutidas com a equipe, para melhorar esses indicadores.

Em minha UBS é feita ainda a prevenção e controle dos cânceres (CA) de colo do útero e de mama. As mulheres na faixa etária para o controle do CA de colo de útero realizam a coleta do cito patológico, porém ocorre muita demora para receber o resultado, tendo em vista que o laboratório de análise é em Teresina-PI. Todas as mulheres consultadas compreendidas nas idades para o controle do CA de mama realizaram o exame clínico da mama para a detecção precoce de massas e é solicitada a mamografia, a qual é feita em outro município pela regulação do SUS.

A coleta do exame citopatológico do colo de útero, é realizada pela enfermeira em apenas um dia da semana que é quarta-feira nos turnos da manhã e tarde. Como forma de registro desta ação programática, utilizamos prontuário clínico e registro específico do programa. Os resultados são avaliados pela equipe e agendada a data da próxima coleta se o resultado é negativo. No caso de resultados positivos para a microbiologia, realizamos o tratamento e acompanhamento dessas mulheres. Para as mulheres com resultados sugestivos de lesões intraepiteliais de baixo ou alto grau, são indicados outros exames específicos como ultrassonografia pélvica, transvaginal, colposcopia e posteriormente são referidas para consulta com Ginecologista ou Oncologista.

Possuímos uma boa cobertura de 89% das mulheres, porém os poucos indicadores de qualidade avaliados refletem que ainda temos trabalho por fazer, a começar pela melhoria dos registros. Não podemos deixar de lembrar que a nossa área localiza-se no interior, que muitas vezes temos falta do material para a coleta, e que embora façamos o exame clínico, quando indicamos ultrassonografia nos casos

suspeitos, nos deparamos com a demora, pois esse exame é realizado apenas uma vez por semana.

Relacionado com o Programa de Controle de CA de Mama, apresentamos uma cobertura de 90%. Embora tenhamos uma boa cobertura dessa ação programática, possuímos fragilidades no que se refere aos indicadores de qualidade, principalmente em relação às mulheres com mamografia em dia, e mamografia com mais de 3 meses de atraso.

Acreditamos que o programa de saúde da mulher é afetado pelo fato da Mamografia ser realizada em outro município e a amostra do citopatológico também ser enviada para outro município, com demora na entrega dos resultados. Temos que trabalhar ainda mais, com as mulheres, as famílias e comunidade e gestão, fazer ações que movimentem as comunidades e indivíduos para minimizar este problema e para conscientizar sobre a importância do programa, o que representa para a mulher, para a sociedade, para a família, que neste momento não cumprem com os indicadores de qualidade.

Com relação à atenção aos pacientes Hipertensos e Diabéticos as ações estão estruturadas de forma programática, adotando os manuais técnicos estabelecidos, com registro nos prontuários clínicos e realizando o monitoramento das ações. Envolvermos os profissionais, fazemos a estratificação do risco cardiovascular, temos ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde mental diagnóstico, de alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Fazemos pesquisas nas consultas e nas visitas domiciliares. Nos atendimentos, participam todos da equipe para registrar os casos, dar orientação sanitária sobre hábitos saudáveis da alimentação, promoção de atividade física, prevenção contra tabagismo e alcoolismo. Os pacientes que já tem um diagnóstico de HAS e DM são atendidos cumprindo os protocolos de atendimento.

A estimativa de 703 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, não está adequada á realidade da nossa equipe. Baseando-se nos registros dos prontuários, a cobertura dessa ação programática em nossa UBS e de 56% com um acompanhamento de 395 usuários com HAS. Podemos avaliar a cobertura alcançada de usuários acompanhados com HAS como insuficiente. A ESF considerou que a estimativa de hipertensos é muito alta com relação ao número real de usuários novos anualmente diagnosticados e ao numero já existente.

Os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados não estão bem de forma geral. Em detalhes o número de hipertensos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi 100%. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias foram 38%. Com exames complementares periódicos em dia foram 36%. Com orientação nutricional para alimentação saudável 100%, e com avaliação de saúde bucal em dia 19%.

Com relação ao Diabetes, a estimativa do número de pessoas com 20 anos ou mais acometidas por essa patologia e residentes na área de abrangência da UBS, não é adequada a nossa realidade, a cobertura é de 45%, ou seja, acompanhamos 91 usuários com Diabetes. Podemos avaliar a cobertura alcançada de usuários acompanhados com DM como insuficiente. A ESF também considerou que a estimativa é muito alta com relação ao número real de usuários novos anualmente diagnosticados e ao número já existente.

Os poucos indicadores da qualidade da atenção à DM avaliados estão regulares de forma geral. Em detalhes o número de diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi de 100%. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias foi de 75%. Com exames complementares periódicos em dia foi de 54%. Com exame físico dos pés nos últimos três meses foram de 58%. Com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses foram de 58%. Com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses foram de 58%. Com orientação sobre prática de atividade física regular foi de 100%. Com orientação nutricional para alimentação saudável foi de 100% e com avaliação de saúde bucal em dia foi de 26%.

A equipe avalia que a ação programática direcionada aos hipertensos e diabéticos poderia ser melhorada. Devemos aumentar a cobertura, recadastrar todos os pacientes com HAS e DM, e estabelecer mecanismos de atualização trimestral do cadastro pelos ACS. Reduzir o número de HAS e DM que não são acompanhados na UBS com visitas domiciliares pela ESF. Identificar e realizar visitas domiciliares a usuários faltosos das consultas agendadas. Intensificar a pesquisa de usuários na comunidade com alto risco de HAS e DM com o exercício de medição da pressão arterial e glicemia capilar frequentes.

Nos atendimentos de nossa equipe, se dá muita importância à atenção aos idosos. As ações de saúde estão estruturadas, utilizamos alguns manuais técnicos estabelecidos, não há registro específico, mas realizamos monitoramento destas

ações pelos prontuários clínicos. Em nossa UBS fazemos atendimento aos idosos todos os dias da semana e em todos os turnos, além das visitas domiciliares feitas nos atendimentos no interior, duas vezes por semana.

Os idosos têm prioridade quando chegam à consulta, fazemos a escala da avaliação geriátrica com avaliação da capacidade funcional global, para determinar possíveis incapacidades e doenças destas idades. Temos muitos acamados que são visitados em suas casas, envolvemos as famílias nos cuidados. Orientamos sobre a prevenção de acidentes domésticos. Além disso, realizamos promoção de atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e de problemas clínicos, além disso, todos os pacientes idosos com doenças crônicas como HAS e DM são igualmente controlados pela equipe segundo protocolos de atendimento para estas doenças.

Possuímos uma cobertura 69% quanto aos idosos atendidos na UBS (317 idosos), além disso, nossos indicadores de qualidade não estão bons. As fragilidades iniciam na qualidade dos registros dos atendimentos, pois realizamos muitas ações, mas não aparecem no prontuário clínico.

Sobre a atenção da saúde bucal considero que a capacidade instalada para prática clínica é insuficiente porque existe um excesso de demanda espontânea que precisa de atendimento odontológico mesmo que não seja superior ao número de consultas programadas. Na UBS não temos consulta de odontologia a equipe odontológica integrada por cirurgião dentista e auxiliar odontológica realizam as consultas na UBS que ficam na cidade. A capacidade instalada para ações coletivas também considero que é insuficiente. A maioria da população que não recebe atendimento.

O município de Parnaguá-PI tem excelentes administrativos que lutam dia a dia por melhorar o Sistema da Saúde do município, mas as deficiências que afetam não dependem deles, precisam de apoio de outras entidades. Nossa equipe conta com excelentes profissionais, que amam seu trabalho e o fazem com muita responsabilidade. Hoje percebo algumas mudanças em nosso atendimento, com mais qualidade e mais adesão da população às nossas ações, mais conhecimento da área, maior integração da equipe, envolvimento da equipe com os representantes das comunidades.

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

Ambos os textos tem semelhanças e diferenças. O primeiro foi elaborado nos meus meses iniciais de trabalho na ESF, não tinha muito conhecimento do funcionamento do serviço, das suas características e sobre a população da área se abrangência. Com a elaboração do Analise Situacional, eu e o restante da equipe da ESF conseguimos ter uma visão muito mais ampla da estrutura da UBS, do SUS no município, dos serviços e atendimentos prestados aos usuários, o alcance e dimensão da atenção profissional, e acessibilidade dos usuários ao SUS.

A Analise Situacional permitiu responder muitos problemas encontrados na UBS e estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação dos diferentes indicadores de cobertura e qualidade na atenção a grupos priorizados de risco e de maior vulnerabilidade como a atenção a crianças menores (0-72 meses), gestantes e puerperas, idosos, mulheres com risco de CA de Mama e Colo do Útero, e usuários com DM ou HAS. A Analise Situacional constitui uma ferramenta de trabalho, que permitiu conhecer nossas fortalezas e nossas debilidades.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A população Brasileira esta passando por um processo de envelhecimento, e o crescente numero de pessoas idosa fomenta reflexões da sociedade quanto ao modo de vivenciar a velhice. Para acolher essas pessoas, os profissionais das UBS devem modificar suas praticas, e estar preparados a desenvolver ações que proporcionem um impacto relevante na qualidade de vida desses usuários, uma vez que o decaimento biológico natural da pessoa associado a maior prevalência de doenças e dificuldades funcionais tende a fragilizar a velhice como um todo (BRASIL, 2010). A terceira idade normalmente é exposta a mensuráveis fatores de risco que aumentam a sua morbimortalidade, e esse fato remete a importância da utilização de protocolos específicos que sistematizem as ações de melhoria da atenção da pessoa idosa. Assim, é fundamental o trabalho das Equipes de Saúde da Família, com atuações nas dimensões culturais e sociais, com ações individuais e coletivas na comunidade (BRASIL, 2006).

