

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Turma 6 - Modalidade a Distancia**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Devide Júnior, Serra Caiada/RN**

Diego Holanda Barbosa

Pelotas, 2015

DIEGO HOLANDA BARBOSA

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Devide Júnior, Serra Caiada/RN**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dariane dos Santos Oleiro

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

B238m Barbosa, Diego Holanda

Melhoria da atenção à saúde do idoso, na UBS Deivid Júnior, Serra Caiada/RN / Diego Holanda Barbosa ; Dariane dos Santos Oleiro, orientadora. — Pelotas, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência domiciliar. 4. Saúde do idoso. I. Oleiro, Dariane dos Santos, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico este trabalho a minha família e toda a minha equipe da unidade de saúde Devidé Júnior por todo o suporte durante este ano para a realização deste trabalho.

Agradeço primeiramente a Deus por me fornecer força e determinação para enfrentar os vários desafios da minha vida, a todos da minha equipe da UBS que foram essenciais para concretização deste projeto, a minha orientadora Dariane que sempre foi paciente e prestativa, fornecendo todo o suporte necessário e a minha família que foi compreensiva nos momentos de ausência.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção a saúde do idoso.	65
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção e idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	67
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de idosos com exames diário em dia	66
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	66
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de idoso com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada	67
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	67
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de idoso acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	68
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	68
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	69
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	69
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	70
Figura 12	Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa indicativo	70
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de idosos com registro na	71

ficha espelho em dia

Figura 14	Gráfico indicativo proporção de idosos com caderneta da saúde da pessoa idosa	71
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	72
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	72
Figura 17	Gráfico indicativo proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	73
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	73
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividades física regular	74
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia	74

## **Lista de Siglas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BCF- Batimentos Cardíofetais

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

ESF-Estratégia Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UBS-Unidade Básica de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

## Sumário

<b>Apresentação</b>	Pág.
<b>1 Análise Situacional</b>	
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
<b>2 Análise Estratégica</b>	
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	20
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística	59
2.3.4 Cronograma	60
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	
4.1 Resultados	65
4.2 Discussão	75
4.3 Relatório da intervenção para gestores	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	77
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	79
<b>6 Bibliografia</b>	81
<b>Anexos</b>	82
Anexo 1 - Ficha espelho	

Anexo 2 – Planilhas	83
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	85
Anexo 4 - Fotos ilustrativas	86
<b>Apêndices</b>	

## Resumo

BARBOSA, Diego Holanda. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, na UBS Devide Júnior, Serra Caiada/RN.** 2015 87f.; il. Trabalho de conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho intitulado melhoria da atenção à saúde do idoso, apresenta a intervenção realizada na cidade de Serra Caiada, na Unidade Básica de Saúde Devide Júnior, em um período de 3 meses inicialmente. Nossa unidade situa-se na zona urbana, com uma população estimada em 3000 pessoas sendo um total de 103 idosos cadastrados. Após ser constatada pela análise situacional, a realidade do atendimento da população idosa na referida unidade, verificamos que mesma não apresentava atendimento direcionado a este público, ou seja, não havia medidas de atenção integral que englobasse as necessidades desta parcela tão importante da população, como prevenção de doenças, orientações sobre como melhorar qualidade de vida, tratamento adequado de comorbidades (diabetes, hipertensão arterial) e atividades de reabilitação; foi proposto este projeto de intervenção baseado nos protocolos de atenção a saúde dos idosos do Ministério da Saúde, que visa aplicar medidas que aprimorem e inovem o atendimento do idoso, desde o acolhimento, nos atendimentos clínicos, visitas domiciliares, atividades educativas e correto direcionamento para níveis mais complexos. Dentre os principais objetivos podemos citar a ampliação do atendimento, a realização da avaliação multidimensional rápida, o melhoramento dos registros via prontuário/ficha espelho, orientações sobre medidas de promoção de saúde e realização de pelo menos a primeira consulta odontológica dos idosos cadastrados. Todo o projeto foi desenvolvido a partir de uma análise situacional prévia, identificação de falhas, desenvolvimento de metas, capacitação da equipe, aplicação de ações e avaliações periódicas durante todo o ano, para melhorar todos os níveis de atenção a saúde do idoso. Foi verificado que no decorrer do ano vários indicadores foram aprimorados e conseguimos avançar satisfatoriamente na melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos da nossa área, todo este projeto servirá como base para aplicar em outras áreas como saúde da mulher, da criança e do homem.

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

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade de Saúde Deivid Júnior do município de Serra Caiada. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte corresponde a análise estratégica para execução do projeto em 12 semanas durante a unidade 3 do curso. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo das 12 semanas. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. Análise Situacional**

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

A forma na qual a unidade de saúde é apresentada desde sua localização, estrutura interna, externa, acessibilidade, divisão dos ambientes são de suma importância para que o atendimento a população seja eficiente, permitindo um maior conforto e bem estar entre os usuários e funcionários. A porta de entrada do SUS deve, portanto ser um ambiente acolhedor, permitindo que seja feito um bom trabalho pela equipe e que o paciente se sinta bem assistido. O SUS fornece um padrão para ser seguido, porém não é o que se verifica na grande maioria das unidades de saúde no Brasil, fato verificado no artigo oferecido para leitura que retrata a realidade de muitos serviços, nos quais a acessibilidade e estrutura física são inadequadas para as necessidades da população.

Após responder o questionário, conhecer o manual da estrutura da UBS, analisar toda a estrutura da unidade em que trabalho e principalmente confrontar com os dados do artigo fornecido, pude constatar que estou diante de uma exceção, uma vez que minha unidade foi projetada para esta finalidade, seguindo a grande maioria dos critérios exigidos pelo SUS, sendo verificadas algumas falhas como: ausência de corrimão na rampa de acesso, presença de tapetes em alguns ambientes da unidade, falta de símbolos internacionais para identificar espaço para pessoas com deficiência, salas de tamanho inadequado para determinada atividade.

A boa estruturação da UBS aumenta a confiabilidade e a procura dos usuários da comunidade, evitando a super lotação de outros serviços de maior complexidade do município, uma vez que grande maioria dos agravos são resolvidos na unidade ou referenciados de forma adequada. Seguindo esta linha de raciocínio podemos concluir que todo o trabalho dos profissionais é facilitado quando se tem um local de trabalho adequado a suas necessidades e quando os pacientes são bem assistidos.

## 1.2-Relatório da Análise Situacional

A UBS que estou trabalhando situa-se na cidade de Serra Caiada, estado do Rio Grande do Norte, com uma população estimada de 9035 habitantes, divididos em área urbana e rural, conta com 5 unidades básicas de saúde (2 urbanas e 3 rurais), todas sendo Estratégia Saúde da Família, dispomos de um NASF que dá suporte para todas as unidades, porém não há CEO. A cidade de povo pacato e acolhedor apresenta apenas um hospital de pequeno porte com médico de plantão 24h no pronto-socorro, onde todo o atendimento especializado é agendado e feito nas cidades maiores, principalmente na capital Natal, situada a 70 km de distância. O município conta com laboratório próprio onde são feitos exames simples como hemograma, lipidograma, EPF ou EAS, outros tipos de exames são referenciados para outras cidades e algumas vezes passa algum tempo para obter o resultado.

A UBS Deividê Júnior na qual trabalho fica situada na zona urbana, apresenta como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família, não apresenta vínculos com estabelecimentos de ensino, há apenas uma equipe composta por um médico da família, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, um técnico de enfermagem, quatro agentes de saúde, uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. Todos os profissionais atuam de forma integrada e coordenada para permitir o melhor atendimento a população, como por exemplo, podemos citar o encaminhamento de um profissional para outro quando se julga necessário, os pacientes são bastante colaborativos, uma vez que englobam a rotina da unidade de saúde em suas vidas, os profissionais por sua vez conhecem bem os integrantes da comunidade que por ser relativamente pequena permite um contato bem familiar. Atuamos numa área pequena composta por apenas um bairro, com cerca de 3000 habitantes, todos morando em casa de alvenaria, como coleta de lixo, fossa sanitária, porém rede de esgoto precária. A UBS foi construída há pouco tempo, seguindo padrões estéticos sugeridos pelo ministério da saúde, a fachada é toda bem sinalizada com placas luminosas com os slogans: "saúde não tem preço", "saúde da mulher", "saúde perto de você". A estrutura interna é composta por uma recepção bem arejada com cadeiras, televisão, geláguas, banheiros para usuários, arquivo para organizar prontuários por área, família e por ordem alfabética;

apresenta uma sala para o dentista composta por todos os itens necessários, inclusive compressor que fica num local adequado; sala da enfermeira composta por mesa específica para coleta de citológico, mesa para exames, lavatório; sala de curativos; sala das vacinas com geladeiras, ar condicionado, lavatório, controle de temperatura interno e externo; copa para refeições com geladeira, mesa, microondas; sala de esterilização com estufa, destiladora de água, balança adulto e pediátrica; almoxarifado; escovário; sala para produtos de limpeza; sala da farmácia e dois consultórios médicos com mesa de exame, mesa de escritório e lavatório. O acesso a unidade é feito por uma rua não calçada e com superfície irregular que compromete o acesso a pacientes com dificuldade de acesso, porém o prédio é todo adaptado para acesso de portadores de necessidades especiais com rampa, corrimão, portas largas para cadeirantes, banheiro com barras de apoio, etc. Dessa forma, considero uma excelente estrutura física quando se comparado com outras unidades do país e até mesmo no próprio município.

A equipe de profissionais atua de forma integrada, sempre objetivando o melhor do paciente, o acompanhamento começa com as visitas dos agentes de saúde em todas as casas do bairro, levando para as reuniões mensais informações importantes, como necessidade de visitas domiciliares pelo médico, enfermeiro ou dentista, se algum paciente não está seguindo as recomendações médicas, se há mal trato de idosos ou crianças, condições de saneamento básico, entre outras. Durante o atendimento, sempre quando é necessário, os pacientes são encaminhados de um profissional para o outro, permitindo assim uma atenção mais integral e humanizada. No geral a equipe presta uma boa cobertura e acompanhamento da população, uma vez que os próprios pacientes relatam que estão satisfeitos pelo atendimento fornecido e os profissionais se esforçam e cooperam para cada vez mais melhorar a assistência. Como já foi relatado a unidade presta atendimento a cerca de 3000 habitantes, não há dados disponíveis com distribuição por sexo ou idade, porém mesmo com apenas uma equipe, a demanda tanto agendada quanto espontânea é adequada, nunca houve até o momento problemas com excesso de pacientes ou reclamações por meio destes, a equipe tem desenvolvido uma boa assistência.

Em relação à demanda espontânea, a unidade realiza sempre atendimentos de urgência e encaixes quando necessário, o que não compromete os

demais atendimentos, isto se deve a baixa densidade demográfica da área e no final da semana já é comum a redução do atendimento para um terço, visto que a procura é maior no começo da semana. A equipe atua sempre com atendimento direcionado para atender as necessidades dos pacientes, quando não for possível resolver na unidade, os pacientes são referenciados para serviços de maior complexidade por meios de guias padronizadas para encaminhamento, após atendimento especializado, a equipe sempre obtém feedback dos pacientes para saber o seu estado de saúde.

A atenção a saúde da criança tem como pilar a puericultura realizada pelo médico e enfermeira semanalmente em que é verificado peso, altura, imc, sendo tudo anotado na caderno da criança por meio da plotagem nos gráficos e posteriormente avaliação se todos os parâmetros estão de acordo com a idade. O atendimento odontológico se concentra nas escolas por meio de orientações sobre escovação e como prevenir o aparecimento de cáries, realizado pela dentista e sua auxiliar, há também atendimento clínico quando necessário. A unidade realiza sempre eventos voltados ao público infantil principalmente quando há campanhas de vacinação, com grande participação de todos da comunidade. A população de crianças é de 312 crianças, todos os atendimentos são registrados em prontuário, não há um registro específico. Os profissionais não seguem nenhum tipo de protocolo pré-definido e não há uma gestão para avaliar as ações desenvolvidas. Tanto a demanda espontânea quanto a agendada é satisfatória, os pais sempre procuram a unidade para obter algum atendimento clínico ou apenas orientações, considero uma cobertura e assistência adequada, considerando o número de atendimento semanal e a satisfação dos pais sobre o atendimento prestado.

Em relação ao pré-natal, o atendimento é feito semanalmente por meio de consultas agendadas tanto para o médico quanto para a enfermeira, durante a consulta não é seguido um protocolo de atendimento nem há uma equipe para elaborar ou avaliar ações desenvolvidas, porém considero uma boa assistência uma vez que todos os exames sugeridos pelo Ministério da Saúde para o pré-natal são solicitados na época prevista, são realizadas as seis consultas mínimas (com avaliação da estática e dinâmica fetal, ausculta do BCF, medida da altura do fundo uterino, além do exame clínico completo), calendário vacinal sempre seguido, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso iniciado desde da primeira consulta,

exame ginecológico realizado trimestralmente, além de orientações gerais sobre a importância do aleitamento materno e do planejamento familiar. Todo o atendimento é registrado tanto no cartão da gestante quanto no prontuário da paciente, permitindo um bom acompanhamento da gestante. Verifica-se sempre uma excelente procura por todas as gestantes pelo serviço, no momento estamos com todas as gestantes da área em acompanhamento (32 no total), todas com exames em dia e como a próxima consulta agendada, além disso, há grande participação nos eventos realizados mensalmente pela equipe, onde são feitas orientações sobre aleitamento materno, puerpério, saúde do bebê por meio de palestras e dinâmicas, a criação de um manual técnico, além do caderno da criança, seria de bastante relevância neste processo educativo das mães.