A ESF Barreiro possui uma única equipe e está localizada na zona periurbana, mas dentro de sua área de abrangência também está a zona rural, totalizando uma população de aproximadamente 3504 habitantes. A equipe é composta por um médico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e sete ACS, que desenvolvem várias ações programáticas, que mediante a realização de uma recente análise situacional, percebeu a necessidade de uma intervenção na atenção a saúde da pessoa idosa, visando melhorias.

Sabemos que o envelhecimento também é uma realidade da população Parnaguá, mas infelizmente nossa equipe não tem conhecimento do total de pessoas idosas da área de abrangência da UBS, estimamos que o número seja de aproximadamente 350 idosos residentes na área, e consideramos esse número não

adequado a nossa realidade. Atualmente 317 idosos recebem acompanhamento em nossa UBS, e embora tenhamos uma boa cobertura, os indicadores de qualidade não estão bons, e poderiam ser melhorados. Poucos idosos receberam avaliação de risco para morbimortalidade, orientações quanto a hábitos alimentares saudáveis, atividade física, avaliação de saúde bucal, investigação de indicadores de fragilização na velhice e acompanhamento em dia. Os atendimentos são registrados nos prontuários, mas não são completos, e não sabemos se algum idoso possui a caderneta de saúde da pessoa idosa, e que tenha recebido a avaliação Multidimensional Rápida.

Obviamente existem muitas dificuldades neste foco, principalmente na qualidade do serviço ofertado, e estamos preocupados, pois nosso gestor deixou claro que por questões financeiras, não poderia garantir alguns materiais necessários para a realização da intervenção, como por exemplo, a impressão em quantidade suficiente das fichas espelho. Outro ponto que nos preocupa é a disponibilidade e qualidade da atenção odontológica a todos os idosos cadastrados. Contudo, para modificar essa realidade e contribuir na melhoria dos indicadores e na qualidade de vida dos idosos acompanhados em nossa UBS a equipe encontra-se motivada e comprometida com esse projeto de intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Barreiro, município Parnaguá/PI.

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

#### **Objetivos**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS
3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear o risco das pessoas idosas
6. Promover a saúde das pessoas idosas

#### **Metas**



1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%

2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas. (independente de possuírem diabete ou hipertensão)

2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Possuímos somente uma farmácia popular na cidade onde existe cobertura insuficiente relacionado com a quantidade e a variedade destes medicamentos.

2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Temos só um posto de odontologia na cidade com três odontólogos para as cinco UBS da cidade.

2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

La cobertura insuficiente do serviço de odontologia.

3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

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

5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

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

6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) (Barreiro), no Município de (Parnaguá/Piauí). Participarão da intervenção as pessoas idosas (maiores de 60 anos) pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%.

#### **Detalhamento das Ações**

##### **Monitoramento e Avaliação:**

Monitorar o número de idosos cadastrados no Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa da unidade de saúde. Para isso faremos um registro das pessoas idosas, colocando todos os dados dos nas fichas de registro (ficha espelho). O monitoramento dessas fichas será realizado semanalmente, onde aproveitaremos o momento para transcrever os dados contidos nestes registros para uma Planilha de Coleta de Dados (PCD). Os indicadores gerados pela planilha serão avaliados mensalmente.

##### **Organização e Gestão do serviço:**

Acolher as pessoas idosas. Para melhor acolher a pessoa idosa, aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea no mesmo turno para os pacientes desse grupo de risco.

Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS. Para cadastrar os idosos, usaremos as fichas de registro (ficha espelho) oferecidas pelo Curso de Especialização em saúde da Família de Pelotas, assim como a Planilha de Coleta de Dados (PCD).

Atualizar as informações do SIAB/e-SUS. Será solicitada aos ACS, a atualização das informações dos idosos residentes na área de abrangência da UBS, para que todos possam ser convidados a participar do Programa de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa da UBS.

Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Realizaremos a impressão dos protocolos na Secretaria da Saúde.

#### Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da unidade de saúde; sobre a importância do acompanhamento periódico das pessoas idosas para a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças muito frequentes nesta idade, e a importância de fazer este acompanhamento na UBS. Realizaremos palestras educacionais para a comunidade nas escolas e na própria unidade de saúde, focando esses aspectos e estimulando a vinda dos pacientes ao serviço de Atenção Primária à Saúde.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde para a realização adequada do acolhimento das pessoas idosas. Capacitar os ACS para o cadastramento de todos os pacientes idosos de toda a área de abrangência da unidade de saúde. Usaremos o horário da reunião semanal da equipe para orientar sobre um acolhimento de qualidade, sobre o cadastro adequado e completo.

#### Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas da área da UBS, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos. Para isso, semanalmente revisaremos as fichas espelho e prontuários desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros

inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos pacientes idosos. Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Implementaremos tais determinações na nossa rotina de atendimento.

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen), explicaremos para o gestor a importância desses recursos para o acompanhamento adequado dos pacientes idosos, em nossa UBS.

#### Engajamento Público:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças mais frequentes nesta idade e a importância do tratamento oportuno para evitar e diminuir as limitações, desta forma garantir o envelhecimento saudável.

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

Para executar essas ações, realizaremos reuniões coletivas, na UBS, nas escolas e nos grupos locais, orientando tais medidas. As orientações também serão realizadas de forma individual nas consultas médicas e atendimentos de enfermagem.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Realizaremos estes cursos de capacitação na UBS para Enfermeira e Técnico de Enfermagem.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos: semanalmente revisaremos as fichas espelhos desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas.

Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos idosos, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Implementaremos tais determinações na nossa rotina de atendimento.

Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado, utilizando as informações das fichas disponibilizadas pelo curso.

Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares dando prioridade nos dois turnos de atendimento na UBS para o acolhimento destes pacientes.

Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou em extremidades. Conversaremos com o gestor sobre a importância desta ação, para que os centros de especialidades nos outros municípios enviem a contra-referência impressa.

#### Engajamento Público:

Orientar os idosos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas e algumas outras decorrentes da idade, e para tanto, realizaremos reuniões coletivas e palestra sobre a prevenção destas doenças, na UBS orientando tais riscos.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado conforme protocolo. Discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos idosos e realizar atualizações dos profissionais, quanto ao exame clínico apropriado deste grupo populacional. Semanalmente faremos revisões para obter novas atualizações e transmiti-las para o resto da equipe aproveitando as reuniões semanais.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

#### Detalhamento das Ações

#### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos hipertensos: semanalmente revisaremos as fichas espelho desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS: aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea para os pacientes desse grupo de risco.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde: faremos memorandos para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material; reforçaremos tal pedido verbalmente.

#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS: faremos para toda a população reuniões e palestras nas escolas da comunidade e na UBS sobre estes temas.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito: para isso faremos cursos de capacitação para todos os integrantes da equipe, utilizando os espaços das reuniões de equipe.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM). .

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para DM cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos diabéticos: revisaremos as fichas espelho desses pacientes semanalmente a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de DM: aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea para os pacientes desse grupo de risco.

Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: faremos memorandos para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material; reforçaremos tal pedido verbalmente.

Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar, o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM: faremos para toda a população reuniões e palestras nas escolas da comunidade e na UBS sobre estes temas.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica: para isso faremos um curso de capacitação deste tema antes de iniciar a intervenção, e depois manteremos as atualizações destes temas mediante cursos de atualização quando for preciso.

Meta 2.5 Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos diabéticos: semanalmente revisaremos a ficha espelho desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes. Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Implementaremos tais determinações na nossa rotina de atendimento.

Melhorar o acolhimento das pessoas idosas com DM provenientes das buscas domiciliares: para isso aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea para estes pacientes.

Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades: faremos os encaminhamentos para os especialistas correspondentes para avaliar estes pacientes de forma integral.

#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: realizaremos palestras educacionais para a comunidade nas escolas da comunidade e na própria unidade de saúde, focando esses aspectos e estimulando a vinda dos pacientes ao serviço.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: usaremos o horário da reunião semanal da equipe para realizar a capacitação e orientar como fazer o registro adequado e completo.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados e realizados conforme ao protocolo adotado e com periodicidade adequada dos pacientes idosos: semanalmente revisaremos a ficha espelho dos idosos, a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.



#### Organização e Gestão do serviço:

Garantir a solicitação dos exames complementares e agilidade para a realização dos mesmos frente o gestor municipal: reunirei as orientações do protocolo adotado para argumentar junto ao gestor a importância desses exames, explicando como isso melhora o planejamento e os gastos com a saúde a longo prazo. Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados: buscaremos as referências do protocolo de limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais.

#### Engajamento Público:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequada: realizaremos palestras nas escolas das comunidades e na UBS orientando sobre este tema a todos os pacientes.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a solicitação de exames complementares conforme protocolo: discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: Realizaremos semanalmente a revisão dos registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: será feita revisão semanal dos estoques pela enfermeira unidade.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde: cadastraremos as medicações usadas pelos nossos pacientes e a necessidade mensal estimadas das mesmas. Atuaremos junto à farmácia da localidade para garantir a disponibilidade dessas medicações, sua fácil obtenção, de acordo com os regulamentos da farmácia popular. Revisaremos junto à Secretaria de Saúde a disponibilidade constante de estoques das medicações da Farmácia Básica.