A prevenção ao câncer de colo de útero é executada por meio do exame especular e coleta de citológico feito pela enfermeira, após a chegada do laudo, o médico faz uma análise do resultado e julga se é necessário encaminhar para colposcopia ou repetir o exame anualmente. Tudo é registrado em prontuário e livro de ata específico, o que permite uma visão geral da cobertura. Não há um protocolo pré-definido de atendimento ou equipe para avaliação das atividades desenvolvidas, o mesmo se aplica para o controle do câncer de mama. Neste quesito, todas as mulheres com fatores de risco e/ou idade alvo (cerca de 150 mulheres) são acompanhadas com exame clínico das mamas e mamografia anual, quando há alguma alteração o médico encaminha para serviços de maior complexidade. Todas as mulheres com indicação estão em acompanhamento, isto se deve principalmente pelo tamanho restrito da área, permitindo um melhor rastreamento das pacientes, não há grandes obstáculos para permitir esta cobertura eficiente. A equipe sempre realiza eventos para orientação das mulheres do bairro (460 no total) por meio de palestras educativas e dinâmicas, realizadas trimestralmente na unidade de saúde.

Os pacientes diabéticos e hipertensos da área são todos cadastrados por meio de livro de ata, permitindo um acompanhamento de perto por meio dos agentes de saúde e dos profissionais da unidade. O médico e a enfermeira atuam diretamente com este público alvo sendo todos os pacientes da área acompanhados, com receitas médicas renovadas mensalmente e exames de rotina solicitados. Não existe nenhum tipo de protocolo a ser seguido nem coordenação das ações realizadas. Dessa forma, a melhor forma de melhorar o serviço seria

adequar o trabalho dos demais profissionais as necessidades dos hipertensos e diabéticos (temos cerca de 240 pacientes), como atividades para perda de peso pelo educador físico, elaboração de dietas específicas pela nutricionista, atendimento odontológico direcionado a este público, entre outras medidas, integrando sempre os profissionais do NASF que tem papel chave. Seria interessante também montar um grupo de estudos com todos da unidade, aproveitando parte do tempo das reuniões da equipe para discutir temas diversos, entre eles como abordar e melhorar o atendimento a pacientes hipertensos, diabéticos, idosos e crianças, por exemplo; este espaço seria livre para expor opiniões, esclarecer melhor todos os profissionais e principalmente criar um protocolo fixo de atendimento.

O UBS não presta atendimento direcionado ao público da terceira idade, esta parcela da população corresponde à grande maioria dos pacientes com comorbidades em acompanhamento na unidade como diabéticos e hipertensos. Assim, carece uma atenção mais específica para este público com medidas para prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida, atividades para promoção de saúde do idoso, maior número de visitas domiciliares e um registro específico para este tipo de atendimento. O ideal seria criar e aplicar um protocolo de atendimento ao idoso (cerca de 103 usuários), não apenas voltado para os pacientes com doenças crônicas mas para todos da área, integrando os profissionais da unidade para realização de palestras informativas sobre doenças mais prevalentes nesta faixa etária, orientações sobre alimentação saudável, criação de grupos para prática de atividades físicas, grupos de apoio contra o tabagismo e alcoolismo, atividades recreativas, entre outras possibilidades.

Após estas semanas de análise situacional com aplicação de vários questionários e avaliações de todos os serviços prestados, fica bem claro que atuo em uma unidade de saúde que se sobressai em vários aspectos como estrutura física, cobertura populacional, programas de atenção a saúde da criança, idoso, da mulher, das comorbidades como diabetes e hipertensão. Os fóruns na plataforma virtual permitiram, a partir dos relatos dos demais colegas, esta análise comparativa com os demais serviços de saúde básica do Brasil. Durante todo este trabalho o principal obstáculo foi o preenchimento do caderno de ações programáticas, pela ausência de grande número de registros que impediu uma análise mais criteriosa do quadro geral e fez com que as estimativas geradas pelo sistema não fossem, na

grande maioria, de acordo com a realidade. Vale a pena ressaltar que durante as aplicações dos questionários, todos os profissionais da unidade se empenhavam para levantar os dados e para melhorar alguns pontos que eram questionados, porém não desenvolvidos na unidade como, por exemplo, a execução de protocolos de atendimentos que é inexistente em todos os tipos de atendimento (principal falha verificada), fica assim evidente o papel relevante deste levantamento para melhoria futura da unidade em todos os seus aspectos.

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

Após análise entre o texto inicial e do relatório, verifico que todas as minhas primeiras impressões se confirmaram, apesar de nosso serviço apresentar uma realidade a parte da grande maioria dos serviços de atenção básica do país que como sabemos se encontram bastante precários, muitas medidas devem ser tomadas para se atingir as metas propostas neste projeto de intervenção. Este é um desafio que nos estimula seguir em frente para oferecer uma saúde pública de qualidade que todo cidadão tem direito, os próximos três meses de intervenção permitirão um maior contato com nosso público alvo e um meio favorável para execução de todos os objetivos em mente.

## **2-Análise Estratégica do Processo de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A partir do Pacto pela Vida, criado em 2006, o Sistema Único de Saúde assumiu como uma de suas metas a prioritária a atenção à saúde da população idosa no país e tem incrementado as ações de saúde nessa área. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, devem, portanto qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para uma maior expectativa de vida em nosso país e agregar mais qualidade de vida a esta parcela da população, garantindo uma velhice com maior assistência e acompanhamento, principalmente no melhor controle e prevenção das doenças crônicas, evitando a evolução para casos de maior complexidade que oneram a sistema público de saúde e levam à morte precoce (BRASIL, 2006).

A UBS Devides Júnior, na qual será desenvolvido o projeto de intervenção, fica situada na zona urbana, apresenta como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família, apresenta apenas uma equipe formada por um médico da família, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, um técnico de enfermagem, uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais e quatro agentes de saúde. A área de atuação é pequena composta por apenas um bairro, com cerca de 3000 habitantes (sendo 103 idosos cadastrados), todos morando em casa de alvenaria, como coleta de lixo, fossa sanitária, porém com rede de esgoto precária.

A população da terceira idade corresponde a grande maioria dos pacientes atendidos na unidade, estes apresentam várias comorbidades, principalmente diabetes e hipertensão arterial e não há qualquer tipo de atendimento direcionado a este público idoso. Grande maioria procura a unidade para realizar consultas médicas esporádicas ou renovar receitas de medicamentos de uso crônico, não há portanto um protocolo de atendimento por meio de ações de preventivas ou de

rastreamento de doenças, fato que nos fez escolher a atenção a saúde do idoso o foco do nosso projeto de intervenção.

A escolha deste tema para compor o projeto de intervenção terá grande impacto na dinâmica de atendimento da unidade e na melhoria da qualidade de vida da população idosa, uma vez que haverá um maior engajamento dos profissionais para superar algumas limitações como a falta de cadastramento de todos os moradores idosos e um melhor acompanhamento deste público, permitindo ações mais direcionadas que vão culminar em muitos benefícios como redução do número de novos diagnósticos de hipertensão ou diabetes, melhora do controle de doenças crônicas, aumento do bem estar e na melhoria da expectativa de vida. Para execução deste projeto de intervenção será necessária participação de todos integrantes da unidade para identificação de novas dificuldades e além de reuniões periódicas para melhorar e ampliar as ações desenvolvidas.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Qualificar a atenção aos idosos na UBS Deivid Júnior de forma integral e universal, incluindo a saúde bucal.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
6. Promover a saúde geral dos idosos
7. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal do idoso
8. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal do idoso na Unidade da Saúde
9. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde Bucal dos idosos
10. Melhorar o registro das informações de saúde bucal

11. Mapear os idosos de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais na área de abrangência
12. Promover a saúde bucal dos idosos

#### **OBJETIVO DE COBERTURA**

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso
- **Meta: 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100 %.

#### **OBJETIVOS DE QUALIDADE**

- **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.
- **Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.
- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.
- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.
- **Meta 2.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- **Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.
- **Meta 2.5:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).
- **Meta 2.6:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- **Referente a meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- **Referente à meta 2.8:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

- **Referente à meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.
- **Referente à meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **OBJETIVO DE ADESÃO**

- **Referente ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
- **Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **OBJETIVO DE REGISTRO**

- **Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações
- **Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.
- **Meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

### **OBJETIVO DE AVALIAÇÃO DO RISCO**

- **Referente ao objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
- **Meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- **Meta 5.2:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
- **Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

### **OBJETIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

- **Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos
- **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- **Meta 6.2:** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.
- **Meta 6.3:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## Avaliação da Saúde bucal

### OBJETIVO DE COBERTURA

- **Referente ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso
- **Referente à meta 1.1:** Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência.
- **Referente à meta 1.2:** Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

### OBJETIVO DE QUALIDADE

- **Referente ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde
- **Meta 2.1:** Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.
- **Meta 2.2:** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.
- **Meta 2.3:** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.
- **Meta 2.4:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- **Meta 2.5:** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

### OBJETIVO DE ADESÃO

- **Referente ao objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
- **Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.
- **Meta 3.2:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

### **OBJETIVO DE REGISTRO**

- **Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.
- **Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.
- **Meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

### **OBJETIVO DE AVALIAÇÃO DE RISCO**

- **Referente ao objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
- **Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.

### **OBJETIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

- **Referente ao objetivo 6**
- **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.
- **Meta 6.2:** Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.
- **Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.
- **Meta 6.4:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

### **2.3 Metodologia**

Este projeto será aplicado por meios de ações que visam a melhoria da saúde da população idosa da área de atuação. Os dados serão colhidos por meio de fichas-espelho e por formulários específicos que serão atualizados semanalmente para monitoramento de indicadores e estes servirão para acompanhar a cobertura e eficácia do projeto de intervenção.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

**Ação 1:** Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na Unidade de Saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

**Detalhamento da Ação 1:** Depois da realização dos registros sobre a cobertura do programa de saúde do idoso será realizado e avaliado o monitoramento através de revisão periódica dos registros específicos.

**Ação 2:** Acolher os idosos.

**Detalhamento da Ação 2:** Considerando a importância do acolhimento ao idoso como passo inicial para obtenção do vínculo, será realizado um treinamento com a equipe da unidade de saúde, para que todos os profissionais da equipe sejam aptos a realizarem o acolhimento, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Ação 3:** Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 3:** Ocorrerá a implantação de um registro com o nome dos idosos acompanhados na unidade.

**Ação 4:** Atualizar as informações do SIAB.

**Detalhamento da ação 4:** As informações do SIAB serão atualizadas pela enfermeira da equipe.

**Ação 5:** Informar a comunidade sobre a importância e benefícios dos idosos participarem das ações e programas desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde. Esclarecer sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 5:** A informação para a comunidade deverá ser ofertada durante o acolhimento, no atendimento individual, nas reuniões de grupo e nas visitas domiciliares. É importante a estimulação da adesão às ações e programas da unidade básica de saúde.

**Ação 6.** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 6:** Esclarecer a população sobre o programa de atenção ao idoso que é desenvolvido na Unidade Básica de Saúde, deverá ser realizado durante o acolhimento, no atendimento individual, nas reuniões de grupo, nas visitas domiciliares.

**Ação 7:** Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

**Detalhamento da Ação 7:** A capacitação da equipe para realizar o acolhimento será realizado durante as reuniões da equipe.

**Ação 8:** Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

**Detalhamento da Ação 8:** As reuniões realizadas com a equipe, tem objetivo de discutimos temas necessários para melhorar a assistência realizada pela unidade básica de saúde, especificamente com relação a saúde do idoso. A capacitação dos agentes comunitários de saúde será realizada nestas reuniões.

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

**Ação 9:** Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

**Detalhamento da ação 9:** A Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização acontecerá nas reuniões da equipe com uma periodicidade de 15 dias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Referente à meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Ação 1.** Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1 :** A monitorização será realizada através da avaliação e monitoramento dos prontuários e caderneta de idosos.

**Ação 2:** Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

**Detalhamento da ação 2:** Os recursos necessários para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida será disponibilizado pela Unidade Básica de Saúde.

**Ação 3:** Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

**Detalhamento da Ação 3:** A definição das atribuições serão realizadas nas reuniões da equipe.

**Ação 4:** Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

**Detalhamento da Ação 4:** As informações serão repassadas nas visitas domiciliares, reuniões de grupo, no acolhimento e no atendimento individual na Unidade Básica de saúde.

**Ação 5:** Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

**Detalhamento da Ação 5:** Os esclarecimentos deverão ser repassadas nas visitas domiciliares, reuniões de grupo, atendimento individual na Unidade Básica de saúde.

**Ação 6:** Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

**Detalhamento da ação 6:** A capacitação será realizada quinzenalmente nas reuniões da equipe.

**Ação 7:** Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

**Detalhamento da ação 7:** A capacitação será realizada quinzenalmente nas reuniões da equipe.

**Ação 8:** Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

**Detalhamento da ação 8:** A capacitação será realizada quinzenalmente nas reuniões da equipe.

**Ação 9:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 9:** O monitoramento ocorrerá através das fichas dos prontuários e do livro de registro da UBS.

**Ação 10:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento da ação 10:** As definições da atribuição de cada membro será realizada nas reuniões da equipe.

**Ação 11:** Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

**Detalhamento da ação 11:** Através da avaliação dos prontuários e registros da UBS, realizar a busca ativa dos idosos faltosos.

**Ação 12:** Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da ação 12:**A agenda será organizada pela médicae pela enfermeira de acordo com a demanda.

**Ação 13:** Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

**Detalhamento da ação 13:** Fortalecimento do vínculo com a unidade especializada que também irá acompanhar esse paciente.

**Ação 14:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento da ação 14:** A orientação será oferecida no acolhimento, nas visitas domiciliares, nas reuniões de grupo e no atendimento individual realizado na UBS.