#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso: realizaremos reuniões coletivas, nas comunidades e na UBS orientando tais medidas.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes: revisaremos todas as atualizações no tratamento dessas doenças a partir da contribuição de cada membro da equipe em reunião.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: para isso uniformizaremos o discurso da equipe de saúde, buscando sempre lembrar o paciente sobre a disponibilidade de medicações através desses incentivos do governo.

Meta 2.8.Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. Semanalmente revisaremos todos os registros desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Revisaremos semanalmente o registro dos ACS e conferiremos o do Programa do idoso, incluindo imediatamente alguma pessoa que tenha ficado de fora dos registros.

#### Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde: faremos reuniões na comunidade e na UBS para informar sobre este programa aos pacientes.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Treinar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência: reforçaremos em reunião de equipe a importância dessa ação.

Metas 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Revisaremos semanalmente todos os registros desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Organização e Gestão do serviço:

Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção: acrescentar o número de visitas domiciliares pela equipe priorizando as visitas para estas pessoas.

Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção: realizaremos reuniões nas comunidades para dar orientações sobre o tema.

Qualificação da Prática Clínica:

Treinar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar: faremos reforço destas orientações para os ACS nas reuniões semanais da equipe.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas: revisaremos semanalmente os registros desses pacientes. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas: Como não temos dentista na UBS, realizaremos a investigação da necessidade de tratamento odontológico, e conversaremos com o dentista da unidade vizinha que faz o atendimento da nossa área para acrescentar o número de consultas nos dois turnos de atendimento para os pacientes idosos da nossa área.

#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas: mediante palestras na comunidade e UBS (sala de espera) sobre este tema.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Realizar cursos de capacitação a equipe para realizar avaliação e investigação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas conforme protocolo: discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período: revisaremos semanalmente os registros dos idosos. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Melhorar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Para realizar essas ações faremos reunião com o dentista da unidade vizinha, que faz o atendimento da nossa área, para acrescentar o número de consultas no mesmo turno de atendimento para os pacientes idosos da nossa área.

#### Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

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

Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Para isso, faremos reuniões nas comunidades e em nossa UBS para acrescentar os conhecimentos sobre este tema e estimular os pacientes para procurar espontaneamente atenção odontológica, já que não temos esse serviço na UBS, e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilidade de atendimento odontológico. Lembraremos rotineiramente a comunidade sobre a importância de eles exigirem seus direitos junto aos gestores, e não apenas aguardarem respostas às solicitações feitas pela equipe de saúde.

Demandar ao gestor a garantia da consulta odontológica das pessoas idosas da nossa área de abrangência, e para isso enviaremos um documento lembrando a importância das ações de saúde bucal na melhoria da atenção às pessoas idosas da nossa UBS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Realizar cursos de capacitação a equipe para o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas: Para isso, convidaremos o dentista para participar da nossa reunião de equipe, e conhecer o protocolo utilizado, a ficha espelho e a importância dessa ação programática.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal: revisaremos semanalmente os registros. Os dados

contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliada e disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca: Solicitaremos impressões de materiais educativos para a Secretaria da Saúde, onde existe disponibilidade de impressoras, para levarmos às comunidades.

#### Engajamento Público:

Orientar a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta: Realizaremos essas orientações durante a consulta médica, atendimento de enfermagem e também através de palestras na sala de espera.

#### Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência: Realizaremos capacitação para os profissionais da UBS, de modo que eles possam se sentir seguros em encaminhar as pessoas idosas para o dentista.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária: revisaremos semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Demandar ao gestor a garantia da consulta odontológica das pessoas idosas da nossa área de abrangência, e para isso enviaremos um documento lembrando a importância das ações de saúde bucal na melhoria da atenção às pessoas idosas da nossa UBS.

#### Engajamento Público:

Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias, mediante palestras nas comunidades e na UBS pela nossa equipe.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias durante as reuniões de equipe.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde: revisaremos os registros semanalmente e os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: teremos uma lista de visitas priorizando o atendimento aos pacientes faltosos e aos pacientes mais graves.

Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares: reservaremos horários de atendimento especiais para os pacientes faltosos, facilitando e estimulando a vinda à unidade de saúde.

#### Engajamento Público:

Informar à comunidade sobre a importância das consultas periódicas: daremos orientações em sala de espera, sobre a importância das consultas eletivas (programadas), e não apenas por queixas agudas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos): quando buscarmos os pacientes faltosos, questionaremos o motivo do não comparecimento à unidade de saúde.

Esclarecer às pessoas idosas e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: Realizaremos tais

informações em todas as consultas e distribuiremos cartazes informativos pela comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas: reforçaremos em reunião de equipe a importância dessa reorientação feita pelos ACS.

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

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

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na unidade de saúde: realizaremos a revisão semanal dos registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas: solicitaremos ao gestor um computador para a unidade de saúde que permita isso e também acesso a internet.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: faremos uso da planilha elaborada pelo curso de especialização para realizar tal registro. Solicitaremos em reunião de equipe que todos os profissionais façam registros completos e adequados, explicando que isso melhora o atendimento do paciente e ainda facilita o atendimento pelos diferentes profissionais da saúde.

Pactuar com a equipe o registro das informações: em reunião de equipe, definiremos tal meta.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros: em reunião de equipe escolheremos dois responsáveis por tal monitoramento.

Organizar um sistema de registro que viabilize a fácil percepção de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados: usaremos a forma de registro já desenvolvida previamente pelo UNA-SUS e, se necessário, melhoraremos a mesma.



#### Engajamento Público:

Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário: realizaremos essas orientações durante os atendimentos da equipe.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do atendimento às pessoas idosas e capacitar a todos para o registro adequado: mostraremos, durante a reunião de equipe, a ficha-espelho que será utilizada; revisaremos cada item com todos os profissionais; discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento adequada.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Durante o atendimento realizaremos a revisão da caderneta, e completaremos os campos de preenchimento, de forma que a pessoa tenha o registro de seu peso, pressão arterial, glicemia, medicações e outras observações necessárias. Registraremos na ficha espelho os idosos que possuem a caderneta.

##### Organização e Gestão do serviço:

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: faremos um memorando para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material; reforçaremos tal pedido verbalmente.

#### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção: informaremos isso aos pacientes durante os atendimentos médico e de enfermagem.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa: durante a reunião de equipe apresentaremos a caderneta e revisaremos cada item com todos os profissionais; discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento adequada.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

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

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência: revisaremos as fichas/prontuários semanalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade: incrementar o numero de consultas para estes pacientes nos turnos de atendimento.

##### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Esta ação será feita durante o atendimento as pessoas idosas.

##### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa: ensinaremos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa.

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

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice: revisar as fichas espelho/ prontuários semanalmente. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice: incrementar o numero de consultas para estes pacientes nos turnos de atendimento.

##### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente: tratar este tema em reuniões nas comunidades e durante o mesmo atendimento a estes pacientes.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice: ensinaremos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhadas na UBS. Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente: revisar as fichas/prontuários semanalmente. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Organização e Gestão do serviço:

Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente: incrementar e priorizar as visitas domiciliares a estes pacientes nas visitas que agendamos semanalmente.

Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio: brindaremos informações sobre estes temas em reuniões nas comunidades, em escolas, e dinamizaremos esta ação para estimular a comunidade à socialização destas pessoas.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas: ensinaremos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

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

Detalhamento das Ações

#### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas e monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição: revisaremos semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

#### Organização e Gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis: em reunião com a equipe designaremos o papel que corresponde a cada membro e um responsável para esta ação.

#### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis: ofereceremos todas estas informações nas comunidades mediante palestras nas escolas sobre este tema e durante o atendimento individual a cada paciente e seu cuidador, no caso que tenha, seja no domicílio ou na UBS.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos: traremos materiais multidisciplinares para as reuniões de equipe e discutiremos com todos os profissionais, semanalmente nas nossas reuniões, essas práticas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas e o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular: revisaremos semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física: solicitaremos que a secretaria da saúde promova ações coletivas nesse sentido, como uma caminhada coletiva semanal, para motivar a população e solicitaremos profissionais de educação física e explicaremos a importância desse profissional no sucesso do tratamento deste grupo populacional.

#### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular: ofereceremos todas essas orientações nas comunidades, durante os atendimentos individuais realizados na unidade de saúde e faremos cartazes para colocar na cidade lembrando as mesmas orientações.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular: traremos materiais multidisciplinares para as reuniões de equipe e discutiremos com todos os profissionais, semanalmente nas nossas reuniões, essas práticas.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

#### Detalhamento das Ações

##### Monitoramento e Avaliação:

Monitorar as atividades educativas individuais: realizaremos o monitoramento através da revisão semanal das fichas espelho. Os dados contidos nas fichas serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados, e seus resultados avaliados mensalmente.

##### Organização e Gestão do serviço:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual: não aumentaremos o número de atendimentos por turno para não diminuir o tempo das consultas e cuidaremos para que o período destinado a cada consulta seja efetivamente usado pelos profissionais.