**Ação 15:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento da ação 15:** Utilizando como base teórica o protocolo de atendimento ao idoso do Ministério da Saúde, ocorrerá numa periodicidade de 15 dias para a capacitação da equipe.

**Ação 16:** Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento da ação 16:** Essa qualificação será realizada quinzenalmente nas reuniões com a equipe.

**Ação 17:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

**Detalhamento da Ação 17:** A monitorização será realizada através dos registros no cartão do idoso.

**Ação 18:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento da Ação 18:** Com auxílio de farmacêutico através de atualizações mensais.

**Ação 19:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 19:** Com auxílio de farmacêutico através de atualizações mensais.

**Ação 20:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento da ação 21:** orientações feitas durante a consulta com explicação de como funciona a farmácia popular.

**Ação 22:** . Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento da ação 22:** A capacitação da equipe será feita durante reuniões mensais.

**Ação 23:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento da Ação 23:** A capacitação da equipe será feita durante reuniões mensais.

**Ação 24:** Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

**Detalhamento da ação 24:** Por registro de agente de saúde durante busca ativa.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

**Ação 25:** Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

**Detalhamento da ação 25:** Por registro de agente de saúde durante busca ativa.

Eixo Engajamento Público

**Ação 26:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

**Detalhamento da ação 26:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 27:** Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

**Detalhamento da ação 27:** Será feito durante reuniões mensais.

**Ação 28:** Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento da ação 28:** Cada visita domiciliar será monitorada pela equipe.

**Ação 29:** Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento da ação 29:** Cada visita será agendada de acordo com a sua necessidade

**Ação 30:** Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

**Detalhamento da ação 30:** Essas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agentes de saúde, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 31:** Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento da ação 31:** Essas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agentes de saúde, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 32:** Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Detalhamento da ação 32:** Essa já é rotina na unidade, será apenas enfatizado.

**Ação 33:** Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

**Detalhamento da ação 33:** A capacitação da equipe será feita durante reuniões mensais.

**Ação 34:** Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

**Detalhamento da ação 34:** Com atualização de registros nos prontuários.

**Ação 35:** Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

**Detalhamento da ação 35:** Com capacitação da equipe realizada.

**Ação 36:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 36:** O material adequado para a medida da pressão arterial é disponibilizada pela UBS.

**Ação 37:** Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

**Detalhamento da ação 37:** Essas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 38:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

**Detalhamento da ação 38:** Essas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 39:** Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento da ação 39:** Ênfase durante reuniões mensais

**Ação 40:** Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

**Detalhamento da ação 40:** Com atualização de registros nos portuários  
Eixo Organização e Gestão do Serviço

**Ação 41:** Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

**Detalhamento da ação 41:** Ênfase durante reuniões mensais.

**Ação 42:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Detalhamento da ação 42:** Estas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 43:** Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

**Detalhamento da ação 43:** Essas informações serão fornecidas via radio da cidade além das orientações dos agente de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 44:** Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS

**Detalhamento da ação 44:** Ênfase durante reuniões mensais.

**Ação 45:** Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

**Detalhamento da ação 45:** Com atualização de registros nos prontuários.

**Ação 46:** Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 46:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 47:** Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 47:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 48:** Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 48:** Distribuir fichas para atendimento dos idosos.

**Ação 49:** Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

**Detalhamento da ação 49:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 50:** Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

**Detalhamento da ação 50:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 51:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

**Detalhamento da ação 51:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 52:** Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

**Detalhamento da ação 52:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 53:** Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 53:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 54:** Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

**Detalhamento da ação 54:** A monitorização será realizada através de registros específicos.

**Ação 55:** Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

**Detalhamento da ação 55:** Com atualização de registros nos prontuários

**Ação 56:** Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

**Detalhamento da ação 56:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 57:** Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

**Detalhamento da ação 57:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 58:** Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

**Detalhamento da ação 58:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 59:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

**Detalhamento da ação 59:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 60:** Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

**Ação 61:** Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

**Ação 62:** Capacitar os ACS para captação de idosos.

**Ação 63:** Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

**Detalhamento das ações 60, 61, 62, 63:** A capacitação será realizada nas reuniões da equipe de saúde. Essas reuniões serão inicialmente mensais, mas poderá ter sua frequência alterada de acordo com a demanda. O grande problema será conseguir o horário único para toda a equipe e para todos os agentes de saúde, pois não há no momento na agenda da médica, horário disponível para realizar tais reuniões, pois em todos os turnos a médica da equipe tem horário preenchido com atendimento e a gestão da cidade não admite retirar um horário de atendimento para realizar essas reuniões.

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

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

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

**Detalhamento da ação 1:** Com atualização de registros nos prontuários

**Ação 2:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Ação 3:** Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da ação 2, 3:** a unidade possui uma agenda para marcar essas visitas.

**Ação 4:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Ação 5:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

**Ação 6:** Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento da ação 4,5,6:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agentes de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 7:** Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Ação 8:** Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**Detalhamento da ação 7, 8:** Detalhamento será feito durante reuniões com equipe.

**Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Referente a meta 4.1 :** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Referente a meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrado.

**Ação 1:** Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

**Detalhamento da ação 1:** Atualizar durante consultas.

**Ação 2:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

**Ação 3:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Ação 4:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

**Detalhamento da ação 2, 3, 4:** Dados serão registrados no prontuário e sempre atualizados nas consultas.

**Ação 5:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento da ação 5:** Durante consultas.

**Ação 6:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

**Detalhamento da ação 6:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 7:** Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

**Detalhamento da ação 7:** Atualizar durante consultas.

**Ação 8:** Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Detalhamento da ação 8:** Através de solicitação a gestão.

**Ação 9:** Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

**Detalhamento da ação 9:** durante consulta.

**Ação 10:** Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

**Detalhamento da ação 10:** Atualizar durante consultas.

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

**Referente a meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.**

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

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

**Ação 1:** Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

**Detalhamento da ação 1:** O monitoramento será realizado através de uma avaliação e revisão da caderneta do idoso, das informações nos prontuários, nas reuniões de equipe.

**Ação 2:** Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.

**Detalhamento da ação 2:** As consultas serão agendadas para um prazo de acordo com a necessidade do paciente e esse prazo será dado pela médica seja de um

mês ou 1 semana, e o agendamento é feito ao final da consulta pela enfermeira da equipe pós orientação da médica.

**Ação 3:** Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco.

**Detalhamento da ação 3:** durante consulta.

**Ação 4:** Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

**Detalhamento da ação 4:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 5:** Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

**Ação 6:** Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

**Ação 7:** Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

**Detalhamento da ação 5,6,7:** atualização de prontuários.

**Ação 8:** Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

**Detalhamento da ação 8:** : Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 9:** Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

**Ação 10:** Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

**Detalhamento da ação 9,10:** atualização de prontuários.

**Ação 11:** Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

**Detalhamento da ação 11:** Através do agendamento das visitas.

**Ação 12:** Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

**Ação 13:** Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

**Detalhamento da ação 12, 13:** Essas informações serão fornecidas via rádio da cidade além das orientações dos agente de saúde durante as visitas, assim mesmo como durante as consultas médicas e com equipe enfermagem e do NASF.

**Ação 14:** Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

**Detalhamento da ação 14:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

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

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

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

**Referente à meta 6.3: Garantir orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.**

**Eixo Monitoramento e Avaliação.**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

**Ação 2:** Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

**Detalhamento da ação 1, 2:** atualização de prontuários.

**Ação 3:** Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

**Detalhamento da ação 3:** A definição das competências de cada membro da equipe serão realizadas em reuniões periódicas.

**Ação 4:** 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".

**Ação 5:** Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento da ação 4 e 5:** A capacitação será realizada nas reuniões com a equipe. Essas reuniões serão inicialmente mensais mas poderão ter sua frequência altera de acordo com as necessidades. Nelas serão determinados como será feita a abordagem desse grupo de paciente e como será feito seu acolhimento: marcação de consulta, registro e distribuição do cartão do Hiperdia, além de orientações sobre como funciona a busca de medicação na farmácia popular. Outro ponto dessa capacitação é com relação ao exame físico, onde este deve ser registrado por completo nos prontuários e para isso é necessário, capacitar a equipe para a

realização de um exame com todas as medidas necessárias, orientar a equipe do NASF que os registros também devem ficar por completo descritos nos prontuários.

**Ação 6:** Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

**Ação 7:** Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

**Detalhamento da ação 6, 7:** atualização de prontuários.

**Ação 8:** Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

**Ação 9:** Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

**Detalhamento da ação 8,9:** durante reuniões com equipe.

**Ação 10:** Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

**Detalhamento da ação 10:** durante consulta.

**Ação 11:** Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

**Detalhamento da ação 11:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 12:** Monitorar as atividades educativas individuais

**Detalhamento da ação 12:** Estimulando a população a praticar e participar das ações.

**Ação 13:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Ação 14:** Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

**Detalhamento da ação 13, 14:** durante consulta.

**Ação 15:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

**Detalhamento da ação 15:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

## **Saúde Bucal do idoso**

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso**

**Referente à meta 1.1: Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência.**

**Referente à meta 1.2: Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.**

**Ação 1:** Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica entre os idosos da área de abrangência da UBS.

**Ação 2:** Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.:

**Ação 3:** Atualizar dados do SIAB.

**Detalhamento da ação 1, 2, 3:** atualização de prontuários.

**Ação 4:** Organizar a agenda para reservar horário para atendimento odontológicos aos idosos da área da UBS de acordo com a meta proposta.

**Ação 5:** Identificar o profissional da equipe que fará periodicamente o monitoramento/avaliação do programa.

**Detalhamento da ação 4, 5 :** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 6:** Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS.

**Detalhamento da ação 6:** orientações durante consulta.

**Ação 7:** Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

**Ação 8:** Capacitar a equipe no acolhimento dos idosos da área da UBS e nas orientações para a comunidade sobre a necessidade do idoso de realizar consulta odontológico.

**Ação 9:** Capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa.

**Detalhamento da ação 7, 8, 9:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 10:** Monitorar/avaliar periodicamente a cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência da UBS.

**Detalhamento 10:** A monitorização periódica da cobertura será realizada pelo odontólogo, através dos registros em prontuários e na caderneta do idoso. Será repassado para a equipe nas reuniões que serão realizadas numa periodicidade de 15 dias.

**Ação 11:** Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS.

**Detalhamento da ação 11:** O cadastramento dos idosos será realizado pelo agentes comunitários de saúde. Incentivando a busca ativa.

**Ação 12:** Atualizar dados do SIAB.

**Ação 13:** Definir quais ações coletivas serão realizadas

**Ação 14:** Estabelecer o número total de ações coletivas em 3 meses, bem como sua periodicidade.

**Ação 15:** Identificar os profissionais da equipe que participarão das ações coletivas.

**Ação 16:** Organizar temas de interesse para os idosos.

**Detalhamento da ação 11, 12, 13, 14, 15, 16:** Reuniões com equipe para cada um expor a sua opinião e sugestão para o programa.

**Ação 17:** Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação .

**Ação 18:** Identificar na comunidade pontos para melhor divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

**Ação 19:** Estabelecer com a comunidade estratégias de divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

**Ação 20:** Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas.

**Ação 21:** Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

**Detalhamento das ações 17, 18, 19, 20, 21:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 22:** Capacitar a equipe para o reconhecimento e cadastramento dos idosos da área da UBS.

**Ação 23:** Capacitar a equipe para realização das ações coletivas em saúde bucal.

**Detalhamento das ações 22, 23:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe.

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

**Referente à meta 2.1: Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.**

**Referente à meta 2.2: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.**

**Referente à meta 2.3: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.**

**Referente à meta 2.4: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

**Referente à meta 2.5: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.**

**Ação 1:** Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que necessitavam de tratamento.

**Ação 2:** Organizar sistemas de alertas para identificar idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática e que necessitarão de tratamento.

**Detalhamento da ação 1, 2:** Atualizar prontuário e ver deficiências.

**Ação 3:** Esclarecer para a comunidade que a primeira consulta odontológica programática definirá a necessidade ou não de tratamento subsequente.

**Detalhamento da ação 3:** Orientar durante consulta.

**Ação 4:** Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares.

**Detalhamento da ação 4:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 5:** Monitorar a proporção dos idosos com primeira consulta que tiveram o tratamento odontológico concluído.

**Detalhamento da ação 5:** A partir da análise periódica dos prontuários.

**Ação 6:** Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

**Detalhamento da ação 6:** A recepcionista junto com o dentista organizam este agendamento da melhor forma possível mensalmente.

**Ação 7:** Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

**Ação 8:** Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para reestabelecimento da saúde bucal.

**Ação 9:** Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico mesmo que sejam necessárias várias consultas odontológicas.

**Detalhamento da ação 7, 8, 9:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe, e orientar a população durante a consulta e palestras.

**Ação 10:** Capacitar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa; edentulismo; doenças periodontais; hipossalivação; cárie de raiz.

**Ação 11:** Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento da ação 10, 11:** Ênfase durante reuniões mensais com equipe

**Ação 12:** Monitorar a prevalência de alterações de mucosa bucal no grupo de idosos.

**Detalhamento da ação 12:** Este monitoramento era feito a partir do registro feito pela dentista no prontuário do paciente.

**Ação 13:** Disponibilizar protocolo impresso do atendimento da primeira consulta odontológica programática.

**Ação 14:** Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.

**Detalhamento da ação 13,14:** Estas ações não foram desenvolvidas devido a falta do material impresso.

**Ação 15:** Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca.

**Ação 16:** Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.

**Detalhamento da ação 15, 16:** Estes tipos de orientações eram feitas pela dentista nos eventos realizados e durante o atendimento clínico.

**Ação 17:** Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

**Ação 18:** 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.

**Detalhamento da ação 17, 18:** A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 19:** Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área da UBS.