##### Engajamento Público:

Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. As orientações serão repassadas durante as consultas individuais. Pretendemos também, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilidade de atendimento

odontológico. Lembraremos rotineiramente a comunidade sobre a importância de eles exigirem seus direitos junto aos gestores, e não apenas aguardarem respostas às solicitações feitas pela equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Durante as reuniões semanais de equipe, apresentaremos materiais multidisciplinares e discutiremos essas práticas com todos os profissionais, já que essas orientações não dependem de um dentista e podem ser abordadas por qualquer profissional de saúde.

### **2.3.2. Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia:

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica:

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes:

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para Diabetes Mellitus.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia:

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.



Indicador 2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

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

Indicador 5.1. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

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

Indicador 5.2. Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

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

Indicador 6.1. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na atenção a saúde da pessoa idosa, adotaremos o manual técnico do Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, de 2006. Este caderno apresenta orientações para uma organização correta do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, como também a melhor forma de acompanhar e avaliar a saúde do idoso de forma global, como a avaliação multidimensional que inclui audição, visão, nutrição, incontinência, atividade sexual, cognição e memória, humor, depressão, função dos membros inferiores e superiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social.

Para realizar o registro das ações realizadas nesse grupo de pessoas, utilizaremos a caderneta da pessoa idosa do Ministério da Saúde e também uma ficha espelho que contém tanto dados pessoais como também a situação de saúde da pessoa. Como não possuímos ficha espelho na unidade, utilizaremos o modelo disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família, e para isso faremos contato com o gestor municipal para garantir a reprodução de 350 fichas para o registro do atendimento aos idosos. Essas fichas serão organizadas em um arquivo próprio para o Programa de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acesso a todos os profissionais da UBS.

Pretendemos cadastrar todos os idosos nas visitas domiciliares, e também na UBS, quando essas pessoas chegarem para consultar, para renovar receitas, para receber vacina, para verificar PA, ou para realizar qualquer tipo de atendimento. A ação de cadastramento será realizada por todos da equipe (ACS, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem). O cadastramento será feito diretamente na ficha espelho, através do preenchimento dos dados pessoais do idoso. Os dados de saúde serão completados a medida que as ações forem realizadas.

Organizaremos a agenda de forma que a recepção poderá agendar as consultas, assim como o ACS. Como já mencionei anteriormente, os profissionais estarão capacitados para acolher a pessoa idosa, aproveitando o momento para cadastrar a pessoa, e agendar a primeira consulta com o médico e as consultas subsequentes com a enfermeira. O exame clínico dos pacientes será feito na primeira consulta e consistirá em exame físico completo (Peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireóide, ausculta pulmonar e cardíaca, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pacientes diabéticos. Os itens peso, altura, IMC, pressão arterial e circunferência abdominal poderão ser aferidos pela enfermagem. Todos os dados serão repassados para a folha espelho pelo médico após cada consulta e também pela equipe de enfermagem.

Também serão acolhidas e atendidas no mesmo momento, aquelas pessoas idosas que apresentam problemas agudos, para tratamento das intercorrências e encaminhamento a outras especialidades se necessário. Para agendar os idosos faltosos, provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana. Para realizar a busca ativa de faltosos e as visitas domiciliares, solicitaremos ao gestor a garantia do transporte até as comunidades.

Para o monitoramento das ações, realizaremos uma revisão semanal das fichas espelho, e aproveitaremos este momento para transcrever todos os dados contidos nas fichas, para uma planilha eletrônica de coleta de dados, fornecida pelo curso de especialização em Saúde da Família. Essa planilha eletrônica calcula automaticamente o indicador de cobertura, como também os indicadores de qualidade, que serão avaliados ao final de cada mês, em reunião de equipe, para verificar os avanços e traçar estratégias para melhorar as metas que não foram alcançadas.

A enfermeira será responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros, identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta, para organizar o registro do programa, transcrever as informações da ficha espelho para a planilha. Ela realizará o monitoramento de consultas com atraso, vacinas, exames laboratoriais, atenção odontológica, exame físico e todas as ações contidas na ficha. As ações de promoção da saúde serão realizadas individualmente em cada consulta, na sala de espera no início de cada turno de atendimento e também nos espaços cedidos pelas escolas da comunidade.

Para colocar todas essas ações em prática, antes do início da intervenção, serão realizadas capacitações dos profissionais da equipe de saúde, durante as reuniões semanais da equipe, sendo ofertadas pela médica com o objetivo de por a equipe a par do protocolo de saúde do idoso, de suas metas, objetivos, da definição das funções dos profissionais dentro do protocolo, sendo oferecido material didático de apoio, e sendo realizado um treinamento na aplicação das ações.

Convidaremos o dentista da UBS para onde nossos usuários são encaminhados, a participar da reunião de onde serão trabalhadas as ações de saúde bucal. Aproveitaremos o momento para solicitar a colaboração no acolhimento das pessoas idosas da nossa área de abrangência, disponibilizando um número maior de consultas odontológicas. Essas capacitações serão mantidas no início da intervenção, como apoio, e para que a equipe possa discutir sobre possíveis dúvidas que surgirão quando realmente as ações forem executadas, como por exemplo, o preenchimento da ficha espelho, da PCD, e dúvidas quanto aos protocolos.

Para obtermos sucesso na intervenção, faz-se necessário envolver a comunidade no programa de saúde do idoso, para tanto, as ações deverão ser amplamente divulgadas na UBS, nas visitas domiciliares e em ambientes públicos. Faremos contato e reuniões com a associação de moradores, representantes das comunidades e igrejas da área abrangência, e apresentaremos o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização dessas ações na atenção à saúde da pessoa idosa. Solicitaremos o apoio da comunidade para ampliar a atenção e a necessidade da priorização do atendimento deste grupo. Confeccionaremos cartazes para serem afixados na UBS, no comércio local e associação de moradores.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Iniciamos as atividades organizando o serviço de forma a deixá-lo em condições para realizar a intervenção. Para isso imprimimos 370 fichas-espelho para o cadastramento e o registro dos atendimentos dos idosos. Também imprimimos o Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, para estudo e consulta de todos os profissionais da unidade. Todas as impressões foram feitas na Secretaria de Saúde do município. Definimos as atribuições de cada um dos profissionais atuantes na unidade, usando como base as orientações fornecidas no Caderno de Atenção Básica. Definimos um horário fixo para as reuniões de equipe com uma frequência semanal, permitindo assim uma troca de experiências e dúvidas. Conseguimos junto ao gestor de saúde do município o cartão de Jagger que não tinha na UBS, que é fundamental para avaliação da visão dentro da avaliação multidimensional rápida, assim como uma pequena quantidade de cadernetas de saúde das pessoas idosas, que foi insuficiente para os três meses de intervenção. Criamos as condições nas comunidades do interior, em casas de família e também em escolas rurais das próprias comunidades para fazer o nosso atendimento. A secretaria de saúde forneceu para a equipe cadernos, canetas e marca-texto em quantidade suficiente para realizar anotações necessárias durante a intervenção.

A capacitação de todos os profissionais da saúde foi bem aceita, a equipe mostrou interesse na atualização. Realizamos vários encontros para discutir os capítulos contidos no caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Nesses encontros também revisamos atividades corriqueiras do atendimento, como todos os aspectos necessários para a realização da avaliação multidimensional rápida, e o exame físico completo feito na primeira consulta ( aferição de pressão arterial,

garantindo a execução com técnica adequada, assim como peso, altura, IMC, circunferência abdominal, avaliação da saúde bucal, palpação da tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, palpação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, nos idosos com diabetes. Os itens peso, altura, IMC, pressão arterial e circunferência abdominal, foram realizados pela enfermeira e o técnico de enfermagem, profissionais que também foram capacitados quanto ao preenchimento das fichas-espelho. Nesse quesito também tivemos sucesso, pois todos utilizam as fichas, consultam as fichas e preenchem corretamente os dados nas mesmas. Recebemos muita ajuda dos ACS no preenchimento dos mapas e das fichas individuais para agilizar o atendimento.

O contato com as lideranças comunitárias gerou muitos frutos. Conseguimos a divulgação da nossa intervenção, nas igrejas, nos mercados e até nas escolas, com as crianças que moram com os avós. Conseguimos parceria com algumas escolas, onde foi reunido um número grande de pessoas da comunidade para a realização de palestras e conversas sobre a importância da alimentação saudável, da atividade física e da saúde bucal, onde os idosos cadastrados e outros interessados foram mobilizados com essa vontade de melhorar a saúde.

Tivemos algumas dificuldades com a única farmácia do município, que fica na UBS VISA, por insuficiente cobertura dos medicamentos, principalmente anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. O restante das farmácias do município não possui convênio com o Ministério de Saúde para fornecer os medicamentos que estão em falta na Farmácia Municipal. Além disso, algumas pessoas necessitam de medicamentos combinados que não são disponibilizados na rede pública.

Nossas ações coletivas foram um sucesso, principalmente com o grupo de pessoas idosas, reforçando a importância das práticas saudáveis. Também permitiu a captação de mais pessoas dessa população alvo, que muitas vezes não têm o hábito de frequentar a unidade de saúde.

Pensando naqueles idosos que não buscam atendimento na UBS, que desconhecem os riscos da evolução da idade, foram realizadas buscas ativas, onde os ACS percorreram as áreas agendando as consultas, buscando o adequado acompanhamento de todos. Durante a intervenção enfrentamos algumas dificuldades como a realização de exames complementares, pois em nosso município não temos laboratório, as amostras colhidas são levadas para outro município, onde são processadas e na maioria das vezes o retorno dos resultados é



muito demorado, além disso, a maior parte dos nossos idosos mora no interior, distante da cidade, e possui baixo nível econômico, o que dificulta o deslocamento até a cidade e até mesmo o acesso aos exames particulares, devido ao alto custo.

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

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

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

Tivemos problemas quanto ao preenchimento das planilhas de coleta de dados por erros na digitação dos dados de alguns usuários, mas foram corrigidos posteriormente. Também ao iniciar a intervenção não tínhamos a quantidade suficiente de fichas espelho, mas no decorrer do estudo recebemos as que faltavam para chegar ao número previsto. A checagem de prontidão dos materiais a ser utilizados na intervenção, assim como os testes das planilhas de coletas de dados antes de dar início à intervenção facilitaram o desenvolvimento da mesma e diminuíram as dificuldades na hora de preencher a planilha de coleta dos dados.

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

O cadastramento dos idosos, o atendimento clínico, a busca ativa aos idosos faltosos, a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, as orientações de alimentação saudável e atividade física regular, o registro dos atendimentos tanto no prontuário, quanto nas fichas-espelho e o monitoramento semanal da planilha de coleta de dados são todas ações já foram incorporadas à rotina do serviço. A verificação do peso e altura e sinais vitais dos cadastrados se tornaram uma rotina do técnico de enfermagem.

O nosso trabalho foi reconhecido pela secretaria de saúde, que fez a proposta de estender o trabalho com os idosos a outras equipes de saúde que laboram no nosso município, assim como fazer algo similar com os outros grupos de risco como hipertensos, diabéticos, crianças e grávidas, pois assim o trabalho fica melhor organizado, damos atenção à saúde da comunidade com qualidade, e o grau

de satisfação da população aumenta grandemente. Acreditamos que o saldo da nossa intervenção foi extremamente positivo e ficamos felizes de ver que nossa meta de cobertura foi atingida, com um excelente cumprimento de quase todos os indicadores de qualidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi realizada na UBS Barreiro foi projetada para ser realizada no período de 12 semanas, e teve como objetivo geral melhorar a atenção a saúde das pessoas idosas cadastradas na área de abrangência da UBS, que apresenta uma população total de 3504 habitantes. A estimativa de idosos residentes na área de cobertura da UBS segundo a Planilha de Coleta de Dados (PCD) do Curso de Especialização em Saúde da Família é de 350 idosos. Para realizar uma atenção adequada e de qualidade, desconsideramos os cadastros anteriores à intervenção e iniciamos um novo cadastramento, que foi realizado durante a avaliação clínica de cada idoso.

A seguir destacaremos os objetivos, as metas e resultados encontrados ao longo dos três meses de intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%

Indicador 1.1: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa entre o número total de pessoas idosas residentes na área da UBS

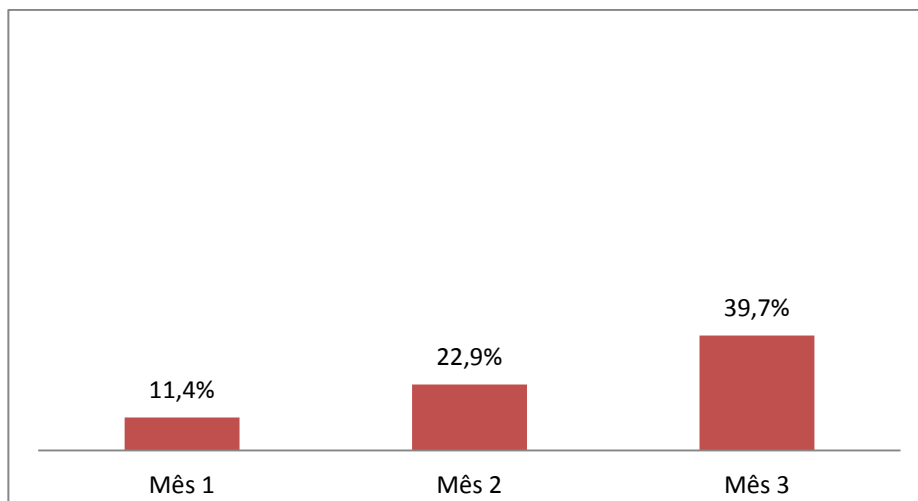


Figura 1. Gráfico da Cobertura do programa de atenção á saúde da pessoa idosa na UBS Barreiro, Município Parnaíba/PI.

Iniciamos a intervenção com a participação e cadastramento de 40(11,4%) pessoas idosas, no segundo mês já possuíamos 80 (22,9%) pessoas idosas cadastrados, e no terceiro mês já tínhamos um total de 139 (39,7%) pessoas idosas cadastradas, superando a meta proposta.

A capacitação dos profissionais propiciou reflexões a cerca da importância do acompanhamento do idoso, assim, toda a equipe motivou-se. Os ACS tiveram papel fundamental na identificação dos idosos. As lideranças comunitárias também ajudaram na divulgação do programa o que melhorou muito o cadastramento de novos idosos e a busca do serviço para atualização das consultas dos idosos que já frequentavam a UBS. A secretaria de saúde também colaborou para o sucesso deste indicador, provendo o transporte para o deslocamento dos profissionais até as áreas mais distantes.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS**

**Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas na área da UBS.**

**Indicador 2.1: Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.**

Neste indicador atingimos a meta de 100% nos três meses da intervenção. No primeiro mês de intervenção 40 pessoas idosas receberam avaliação multidimensional rápida, no segundo mês 80 pessoas idosas já haviam recebido a avaliação, e no terceiro mês de intervenção com 139 pessoas idosas já tinham

realizado a avaliação multidimensional rápida. Vale destacar que no início do primeiro mês tivemos algumas dificuldades, pois não tínhamos o cartão de Jagger para avaliar a visão, mas rapidamente a secretaria de saúde providenciou o material, e conseguimos dar continuidade as avaliações com qualidade.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

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

Atingimos a meta de 100% nos três meses de intervenção, o exame clínico apropriado foi realizado em todas as pessoas idosas durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares. No primeiro mês de intervenção todas 40 pessoas idosas receberam exame clínico apropriado, no segundo mês tivemos um aumento, onde 80 pessoas idosas tinham recebido o exame clínico apropriado, e finalizamos o terceiro mês com terceiro mês de intervenção com todos as 139 pessoas idosas com exame clínico apropriado.

Varias ações contribuíram para o sucesso desse indicador, a conscientização dos profissionais quanto a importância do exame clínico adequado, a condição de que o cadastramento da pessoa idosa seria realizada mediante exame clínico, a capacitação dos profissionais e a organização da agenda com o tempo suficiente para a realização do exame apropriado.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nesse caso também atingimos a meta proposta de 100% nos três meses de intervenção, pois o processo de trabalho estava organizado, e realizávamos o rastreamento para as doenças crônicas juntamente com o exame clínico e cadastramento. No primeiro mês foram rastreadas para HAS 40 pessoas idosas, no segundo mês as 80 pessoas idosas cadastradas estavam rastreadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 139 pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica. Voltamos a destacar a capacitação dos profissionais da equipe sobre os protocolos de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e a organização do serviço como facilitadores no cumprimento dessa meta.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4: Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes

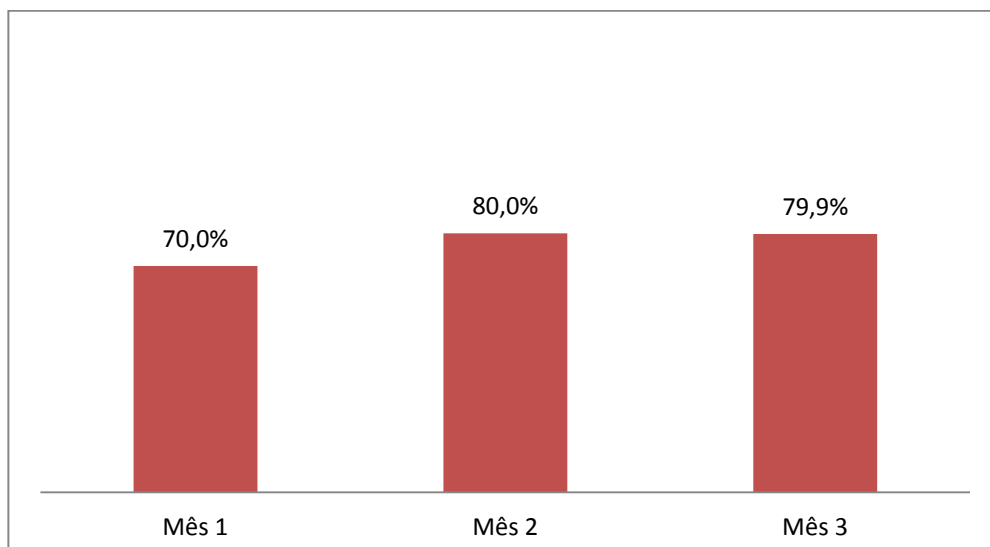


Figura 2. Gráfico da Proporção de Pessoas Idosas rastreadas para Diabetes Mellitus.

No primeiro mês de intervenção foram rastreadas para o diabetes 28 (70%) pessoas idosas, no segundo mês 64 (80%) pessoas idosas já haviam sido rastreadas, e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 111 (79,9%) pessoas idosas rastreadas para diabetes. O motivo da equipe não ter alcançado a meta proposta se deve devido a falta de alguns materiais na UBS, como o aparelho para verificar a glicose (glicosímetro), além disso, a dificuldade de não ter laboratório no nosso município, o que ocasiona a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais. Fizemos a solicitação do aparelho à secretaria de saúde, mas infelizmente finalizamos o terceiro mês da intervenção sem o recebimento do glicosímetro.