**Detalhamento da ação 19:** Este monitoramento era realizado a partir da revisão dos prontuários.

**Ação 20:** Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico.

**Ação 21:** Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

**Ação 22:** Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.

**Detalhamento das ações 20,21, 22:** Durante as reuniões mensais com equipe, estas medidas eram reforçadas.

**Ação 23:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento odontológicos de idosos acamados.

**Detalhamento da ação 23:** durante consultas.

**Ação 24:** Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos acamados ou com dificuldades de locomoção.

**Detalhamento da ação 24:** Durante o atendimento clínico estas orientações eram feitas.

**Ação 25:** Capacitar a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares.

**Ação 26:** Capacitar as ACS para realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares.

**Detalhamento da ação 25, 26:** A capacitação ocorreu no início do projeto e durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 27:** Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.

**Detalhamento da ação 27:** Atualizar prontuário e ver deficiências

**Ação 28:** Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.

**Ação 29:** Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

**Ação 30:** Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

**Ação 31:** Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.

**Ação 32:** Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

**Detalhamento da ação 28, 29, 30, 31, 32:** Orientar pacientes durante a consulta e capacitação da equipe que ocorreu no início do projeto e durante as reuniões mensais .

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

**Referente à meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática.**

**Referente à meta 3.2: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.**

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

**Ação 2:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Ação 3:** Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da ação 1, 2, 3:** Estas medidas serão desenvolvidas a partir das reuniões mensais realizadas com toda a equipe.

**Ação 4:** Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

**Ação 5:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

**Ação 6:** Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Ação 7:** Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Ação 8:** Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**Detalhamento das ações 4, 5, 6, 7 e 8:** A definição da periodicidade das consultas será realizado nas reuniões com a equipe. Caso os agente de saúde visualizem que o idoso está em condições precárias, ou eu a sua família não esteja conseguindo realizar um bom cuidado, ou que aquele idoso não esteja fazendo uso correto das mediações, o agente de saúde será orientado a falar com esse idoso para que ele procure a unidade de saúde, ou a sua família, assim como também está autorizado a realizar marcação de vistas domiciliares para determinado idoso. E é claro, sempre deve passar tal caso paramédico para que ele tome ciência do assunto. Para que essa periodicidade seja adequada será também feito uma mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência, priorizando o atendimento dos idosos de maior risco de morbimortalidade, orientando os idosos, durante as consultas ou vistas, sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente,

quando apresentar alto risco. Associado a isso também será facilitados o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente, nesse ponto a equipe do NASF com psicóloga é fundamental para a estabilização dessa rede social.

**Ação 9:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

**Detalhamento da ação 9:** Durante as reuniões mensais é feito a revisão do atendimento se todas as consultas foram realizadas.

**Ação 10:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Ação 11:** Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares

**Detalhamento da ação 10,11:** Manter agenda de vistas atualizada durante as reuniões da equipe.

**Ação 12:** Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

**Ação 13:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).:

**Ação 14:** Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento das ações 12, 13, 14:** Manter a unidade de portas abertas para a comunidade, sempre esclarecendo e orientando sobre a importância do saúde básica.

**Ação 15:** Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Ação 16:** Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**Detalhamento das ações 15 e 16:** A capacitação ocorreu no início do projeto edurante as reuniões mensais com equipe.

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

**Referente à meta 4.1: Manter registro específico de 100% dos idosas com primeira consulta odontológica programática.**

**Ação 1:** Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

**Ação 2:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento odontológicos dos idosos da área da UBS.

**Ação 3:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Ação 4:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento da ação 1, 2, 3, 4:** Atualizar prontuário e ver deficiências que eram feitas pelo profissional e ênfase destes temas durante reuniões mensais com equipe.

**Ação 5:** Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

**Ação 6:** Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

**Detalhamento da ação 5,6:** Atualizar prontuário e ver deficiências.

**Ação 7:** Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

**Ação 8:** Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

**Detalhamento das ações 7, 8:** A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe.

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

**Referente à meta 5.1: Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.**

**Ação 1:** Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.

**Ação 2:** Priorizar atendimento de idosos de alto risco (ex.: higiene bucal deficiente, dieta rica em açúcares, tabagismo, doenças imunodepressíveis, condições sistêmicas como diabetes e hipertensão).

**Ação 3:** Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

**Ação 4:** Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

**Detalhamento da ação 1, 2, 3, 4:** O próprio profissional era responsável pelo monitoramento dos registros, atualizar prontuário e ver deficiências. A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe.

**Objetivo 6: Orientação sobre hábitos saudáveis para o pacientes pelo dentista.**

**Referente à meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.**

**Referente à meta 6.2: Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos. Referente à meta 6.3: Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.**

**Referente à meta 6.4: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação nutricional entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

**Ação 2:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Ação 3:** Esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde por parte do odontólogo.

**Detalhamento da ação 1, 2, 3:** As orientações aos pacientes são dadas durante o atendimento clínico e nos eventos realizados.

**Ação 4:** Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos.

**Detalhamento da ação 4:** A capacitação ocorreu no início do projeto e durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 5:** Monitorar a realização de orientação a prática de exercícios físicos entre os idosos que realizaram primeira consulta odontológica programática.

**Ação 6:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Ação 7:** O dentista deveria esclarecer a comunidade sobre a importância de recomendações de promoção a saúde.

**Ação 8:** Capacitar a equipe para oferecer orientação nutricional e prática de exercícios físicos.

**Detalhamento da ação 5, 6, 7, 8:** O dentista deveria orientar paciente e seus familiares durante consulta, atualizar prontuário e ver deficiências. A capacitação ocorreu no início do projeto e durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 9:** Monitorar as orientações sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

**Ação 10:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento da ação 9,10:** Atualizar prontuário e ver deficiências.

**Ação 11:** Esclarecer a comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

**Detalhamento da ação 11:** O dentista deveria orientar paciente e seus familiares durante consulta, atualizar prontuário e ver deficiências. A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 12:** Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal.

**Detalhamento da ação 12:** A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe.

**Ação 13:** Monitorar as orientações sobre higiene da saúde bucal.

**Ação 14:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Ação 15:** Disponibilizar material ilustrativo ( se houver) para auxiliar na orientação da higiene bucal do idoso.

**Detalhamento das ações 13, 14, 15:** Atualizar prontuário e ver deficiências. A capacitação ocorreu no início do projeto durante as reuniões mensais com equipe. Quanto o material ilustrativo este não foi fornecido pelo gestores.

**Ação 16:** Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

**Detalhamento das ações 16:** Os esclarecimentos sobre a importância das recomendações sobre a importância da higiene bucal , será realizada no momento do acolhimento nas visitas domiciliares e nas reuniões do grupo. Assim como a população pode expressar suas ideias para estabelecer estratégias para melhorar a assistência em saúde bucal utilizando esses momentos relatados. As orientações serão a respeito de como realizar uma escovação adequada, a frequência das escovações, assim como a orientação de quais determinados alimentos devem ser evitados para manter uma boa saúde bucal, assim como quais alimentos devem ser

priorizado, além da importância de se manter uma boa saúde bucal em dia. Para isso contamos com a participação da dentista da unidade para tais orientações. Outros aspectos também serão abordados como a promoção em saúde, através de orientação nutricional para hábitos alimentares e como pode aproveitar alimentos típicos da região para preparar refeições saudáveis, levando em consideração que os cuidadores também serão orientados. Para isso, contamos com a participação na nutricionista da unidade que já está realizando esse serviço em São Bento do Trairí. O monitoramento da realização de orientação sobre atividade física regular já é realizado na unidade, porém agora a equipe tem auxílio de educador físico que auxiliará também o monitoramento das atividades educativas, orientando de acordo com a necessidade de cada paciente, além de repassar recomendações também para os cuidadores.

**Ação 17:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

**Detalhamento das ações 17:** A saúde bucal deve ser outra meta alcançada 100%, onde será garantido o acesso dos idosos às consultas odontológicas em número adequado é de extrema importância, além de fazer com que essas consultas tenham seguimento e o paciente tenha consciência da importância de manter o tratamento em casa, se necessário. Todas essas orientações serão dadas durante a consulta seja médica, com enfermeiro, ou em visita feita por agente de saúde, além de claro, durante atendimento odontológico.

**Ação 18:** Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento da Ação 18:** Será monitorado através dos prontuários dos idosos e da caderneta do idoso.

### 2.3.2 Indicadores

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

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

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Numerador: Número de idosos cadastrados no programa/ Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

**Indicador 2.1:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programas pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.2:** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.3:** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.4:** Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.5:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa/ Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.6:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar/ Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.7:** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta. Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.8:** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus/

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

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

**Indicador 2.9:** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico./ Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Referente à meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Indicador 2.10:** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

**Indicador 3.1:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas./ Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

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

**Indicador 4.1:** Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado / Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 4.2:** Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Referente ao objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

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

**Indicador 5.1:** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Numerador: número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade/ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 5.2:** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 5.3:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

**Indicador 6.1:** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Numerador: Número de idosos com orientação

nutricional para hábitos alimentares saudáveis./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 6.2:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física./ Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 6.3:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### **Avaliação da Saúde bucal**

**Referente ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção a Saúde Bucal do Idoso.

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica a 100% dos idosos da área de abrangência.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à saúde bucal do idoso na unidade de saúde. Numerador: Número de idosos com primeira consulta cadastrados no programa./ Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Referente à meta 1.2:** Ampliar a cobertura das ações coletivas em saúde para 100% dos idosos da área de abrangência.

**Indicador 1.2:** Cobertura das ações coletivas em saúde bucal entre os idosos da área de abrangência. Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas da UBS./ Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

**Referente ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a saúde bucal ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1:** Avaliar a necessidade de tratamento dentário em 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 2.1:** Proporção de idosos com necessidade de tratamento. Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica com necessidade de tratamento./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 2.2:** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática que tinham plano de tratamento.

**Indicador 2.2:** Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído. Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática e com tratamento odontológico concluído./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

**Meta 2.3:** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 2.3:** Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia. Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de alterações de mucosa./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 2.4:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 2.4:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam a visita do dentista./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção.

**Meta 2.5:** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 2.5:** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia. Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de necessidade de prótese./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Referente ao objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

**Indicador 3.1:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Numerador: Número de idosos faltosos à primeira consulta odontológica programática e buscados pela unidade de saúde./ Denominador: Número de idosos faltosos a primeira consulta odontológica programática.

**Referente à meta 3.2:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas odontológicas subsequentes.

**Indicador 3.3:** Proporção de idosos faltosos às consultas subsequentes que receberam busca ativa. Numerador: Número de idosos faltosos às consultas subsequentes e buscados pela unidade de saúde / Denominador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com necessidade de tratamento.

**Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações de saúde bucal.

**Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 4.1:** Proporção de idosos com registro na adequado. Numerador: Número de registros específicos atualizado. / Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Referente à meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 4.2:** Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa./

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

**Referente ao objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

**Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco para o câncer de boca e outras alterações bucais em 100% dos idosos.**Indicador 5.1:** Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal Numerador: Número de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática com avaliação de risco em saúde bucal./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Referente ao objetivo 6:** Promoção da saúde bucal dos idosos

**Referente à meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos idosos.

**Indicador 6.1:** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Referente à meta 6.2:** Estimular a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Indicador 6.2:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Referente à meta 6.3:** Garantir orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal.

**Indicador 6.3:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal. Numerador: Número de idosos com orientação sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para a saúde bucal./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 6.4:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos da área de abrangência.

**Indicador 6.4:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de idosos com orientações sobre higiene bucal./ Denominador: Número total de idosos da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a saúde do idoso será utilizado o protocolo Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 2007, Ministério da Saúde e a caderneta do Idoso de forma universal para permitir um acompanhamento mais eficaz de todos os idosos da área. Faremos contato com os gestores municipais para obter perante o MS um lote suficientes destas cadernetas e distribuiremos devidamente preenchidas a todos os idosos. Estima-se cobrir 100% deste público uma vez que toda área é mapeada e com poucos habitantes.

Para organizar o registro específico do programa de intervenção, os agentes de saúde em parceria com a recepcionista revisarão todos os cadastros das famílias e identificaram todos os idosos da área, a estes serão entregues a caderneta do idoso que deverá ser levada para todas as consultas da unidade, seja com o médico, enfermeiro ou dentista. Estes profissionais deverão registrar durante os atendimentos dados como: comorbidades do paciente; medicamentos em uso; número de internações; número de quedas (caso já tenha ocorrido), se é alérgico a algum medicamento, alimento ou agente ambiental; vacinas já tomadas e próximas doses; controles de pressão arterial, peso e glicemia.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006) do Ministério da Saúde, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, durante as reuniões semanais da equipe, onde o manual será lido e discutido por todos os profissionais para adequar o máximo a nossa realidade.

No que diz respeito a logística das ações pré-definidas temos que o monitoramento dos idosos será por meio da busca ativa (durante a visita domiciliar rotineira), principalmente por meios dos agentes de saúde que deverão identificar se os idosos visitados estão com consultas agendadas na unidade e se estão comparecendo a estas. O acolhimento será realizado pela recepcionista que deverá estar capacitada de acordo com o protocolo referido no parágrafo anterior, o SIAB será alimentado por meio do preenchimento das fichas de atendimento do e-SUS.

Vale ressaltar que durante o processo de intervenção, deve-se priorizar durante o atendimento médico a prescrição de medicamentos da farmácia popular, visto que grande parte da população é de baixa renda; os agentes devem cadastrar todos os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção em sua ficha de visita domiciliar; o rastreamento dos idosos para a hipertensão arterial dará por meio da aferição da PA na visita domiciliar dos agentes, caso alterado o paciente deverá passar pelo médico para confirmação diagnóstica; todos os idosos deverão passar por avaliação odontológica primária por meio de consultas agendadas, para avaliação de risco será necessário o rastreamento para as principais morbidades verificadas nos idosos da área, como HAS (já citada) e o diabetes mellitus, além das dislipidemias, esse processo se dará pela realização de exames de rotina periódicos, será importante também verificar as condições de vida destes idosos, principalmente se estão sendo bem cuidados por seus familiares. A promoção de saúde se dará por meio das eventos mensais que serão desenvolvidos na unidade por meio de dinâmicas, seminários, filmes educativos, vão orientar os idosos e suas famílias como aprimorar a qualidade de vida (nutrição e atividades físicas) e como prevenir o surgimento ou agravamentos de condições mórbidas.