Meta 2.5: Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia:

Atingimos a meta de 100% nos três meses de intervenção. No primeiro mês de intervenção a única pessoa idosa com diabetes recebeu o exame apropriado dos

pés, no segundo mês das 5 pessoas idosas com diabetes, todas receberam o exame apropriado dos pés e no terceiro e último mês todas as 13 pessoas com diabetes também tiveram seus pés examinados. As ações que facilitaram o sucesso desse indicador foram as capacitações, e a organização do serviço, o que permitiu um tempo adequado da consulta, para a realização de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas estavam com as solicitações de exames complementares em dia, no segundo mês já tínhamos 80 pessoas idosas com os exames solicitados e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas com seus exames complementares solicitados, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Não tivemos dificuldades em atingir a meta, pois a solicitação de exames complementares de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde fez parte da nossa rotina de atendimento, revisávamos o prontuário, ficha espelho e durante a consulta na UBS, ou na visita domiciliar, verificávamos junto ao usuário as datas dos últimos exames complementares realizados, e assim, fomos fazendo as solicitações conforme a periodicidade.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador 2.7: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

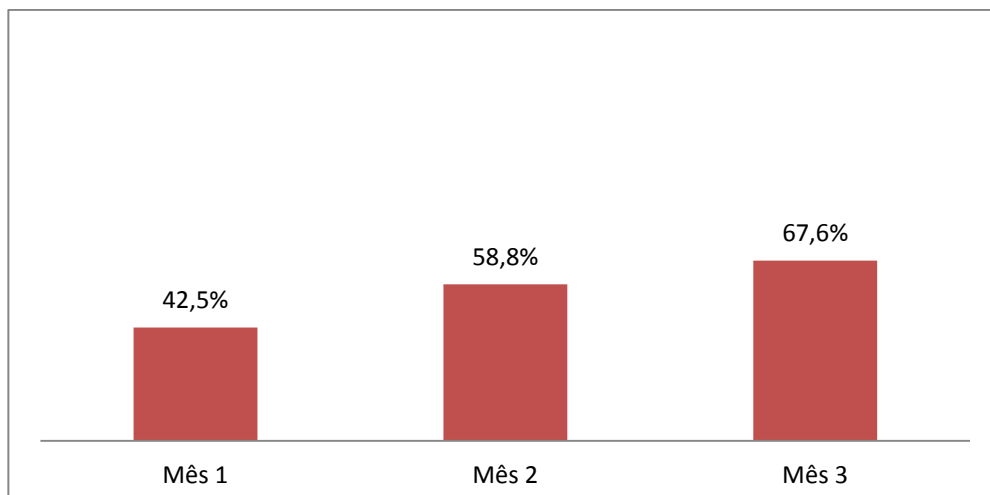


Figura 3. Gráfico da Proporção de Pessoas Idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês de intervenção tivemos 17 pessoas idosas (42,5%) com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 47 pessoas idosas (58,8%) com prescrições de medicamentos da farmácia popular e no terceiro mês aumentamos o número, 94 pessoas idosas (67,6%) apresentavam prescrição de medicamentos da farmácia popular. Tivemos dificuldades em atingir a meta proposta, embora tenhamos nos esforçado muito, a nossa farmácia popular possui uma cobertura muito deficiente de medicamentos, e segundo a secretaria de saúde é por problemas econômicos, além disso, não temos farmácias particulares conveniadas com o ministério de saúde.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas idosas acamadas cadastradas ou com problemas de locomoção.

No primeiro mês identificamos e cadastramos 1 pessoa idosa com dificuldade de locomoção, no segundo mês já contávamos com 5 pessoas idosas com problemas de locomoção, e no terceiro mês atingimos o total de 23 pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. O Sucesso dessa ação se deve ao maravilhoso trabalho dos ACS que realmente foram os protagonistas desta tarefa, identificando as pessoas idosas de suas micro áreas.



Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9: Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

No primeiro mês de intervenção, visitamos o único idoso acamado que tínhamos cadastrado, no segundo mês, realizamos visita no domicílio de todos os 5 idosos acamados, e no terceiro mês, finalizamos a intervenção com todos os 23 idosos acamados visitados, atingindo 100% da meta nos 3 meses de intervenção. Neste caso, os ACS também tiveram participação, pois planejaram as visitas de forma que familiares estivessem em casa na hora da visita da equipe.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.10: Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês da intervenção 40 pessoas idosas receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 80 pessoas idosas haviam sido avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Esta ação também foi facilitada, pois tínhamos como rotina realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico de todos os idosos durante as consultas clínicas, realizadas tanto na UBS como no domicílio.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.11: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

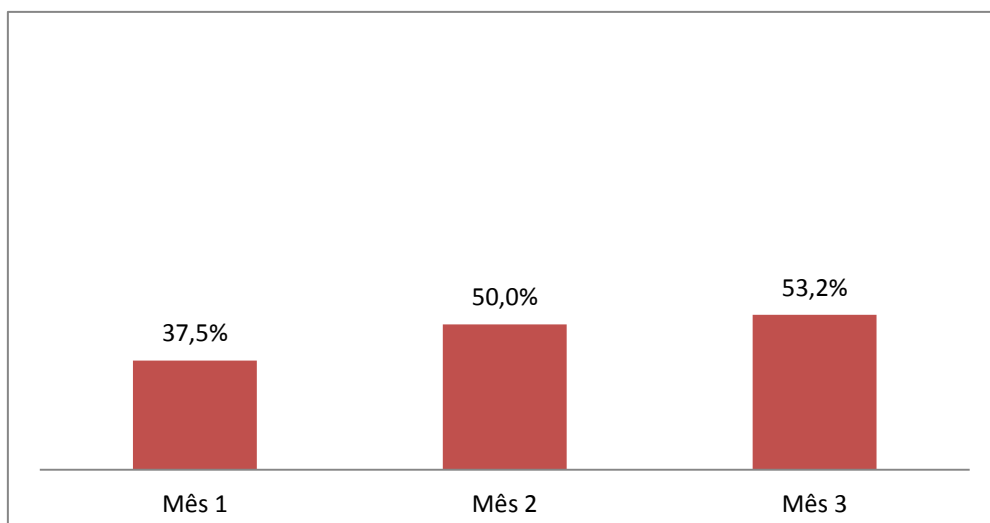


Figura 4. Gráfico da proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês de intervenção 15 (37,5%) pessoas idosas realizaram a primeira consulta odontológica, no segundo mês 40 (50%) pessoas idosas já haviam realizado a primeira consulta odontológica, e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 74 (53,2%) pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática realizada. Neste indicador não foi possível alcançar a meta proposta, pois nosso município possui apenas três cirurgiões dentistas, e algumas UBS não contam com esse profissional, é o caso da nossa UBS Barreiro. O atendimento odontológico é realizado na UBS Visa, localizada na cidade, onde os usuários têm pouco acesso devido a distância entre as duas unidades de saúde e ao pequeno número de atendimentos disponibilizados, além disso, o fator econômico também interfere negativamente, dificultando o acesso a serviços particulares. Os idosos que consultaram o dentista foram atendidos na UBS Visa.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12: Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

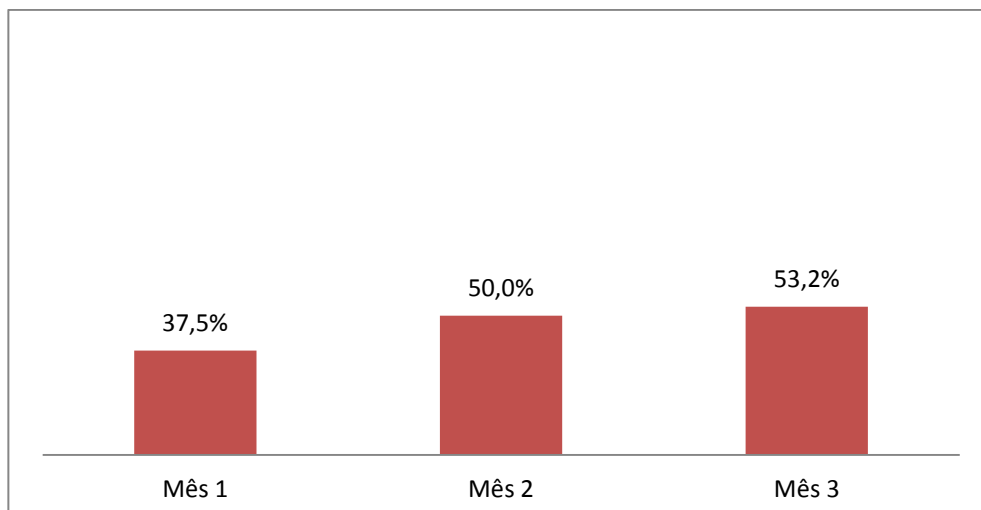


Figura 5. Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

No primeiro mês 15 (37,5%) pessoas idosas foram avaliadas quanto a alteração de mucosa, no segundo mês 40 (50%) pessoas idosas receberam essa avaliação e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 74 (53,2%) pessoas idosas avaliadas quanto a possíveis alterações da mucosa. Essa avaliação se deu na UBS Visa durante a primeira consulta odontológica.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