A comunidade será orientada sobre a necessidade da melhor assistência a nossos idosos por meio de palestras educativas realizadas na unidade, visitas domiciliares com distribuição de panfletos educativos sobre saúde do idoso e sobre o novo projeto de intervenção que esta sendo desenvolvido na unidade de saúde do bairro, estimulando e reforçando a importância da participação de todos.

#### **2.3.4 Cronograma**

Atividades	Semanas
------------	---------



Reunião em equipe				x				x				x
Contato com as lideranças comunitárias				x				x				x

### 3- Relatório Final da Intervenção

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após todo este processo de intervenção em 3 meses tivemos um grande avanço na melhoria da atenção à saúde do idoso que podemos sintetizar pelas ações que foram desenvolvidas, tínhamos como meta uma cobertura de todos os idosos da área, apesar de intensa divulgação realizada principalmente pelos agentes de saúde, a adesão não foi integral, obtemos uma participação de 83 idosos, considerando que temos em torno de 103 idosos cadastrados na área, foi uma participação satisfatória. O restante dos idosos que não compareciam assiduamente as consultas ou eventos desenvolvidos era feito busca ativa pelos Agentes de Comunitários de Saúde e algumas casas foi encontrada resistência por parte dos idosos. Entre outras ações desenvolvidas, foi muito importante esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, isto permitiu uma adesão importante dos pacientes.

O projeto deu início com a capacitação da equipe, focando no acolhimento dos pacientes idosos por todos os profissionais, na busca ativa daqueles que não estavam sendo acompanhados em nenhum serviço e no conscientização de todos sobre a Política Nacional da Humanização. A partir de apresentações com slides, foi apresentado o projeto em sua totalidade, deste os objetivos, metas, indicadores, até como tudo seria registrado e acompanhado. Cada profissional recebeu a sua tarefa de forma muito satisfatória, firmando compromisso

de executar na melhor forma possível para obter os resultados esperados para melhoria da atenção da saúde do idoso, foi utilizado como diretriz de todo o projeto o guia de atenção à saúde do idoso do Ministério da Saúde.

Após esta etapa veio o cadastramento dos pacientes por meio da ficha-espelho que ela preenchida e anexada ao prontuário do paciente para uma acesso mais ágio durante o atendimento, uma dificuldade apresentada foi uma demora de cerca de 2 semanas para concluir o processo de cadastramento. Logo foi iniciado o atendimento realizado pelo médico, enfermeira e dentista, seguindo as orientações proposta, sendo tudo registrados nas fichas espelho, permitindo um melhor acompanhamento e o fornecimento de dados para o levantamento dos indicadores, outro fator importante para este seguimento foi a distribuição da caderneta do idoso para todos os pacientes, que auxiliam no agendamento de consultas, na prescrição de medicamentos de uso crônico e na orientação do idoso.

Ao monitorar os números de idosos hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados e com o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, conseguimos um importante feito que foi o controle pressórico e glicêmico dos pacientes, que anteriormente não havia. Isto permitiu grande melhoria da qualidade de vida destes e no futuro reduzirá a incidência de complicações destes agravos.

Organizar visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos e agendar visitas para os idosos provenientes das buscas domiciliares foi determinante para ampliar a adesão e para melhorar o seguimento dos pacientes.

No decorrer destes 3 meses de intervenção conseguimos instalar e ampliar a cobertura da atenção a saúde bucal do idoso, no fim do primeiro mês tínhamos uma percentual de 41,7% de cobertura e chegamos a um percentual de 66% no fim do terceiro mês, foi um grande avanço, levando em consideração que não havia nenhum tipo de atendimento odontológico direcionado para o público idoso. Outras ações que foram bem desenvolvidas foram as relativas a promoção de saúde bucal como o esclarecimento da comunidade sobre os malefícios do tabagismo, álcool e drogas para saúde bucal e a orientação dos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Realizamos dois eventos na unidade, o primeiro evento programado, cujo objetivo era esclarecer e tirar dúvidas sobre a hipertensão arterial, palestrei junto

com enfermeira e a dentista sobre conceitos, orientações, tratamento e como evitar as consequências crônicas da hipertensão, apesar da intensa divulgação dos agentes de saúde, não compareceu um grande público, fato que foi superado no segundo evento que foi desenvolvido na semana do outubro rosa, tendo como tema a prevenção do câncer de mama, cuja participação dos idosos foi mais expressivo.

O terceiro evento previsto não foi realizado por questões logísticas da programação da unidade, porém será desenvolvido durante a semana do novembro azul para prevenção do câncer de próstata. De acordo com o cronograma, realizamos o rastreamento dos pacientes hipertensos e diabéticos a partir da aferição periódica da pressão arterial e da solicitação da glicemia de jejum, estas medidas permitiram o diagnóstico de novos casos e também no controle de pacientes em tratamento.

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

Apesar do desenvolvimentos das ações previstas para a saúde bucal pela nossa dentista, houve um carência de dados para descrever com maior clareza os resultados, uma vez que devido o grande número de pacientes atendidos era comum ficar fichas espelhos sem preencher ou incompletas e além disso devido o dia corrido tanto do médico e da dentista, faltou uma maior troca detalhada de informações de como as ações eram desenvolvidas.

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

No que se refere ao preenchimento da planilha de coleta de dados não houve maiores problemas, os dados das ficha-espelho e os dados registrados nos prontuários permitiam uma completa obtenção de dados para as tabelas. Já na planilha referente a saúde bucal tive uma grande dificuldade para preencher todos os dados, uma vez que não havia registros de informações suficientes para responder o grande número de perguntas das tabelas, assim precisei várias vezes conversar com a dentista para obter maior detalhamento sobre seu atendimento.

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

Após termino das 12 semanas, tudo seguiu normalmente, todas as inovações do atendimento foram incorporadas a rotina da unidade, precisando um maior aprimoramento para as mudanças se tornarem definitivas na unidade como

melhor preenchimento das ficha espelho que ainda apresenta ausência de alguns dados relevantes, a realização dos eventos na unidade deve seguir um calendário fixo a ser preparado sempre no início do ano, os estoque da caderneta do idoso deve ser ampliado visto que alguns momentos tivemos dificuldade para distribuir a todos os pacientes.

#### 4. Avaliação da Intervenção

##### 4.1 Resultados

O projeto de intervenção foi aplicado com todos os pacientes idosos da área de abrangência no total de 103 idosos.

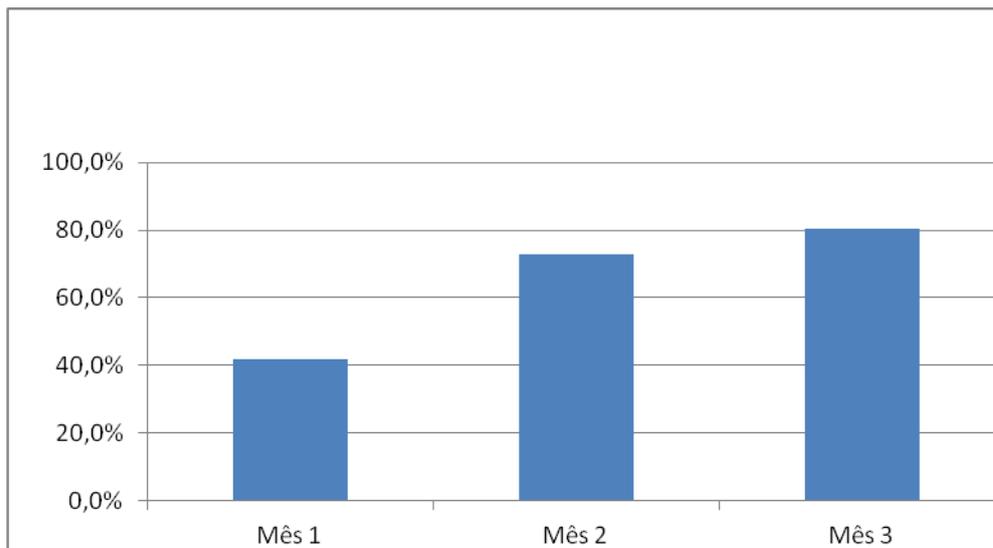


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

De acordo com a Figura 1, temos que a cobertura do programa de atenção a saúde do idoso foi aumentando gradativamente, iniciamos com um total de 43 idosos no primeiro mês, seguido com 75 no segundo e 83 no terceiro, levando em conta que na área total há 103 idosos, consideramos uma cobertura satisfatória (80,6%), esta boa adesão se deve principalmente a divulgação dos agentes de saúde e dos próprios pacientes da comunidade que foram chamando os vizinhos e amigos para participar.

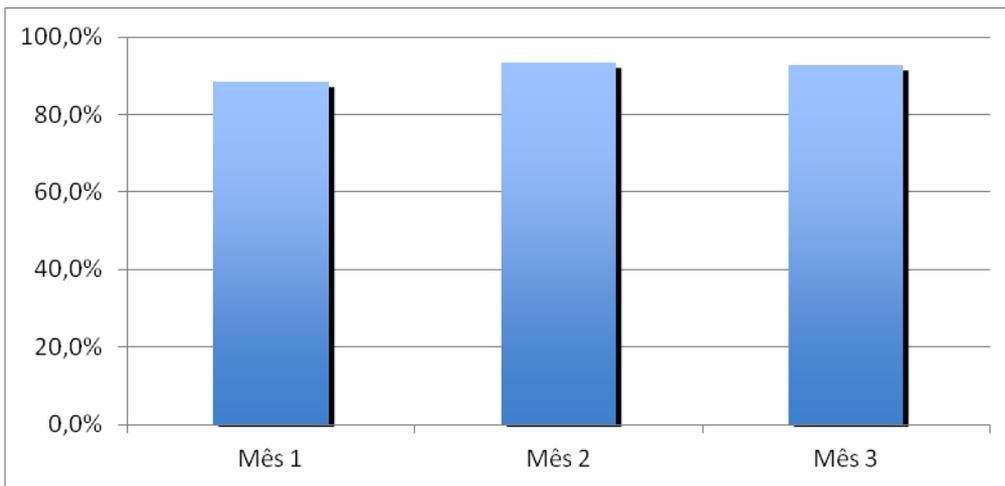


Figura 2: Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia

De acordo com a Figura 2, verificamos um avanço significativo na avaliação multidimensional, no primeiro mês foi mais lento este processo devido a equipe estar se adaptando ao protocolo proposto no projeto para esta avaliação, já no último mês já obtemos um percentual de 92,8%.

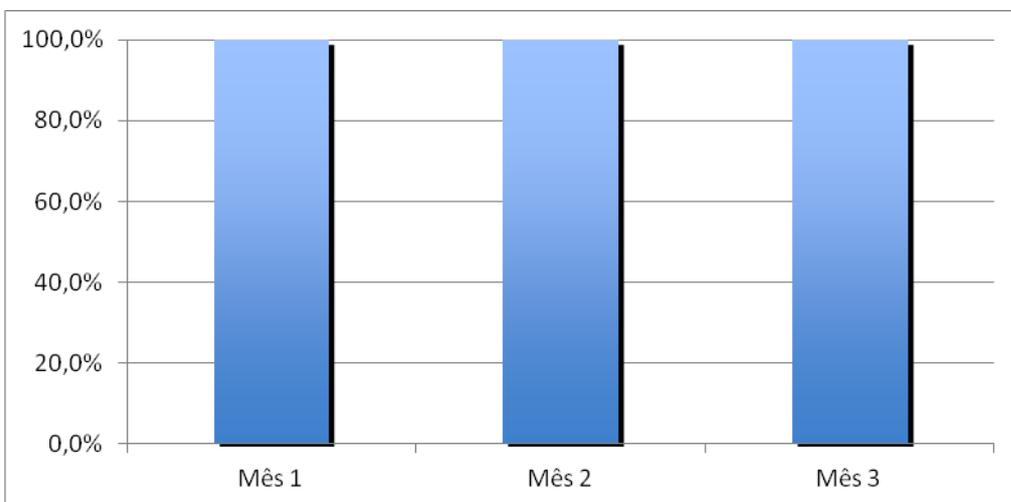


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

De acordo com a Figura 3, o exame clínico sempre foi realizado durante as consultas em todos os meses de intervenção, fator que levou a 100% dos pacientes com este indicador em dia.

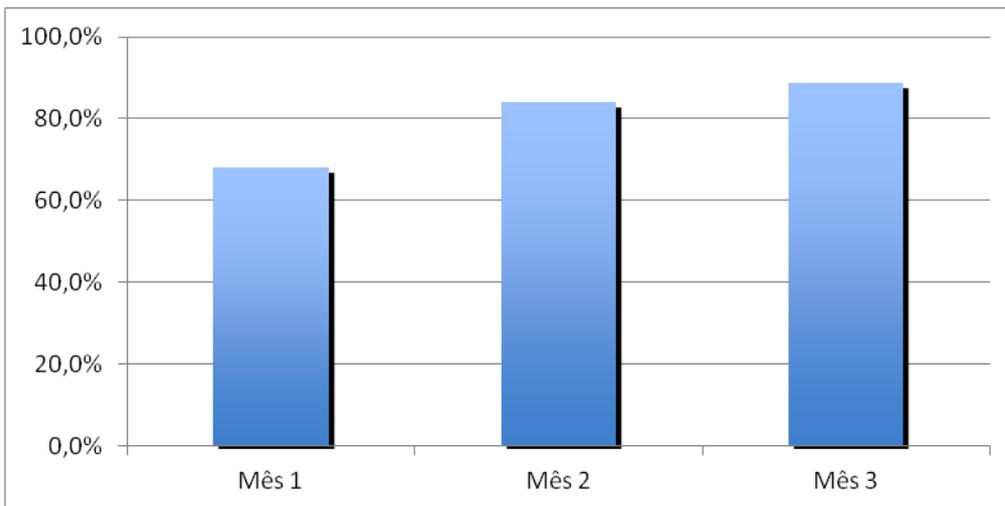


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

De acordo com a figura 4, verificamos que no primeiro mês obtemos um percentual de 68% que no decorrer do desenvolvimento do projeto os exames de rotina dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos foram sendo solicitados, houve um aumento no segundo mês (85%) e no final do terceiro mês obtemos uma proporção de 88,6%, este fato se deve também a maior agilidade do laboratório municipal para realizar os exames de forma ágil.

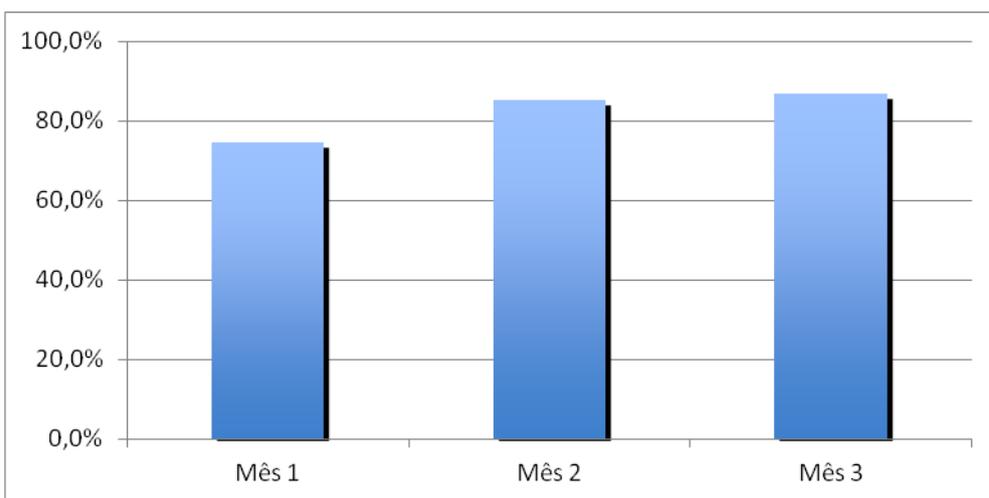


Figura 5: Gráfico com a proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

De acordo com a Figura 5, verifica-se que os medicamentos da rede de farmácia popular sempre foi priorizado, no primeiro mês devido a adequação do

projeto obtemos um percentual acima de 70% que foi só aumentando no segundo mês até chegar num percentual de 86,7% dos pacientes com esta prescrição, fator fundamental uma vez que a população em sua maioria é de baixa renda.

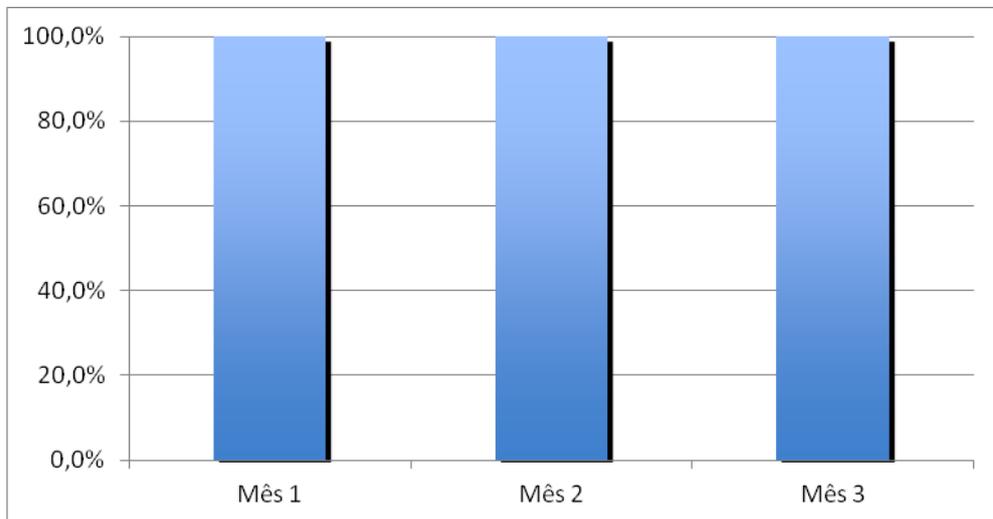


Figura 6: Gráfico com a proporção de idosos acamados ou com programa de locomoção cadastrado

De acordo com a Figura 6, verificamos em todos os meses que todos os pacientes (100%) acamados ou com dificuldade de locomoção era prontamente cadastrados, isto se deveu as visitas frequentes dos agentes de saúde em sua área de cobertura, mantendo sempre os cadastros em dia.

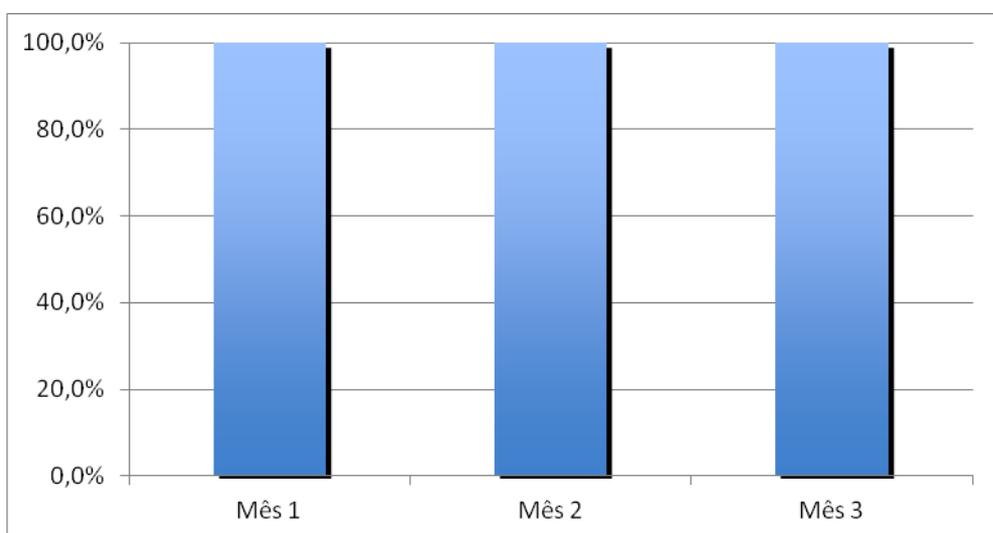


Figura 7: Gráfico com a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

De acordo com a Figura 7, esta confirma reafirma o de cima, uma vez que todos os pacientes acamados ou com problemas de locomoção eram sempre visitados pelos membros da equipe de saúde quando havia necessidade.

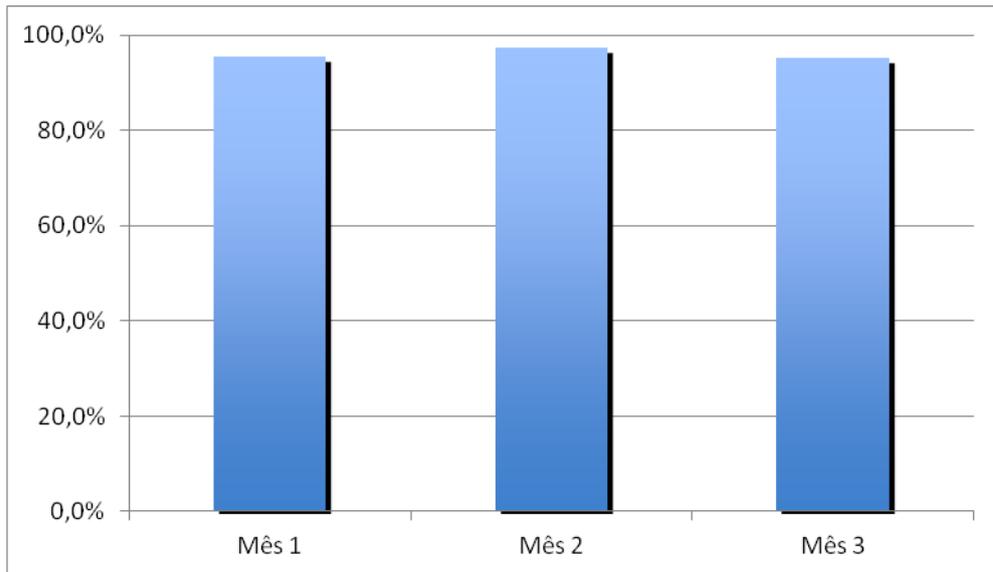


Figura 8: Gráfico com a proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

De acordo com a Figura 8, podemos verificar que a aferição da pressão arterial durante as consultas sempre foi um item presente, atingindo percentuais acima de 80% no primeiro ao terceiro mês de intervenção. Isto se deve a agilidade do nosso técnico de enfermagem e a quantidade moderada de pacientes.

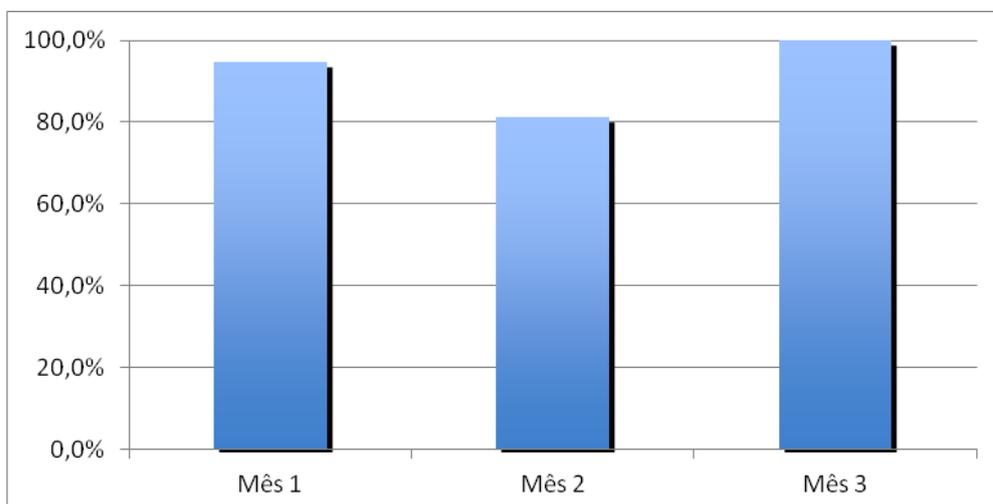


Figura 9: Gráfico com a proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

De acordo com a Figura 9, verifica-se um avanço importante, no primeiro mês de execução atingimos mais de 90% de idosos rastreados, houve uma queda no segundo mês devido falta de alguns pacientes as consultas porém pós a busca ativa, chegamos no terceiro mês com uma proporção de 100% dos hipertensos rastreados para diabetes, isto se deve principalmente os eventos realizados que focavam a importância de realizar o exame de glicemia de jejum.

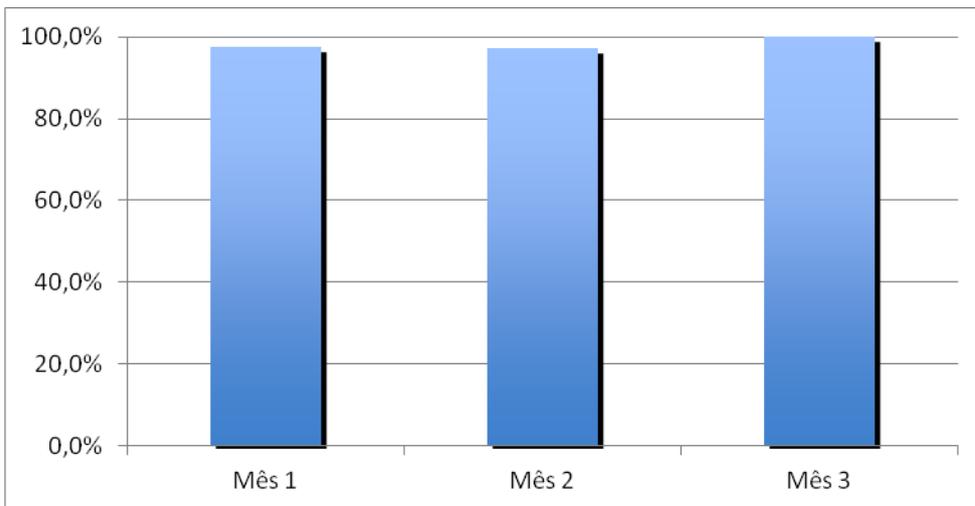


Figura 10: Gráfico com a proporção com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

De acordo com a Figura 10, praticamente todos os idosos atendidos eram encaminhados para avaliação odontológica pela dentista para realizar pelo menos a primeira consulta, como se pode verificar mês a mês , atingimos um total de 100% dos idosos cadastrados com avaliação em dia.

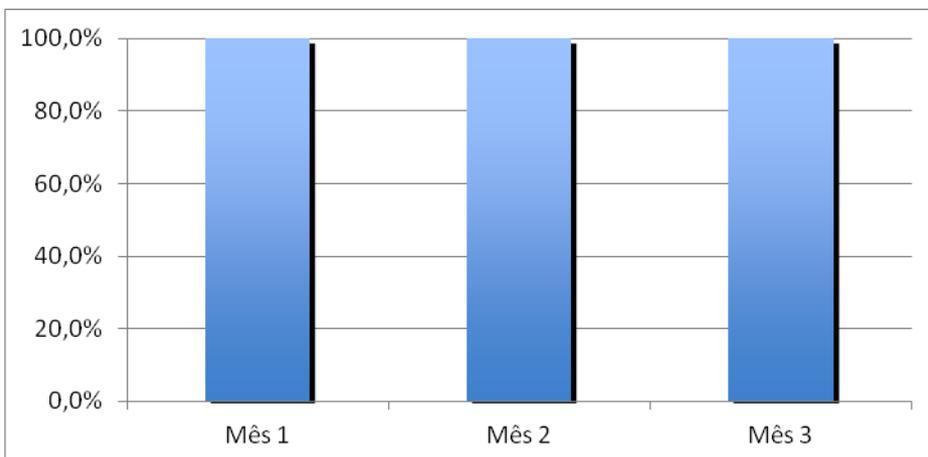


Figura 11: Gráfico com a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

De acordo com a Figura 11, todos os idosos tiveram deste o primeiro mês até o terceiro mês da intervenção a primeira consulta com a dentista agendada.

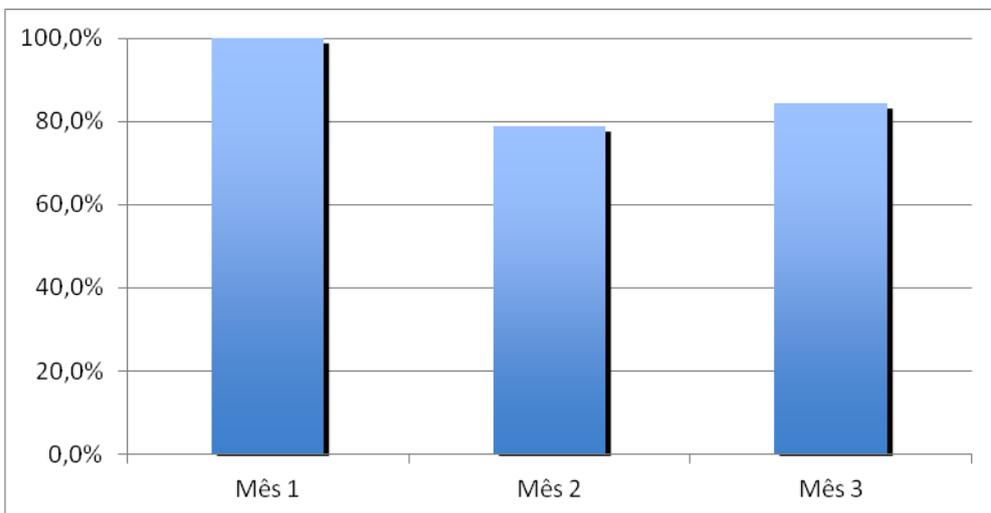


Figura 12: Gráfico com a proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

De acordo com a Figura 12, no primeiro mês devido ao menor número de pacientes cadastrados, todos os pacientes faltosos receberam busca ativa, porém no últimos dois meses houve uma redução para em torno de 80% devido o aumento da demanda que não permitiu uma maior busca ativa.

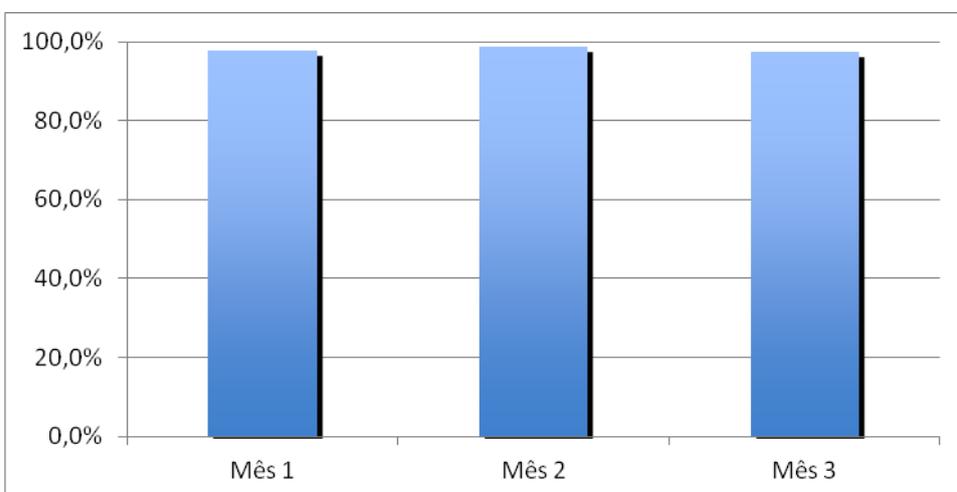


Figura 13: Gráfico com a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

De acordo com a Figura 13, praticamente todos os idosos tem os registro em ficha em espelho em dia mês a mês uma vez que esta fica anexada ao prontuário do paciente e durante o atendimento o profissional já realiza este registro.

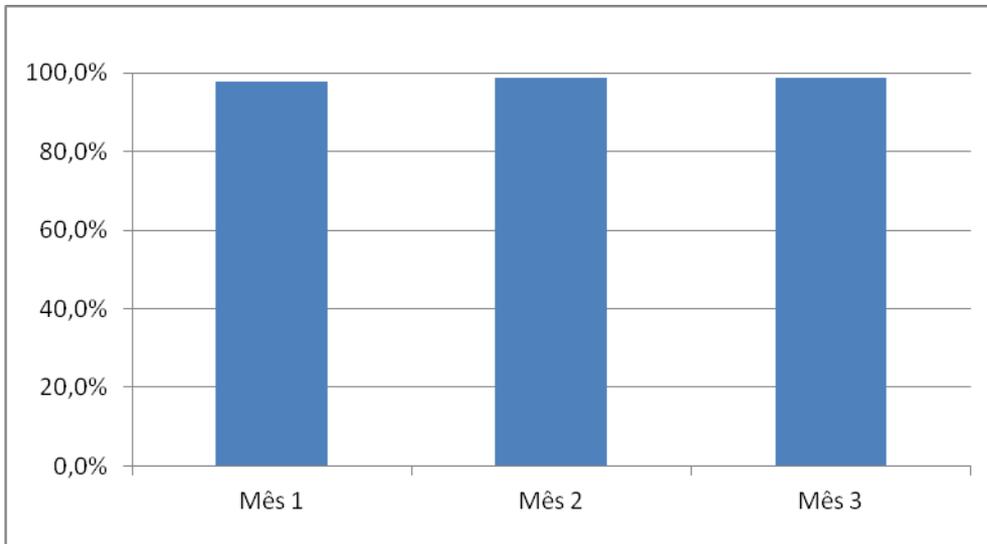


Figura 14: Gráfico coma proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

De acordo com a Figura 14, como o anterior, obtemos um percentual de quase 100% dos idosos com caderneta do idoso mês a mês, isto se deve porque antes do iniciar o projeto obtemos junto com a prefeitura um estoque suficiente destes cadernetas.

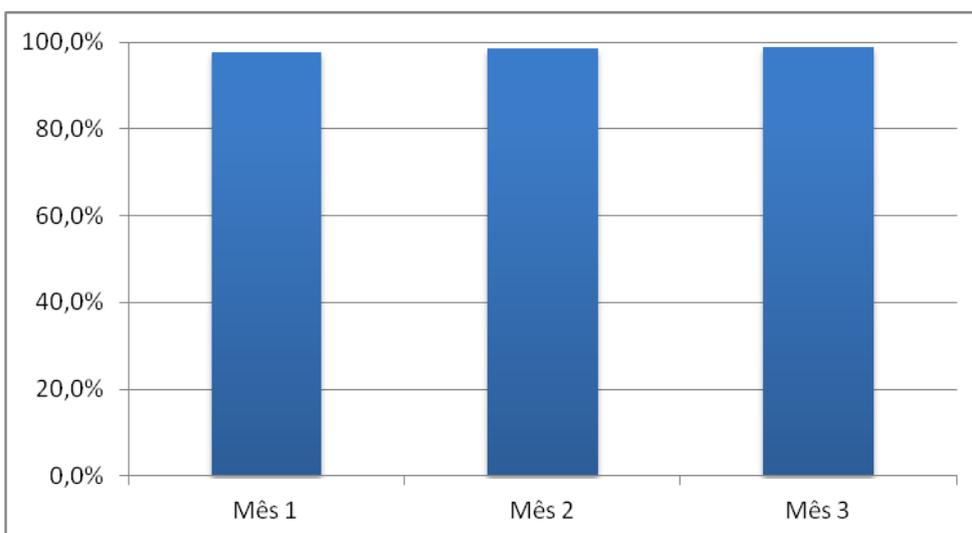


Figura 15: Gráfico com a proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

De acordo com a Figura 15, os idosos durante todo atendimento realizado tiveram a avaliação do risco para morbimortalidade realizada, principalmente aqueles que apresentavam comorbidades como diabetes e/ou hipertensão arterial, isto pode ser percebido mês a mês com percentuais similares.

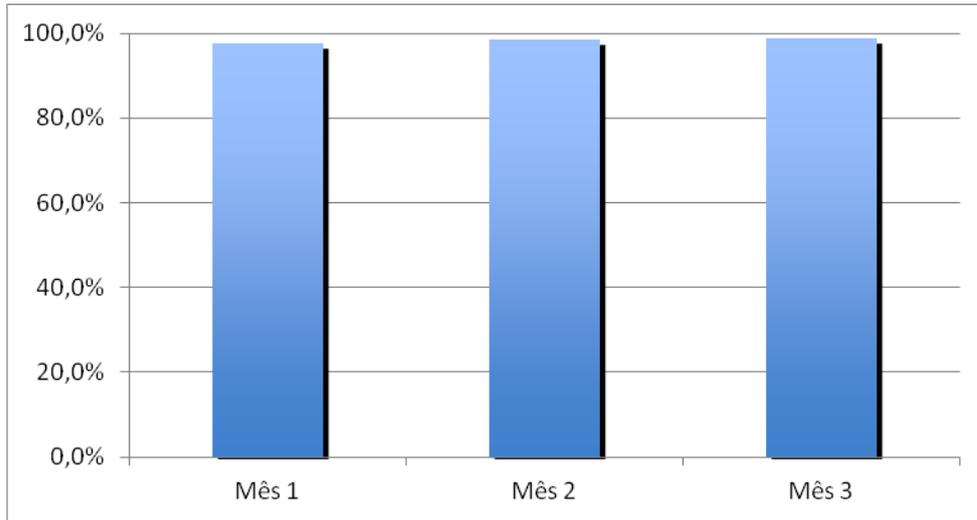


Figura 16: Gráfico com a proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

De acordo com a Figura 16, esta avaliação assim como as outras acima era realizado durante os atendimentos clínicos, uma vez que fazia parte do protocolo proposto no projeto de intervenção, por isto que desde do primeiro até o último mês obtemos valores próximo a 100%.

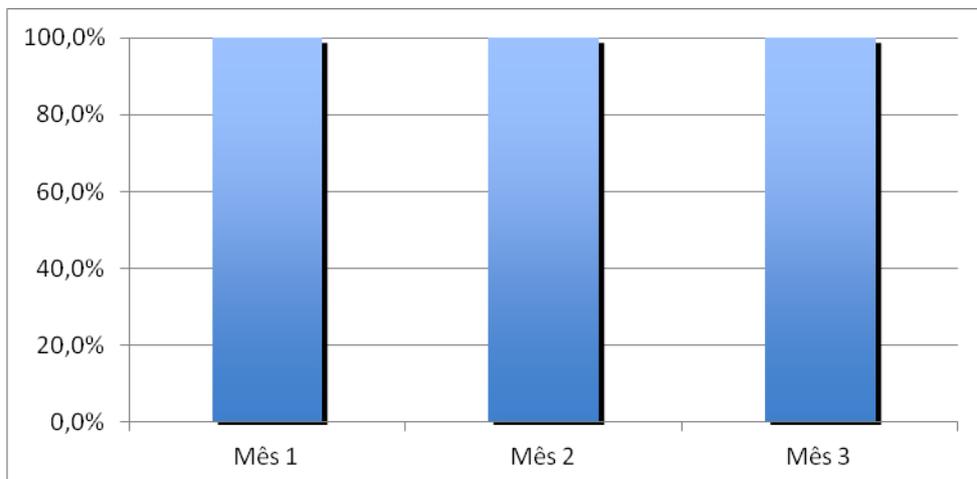


Figura 17: Gráfico com a proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

De acordo com a Figura 17, todos os idosos tiveram avaliação de sua rede social a partir de uma maior número de registros feito na ficha espelho e nas informações obtidas nas visitas domiciliares, isto pode ser verificado do primeiro ao terceiro mês de intervenção.

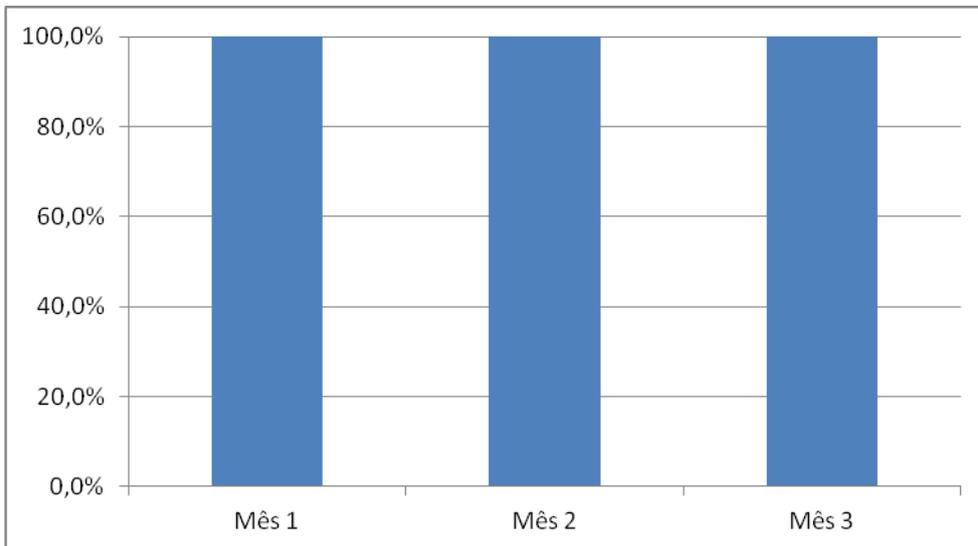
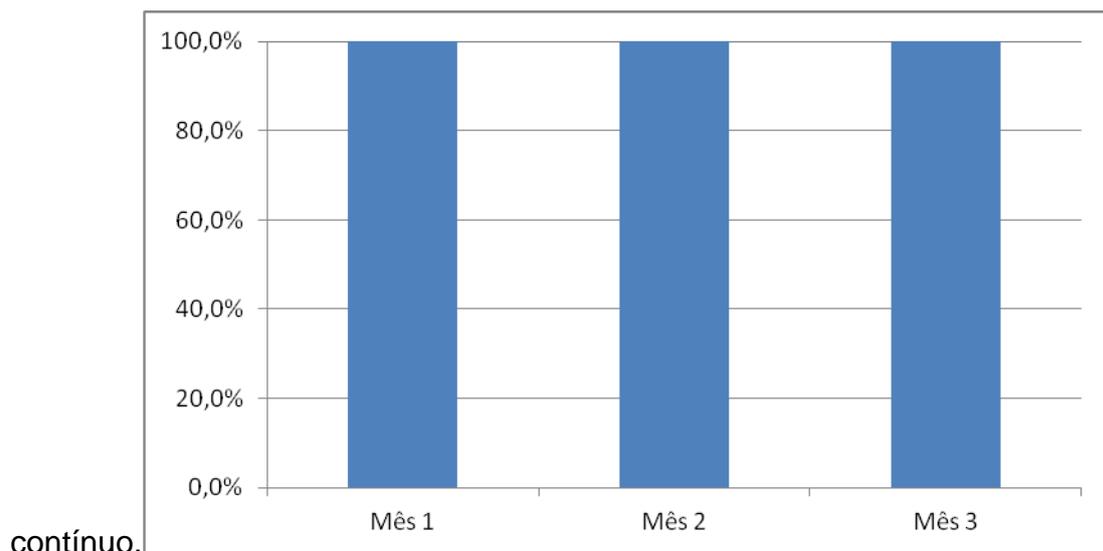


Figura 18: Gráfico com a proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

De acordo com a Figura 18, todos os pacientes recebiam este tipo de orientação durante o atendimento clínico



contínuo.

Figura 19: Gráfico com a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

De acordo com a Figura 19, todos os pacientes recebiam este tipo de orientação durante o atendimento clínico contínuo, obtemos 100% do primeiro ao terceiro mês.

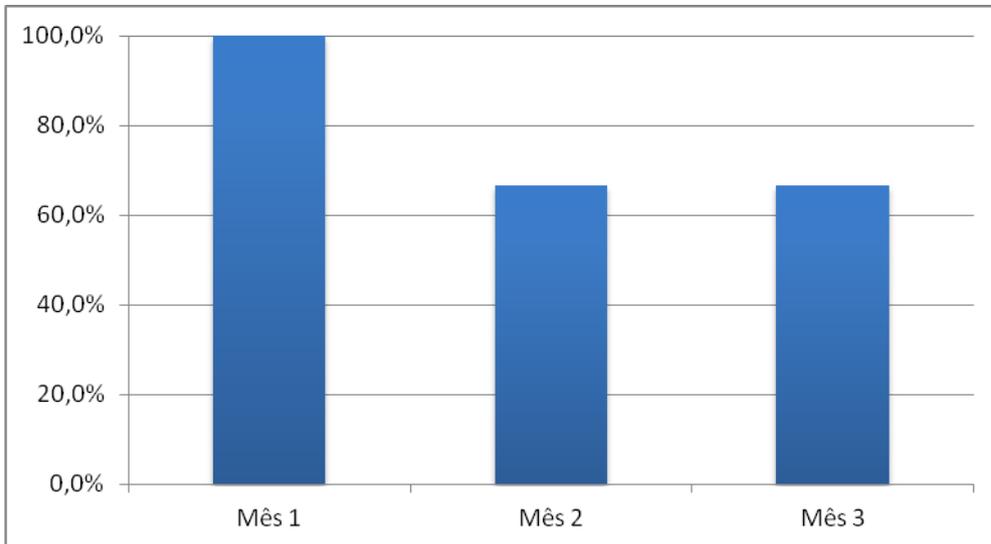


Figura 20: Gráfico com a proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

De acordo com a Figura 20, houve uma redução importante deste tipo de orientação no segundo e terceiro mês devido a maior demanda da dentista, fato que não permitia uma orientação mais individualizada, porém nos eventos que realizamos sempre era reforçado a importância dos cuidados com a saúde bucal.

## 4.2 Discussão

A intervenção, que ocorreu na minha unidade básica de saúde (UBS Deivid Júnior) permitiu a ampliação da atenção a população idosa da área, com a melhoria dos registros (ficha-espelho anexada ao prontuário de cada paciente) e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do rastreamento das comorbidades mais comuns no idoso como hipertensão arterial e diabetes.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas a atenção a saúde do idoso, desde o acolhimento até as medidas de prevenção primária, secundária, terciária, como rastreamento de doenças crônicas, reabilitação motora, prevenção de

acidentes domésticos e orientações sobre alimentação e saúde. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da dentista, dos agentes de saúde e da recepção que ampliaram seus conhecimentos sobre a atenção a saúde do idoso e melhoraram a qualidade do atendimento direcionado. Como exemplo podemos citar o acolhimento mais direcionado da recepcionista com o público idoso, as visitas constantes dos agentes de saúde as residências dos pacientes para acompanhamento e os exames e atendimento clínico realizado pelo médico, enfermeira e dentista.

Isto acabou tendo um impacto também em outras atividades no serviço como de atendimento a saúde da mulher e da criança pois devido o processo de intervenção toda a comunidade ficou mais interessada em participar das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, isto foi extremamente benéfico para a comunidade. Antes da intervenção, não havia um acompanhamento direcionado ao público idoso, estes eram atendidos como público geral, após a intervenção todo o atendimento foi adequado as necessidades deste público alvo.

O impacto da intervenção ainda é evidente na comunidade, sempre recebemos elogios dos pacientes relatando como o serviço tem melhorado e como todos da comunidade estão se sentindo bem assistidos após as medidas implantadas no processo de intervenção. Acredito que se pudesse fazer algo diferente, faria reuniões com o grupo de idosos semanalmente, pois foi a melhor forma de integração dos pacientes com a equipe.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o nosso trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção e aos pacientes idosos, em especial os que apresentam doenças crônicas em tratamento, além de realizar projetos similares que atendam a saúde da mulher, da criança e do homem.

### **4.3 Relatório da Intervenção para Gestores**

Este projeto de intervenção realizado na UBS Devidé Júnior esta vinculado a especialização em saúde da família desenvolvida pela UFPEL e contou

com o apoio da gestão local da cidade de Serra Caiada, sendo de fundamental importância na organização dos serviços de saúde e colaborando para a constituição do SUS, vale ressaltar o dever dos gestores em fornecer uma saúde de qualidade e eficiente a seus cidadãos. Após todo este processo de intervenção tivemos um grande avanço na melhoria da atenção à saúde do idoso que podemos sintetizar pelas ações que foram desenvolvidas como o maior rastreamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, maior acompanhamento dos idosos em tratamento de comorbidades (prescrições de medicações e exames periódicos), realização de eventos e atividades educativas, além de toda a capacitação da equipe para um atendimento mais direcionado e eficaz. Desde do momento que apresentei o projeto para os senhores gestores, sempre foi dado total apoio para dar início e estruturar o projeto, como o fornecimentos de cópias de materiais, maior disponibilidade de medicamentos, agilidade na realização de exames laboratoriais e de imagem, suporte de equipe e instrumentos para realização dos eventos, enfim, foi um trabalho árduo que realizamos em conjunto.

No início tínhamos como meta uma cobertura de todos os idosos da área, apesar de intensa divulgação realizada principalmente pelos agentes de saúde, a adesão não foi integral, obtemos uma participação de 83 idosos, considerando que temos em torno de 103 idosos cadastrados na área, foi uma participação satisfatória. O restante dos idosos que não compareciam assiduamente as consultas ou eventos desenvolvidos era feito através da busca ativa pelos agentes de saúde e em algumas casas foi encontrada resistência por parte dos idosos, porém estes fatos não foram obstáculos para concretização dos nossos objetivos.

O impacto da intervenção ainda é evidente na comunidade, sempre recebemos elogios dos pacientes relatando como o serviço tem melhorado e como todos da comunidade estão se sentindo bem assistidos após as medidas implantadas no processo de intervenção.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o nosso trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção e aos pacientes idosos, em especial os que apresentam doenças crônicas em tratamento. Agradeço desde já todo suporte fornecido e espero que projetos como este sejam desenvolvidos em todas as UBS do município.

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

O nosso processo de intervenção permitiu um grande avanço na melhoria da atenção à saúde do idoso e para o sucesso deste foi de extrema importância a participação dos integrantes da comunidade que sempre nos apoiavam e terciam elogios de como o serviço de saúde havia melhorado, relatos como este foram muito estimuladores para nós da equipe pois fornecia um grande incentivo para cada vez mais inovar e prestar um melhor atendimento.

Escolhemos este tema porque a população idosa é o principal público que atendemos e precisávamos apresentar um projeto para melhorar este atendimento, fortalecendo a relação entre a saúde básica e a comunidade. No início tínhamos como meta uma cobertura de todos os idosos da área, apesar de intensa divulgação realizada principalmente pelos agentes de saúde, a adesão não foi total, obtemos uma participação de 83 idosos, considerando que temos em torno de 103 idosos cadastrados na área, foi uma participação satisfatória. O restante dos idosos que não compareciam as consultas ou eventos desenvolvidos era feito uma visita pelo agente de saúde para saber o real motivo da falta, neste momento percebemos como a família tem importância para o idoso, em casas onde os idosos eram bem cuidados, raramente houve falta em consultas, diferente de outros casos que encontramos idosos mal cuidados porém após conversas e orientações conseguimos diminuir estas taxas de faltosos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o nosso trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos pacientes idosos, em especial os que apresentam doenças crônicas em tratamento. Agradeço desde já todo o esforço e empenho da comunidade para nos ajudar a executar este projeto, desde do seguimento das nossas orientações até ao comparecimento recorde aos eventos realizados, tenham certeza que tudo que implantamos foi pensado com um único objetivo, levar saúde básica de qualidade a quem mais precisa, nosso muito obrigado e vamos continuar nossa importante parceria saúde-comunidade,

esperando a participação ativa de todos na identificação de falhas, sugestões de melhoramentos e principalmente da integração social no nosso processo produtivo

## **5- Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Durante o início do projeto tive um grande desafio pela frente que seria adequar e aprimorar a atenção a saúde dos idosos, este público antes não apresentava um tipo de assistência direcionada e precisava de medidas urgentes de adequação, visto que muitos paciente não tinha controle de comorbidades como diabetes ou hipertensão ou até mesmo desconheciam o diagnóstico.

Logo no início do projeto realizamos o preenchimento das fichas-espelhos foi possível ter conhecimento aprofundado sobre toda nossa área de atuação, permitindo construir estratégias para melhoria do serviço. Entre estas medidas podemos citar o diagnóstico precoce por meio de campanhas de rastreamento para diabetes e hipertensão, melhor registro dos dados pessoais, consultas e procedimentos realizados por meio da caderneta do idoso além dos vários eventos realizados na unidade como o objetivo de orientar, tirar dúvidas sobre doenças comuns nos idosos e realizar uma maior integração entre a população e os profissionais de saúde.

Este curso permitiu um grande avanço no que diz respeito ao trabalho de todos os profissionais, que por meio do processo de capacitação e realizações de atividades do dia-dia o atendimento passou a ser mais direcionado, focando determinados pontos da saúde do idoso como prevenção de doenças, controle de comorbidades, orientações para uma melhor qualidade de vida. O feedback positivo dos paciente após realização do projeto foi importante para estimular cada vez mais nossa equipe para melhorar o processo de trabalho e inovar cada vez mais.

## **6- Referências bibliográficas**

Ministério da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Caderno de Atenção Básica. Brasília, 2006.

Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática, revista eletrônica de enfermagem, Brasília, 63(2): 279-84, mar-abr, 2010.

Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil, revista eletrônica de enfermagem, v.09, n.01, p. 251-260, 2007.

Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 793-798, mai-jun, 2003.

Saúde da população idosa brasileira na véspera do século 21: os problemas atuais,previsões e alternativas. Rev.Saúde Pública [online]1997,vol.31, n.2, pp. 184-200.

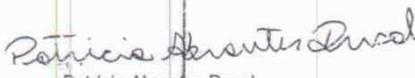
Estatuto do idoso, decreto número 6.214 de 2007, publicado em Diário Oficial da União.







**Anexo 3: DOCUMENTO DO COMITE DE ÉTICA**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<b>Projeto: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i></b>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

**Anexo 4: FOTOS ILUSTRATIVAS**