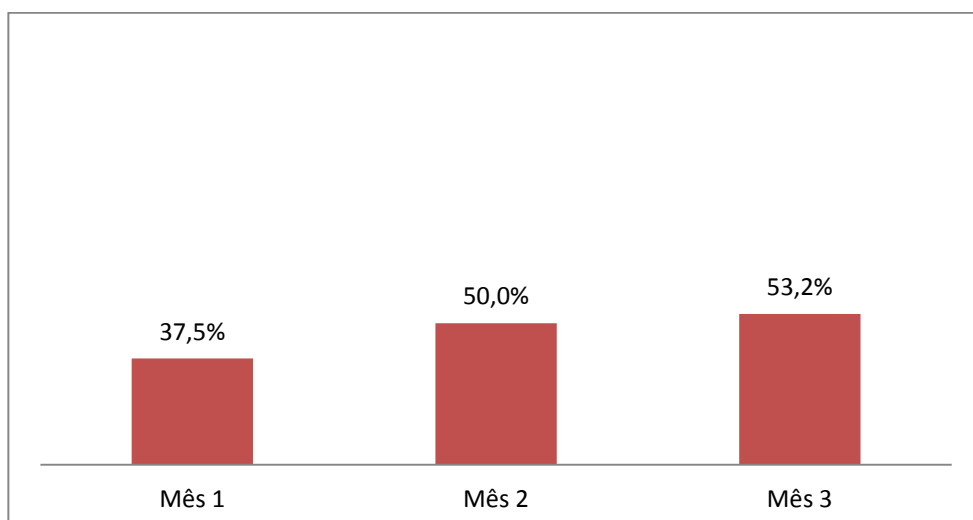


Figura 6. Gráfico da proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

No primeiro mês 15 (37,5%) pessoas idosas foram avaliadas quanto a necessidade de prótese dentária, no segundo mês 40 (50%) pessoas idosas receberam essa avaliação e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 74 (53,2%) pessoas idosas avaliadas quanto a necessidade de prótese dentária. Essa avaliação se deu na UBS Visa durante a primeira consulta odontológica.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Felizmente durante a intervenção todos os idosos compareceram as consultas. O excelente trabalho da equipe contribuiu para que não tivéssemos faltas, fazíamos os agendamentos, os ACS monitoravam os idosos de suas micro áreas e a secretaria de saúde fornecia o transporte.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

No primeiro mês de intervenção, todas as 40 pessoas idosas encontravam-se com seus registros completos na ficha espelho, no segundo mês todas as 80 pessoas idosas tiveram seus registros completos na ficha espelho e finalizamos o terceiro mês de intervenção com as fichas espelhos completas de todas as 139 pessoas idosas, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. A equipe não teve dificuldade em realizar essa ação, pois tinha como rotina fazer os registros da situação de saúde das pessoas idosas e das ações realizadas durante os atendimentos.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

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

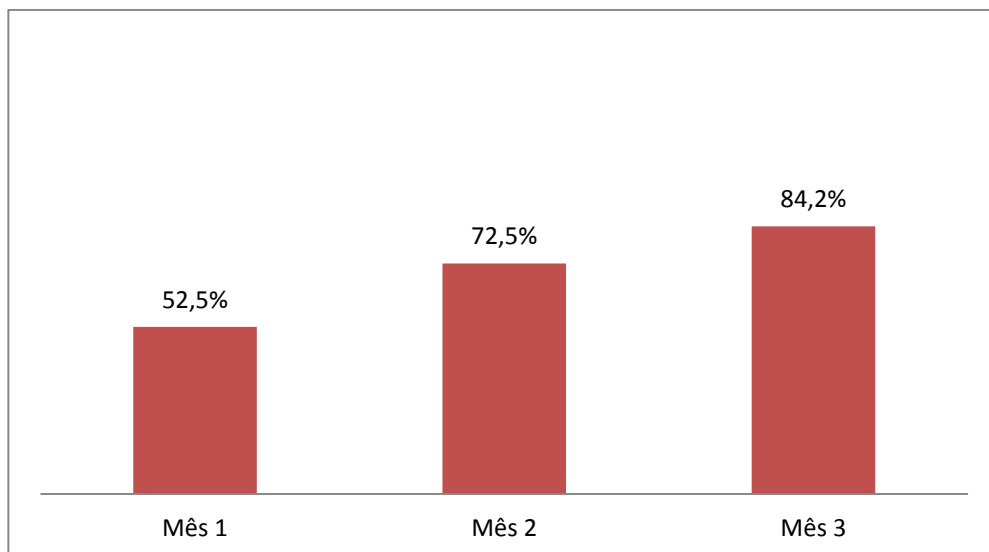


Figura 7. Gráfico da proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

No primeiro mês de intervenção 21 (52,5%) pessoas idosas receberam a caderneta de saúde, no segundo mês o número de pessoas idosas com a caderneta aumentou para 58 (72,5%) e finalizamos o terceiro mês da intervenção com 117 (84,2%) pessoas apresentando a caderneta de saúde da pessoa Idosa. Neste indicador não atingimos a meta proposta, pois o município contava um número insuficiente de cadernetas para disponibilizar aos idosos.

#### Objetivo 5 Mapear o risco das pessoas idosas

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

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

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram avaliadas quanto ao risco de morbimortalidade, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido avaliadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, atingindo 100% da meta nos três meses. Essa ação foi facilitada, pois a avaliação foi realizada durante as consultas na UBS, como também nas visitas domiciliares.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram avaliadas quanto a fragilização da velhice, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido avaliadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada, atingindo 100% da meta nos três meses. Essa ação foi facilitada, pois as avaliações foram realizadas durante as consultas na UBS, como também nas visitas domiciliares.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

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

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram avaliadas quanto a rede social, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido avaliadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas com avaliação da rede social, atingindo 100% da meta nos três meses. Essa ação foi facilitada, pois contamos com a ajuda da prefeitura, que disponibilizou 4 assistentes sociais, que 2 dias por semana realizaram a avaliação dos idosos da nossa área.

Objetivo 6 Promover a saúde das pessoas idosas

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

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

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram orientadas quanto a alimentação saudável, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido orientadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas orientadas quanto a alimentação saudável, atingindo 100% da meta nos três meses. As orientações sobre hábitos alimentares saudáveis foram realizadas individualmente e coletivamente, nas consultas, nas visitas domiciliares e também nas atividades em grupos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

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

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram orientadas quanto a prática regular de atividade física, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido orientadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas orientadas quanto a prática regular de atividade física, atingindo 100% da meta nos três meses. As orientações sobre a prática regular de atividade física foram realizadas individualmente e coletivamente, nas consultas, nas visitas domiciliares e também nas atividades em grupos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção todas as 40 pessoas idosas foram orientadas sobre higiene bucal, no segundo mês todas as 80 pessoas já haviam sido orientadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 139 pessoas idosas orientadas sobre higiene bucal, atingindo 100% da meta nos três meses. As orientações sobre higiene bucal foram realizadas individualmente e coletivamente, nas consultas, nas visitas domiciliares e também nas atividades em grupos.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na UBS Barreiro resultou na ampliação da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa, e também na melhoria dos indicadores de qualidade desta ação programática, teve uma importância significativa tanto para a nossa equipe quanto para o serviço e a comunidade, pois refletiu um trabalho organizado, que possibilitou a adesão das pessoas idosas ao programa, melhoria da qualidade do atendimento e otimização do registro das informações, assim como a promoção da saúde das pessoas idosas cadastradas.

A intervenção teve grande importância para a equipe, iniciando pela capacitação, onde foi abordando o conteúdo do Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa, que apresenta orientações para uma organização correta do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, como também a melhor forma de acompanhar e avaliar a saúde do idoso de forma global. Esta atividade promoveu a qualificação da prática clínica, reorganização do processo de trabalho desenvolvido na UBS, integração da equipe com um objetivo em comum, resultando num trabalho articulado e desenvolvido com qualidade.

Foi importante também para o nosso serviço, pois permitiu que fizéssemos mudanças nas práticas, reorganização das agendas, melhorias no acesso dos usuários à ação programática, melhorias nos registros das informações como também monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Antes da nossa intervenção o trabalho era focado apenas nas pessoas idosas que chegavam por demanda espontânea ao serviço, não existia registro adequado desses usuários e também não seguíamos um protocolo.

Consequentemente todas as mudanças e ações citadas acima tiveram um impacto positivo na comunidade, pois além de melhorar a atenção a saúde das pessoas idosas, com atendimento clínico adequado, fornecendo a essa população e seus familiares, informações básicas necessárias para a manutenção, prevenção e promoção, não deixamos de realizar as demais atividades. Conseguimos envolver em nossa intervenção a população idosa que já freqüentava a UBS, como também as lideranças comunitárias, a comunidade escolar, e demais pessoas que aos poucos foram chegando e se unindo a equipe.

No momento estamos satisfeitos com a intervenção, com a participação de todos e certamente podemos dizer que essas ações já fazem parte da rotina do serviço. A partir de agora só resta manter a integração da equipe e comunidade, buscando ampliar ainda mais a cobertura dessa ação programática, e dentro da nossa governabilidade manter bons indicadores de qualidade. A secretaria de saúde reconhece e apóia nosso trabalho e pretende implantar as ações desenvolvidas na UBS Barreiro, nas demais unidades de saúde do município, e também desenvolver novas intervenções nas diversas ações programáticas desenvolvidas na Atenção Básica.



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

Prezado Gestor

Alguns meses após a minha incorporação ao trabalho na UBS Barreiro foi solicitado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, realizar um Trabalho de Conclusão de Curso baseado numa intervenção, cujo foco deveria ser escolhido após a identificação de algumas necessidades evidenciadas nas ações programáticas desenvolvidas na UBS.

Juntamente com a equipe, realizamos o preenchimentos de alguns questionários, com questões relacionadas a estrutura física, equipamentos, processo de trabalho e algumas ações programáticas, realizamos reflexões e avaliamos alguns indicadores de cobertura e de qualidade de cinco ações programáticas desenvolvidas na UBS (Atenção a saúde da criança; Pré-natal e Puerpério, Saúde da Pessoa Idosa; Atenção a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes; e prevenção dos cânceres de colo de útero e mama), através do preenchimento do caderno de Ações Programáticas (ferramenta disponibilizada pelo curso).

Depois de realizar essa análise minuciosa, determinamos que a maior fragilidade, naquele momento, estava na Atenção á Saúde da Pessoa Idosa. Para conduzir nossas ações utilizamos como protocolo o manual técnico do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, de 2006 e 2010, e elaboramos um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção a saúde das pessoas idosas cadastradas na UBS Barreiro.

Estima-se que em nossa área de abrangência residam 350 pessoas idosas, e antes da nossa intervenção, tínhamos uma relação de que 317 idosos recebiam

acompanhamento em nossa UBS, que representava um 85% de cobertura, mas os indicadores de qualidade não estavam muito bons, e, além disso, não existia um registro específico dessas pessoas, portanto não poderíamos confiar nesses números e também não tínhamos condições de revisar os prontuários. Muitas pessoas idosas não recebiam avaliação de risco para morbimortalidade, orientações quanto a hábitos alimentares saudáveis, atividade física, avaliação de saúde bucal, investigação de indicadores de fragilização na velhice e acompanhamento em dia. Nenhum idoso possuía registro de que tivesse recebido a caderneta de saúde da pessoa idosa e a avaliação Multidimensional Rápida. Sendo assim, com o objetivo de melhorar os indicadores da cobertura e qualidade definimos metas e ações para modificar essa realidade.

A equipe decidiu começar o cadastramento do zero, a medida que o usuário fosse chegando para a realização da avaliação clínica. Foram desenvolvidas diferentes ações que nos levaram a alcançar um total de 139 (39,7%) pessoas idosas cadastradas e acompanhadas. Para lograr um desenvolvimento adequado do trabalho, a equipe recebeu uma capacitação apoiada nos protocolos do Ministério da Saúde (Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006 e Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, 2010) para assim seguir as orientações corretas do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, como também a melhor forma de acompanhar e avaliar a saúde do idoso de forma global.

Além da qualificação da prática clínica, realizamos também ações de engajamento público, onde solicitamos apoio às lideranças comunitárias, na identificação de pessoas idosas e na multiplicação de informações sobre a ação programática desenvolvida na UBS. As crianças da escola também foram nossas aliadas, pois nos auxiliaram convidando seus avós a participarem do programa na UBS. Ações coletivas e individuais de promoção da saúde também foram realizadas.

O acolhimento foi realizado para todas as pessoas idosas, tanto dos casos agendados, como por demanda espontânea. O exame físico completo era realizado em todas as consultas, assim como avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, enfim, foram realizadas diversas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ofertado a pessoa idosa.

Mesmo com o trabalho integrado da equipe, ainda tivemos algumas metas que não foram alcançadas, como a primeira consulta odontológica com a subsequente avaliação da mucosa bucal, a necessidade de prótese dentaria, a realização dos exames periódicos e a prescrição de medicamentos pela farmácia popular. Essas ações não dependem somente da equipe, mas da gestão, que deve rever essas questões, e procurar estratégias que auxiliem as equipes na melhoria desses indicadores.

Com a experiência deste estudo temos pensado para próximos meses identificar outras ações programáticas com dificuldade para fazer novas intervenções.

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

À comunidade da UBS Barreiro

O trabalho dos médicos do Programa Mais Médicos está vinculado a realização de um curso em Especialização em Saúde da Família, sendo assim, todos os médicos deste programa que trabalham nas UBS, tem um dia da semana destinado ao curso. Como tarefa deste curso, me foi solicitado uma avaliação da situação do serviço desenvolvido na UBS Barreiro, assim, junto com a equipe, fizemos uma avaliação minuciosa da estrutura do serviço e seus equipamentos, do processo de trabalho realizado e das ações programáticas desenvolvidas. Nesta avaliação percebemos que tínhamos algumas falhas, alguns problemas e que poderíamos fazer alguma coisa para melhorar o serviço, então resolvemos realizar uma intervenção e melhorar a atenção a saúde da pessoa idosa.

A equipe desenvolveu um projeto de intervenção com várias metas e objetivos e específicos, dentre eles, aumentar o número de pessoas idosas atendidas na UBS e melhorar a qualidade do atendimento direcionado a essas pessoas. Estima-se que em nossa comunidade residam 350 pessoas idosas, sendo assim, iniciamos um novo cadastramento das pessoas idosas, a medida que elas chegavam na UBS para atendimento clínico.

Várias ações foram pensadas para conseguir melhorar essa ação programática, foram realizadas capacitações para todos os profissionais, as agendas de trabalho foram organizadas de forma que a intervenção não prejudicasse o andamento das demais atividades desenvolvidas no serviço, as lideranças comunitárias foram acionadas para serem colaboradas nas ações e multiplicadoras de informações. Os ACS se esforçaram para fazer a identificação das pessoas idosas e convidá-las a participar do programa da UBS. Acionamos

também os alunos da escola para que convidassem seus avós a participar das nossas ações.

Realizamos o acolhimento das pessoas idosas na UBS, nas escolas, sendo que, para as pessoas com dificuldade de locomoção, realizamos o atendimento nos domicílios. Em algumas micro áreas mais distantes, que não tinham local para o atendimento, chegamos a realizar atendimento em algumas casas que nos foram cedidas, e somos muito gratos a essas pessoas que nos ajudaram. Realizamos consultas tanto agendamento como por demanda espontânea, fizemos exame clínico, indicamos exames laboratoriais, avaliamos a rede social, encaminhamos atendimento odontológico, orientamos quanto a atividade física, alimentação saudável e higiene bucal.

Mesmo com tantos feriados de final de ano e carnaval, chegamos ao final dos três meses de intervenção, com 139 pessoas idosas cadastradas, atingindo a meta proposta, e pretendemos até o final do ano de 2016 cadastrar o restante da população idosa. As ações desenvolvidas já fazem parte da rotina do serviço, a equipe segue motivada e integrada, desenvolvendo ações de qualidade. Agradecemos a comunidade de Barreiros pelo apoio e esperamos que os vínculos entre a equipe e comunidade perdurem e que juntos mantenham a execução das ações para a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas.

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

Quero começar esta reflexão comentando que ao receber a solicitação para começar o curso de Especialização em Saúde da Família, fiquei com muitas dúvidas e até curiosa, pois não imaginava como seria um curso a distância, muito mais numa língua diferente da minha, mas no decorrer dos dias, percebi que não era como pensava, começamos a trocar saberes com os nossos orientadores e também com os nossos colegas, tanto na área clínica quanto no trabalho do dia a dia. A etapa inicial foi muito importante para a nossa familiarização com a nova experiência. Depois que começamos a análise situacional, onde identificamos os principais problemas na nossa área e a escolha do tema para o nosso estudo de intervenção, tudo ficou mais claro.

Cada uma das etapas foi muito significativa, pois ajudou a melhorar a integração do trabalho da equipe básica de saúde, demais trabalhadores da UBS, gestor, e as comunidades atingidas. Incorporamos as ações da intervenção em nosso trabalho do dia a dia, enriquecemos os nossos conhecimentos na área clínica e melhoramos o manejo de muitas doenças, principalmente as mais frequentes que tratamos.

A minha orientadora que foi a mesma desde o início do curso foi de muita ajuda, muito preocupada, exigente e compreensiva, realizando sugestões necessárias, isso serviu para continuar melhorando meu trabalho e desempenho como profissional e até mesmo os conhecimentos da língua portuguesa. O trabalho da unidade ficou mais organizado, aprendemos um melhor planejamento das ações, e as relações com a comunidade ficaram mais solidas, realmente fiquei muito satisfeita com a experiência adquirida com este curso.

### **Referências**

1- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, de 2006. Caderno de Atenção Básica nº 19.

## **Anexos**



## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Planilha de Saúde do Idoso - Mês 1

Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso foi rastreado para hipertensão arterial sistêmica?	O idoso foi rastreado para diabetes mellitus?	O idoso é diabético?	O idoso está com exame físico dos pés em dia?	O idoso está com solicitação de exames complementares periódicos	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programada?	O idoso recebeu avaliação de alterações de mucosa bucal?	
1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1																
2																
3																
4																
5																

Número do idoso	Nome do idoso	O idoso recebeu avaliação de alterações de mucosa bucal?	O idoso recebeu avaliação de necessidade de prótese dentária?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1													
2													
3													
4													
5													

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	
---	--



OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Número total de idosos residentes na área e <b>acompanhados</b> no programa de Saúde do Idoso			



OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde da Pessoa Idosa. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde da Pessoa Idosa instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Número total de idosos residentes na área que estão acamados ou com problemas de locomoção			



Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de
---



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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante