

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Qualificação da atenção à Saúde do Idoso com ênfase na Saúde Bucal na  
Estratégia de Saúde da Família do Sacramento, Cabo de Santo Agostinho,  
PE.**

**MARCELO RODRIGUES DE OLIVEIRA**

**Pelotas, 2014**

**MARCELO RODRIGUES DE OLIVEIRA**

**Qualificação da atenção à Saúde do Idoso com ênfase na Saúde Bucal na  
Estratégia de Saúde da Família do Sacramento, Cabo de Santo Agostinho,  
PE.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Especialização  
em Saúde da Família – EaD –  
UFPel/UNASUS, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família.

Orientadora: Simone Damásio Ramos.

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

O48q Oliveira, Marcelo Rodrigues de

Qualificação da atenção à saúde do idoso com ênfase na saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Sacramento, Cabo de Santo Agostinho, PE / Marcelo Rodrigues de Oliveira ; Simone Damásio Ramos, orientadora. — Pelotas, 2014.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Saúde bucal. I. Ramos, Simone Damásio, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico este trabalho aos meus pais, meus avós, familiares e aqueles que sempre me apoiaram.



## **Agradecimentos**

Aos meus pais, pelo carinho e incentivo que me fazem continuar sempre.

Aos meus familiares, pelo incentivo e apoio nas horas mais difíceis.

A minha equipe da UBS Sacramento, pela torcida, apoio e companheirismo.

A minha orientadora, Simone Damásio Ramos pela disponibilidade e colaboração do meu estudo.

E a Deus, por ter me concedido o privilégio de possuir uma família maravilhosa e realizar este grande desafio.

Obrigado.

## Resumo

**Oliveira**, Marcelo Rodrigues de. Qualificação da atenção à Saúde do Idoso com ênfase na Saúde Bucal ESF do Sacramento, Cabo de Santo Agostinho, PE, 2014. Trabalho de Conclusão Curso - Especialização em Saúde da Família – UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A cidade do Cabo de Santo Agostinho situa-se na Região Metropolitana de Recife, distante aproximadamente 33 km do centro de Recife. O município divide-se em urbano e rural. No meio rural predomina o cultivo de cana-de-açúcar e pequenas propriedades cuja produção visa abastecer o mercado de Recife. O núcleo urbano abriga várias indústrias de renome nacional, alguns entrepostos comerciais e um comércio pequeno mais variado. A Unidade de Saúde da Família (USF) Sacramento situa-se no bairro de Pontezinha próximo ao município de Jaboatão dos Guararapes que separa o Cabo de Recife. A pirâmide populacional apresenta uma maior concentração de crianças na fase escolar e de adultos jovens (19 a 34 anos). Também apresenta uma concentração alta de idosos com idade superior a 70 anos. A população do Cabo de Santo Agostinho está em constante deslocamento em busca de empregabilidade. O aumento da longevidade em nosso País é uma das maiores conquistas de nosso século. O controle das doenças parasitárias e infecciosas, um maior aumento da oferta de água potável e condições de saneamento, uma maior oferta de serviços de saúde e de educação básica elevaram o nível de vida de nossa população. Uma maior captação de idosos nos programas de saúde da unidade e em particular na clínica odontológica e uma compreensão de sua importância como agente na própria construção de sua saúde são as metas principais a serem alcançadas a curto/médio prazo. No esteio da filosofia do Programa de atendimento ao idoso conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, oferecemos à população alvo um atendimento com uma visão mais elaborada da comumente utilizada. Foi muito gratificante, pois os usuários ficaram encantados com o cuidado, com os detalhes, o comprometimento com a conclusão dos atendimentos e principalmente a acolhida prestada aos mesmos. A população alvo esteve sempre presente nas atuações da equipe de saúde e todas as metas e indicadores propostos apresentaram elevação em relação aos iniciais. Tivemos mudanças relevantes nos quesitos atendimento domiciliar e no resgate de idosos que estavam ausentes por motivos variados da Unidade de Saúde. A ênfase em uma visão geral dos idosos, o acolhimento, o planejamento clínico como um setor da população com características próprias e principalmente o respeito pelos prazos clínicos deu-nos uma resposta gratificante por parte dos idosos de nossa comunidade e impactou positivamente na saúde destes. Como principais resultados obteve-se a ampliação de cobertura dos idosos em 64,2% (129), os idosos acamados foram acompanhados com uma cobertura de 98% (34) e 99,2% (128) idosos cadastrados tiveram sua primeira consulta odontológica realizada. Ao consolidarmos o Programa em nossa Unidade de Saúde pretendemos exportá-los a

outras UBS e aperfeiçoa-lo cada vez mais, em prol da nossa comunidade e do nosso País.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária a saúde; saúde do idoso; saúde bucal.



## Lista de figuras

Figura 1.	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS.....	46
Figura 2.	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	47
Figura 3.	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	48
Figura 4.	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	49
Figura 5.	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	50
Figura 6.	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada...	51
Figura 7.	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	52
Figura 8.	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	53
Figura 9.	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia....	54
Figura 10.	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	55
Figura 11.	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	56
Figura 12.	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.....	57
Figura 13.	Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.....	58
Figura 14.	Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.....	59
Figura 15.	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.....	60
Figura 16.	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	62
Figura 17.	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	63
Figura 18.	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	64
Figura 19.	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	65
Figura 20.	Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia....	66
Figura 21.	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis .....	67

Figura 22. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	68
Figura 23. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	69
Figura 24. Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.....	70
Figura 25. USB José Pedro Xavier, “Sacramento”.....	83
Figura 26. Atendimento clínico no Programa de Atendimento a Idosos.....	84
Figura 27. Aferição da pressão arterial antes do atendimento clínico a idosos do Programa de Atenção a Idosos.....	85

## **Lista de abreviaturas/siglas**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar de Saúde Bucal
<b>CAPS</b>	Centro de Atendimento Psicossocial
<b>CA</b>	Câncer
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CRAS</b>	Centro de Reabilitação e Assistência Social
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>RX</b>	Radiografia
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação Ambulatorial Básica
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	13
<b>1 Análise Situacional</b> .....	14
<b>1.1 Texto inicial sobre a Situação da ESF</b> .....	14
<b>1.1 Relatório da Análise Situacional</b> .....	17
<b>1.2 Comentário Comparativo sobre o texto Inicial e o Relatório de Análise Situacional</b> .....	20
<b>2. Análise Estratégica</b> .....	21
<b>2.1 Justificativa</b> .....	21
<b>2.2 Objetivos</b> .....	23
<b>2.2.1 Objetivo Geral</b> .....	23
<b>2.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	23
<b>2.3 Metas</b> .....	24
<b>2.4 Metodologia</b> .....	27
<b>2.4.1 Ações</b> .....	27
<b>2.5 Indicadores</b> .....	31
<b>2.6 Logística</b> .....	39
<b>2.7 Cronograma</b> .....	41
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	42
<b>3.1 Ações previstas no Projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.</b> .....	42
<b>3.2 Ações previstas no Projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas</b> .....	43
<b>3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.</b> .....	44
<b>3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.</b> .....	44
<b>4. Avaliação da Intervenção</b> .....	46
<b>4.1 Resultados</b> .....	46
<b>4.2 Discussão</b> .....	70

<b>4.3 Relatório da Intervenção para Gestores .....</b>	<b>72</b>
<b>4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade .....</b>	<b>74</b>
<b>5 Reflexão Crítica sobre seu Processo Pessoal de Aprendizagem.....</b>	<b>75</b>
<b>Referências .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo A- Ficha espelho do programa de saúde bucal de idosos.....</b>	<b>79</b>
<b>Apêndice .....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndice A- Carteira do idoso .....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndice B- Odontograma.....</b>	<b>82</b>
<b>Apêndice C- Fotos .....</b>	<b>83</b>

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde bucal dos idosos na Unidade Básica de Saúde José Pedro Xavier (Sacramento), no Bairro de Pontezinha, no município de Cabo de Santo Agostinho, PE.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a Situação da ESF**

A cidade do Cabo de Santo Agostinho situa-se na Região Metropolitana de Recife distante aproximadamente 33 km do centro de Recife. Em termos práticos levam-se de 2 a 3 horas para cobrir esta distância, devido ao intenso fluxo de veículos pesados, vias terrestres em más condições de trafegar, melhorando um pouco próximo ao complexo de Suape.

O município divide-se em urbano e rural. No meio rural predomina o cultivo de cana-de-açúcar e pequenas propriedades cuja produção visa abastecer o mercado de Recife. O núcleo urbano abriga várias indústrias de renome nacional, alguns entrepostos comerciais e um comércio pequeno mais variado.

A população é de 185.025 habitantes, divididos em 167.830 habitantes no meio urbano e 17.830 habitantes no meio rural. A área municipal é de 448,735 quilômetros quadrados (IBGE, 2010).

Nos últimos dez anos, principalmente pela proeminência em termos regionais e nacionais do porto de Suape, várias indústrias de tecnologia de ponta instalaram-se neste Complexo, o que acarretou uma migração intensa de pessoas em busca de uma qualidade melhor de vida.

Os serviços públicos, em particular os de saúde, estão sendo muito requisitados. A renda municipal aumentou, o fluxo de mercadorias pelo porto é intensa, várias pessoas de outros lugares vêm fixar residência em nosso município, acarretando novos desafios aos gestores de saúde.

A rede municipal de saúde possui trinta e sete Unidades de Saúde da Família, (USF), dois hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma maternidade e um hospital infantil. Existem ainda dois postos de saúde tradicionais que possuem especialidades médicas como ginecologia e obstetrícia, medicina interna, pediatria, psiquiatria, um programa de saúde do homem, alguns programas de especialidades alternativas de saúde (acupuntura, hebiatria e florais) puericultura e pré-natal. Salientamos que tanto o pré-natal como a puericultura são realizados pela enfermagem e pelos médicos assistentes.

No tocante à odontologia algumas equipes de saúde da família não possuem cirurgião-dentista. Existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que atualmente está fechado, pois o Conselho Regional o interditou por problemas graves de infraestrutura. Nos Centros de Saúde o serviço de odontologia atua com demanda espontânea de todo o município, recebendo os pacientes que não foram assistidos por motivos variados.

A rede laboratorial é pequena, realizando apenas o básico. Todo o resto é direcionado a laboratórios conveniados. As fichas são poucas e existe uma demanda reprimida enorme, dificultando o seguimento da clínica.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Sacramento situa-se no bairro de Pontezinha, próximo ao município de Jaboatão dos Guararapes que separa o Cabo de Recife. A equipe de saúde compõe-se de uma médica pediatra, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e oito agentes comunitários de saúde (ACS). Não existe vínculo com uma instituição de ensino, mas o município às vezes aceita acadêmicos de enfermagem para estagiar em alguns postos de saúde. Para enfermeiros é um estágio informal (geralmente apenas observa a rotina de serviço) e para técnicos de enfermagem existe uma relação formal entre as escolas de formação profissional e a Prefeitura.

Nosso atendimento é do tipo misto, pois cobre três comunidades e a equipe é pequena. Por isso, a demanda reprimida é grande. Existe a tentativa de cobrir as três comunidades, o que resulta no não alcance dos parâmetros mínimos propostos pelo Ministério da Saúde (MS).

A unidade de saúde divide o seu espaço com uma unidade 12 horas, que, todavia é independente, só utilizando as instalações sanitárias, a copa e um pequeno dormitório com quatro leitos. Possui dois consultórios, sendo um médico e outro de enfermagem (pequeno) e a farmácia. O consultório dentário é muito quente à tarde e o sistema de ar condicionado pouco consegue resfriar, pois é de pouca potência.

A sala de vacinas situa-se na entrada do posto junto à recepção e aos arquivos. A sala de esterilização é conjunta e tem um autoclave funcional. Como o instrumental é pouco, se a esterilização por algum motivo atrasa, o atendimento dentário é comprometido neste expediente.



A unidade de saúde está de mudança para outro local, exclusivo para a USF. Possivelmente haverá mais outra equipe e o projeto foi pensado nas necessidades do serviço. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está com a filosofia de não alugar prédios para abrigar as equipes de saúde da família. Cada equipe relatará suas especificidades e, na medida do possível, será tentado corresponder a elas. Pelo menos foi a informação que recebemos.

A população adstrita é de 3.810 pessoas (SIAB, 2012) divididas entre 1.943 mulheres e 1.867 homens, sendo que a pirâmide populacional apresenta uma maior concentração de crianças na fase escolar e de adultos jovens (19 a 34 anos). Também apresenta uma concentração de 201 idosos com idade superior a 60 anos. A população do Cabo de Santo Agostinho está em constante deslocamento em busca de empregabilidade e são famílias que se deslocam. Geralmente são do interior do Nordeste, pois os sulistas chegam sozinhos. Estas famílias, na maioria não criam raízes na comunidade, só permanecendo se existe empregabilidade. A equipe está bem ajustada para a comunidade de Sacramento, se não houvesse a necessidade de responder por mais duas comunidades que estão descobertas.

A demanda espontânea ocorre, mas tenta-se que todos os atendimentos sejam programados. Não existe quaisquer materiais de urgência, como equips, soros ou jelcos. A equipe realiza uma espécie de triagem, às vezes o usuário espera o início das atividades do plantão ou quando se trata de um caso de emergência, encaminha-se de imediato para o Hospital de Urgência Mendo Sampaio (a equipe não dispõe de ambulância). O prédio é ocupado após as 19:00 por uma equipe de plantão (até as 07:00 do dia seguinte), constituído por dois médicos, técnicos de enfermagem e um motorista com ambulância. Um ponto que foi sugerido e acatado pela SMS é o plantão de 12 horas transformar-se em 24 horas e a Unidade ter outro espaço físico exclusivo e adequado às demandas da atenção básica.

## 1.1 Relatório da Análise Situacional

Um dos gargalos da demanda espontânea é a falta de resolutividade em outras unidades, o que faz com que os usuários dirijam-se a outras unidade para assistência da sua necessidade. Isto é uma realidade na sala de vacinas, por exemplo, na qual há dias em que a recepção está lotada de mulheres e crianças fora da área de cobertura, requerendo um tipo de vacina específico que se encontra em falta em outras unidades. Naturalmente todos são atendidos até o limite da unidade e pedimos novas salas de vacinas para o setor de imunizações da SMS.

Para o atendimento das crianças, usa-se o protocolo do Ministério da Saúde e a caderneta da criança. Do total de cento e quarenta e quatro crianças residentes na área, existem cento e onze que são efetivamente acompanhadas pela equipe e o restante é alvo de busca ativa. Todas as crianças acompanhadas são monitoradas em seu desenvolvimento e crescimento e todas as vacinas estão em dia. Todas são acompanhadas pela enfermeira e têm pelo menos duas consultas com a médica do posto, que é pediatra. Das quarenta e seis crianças acompanhadas pela puericultura nos primeiros dias de vida, todas as mães são orientadas sobre o aleitamento materno exclusivo, mas somente vinte e sete crianças seguiram a recomendação. O registro realiza-se no cartão da criança e no prontuário desta. Não existe uma ficha específica da unidade ou serviço para crianças ou qualquer faixa etária. Somente vinte e uma crianças estão com atendimento bucal em dia, o que gera uma lacuna muito grande a ser coberta. Infelizmente as ações de educação em saúde restringem-se aos consultórios e aos ACS. As ações coletivas ocorrem com algumas palestras educativas propostas pelos ACS, geralmente como sala de espera.

O câncer de colo de útero é um grave problema de saúde pública e a Unidade Básica de Saúde (UBS) só contempla aproximadamente cento e sessenta e três mulheres e todas estão com o exame citopatológico em dia, assim como orientações para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e prevenção do câncer (CA) de colo uterino. Utiliza-se o

protocolo do MS e toda a equipe participa do programa e procura inserir noções de prevenção à saúde no trabalho cotidiano.

No que se refere ao CA de mama todas são orientadas, ensinadas a realizar o autoexame e encaminhadas a um serviço especializado (ginecologia) para consultas e marcação de mamografias, cujo serviço é terceirizado e o número de vagas bastante limitado para a demanda. A atuação do serviço é basicamente de prevenção e orientação. Noto que principalmente na prevenção do CA de mama é necessário que o profissional encarregado esteja focado no tema para que pelo menos desconfie de algumas mudanças sutis em mulheres fora da faixa etária preconizada (e dentro dela) e não siga estritamente o protocolo.

O pré-natal é um dos programas mais consolidados da UBS. Existe um total de vinte e oito gestantes acompanhadas na unidade, sendo que uma parte é acompanhada por médicos assistentes particulares. As que não iniciam a primeira consulta logo no primeiro trimestre, geralmente é porque não estavam na comunidade nesta fase da gravidez. Somente sete mulheres são acompanhadas pela odontologia, pois não é realizada uma busca ativa das mesmas pelo serviço. No serviço somente a enfermeira realiza o pré-natal, mas todas as gestantes têm pelo menos uma consulta com o médico assistente. O serviço de odontologia, pelo que consegui observar, está distante dessas ações e mesmo a enfermeira orientando sobre a importância do atendimento odontológico e encaminhando para a consulta clínica a demanda é baixa; talvez uma mudança de paradigmas seja necessária, pois poucas (sete de vinte e oito gestantes) são acompanhados pelo odontologista.

Um total de trezentos e cinquenta e nove usuários com hipertensão são acompanhados pela UBS. A maioria relata que não procura a UBS regularmente, pois “não sinto nada, faço de tudo e como de tudo”. Os usuários em situação crítica são discutidos nas reuniões e o odontólogo e equipe são membros atuantes nas discussões de casos. Os usuários são monitorados pelas ACS, orientados sobre nutrição, mas não existem programas de exercícios físicos e seria necessária uma participação mais efetiva da assistente social e/ou psicólogo. A maioria desses usuários vivem em ambientes familiares conturbados, o que dificulta a manutenção em padrões ótimos dos valores pressóricos, mesmo estando medicados. A

odontologia limita-se a atender os que a procuram (sete pacientes), tendo uma participação importante na melhora de saúde destes.

De uma estratificação bastante significativa da pirâmide populacional, o número de idosos atendidos é baixo. Deve-se levar em conta que existe uma grande mobilidade social da comunidade em função da oferta de empregos. As famílias, geralmente do interior, deslocam-se completas, mas se a parte financeira diminuir, geralmente os idosos são alocados com outros filhos ou parentes mais abastados. Mesmo sabendo que a maioria dos idosos contribui financeiramente para o sustendo familiar.

Todos os idosos acompanhados estão com suas cadernetas de saúde em dia e todos os exames de rotina prescritos. A orientação nutricional, atividade física são orientados a todos. Em conversa com a equipe evidencia-se que todos são bem atuantes na saúde do idoso, mas na odontologia a adesão dos pacientes é baixa (cerca de nove idosos) e quase todos foram à consulta por iniciativa própria.

O fichário deve ser mais elaborado em consonância com algumas práticas modernas de administração e existe a necessidade da equipe elaborar registros mais específicos para patologias de grupos populacionais mais evidentes na população. Informaram-me que a equipe gerencia famílias e não patologias e por isso não podem dar ênfase a elas. É compreensível, mas isso dificulta capturar as informações, pois estão diluídas nos prontuários e às vezes na memória dos profissionais.

A equipe está com tarefas múltiplas, muito além da capacidade operacional. A planilha sobre as ações programáticas, preenchida durante a fase da análise situacional evidencia em todas as abas que existem várias lacunas não preenchidas, demonstrando que a equipe não consegue atender a todas as especificações do MS. O comprometimento pessoal de cada membro da equipe consegue que muitas ações sejam contempladas e este é o nosso trunfo.

A clínica de odontologia está atuando um pouco fora de sincronia com os outros serviços, o que pressupõe a excessiva carga de tarefas profissionais do odontólogo. Compreende-se que a clínica odontológica atende três comunidades para apenas um profissional, o que sobrecarrega a equipe de saúde bucal, pois há relatórios a consolidar, instrumental para autoclavar,

prontuários para preencher e arquivar. Com a chegada de mais uma equipe que foi prometida, acredito que os atendimentos serão normalizados e será retornada a busca ativa e outras atividades afins.

## **1.2 Comentário Comparativo sobre o texto Inicial e o Relatório de Análise Situacional.**

Realmente em relação aos programas elencados pelo MS, a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), impacta na comunidade de maneira efetiva. O monitoramento, a construção de um relacionamento entre equipe e pacientes é um fator preponderante na construção da responsabilidade de cuidar de sua saúde.

Pelo que é preconizado pelo MS e a realidade, observou-se que a racionalização do tempo disponível acarretaria uma maior produtividade e que grupos específicos deveriam ser prioridade para o atendimento odontológico. Estes grupos seriam monitorados e após um efetivo controle passaríamos a outros grupos.

O fichário deveria ser remodelado para uma visualização rápida dos grupos de risco e estratificação por idade. Além disso, um cartaz tipo tabela para visualização de dados já trabalhados seria uma boa oportunidade para que todos participassem do esforço em prol da saúde bucal.

Recapitulando a metodologia do curso notamos como este impactou em nossa visão da Unidade de Saúde. Geralmente nos detemos apenas na clínica na convicção errônea de que a gestão da Unidade seria uma responsabilidade apenas da enfermagem e da parte médica. Eu, por exemplo, não tinha conhecimento do que se passava na farmácia, apenas prescrevia os medicamentos. No desenrolar do curso despertou-me a noção de que todos nós somos corresponsáveis pela gestão da Unidade e que o cirurgião-dentista pode e deve ser um participante ativo desta atividade. Não que eu fosse totalmente indiferente ao que se desenrolava na Unidade, mas estava indeciso quanto à participação do cirurgião-dentista nessa atividade.

Geralmente os programas de capacitação oferecidos pelo município contemplam de forma geral apenas as questões de clínica e somos

cobrados apenas pela gestão da clínica odontológica. É como se a clínica estivesse fisicamente apenas na Unidade mas fosse “independente” desta.

Atualmente nossa atuação está muito diferente do início do Programa. Estamos atuantes na gestão e em nossos encontros com a Coordenação enfatizamos que somos parte atuante da Unidade e não apenas um setor desta.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O aumento da longevidade em nosso País é uma das maiores conquistas de nosso século. O controle das doenças parasitárias e infecciosas, um maior aumento da oferta de água potável e condições de saneamento, maiores ofertas de serviços de saúde e de educação básica elevaram o nível de vida de nossa população. Todavia o ritmo de vida estressante das grandes cidades, o uso desenfreado do álcool, fumo e alimentação descontrolada elevaram o nível de doenças crônicas que manifestam sua forma mais expressiva no grupo etário a partir dos 60-65 anos de vida (SÁ, 2009).

A UBS de Sacramento apresenta uma população de 3.810 pessoas (SIAB, 2012) na qual são previstas 201 pessoas com mais de 60 anos de idade. Existe um total de 90 idosos cadastrados na UBS que possuem acompanhamento e caderneta de saúde da pessoa idosa em dia e somente 9 são acompanhados pela clínica odontológica. Não existe uma ficha (ou prontuário) exclusiva para idosos, portanto os hipertensos e diabéticos estão misturados a de outras faixas etárias. Podemos supor com certa faixa de segurança que um bom número de idosos que procuram a UBS são portadores dessas patologias e acompanhados em programas específicos.

Para o idoso, como uma pessoa múltipla em suas várias dimensões, não existe qualquer ação de saúde. Estas são direcionadas à patologia, e não às pessoas. Não existe uma ação em saúde exclusiva para idosos que contemplem toda a sua dimensão. É necessário a participação de todos os

profissionais da unidade com suas experiências pessoais, seus saberes e sua percepção da comunidade. As principais dificuldades são a falta de um protocolo específico para idosos e um prontuário direcionado para os mesmos. Os profissionais atuam de forma individualizada e somente os casos mais graves são discutidos pela equipe de saúde.

O idoso em nossa UBS necessita de uma atenção sistematizada, focada em suas necessidades e na compreensão da pessoa em sua dimensão física e social. A equipe deve estar realmente “interessada” no idoso, compreendendo suas limitações e sua procura por atendimento imediato, mesmo em casos “simples” na percepção da equipe de saúde. A comunidade e a equipe são os maiores trunfos de nossa ação, apesar das dificuldades de insumos, instrumentais, meios auxiliares e déficit de número de profissionais na unidade. Uma maior captação de idosos nos programas de saúde da unidade e em particular na clínica odontológica e uma compreensão de sua importância como agente na própria construção de sua saúde são as metas principais a serem alcançadas a curto/médio prazo.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar o atendimento do Programa Saúde do Idoso com ênfase na saúde bucal da UBS de Sacramento.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

Ampliar a cobertura do acompanhamento de idosos;

Aumentar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;

Melhorar a qualidade de atenção ao Idoso na Unidade de Saúde;

Melhorar o registro dos idosos na Unidade de Saúde;

Mapear os idosos de risco na área de abrangência da Unidade de Saúde;

Promover a saúde.



## **2.3 Metas**

### **Metas referentes ao objetivo de ampliar a cobertura do acompanhamento de idosos**

**Meta 1:** Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.

**Meta 2:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 3:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 4:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 5:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Meta 6:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

**Meta 7:** Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

### **Metas referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Adesão a Saúde do Idoso**

**Meta 8:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **Metas referentes à melhoria da qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.**

**Meta 9:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Meta 10:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses.

**Meta 11:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 12:** Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

**Meta 13:** Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 14:** Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

**Meta 15:** Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

**Metas referentes a melhoria dos registros das informações do programa de Saúde do Idoso na UBS.**

**Meta 16:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 17:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Metas referentes ao mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência.**

**Meta 18:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 19:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Meta 20:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

**Meta 21:** Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

**Metas referentes à promoção de saúde dos idosos acompanhados na UBS.**

**Meta 22:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 23:** Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

**Meta 24:** Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 25:** Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.4 Metodologia**

### **2.4.1 Ações**

Para ampliar a cobertura de atendimento dos idosos, a equipe de saúde bucal juntamente com os demais membros da UBS irá acolher todos os idosos, inclusive os de demanda espontânea se houver. Estes serão cadastrados se pertencerem à comunidade e os que não forem de Sacramento, serão orientados a procurar a Unidade de Saúde pertinente a sua comunidade, com indicação do tratamento efetuado e do odontograma preenchido. As informações mensais serão consolidadas e alimentarão o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A comunidade será convidada a participar ativamente em qualquer ação de saúde, pois a equipe será apenas facilitadora do gerenciamento da saúde das pessoas. Para isso, em consonância com as expectativas do grupo etário alvo, a comunidade será informada da importância do acompanhamento dentário nessa faixa etária e da oferta e detalhamento do Programa de Atenção ao Idoso. Logicamente que as famílias e a comunidade em geral estão inseridas no contexto.

Serão realizadas reuniões para capacitar a equipe no acolhimento e no Programa de Atenção ao Idoso.

Para melhorar a adesão dos idosos ao Programa iremos divulgar na comunidade através de palestras/informativos os benefícios de um belo sorriso, da melhora da mastigação dos alimentos para a saúde em geral e da recuperação da autoestima.

As consultas serão monitoradas através do prontuário e ao serem verificadas faltas não justificadas, iremos contatar o idoso através de contato telefônico ou visita domiciliar pelos ACS e/ou equipe de saúde bucal. Ao serem verificados os motivos da ausência, utilizaremos os instrumentos de apoio disponíveis na unidade para incentiva-los e concluir todo o planejamento clínico.

Os idosos e familiares serão alvo de grandes esforços da UBS no sentido de consolidar-se uma empatia e um vínculo do paciente/equipe/unidade de saúde. Os idosos serão ouvidos em suas críticas/elogios, serão acolhidos e

se ruídos forem detectados, estes serão discutidos por toda a equipe e a solução mais viável será implementada.

A equipe deverá ser capacitada em relação à importância das consultas periódicas e definiremos se estas consultas serão germinadas com as consultas de enfermagem, ou que os pacientes já sairão desta consulta com o agendamento concluído. É interessante que os casos clínicos mais agudos sejam discutidos com a equipe e que a decisão não seja exclusiva da equipe de saúde bucal.

Aperfeiçoaremos a qualidade da atenção aos idosos na medida em que os tratamentos propostos forem realizados dentro de um planejamento contínuo e os usuários resistentes forem alvo de busca ativa e esclarecidos da importância da saúde bucal em suas vidas. Isto resultará em um incentivo para aqueles que por ventura tornarem-se descrentes das propostas do Programa.

Estas ações deverão ser monitoradas continuamente pela equipe de saúde bucal, para que todos que procurem a UBS sejam acolhidos e tenham suas necessidades atendidas. Para que estas metas se concretizem o fluxo de material de consumo, a manutenção dos equipamentos, o processo de esterilização e limpeza da estrutura física deverão ser alvos de monitorização contínua pela equipe envolvida. A comunidade, UBS, gerência de saúde da família, gerência de saúde bucal deverão se integrar no esforço da concretização das metas estabelecidas no Programa.

Toda a equipe multidisciplinar da UBS será convidada a engajar-se neste esforço de captação, esclarecimentos e promoção da saúde bucal dos idosos de nossa comunidade, o usuário será conduzido dentro da unidade aos demais profissionais como consultas de enfermagem e com o médico da UBS.

Avaliaremos a mucosa oral como parte integrante da consulta odontológica e constantemente através dos prontuários, das comunicações dos ACS iremos monitorar possíveis vieses. Elaboraremos gráficos das lesões mais prevalentes da comunidade, individualizando suas necessidades e subsidiando futuros planejamentos de políticas de saúde para o nosso município.

Através de material ilustrativo orientaremos individualmente os usuários para as lesões mais prevalentes da cavidade bucal, com atenção especial àquelas provenientes do uso de próteses dentárias mal ajustadas ou mal planejadas. Os questionamentos individuais serão contemplados e

subsidiarão futuramente a confecção de uma Cartilha para os idosos da comunidade de Sacramento.

Em atividades coletivas procuraremos esclarecer as principais etiologias das lesões orais (consumo excessivo de álcool, fumo, alimentação mal balanceada, baixo autoestima, maus tratos), ressaltando a importância do autoexame da boca e da consulta ao cirurgião-dentista.

A equipe da UBS será capacitada na detecção de possíveis lesões orais e no encaminhamento dos usuários à clínica odontológica.

Avaliaremos a necessidade do uso de próteses dentárias dos idosos de Sacramento, monitorando a necessidade da confecção de próteses novas e da regularização de próteses mal ajustadas. Os usuários selecionados para a confecção de prótese serão encaminhados ao CEO.

A comunidade deverá ser esclarecida da importância do uso de próteses dentárias bem planejadas e da realidade da UBS como ofertante de serviços primários de saúde, mas também corresponsável pela concretização do tratamento odontológico em todas as suas etapas.

A equipe de saúde será capacitada na orientação aos pacientes do uso de próteses dentárias.

Aperfeiçoaremos o registro de informações dos idosos da UBS ao propormos uma planilha e um prontuário delineados para as necessidades dos idosos. Serão de fácil visualização e manipulação e alimentarão o banco de dados do SIAB.

A equipe da UBS será convidada a participar da confecção destes registros e todos terão acesso, inclusive de anotar dados pertinentes, se necessário.

A visualização rápida de consultas não formalizadas, exames complementares não efetuados e encaminhamentos a serviços de referência e contra referência, é necessária para uma intervenção rápida no processo a fim de não quebrar a dinâmica do processo paciente-unidade de saúde.

Orientaremos o grupo alvo e seus familiares dos seus direitos em relação ao prontuário médico-odontológico, inclusive o de acesso a uma 2ª via.

Capacitaremos a equipe para o preenchimento do registro odontológico e sua interpretação. É uma ferramenta importante para o planejamento de serviços odontológicos para qualquer grupo etário.

Localizaremos os idosos com risco elevado em sua saúde bucal e o núcleo familiar será orientado sobre os fatores de risco e sua prevenção. Estes pacientes terão seus procedimentos clínicos priorizados.

A equipe de saúde será orientada sobre os fatores de risco bucal na saúde dos idosos, para que possam encaminhá-los a clínica odontológica.

Identificaremos os temas de interesse dos idosos da comunidade em conjunto com os mesmos e abordaremos estes temas em encontros coletivos.

Iremos sensibilizar a comunidade da importância da participação dos idosos em ações de saúde e sensibilizaremos a equipe de saúde da importância de temas que envolvem a saúde bucal, inserindo-os transversalmente aos outros programas de saúde.

## 2.5 Indicadores

1. Para ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%, será calculado o seguinte indicador:

Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: número de idosos cadastrados no programa

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

2. Para ampliar o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção para 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, cadastrados na Unidade de Saúde

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, cadastrados no Programa

Denominador: número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

3. Para ampliar a visita domiciliar em idosos acamados ou com problemas de locomoção para 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, com visita domiciliar

Numerador: número de idosos acamados ou com problemas 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

4. Para ampliar o rastreamento dos idosos para HAS em 100%, será calculado o seguinte indicador:



Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Numerador: número de idosos com medida da pressão arterial, rastreados para HAS

Denominador: número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

5. Para ampliar o rastreamento dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para DM em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

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

6. Para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica com elaboração do plano de tratamento para idosos em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada

Numerador: número de idosos da área de abrangência da UBS com primeira consulta odontológica programada e elaboração do plano de tratamento

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

7. Para ampliar a visita odontológica domiciliar dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica

Numerador: número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldades de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica

Denominador: número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde

8. Para ampliar a busca aos idosos faltosos às consultas programadas em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: número de idosos faltosos as consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: número total de idosos faltosos às consultas programadas

9. Para ampliar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida de idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

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

10. Para ampliar a realização do exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

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

Denominador: Número de idosos com diabetes cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

11. Para ampliar a solicitação de exames complementares periódicos dos idosos hipertensos e/ou diabéticos em 100%, será calculado o seguinte indicador:

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

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

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

12. Para ampliar o acesso dos idosos aos medicamentos prescritos em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

Numerador: número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

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

13. Para ampliar a conclusão de tratamento odontológico dos idosos com primeira consulta odontológica programática em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído

Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

14. Para ampliar a avaliação de alterações da mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com avaliação de alterações da mucosa bucal em dia

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações da mucosa bucal em dia

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

15. Para ampliar a avaliação da necessidade prótese dentária dos idosos com primeira consulta programática em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação da necessidade de prótese em dia

Denominador: número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

16. Para ampliar o registro específico das pessoas idosas em 100%, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: número de ficha espelho com registro adequado

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

17. Para melhorar os registros de informações através da caderneta de Saúde do Idoso em 100% dos idosos, será calculado o seguinte indicador:

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

18. Para ampliar o rastreamento para risco de morbimortalidade em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

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

19. Para ampliar a investigação da presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

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 em dia

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

20. Para ampliar a avaliação da rede social em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia

Numerador: número de idosos com avaliação de rede social em dia

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

21. Para ampliar a avaliação do risco em saúde bucal em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia

Numerador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Denominador: número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

22. Para ampliar a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência.

23. Para ampliar a orientação para a prática de atividade física regular em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

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

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

24. Para ampliar as orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) com primeira consulta odontológica programática em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

Numerador: número de idosos com primeira consulta odontológica e orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: número de idosos da área de abrangência cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde, com primeira consulta odontológica.

25. Para ampliar as ações coletivas de educação em saúde bucal em 100% das pessoas idosas, será calculado o seguinte indicador:

Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal

Numerador: número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal

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

## 2.6 Logística

Serão adotados os seguintes protocolos do MS: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (2006) e Saúde Bucal. (2006).

Será utilizada a ficha padrão da SMS com informações básicas sobre saúde bucal, odontograma e local para identificar os procedimentos efetuados. Foi confeccionada a partir da ficha-espelho disponibilizada pelo Curso, uma ficha-espelho adequada à realidade da unidade de saúde, mas que contempla todos os indicadores recomendados pelo Curso.

Será impresso pelo próprio especializando as fichas espelho. A estrutura física da UBS será disponibilizada para os usuários do Programa. A clínica odontológica dispõe de dois equipos que estão com algumas funções não totalmente funcionais. Foi comunicado ao gestor e a resposta é que está em processo de licitação para manutenção de todas as equipes de odontologia. Entretanto, estas dificuldades não impedem o tratamento odontológico de boa qualidade.

O material de consumo chega à UBS de forma irregular. Temos boa disponibilidade de resinas fotopolimerizáveis, mas nenhuma oferta de amalgama de prata. De forma geral o material de consumo é aceitável.

Existe falta de Caderneta do Idoso disponibilizado para as unidades de saúde. A direção de Odontologia foi contatada e até o momento não recebi a resposta. Praticamente nenhum idoso da unidade possui esta caderneta.

A comunidade já foi sensibilizada através das ACS, visitas domiciliares e palestras na unidade sobre o Programa, sua importância para os idosos e para a comunidade em geral.

Uma das dificuldades já detectadas é a carência de referência para a confecção de próteses pelo SUS. A maioria dos idosos necessita de tratamento reabilitador, mas não possui condições financeiras para sozinhos pagarem as próteses. O que foi sugerido é referenciar para a Assistente Social, na tentativa de resolver a demanda. Entretanto, a maioria dos idosos necessita de tratamento protético.

Outra dificuldade é a demora para o atendimento no CEO, nas especialidades de endodontia e periodontia. Esta demora pode comprometer a resolubilidade do plano de tratamento.



Não obstante, o que for de responsabilidade direta da equipe da UBS será realizado.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no Projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Estas dezesseis semanas nas quais oferecemos a população alvo um atendimento com uma visão mais elaborada da comumente utilizada, foi muito gratificante. Os usuários ficaram encantados com o cuidado e com todas as ações que compuseram a intervenção, o comprometimento com a conclusão dos atendimentos e principalmente a acolhida prestada aos mesmos.

A UBS situa-se em um imóvel não adequado para os serviços que são oferecidos à população. O Serviço de Odontologia é responsável por três comunidades, a de Sacramento e mais duas, pois suas respectivas Unidades de Saúde não disponibilizam o serviço odontológico. Isto sobrecarrega a Unidade e torna-se difícil a marcação/disponibilização de fichas para atendimento, quanto mais o seguimento de um plano de trabalho. É necessário mais uma equipe de odontologia, seja em nossa unidade ou nas unidades sem cobertura odontológica.

A sensibilização da comunidade já estava em andamento antes do início da intervenção, mas somente com a constatação da implementação da filosofia de atendimento, não somente com o seguimento odontológico, mas com uma visão geral dos outros sistemas do organismo e da teia social a qual o indivíduo está envolvido. O acolhimento, as visitas domiciliares (que antes da intervenção só eram realizadas por solicitação de algum membro da equipe de saúde) e a própria interação entre equipe odontológica e paciente, foram fundamentais para a solidificação do Programa na comunidade e quiçá na própria equipe da UBS.

Os usuários acamados foram visitados, todos foram orientados ou seus familiares e alguns foram submetidos a procedimentos invasivos simples. Um caso marcante é de um usuário cadeirante, jovem e que não aceita a sua condição atual e por isso na medida do possível não deixa sua residência. É muito difícil fazê-lo aceitar a situação atual, mas já acionamos o Centro de

Reabilitação e Assistência Social (CRAS) e estamos todos cooperando com o mesmo. A minha estratégia é iniciar os procedimentos possíveis em sua residência e na medida em que ele se entusiasma com o bem estar de sua nova condição oral, leva-lo para a unidade de saúde.

Como um belo sorriso é um grande atrativo aos idosos (e as pessoas em geral), conseguimos detectar vários idosos que estavam com seus procedimentos médicos e laboratoriais em atraso. Foram todos devidamente encaminhados aos profissionais de enfermagem e medicina, garantindo a continuação e conclusão do tratamento.

### **3.2 Ações previstas no Projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas**

Infelizmente um pouco após o início das atividades os materiais de consumo começaram a escassear não só na Unidade mas em todo o Município. A partir desse momento começou o meu périplo entre a UBS e a SMS em busca de anestésicos locais, gazes, luvas, agulhas para procedimento a fim do atendimento não ser descontinuado, o que poderia de modo sensível quebrar a confiança da clínica e a comunidade. Apesar de muito esforço conseguimos completar as semanas sem muitos percalços.

Nos meses seguintes o esforço compensaram, pois os usuários chegavam à Unidade ou procuravam os ACS para serem agendados no Programa. Todavia sempre tomei o cuidado de somente atender o número suficiente que poderia concluir o tratamento completo em tempo hábil, por conta da escassez de insumos odontológicos. A exceção são os atendimentos de urgência da população alvo e os que não pertenciam a esta população. Com orgulho a nossa Unidade foi uma das poucas que continuou os procedimentos odontológicos (com restrição, é claro) nestes últimos meses de 2013 e início de 2014.

A comunidade de Sacramento é urbana e a maioria dos idosos moram sozinhos ou com parentes e contribuem para o orçamento familiar. Uma percentagem expressiva possui planos de saúde coletivos dos filhos que trabalham nas indústrias e no comércio e é gratificante quando eles procuram a UBS, pois confiam em nossa seriedade e paixão pelo sistema público de saúde.

A maioria deles necessita de cirurgias para exodontia de restos radiculares e elementos dentários. A falta de aparelho de radiografia (RX) nos consultórios odontológicos prejudica em muito que os procedimentos sejam realizados com celeridade, pois os pacientes deslocam-se para o CEO e nem sempre conseguem realizar o procedimento.

As restaurações de cáries e procedimentos periodontais simples são efetuados e todos visam à confecção de próteses totais ou parciais removíveis. Infelizmente até o momento não possuímos um serviço de prótese dentária, o que acarreta aos menos abonados não confeccionarem as próteses.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.**

Não houveram dificuldade neste sentido, pois as planilhas eram dinâmicas e fáceis de preenchimento, assim como a leitura dos indicadores. O único percalço foram o preenchimento das fichas espelhos pelos demais membros da equipe como médico e enfermeiro da UBS, mas que conseguimos superar após as capacitações e andamento das ações.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo os aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

A gerência de Odontologia e a gerência de Atenção à Saúde Básica tomaram conhecimento do trabalho que estávamos realizando e ficaram bastante interessados. Foi aventada a hipótese de posteriormente este Programa ser estendido a toda rede de odontologia do município. Na capacitação que houve no início deste ano fizemos uma explanação para as outras equipes de saúde bucal do município sobre o que conseguimos até o momento e nossas expectativas para o futuro. Há um interesse para que o Projeto seja futuramente expandido para outras Unidades de Saúde do Município.

Os usuários expressaram de várias maneiras como estavam sendo acolhidos como um grupo ímpar e não junto com a população adulta em geral. Não é aconselhável usar o mesmo horário que outros grupos etários, pois demandam uma atenção mais pormenorizada e um olhar mais atento aos detalhes. Entretanto, não devemos trata-los como “coitadinhos” ou “especiais”, pois é uma dívida chegar à melhor idade. Eu sempre friso aos usuários que “nós não temos problemas e sim o privilégio de chegar a essa idade” e como todas as demais pessoas devemos investir em equipe para a melhora de nossa saúde dentro da realidade de cada um.

A satisfação foi demonstrada pelas próprias declarações dos usuários na UBS e à equipe odontológica, pois temos um atendimento único dentro do sistema municipal para a população alvo. Por meio de depoimentos dos usuários, de indagações que solicitamos aos mesmos para que sejam objetivos e informem as nossas imperfeições para que possamos sempre almejar a melhora do atendimento à comunidade, notamos que alcançamos os nossos objetivos. Isto não significa que não possamos melhorar. Sempre há o que aperfeiçoar, devendo a equipe o comprometimento necessário para a avaliação e continuidade das ações.

Estou muito satisfeito com o que foi realizado em nossa UBS, pois significou o esforço de todos nós que integramos a equipe de saúde e da interação positiva de nossos idosos, que sempre nos apoiaram. As ações da intervenção já fazem parte da rotina da equipe diariamente.

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

Objetivo: ampliar a cobertura do acompanhamento de idosos

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%

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

A intervenção realizada na UBS de Sacramento beneficiou a atenção à saúde dos idosos. Na área adstrita a UBS existem 201 idosos. Dentre esse público, 129 idosos residentes na área, ao final de um período de 4 meses, foram acompanhados na UBS.

Esse indicador teve evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 19 (9,5%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (19,4%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 79 (39,3%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 129 (64,2%) dos idosos.

A ampliação crescente do indicador foi devido à soma dos esforços da equipe, apoio da gestão municipal e a boa receptividade da população alvo.

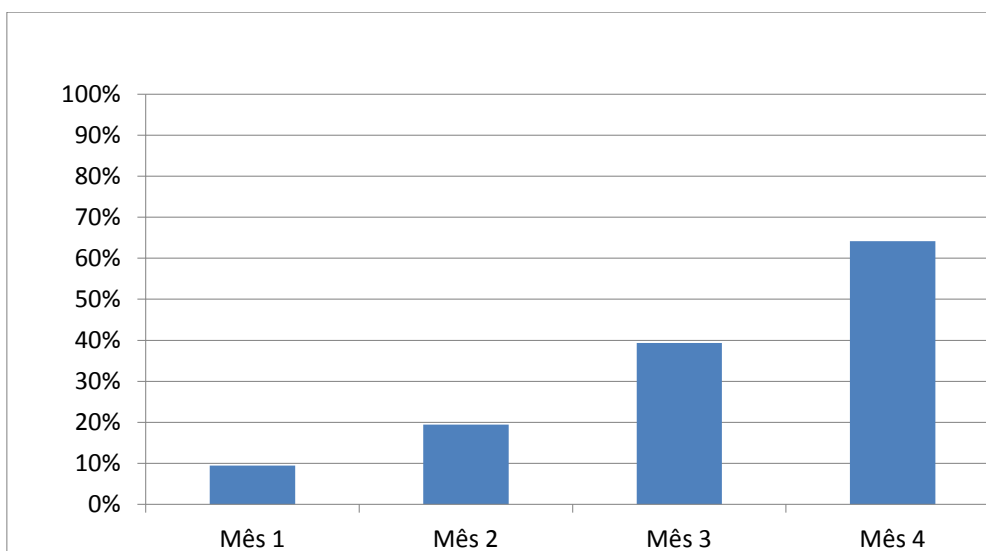


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

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

A intervenção realizada na UBS de Sacramento beneficiou a atenção à saúde dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Na área adstrita a UBS existem 35 idosos acamados ou com problemas de locomoção. Dentre esse público, 34 idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área, ao final de um período de 4 meses, foram acompanhados na UBS.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 2 (5,8%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 11 (31,7%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 20 (57,7%). Ao final da intervenção no quarto mês obtivemos uma cobertura na área adstrita de 34 (98,0%) dos idosos.

Os idosos não contemplados no atendimento não estavam na área no período trabalhado por diversos motivos como viagens, internações e mudança de área.

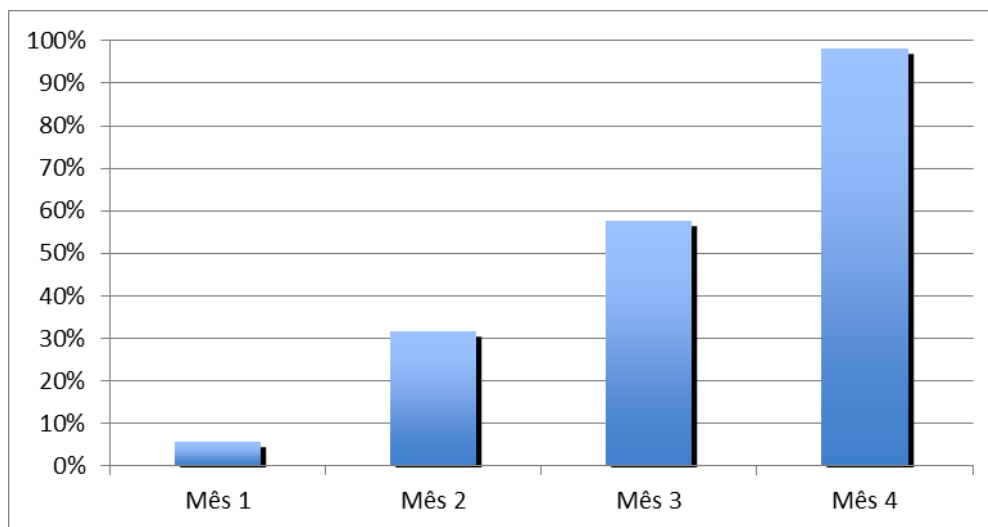


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

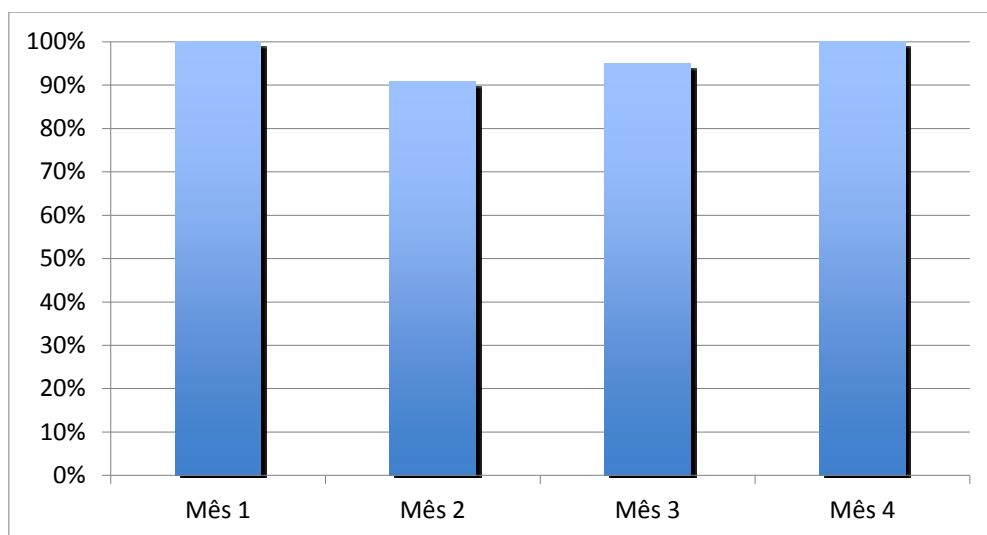
Fonte: Planilha de coleta de dados.



**Meta 3:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

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

O alcance da meta em parte foi devido à soma dos esforços da equipe, apoio da gestão municipal e a boa receptividade da população alvo. Os idosos não contemplados em visitas domiciliares não estavam na área de cobertura no período da intervenção. No primeiro mês visitamos dois usuários (100%), no segundo mês onze (90,9%), no terceiro mês vinte (95%) e no último mês trinta e quatro idosos acamados (100%).



**Figura 3:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

**Fonte:** Planilha de coleta de dados.

**Meta 4:** Rastrear 100% dos idosos para HAS.

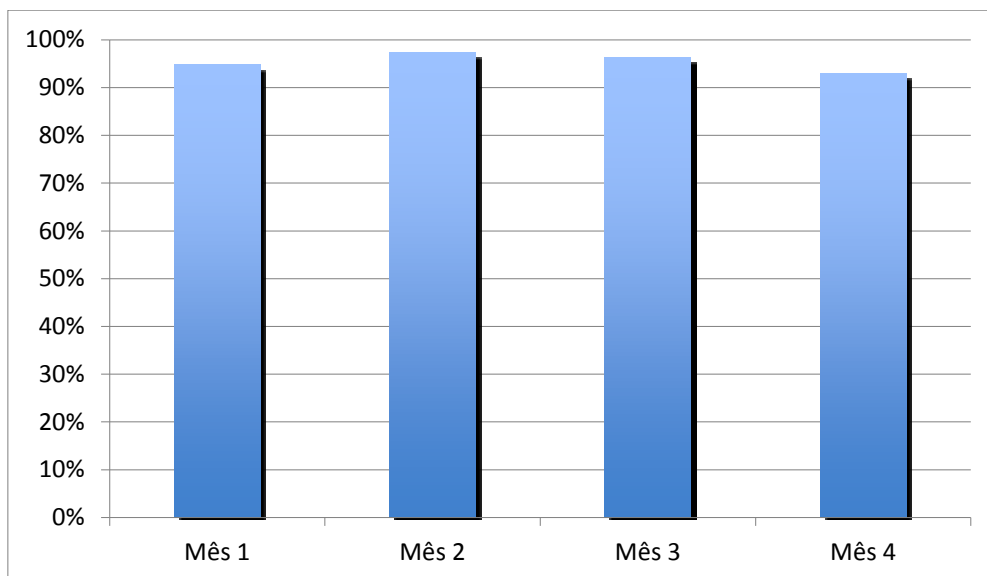
**Indicador:** Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Dentre os 129 idosos residentes na área que foram assistidos ao final de um período de 4 meses, 120 idosos foram rastreados para HAS.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 18 (94,7%) idosos. No segundo mês a

cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 38 (97,4%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 76 (96,2%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 120 (93,0%) dos idosos.

Os idosos não contemplados na verificação da pressão arterial na última consulta estavam acamados e em condições físicas extremamente frágeis e monitoradas por pessoal médico de planos de saúde. Como a equipe não aferiu a pressão arterial diretamente nos idosos ela não foi contabilizada.



**Figura 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

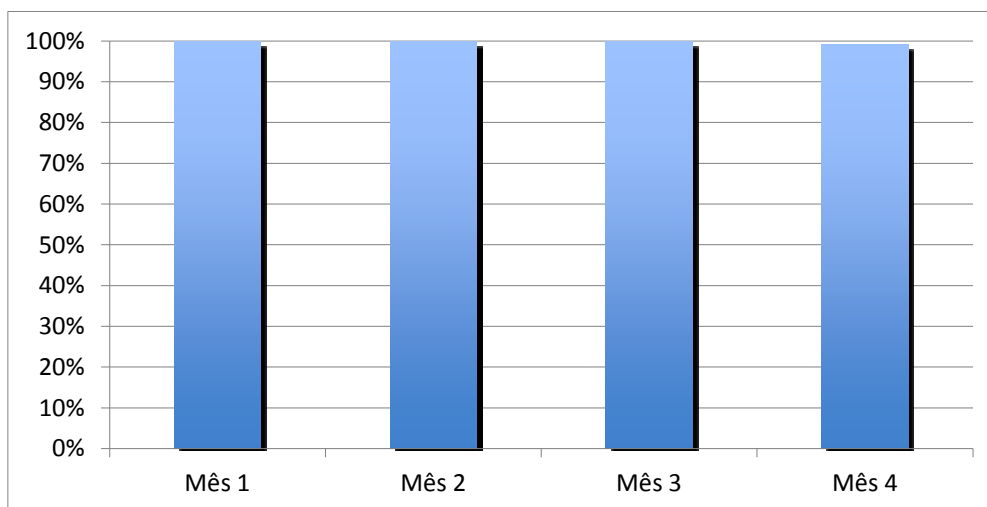
Meta 5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para DM.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Dos 129 idosos residentes na área assistidos ao final de um período de 4 meses, 127 tiveram verificação da pressão arterial e foram rastreadas para diabetes na última consulta. Destes 124 idosos, apresentaram HAS maior que 135/80 mmHg.

No primeiro mês conseguimos assistir 16 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 37 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 77 (100%). Ao final da intervenção

obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 127 (99,2%) dos idosos.



**Figura 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

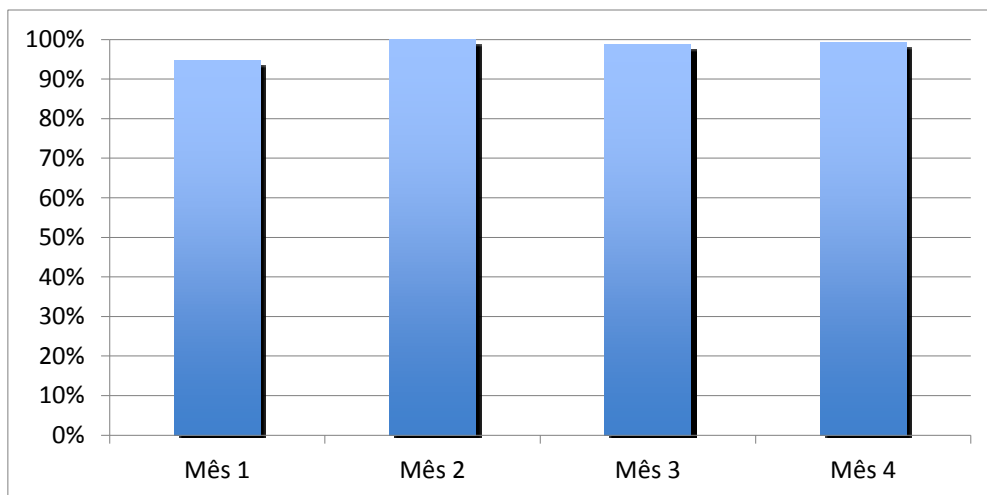
Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Indicador 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Dos 129 idosos residentes na área assistidos ao final de um período de 4 meses, 128 tiveram primeira consulta odontológica programática.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 18 (94,7%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 78 (98,7%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 128 (99,2%) dos idosos.

Os idosos que não foram contabilizados no mês em pauta apresentaram-se espontaneamente a UBS com algia em elementos dentários e foram acolhidos pela equipe de saúde e eram contabilizados na sessão seguinte.



**Figura 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática**

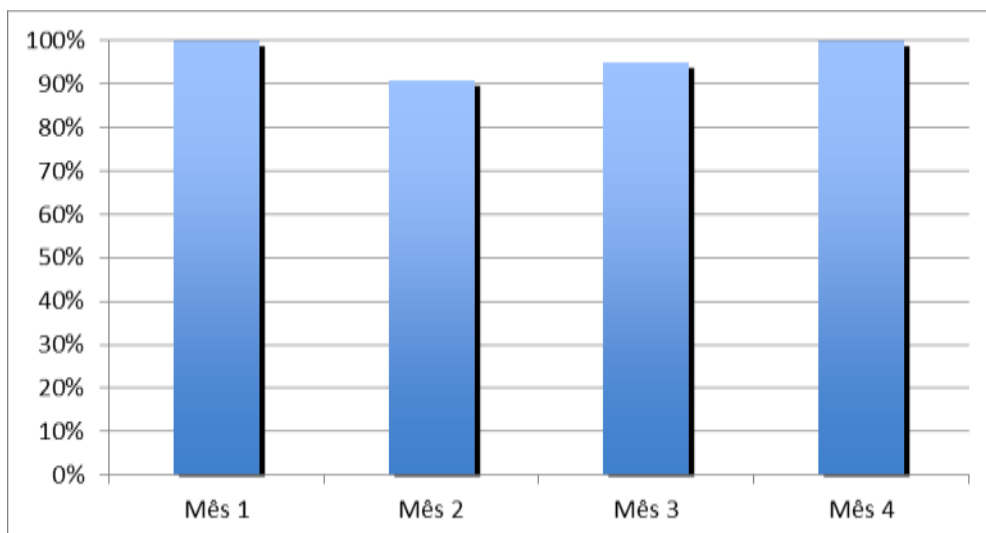
**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Na área adstrita a UBS existem 35 idosos acamados ou com problemas de locomoção. Dentre esse público, 34 idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área, ao final de um período de 4 meses foram contemplados com visita domiciliar odontológica na UBS.

No primeiro mês conseguimos assistir 2 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 10 (90,9%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 19 (95%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 34 (100%) dos idosos.



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

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

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

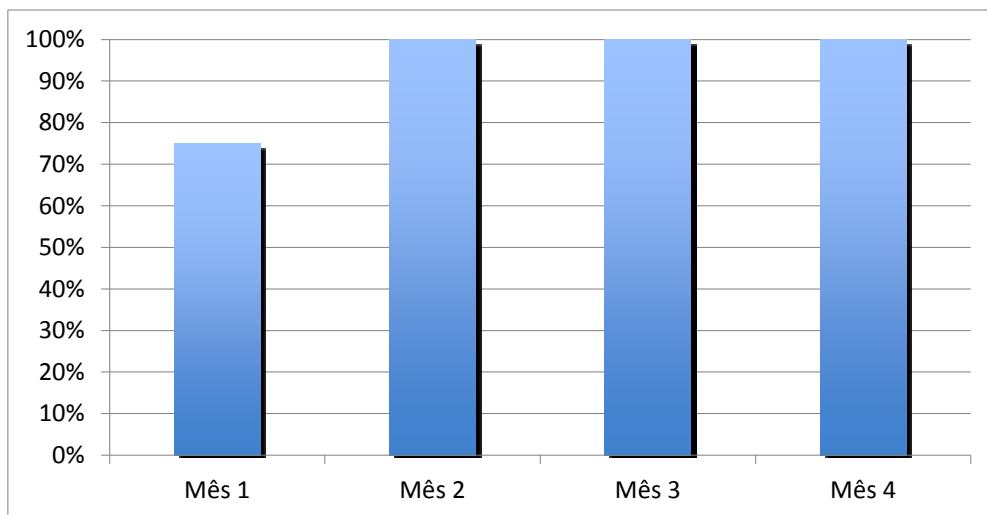
Meta 8: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Indicador: Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa:

Ao final de um período de 4 meses os idosos que faltaram às consultas programadas tiveram a busca ativa, 13 tiveram busca ativa dos que faltaram à consulta odontológica programática.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos buscar 3 (75%) idosos. No segundo mês a cobertura foi com a busca de 2 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 2 (100%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 6 (100%) dos idosos.

O idoso que não teve busca ativa se ausentou da área de cobertura da UBS por diversos motivos como: viagem, internação e mudança de endereço.



**Figura 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde

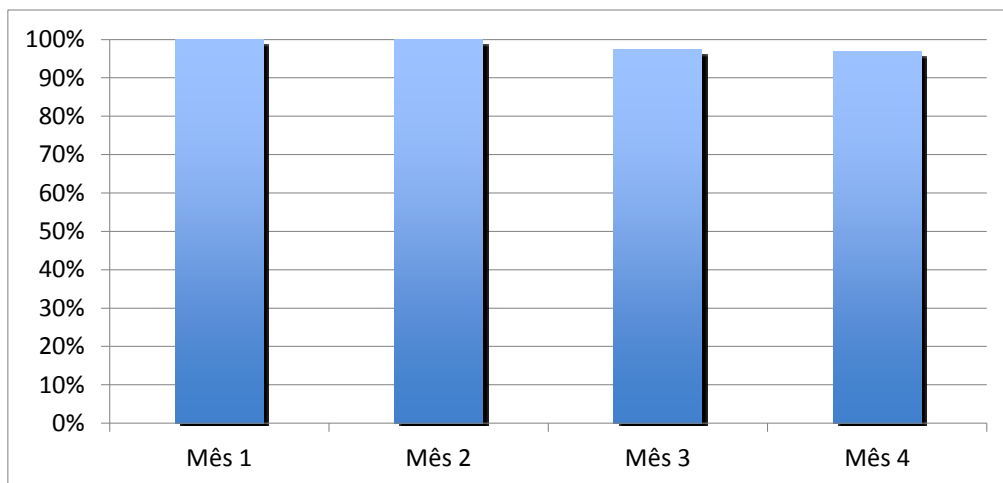
**Meta 9:** Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

**Indicador:** proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.

Dos 129 idosos residentes na área assistidos pela a equipe, ao final de um período de 4 meses 125 tiveram avaliação multidimensional rápida em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 77 (97,5%). Ao final da intervenção obtemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 125 (96,5%) dos idosos.

O alcance da meta em parte foi devido à soma dos esforços da equipe, apoio da gestão municipal e a boa receptividade da população alvo. Os idosos que não foram contemplados estavam acamados e não tinham condições físicas no momento para a avaliação multidimensional rápida e um foi realizado em outra oportunidade.



**Figura 9: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

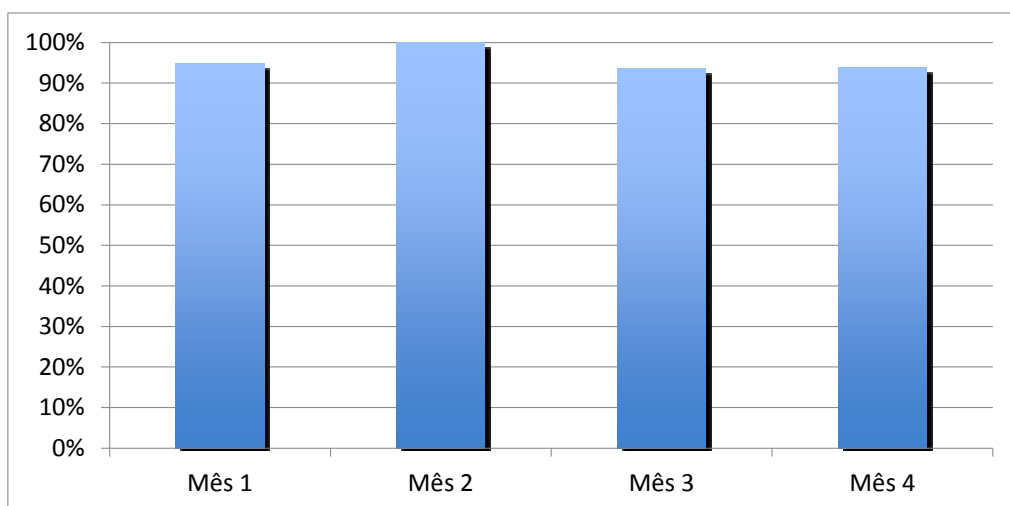
Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses.

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

Dos 129 idosos residentes na área assistidos pela equipe, ao final de um período de 4 meses 121 tiveram exame clínico apropriado em dia e 120 são portadores de DM.

No primeiro mês conseguimos assistir 18 (94,7%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 74 (93,7%). Ao final da intervenção obtemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 121 (93,8%) dos idosos.

Os idosos que não foram contemplados estavam acamados e não tinham condições físicas no momento para exame clínico apropriado e serão realizados em outra oportunidade.



**Figura 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

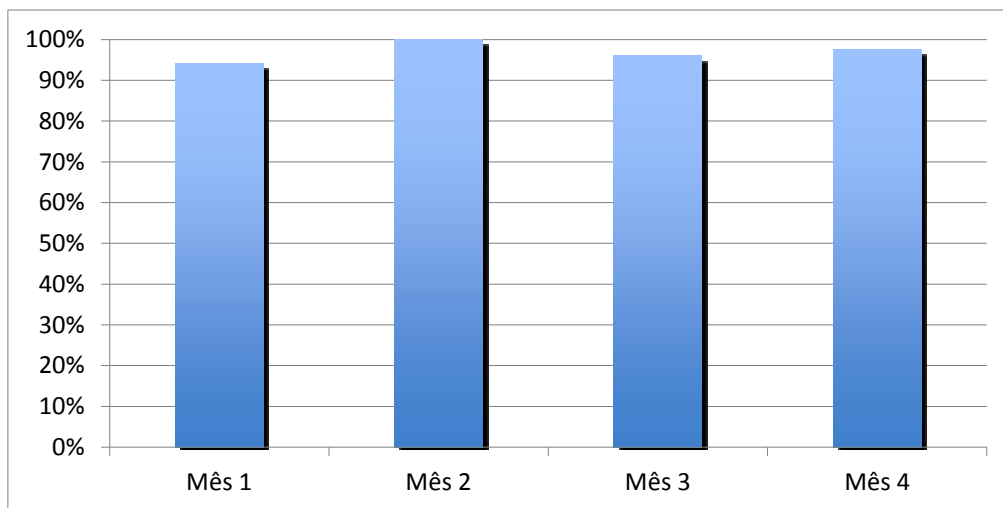
Indicador: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Dos 129 idosos residentes na área assistidos pela equipe, ao final de um período de 4 meses 121 tiveram exames complementares periódicos em dia.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 16 (94,1%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 37 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 72 (96,0%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 121 (97,6%) dos idosos.

Os idosos que não tiveram os exames complementares em dia foram realizados em outro momento ou não ficaram prontos dentro do corte de tempo do estudo em pauta.





**Figura 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

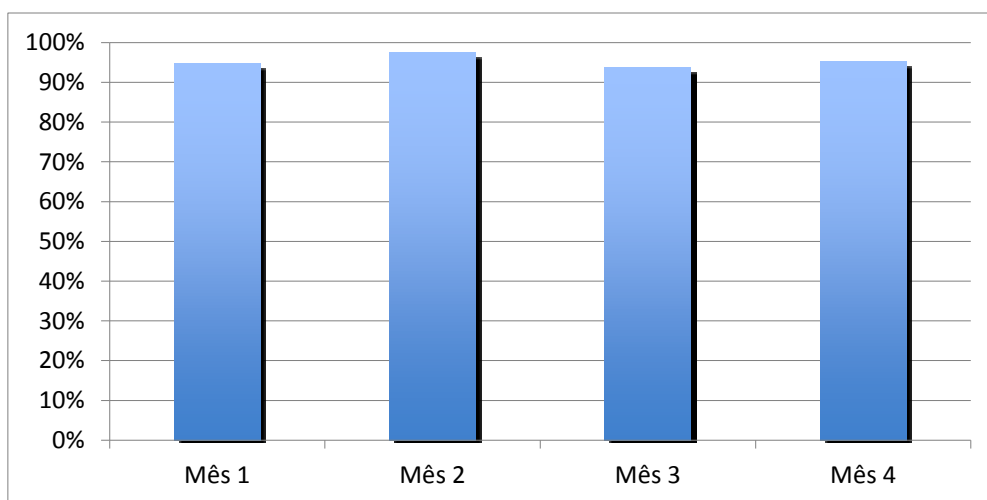
Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso aos medicamentos).

Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela equipe, ao final de um período de 4 meses 123 tiveram acesso aos medicamentos prescritos em dia.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 18 (94,7%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 38 (97,4%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 74 (93,7%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 123 (95,3%) dos idosos.

Os idosos que não tiveram os medicamentos prescritos em dia foram por conta da falta desses medicamentos na farmácia da UBS e na rede pública do município.



**Figura 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

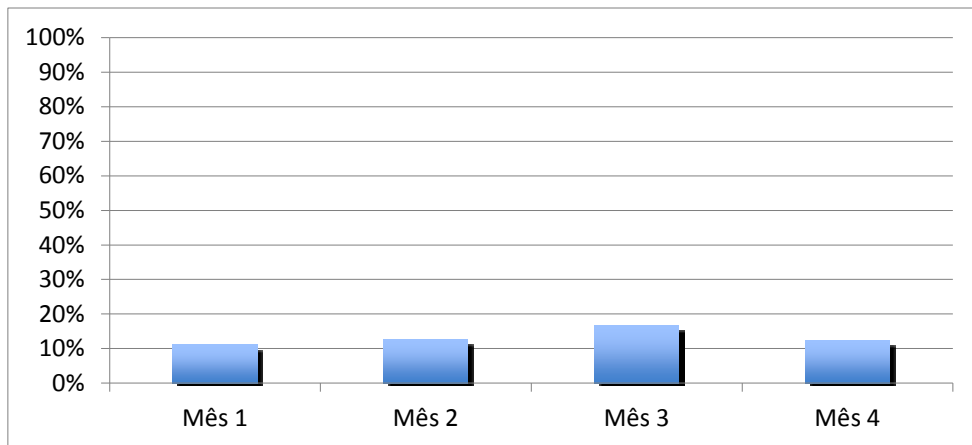
Meta 13: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Dos 128 idosos residentes na área e que realizaram a primeira consulta odontológica, 16 tiveram o tratamento odontológico concluído ao final de um período de 4 meses.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 2 (11,1%) idosos. No segundo mês a cobertura foi de 5 (12,8%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 13 (16,7%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 16 (12,5%) dos idosos.

Os idosos que não concluíram o tratamento odontológico durante o período da intervenção foi por conta da constante falta de material de consumo e equipamentos odontológicos danificados durante o período do Programa. O esforço da equipe permitiu não descontinuar o tratamento dos pacientes, não obstante não conseguimos completar no período citado um maior número de tratamentos.



**Figura 13: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

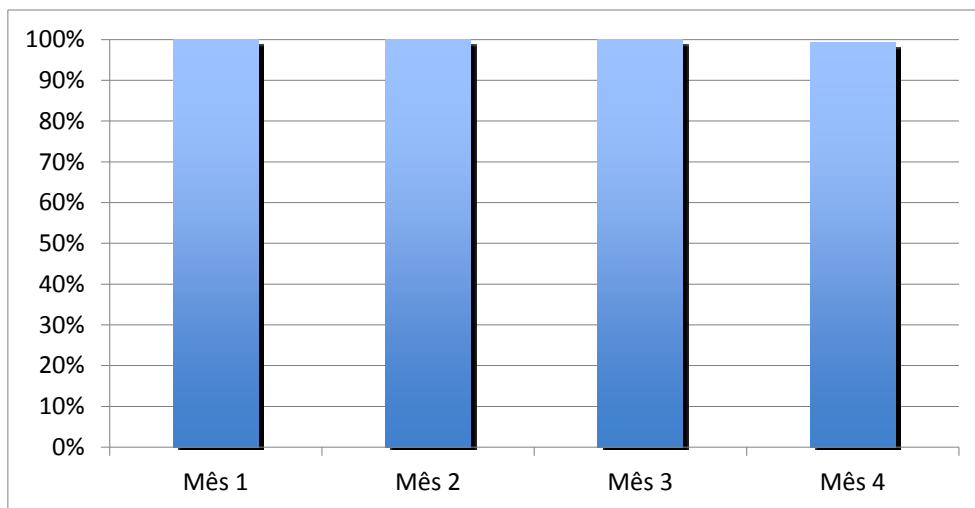
Meta 14: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela equipe, ao final de um período de 4 meses 128 tiveram avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 79 (100%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 128 (99,2%) dos idosos.

O idoso que não teve a avaliação da mucosa bucal em dia estava acamado e não conseguia abertura bucal suficiente para uma avaliação apropriada, o que acarretou uma avaliação não confiável e por isso foi descartada da amostra.



**Figura 14: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

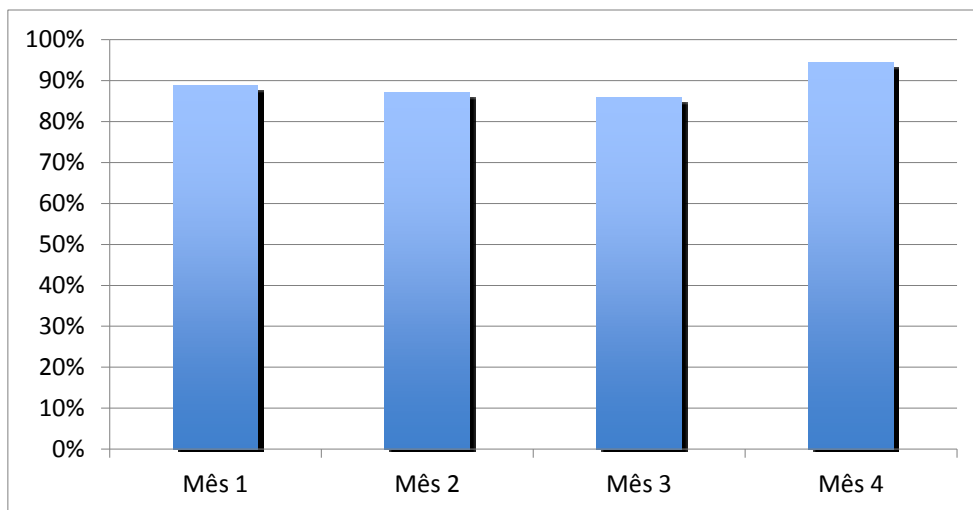
Meta 15: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.

Dos 128 idosos residentes na área que realizaram a primeira consulta odontológica 121 tiveram avaliação de necessidade de prótese bucal em dia ao final de um período de 4 meses.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 16 (88,9%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 34 (87,2%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 67 (85,9%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 121 (94,5%) dos idosos.

Os idosos que não tiveram a avaliação da necessidade de prótese bucal é porque os mesmos (7) já possuíam próteses dentárias em condições boas de saúde bucal e de inserção das mesmas.



**Figura 15: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

Objetivo: Melhorar registro das informações.

Meta 16: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador: proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela equipe e ao final de um período de 4 meses 129 tiveram os registros realizados conforme o preconizado pela a ficha espelho.

No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 79 (100%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 129 (100%) dos idosos.

Meta 17: Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador: Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses 49 estavam com a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Esses indicadores tiveram evolução pouco favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês não conseguimos assistir nenhum idoso. No segundo mês a cobertura teve uma pequena ampliação com a adesão de 5 (12,8%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 21 (26,6%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 49 (38%) dos idosos.

A maioria dos idosos não possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa. Utilizam a caderneta de saúde de hipertenso/diabético até que uma nova remessa seja fornecida às Unidades de Saúde, pois não existe esse fornecimento das cadernetas na UBS, as poucas que conseguimos distribuir durante a intervenção foram arrecadadas em outras UBS.

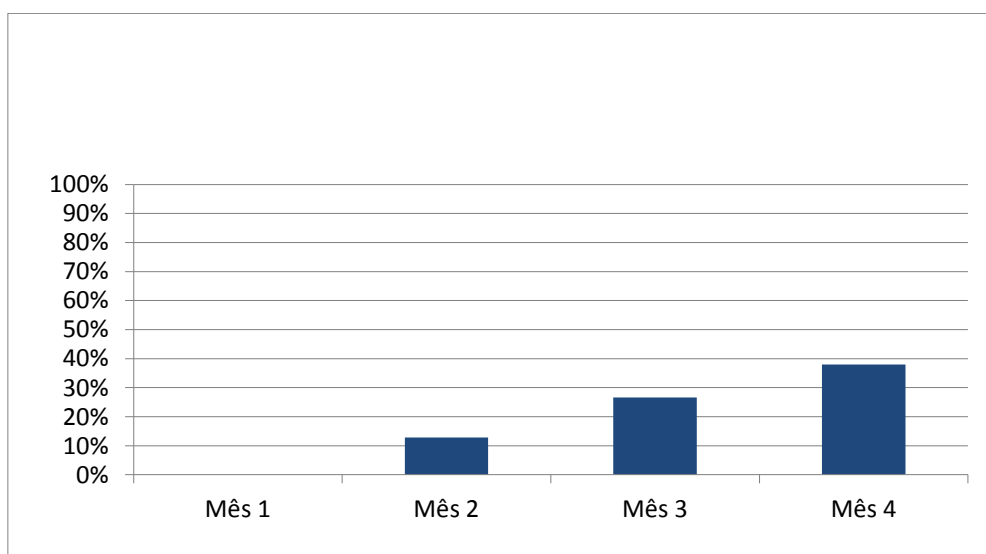


Figura 16: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Meta 18: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

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

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses 126 estavam com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 77 (97,5%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 126 (97,7%) dos idosos.

A maioria dos idosos foram avaliados para risco de morbimortalidade em dia. Os idosos (3) que não foram avaliados para risco de morbimortalidade estavam com informações confusas ( na ficha de avaliação) e foram descartados.

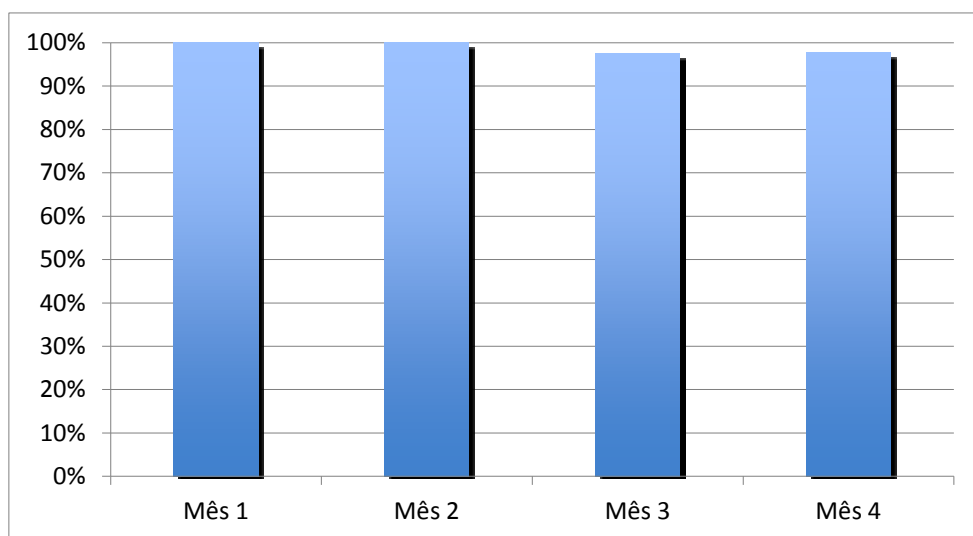


Figura 17: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

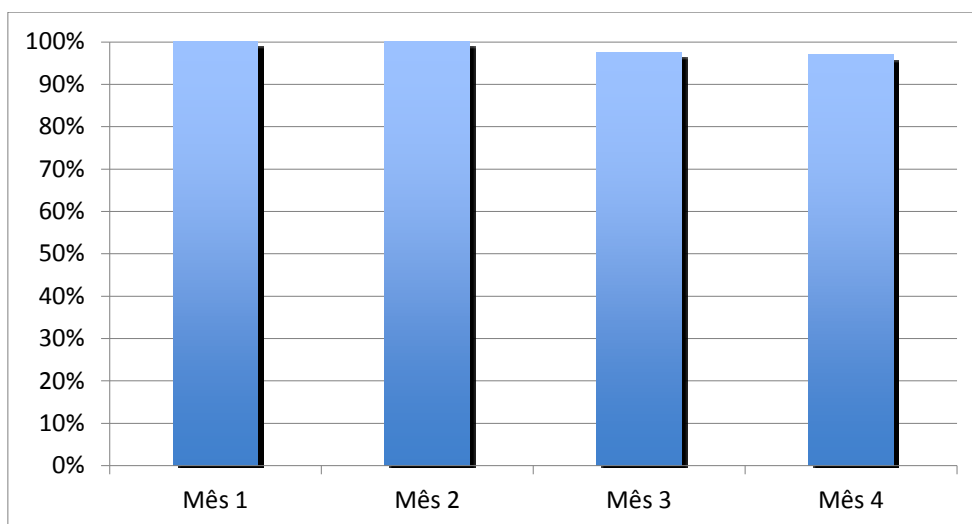
Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

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

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe, ao final de um período de 4 meses e 125 estavam com avaliação na fragilização na velhice em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 77 (97,5%). Ao final da intervenção obtemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 125 (96,9%) dos idosos.

A maioria dos idosos foram avaliados na fragilização na velhice em dia. Os idosos que não foram avaliados para avaliação na fragilização em dia não estavam em condições de serem avaliados no momento da intervenção.



**Figura 18: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.**

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 20: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

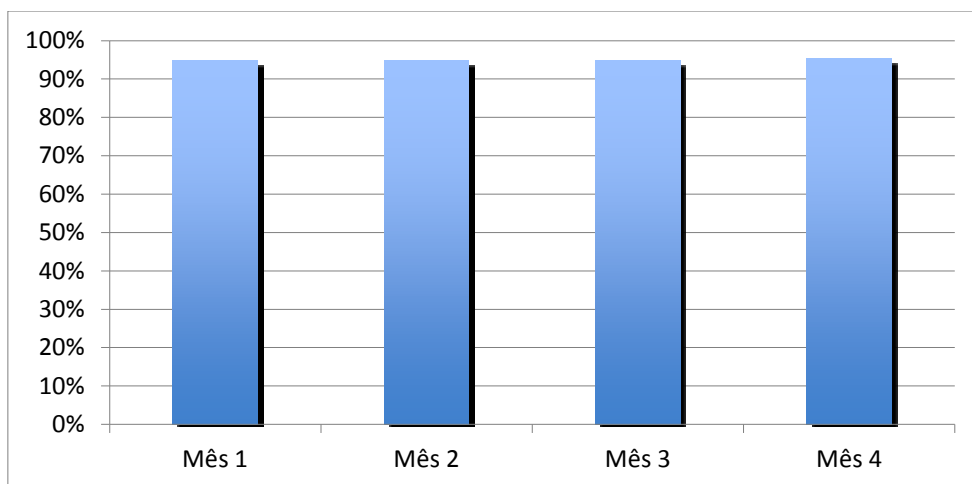
Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.



Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses e 123 estavam com avaliação de rede social em dia.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 18 (94,7%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 37 (94,9%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 75 (94,9%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 123 (95,3%) dos idosos.

A maioria dos idosos foram avaliados de rede social em dia. Os idosos que não foram avaliados para avaliação de rede em dia estavam impossibilitados de receber esta avaliação no momento da intervenção.



**Figura 19: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

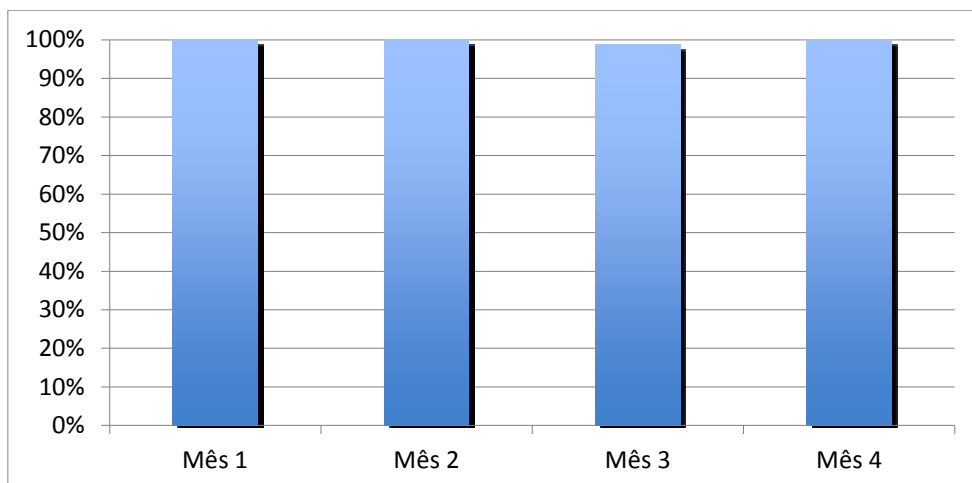
Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses 129 estavam com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 18 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 39 (100%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 77 (98,7%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 129 (100%) dos idosos.

Todos os idosos foram examinados para a avaliação de risco em saúde bucal.



**Figura 20: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

Objetivo: Promover a saúde.

Meta 22: garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

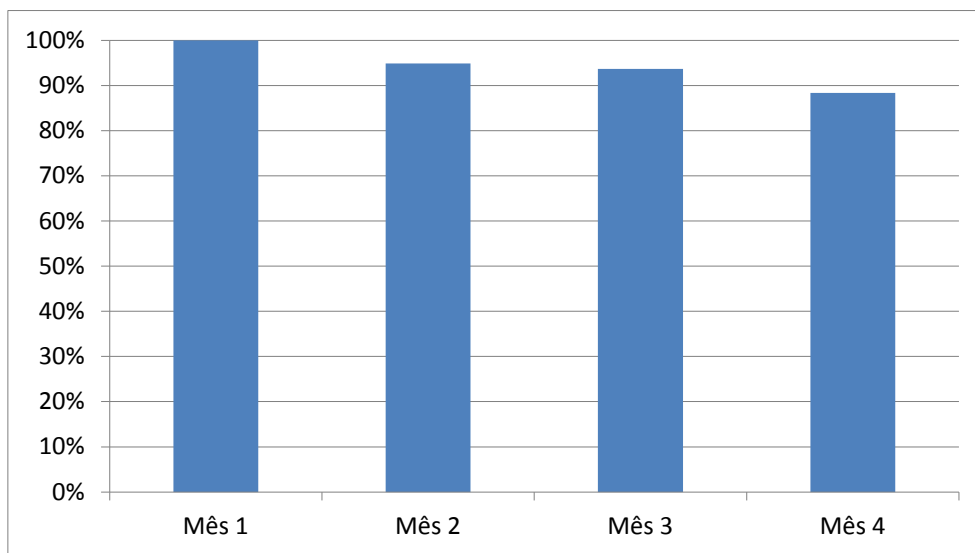
Indicador: proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe, ao final de um período de 4 meses, 114 estavam com orientação nutricional para hábitos saudáveis em dia.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 19 (100%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 37 (94,7%) idosos. No

terceiro mês a cobertura foi de 74 (93,7%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 114 (88,4%) dos idosos.

A maioria dos idosos foram avaliados para orientação nutricional para hábitos saudáveis em dia.



**Figura 21: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

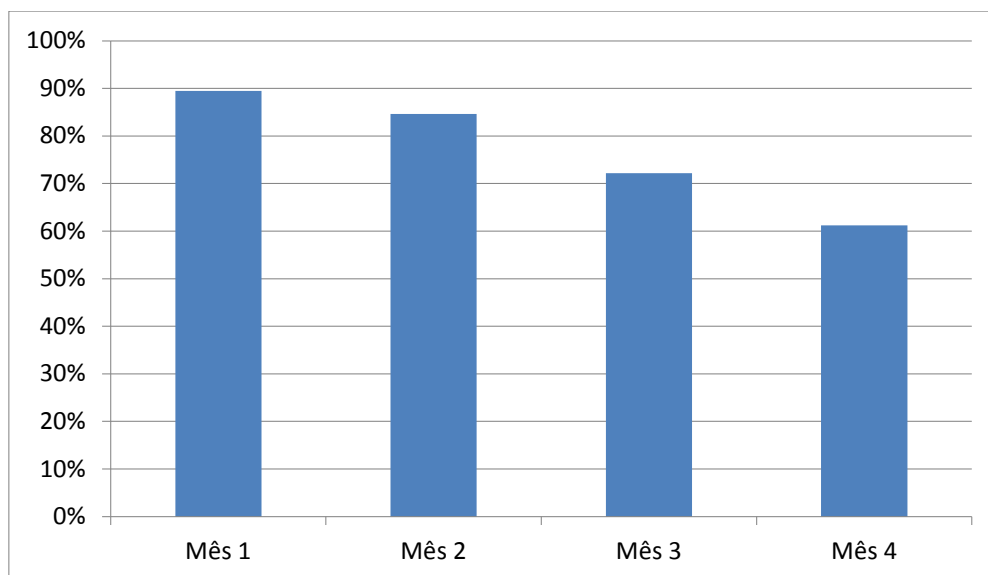
Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular em 100% dos idosos.

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

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe, ao final de um período de 4 meses e 79 estavam com orientação para a prática de atividade regular em dia.

Esses indicadores tiveram evolução favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 17 (89,5%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 33 (84,6%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 57 (72,2%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 79 (61,2%) dos idosos.

Os idosos que não receberam orientação para prática regular de atividade física estavam acamados e impossibilitados dessa prática.



**Figura 22: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

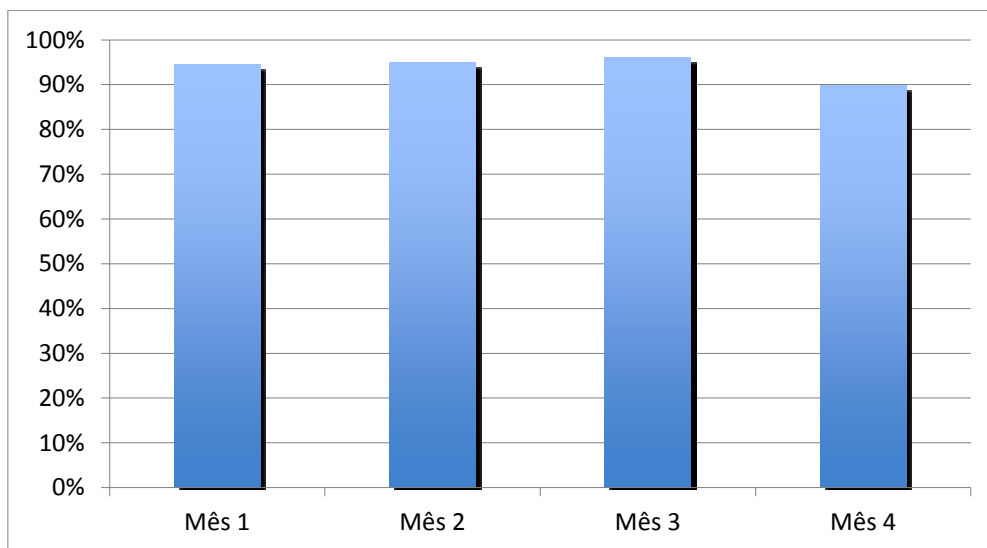
**Meta 24:** Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador:** proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Dos 128 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses e 115 estavam com orientação individuais sobre higiene bucal em dia.

No primeiro mês conseguimos assistir 17 (94,4%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma boa ampliação com a adesão de 37 (94,9%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 75 (96,2%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 115 (89,8%) dos idosos.

Os idosos que não receberam orientação para hábitos de higiene bucal incluindo as próteses dentárias estavam acamados e impossibilitados de receberem individualmente essa orientação.



**Figura 23: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

Meta 25: garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 80% dos idosos cadastrados.

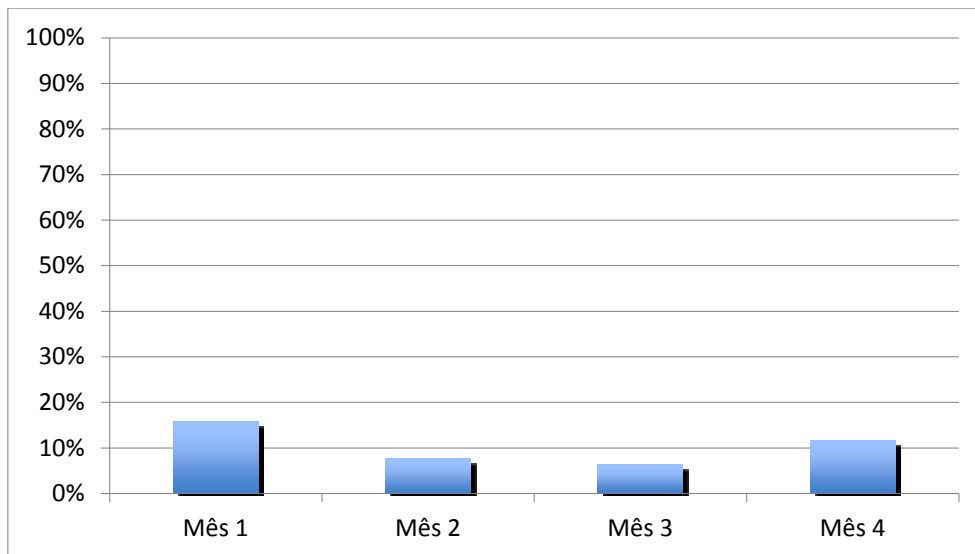
Indicador: proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Dos 129 idosos residentes na área, assistidos pela a equipe ao final de um período de 4 meses e 15 estavam com participações em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Esses indicadores tiveram evolução pouco favorável ao longo dos 4 meses. No primeiro mês conseguimos assistir 3 (15,8%) idosos. No segundo mês a cobertura teve uma a adesão de 3 (7,7%) idosos. No terceiro mês a cobertura foi de 5 (6,3%). Ao final da intervenção obtivemos no quarto mês uma cobertura na área adstrita de 15 (11,6%) dos idosos.

A comunidade não está acostumada com ações coletivas de odontologia voltadas para o presente público alvo. Quase todas destinam-se a

escolares e pré-escolares. Tivemos de partir do zero e conseguimos criar uma semente que em pouco tempo germinará.



**Figura 24: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.**

**Fonte: Planilha de coleta de dados.**

## 4.2 Discussão

Após estes meses desde que iniciamos o Curso e a vivência em seus vários módulos, minha concepção de saúde da família e do meu papel como agente de mudança mudou consideravelmente. Talvez por nossa própria rotina de encargos diários, problemas pessoais, toda uma burocracia que necessita ser preenchida e construída em prazos determinados, acabamos por ter uma visão fragmentada da realidade e quem sabe nos enclausuramos em nossas atividades diárias e ficamos receosos de críticas.

Hoje me considero um profissional que mesmo exercendo minhas funções em uma UBS, possuo uma visão geral das premissas legais da infraestrutura e funcionamento das unidades de saúde, do ciclo que deve ser seguido na aquisição de insumos e seu gerenciamento e as diversas prioridades da administração.

A equipe de saúde está com os laços mais consolidados, procuramos nos encontrar informalmente sempre que possível e os assuntos referentes aos usuários são discutidos sempre que necessários, pois mesmo os não especialistas contribuem com um visão diferenciada do problema.

O Projeto em si ofereceu as ferramentas para uma assistência baseada em evidências científicas baseadas em conceitos administrativos bem delineados e através de uma planilha visualizamos rapidamente nossa atual situação, buscando melhorias e adaptações a situações específicas. Os conceitos básicos podem ser exportados para qualquer grupo etário e adaptados a situações locais típicas de um país com uma extensão territorial do porte de nossa Nação.

Alcançamos uma grande parte das metas propostas e a ação programática está consolidada na rotina da UBS. Tivemos alguns problemas operacionais como inconstância do fluxo de materiais de consumo e equipamentos odontológicos em condições sofríveis de uso. Não obstante em qualquer momento houve interrupção dos tratamentos clínicos ou diminuição da qualidade dos mesmos.

Os planejamentos clínicos foram respeitados, as consultas clínicas agendadas em comum acordo com os afazeres dos idosos e com exceção do serviço de prótese dentária, todos os procedimentos inerentes à atenção básica foram contemplados. Outro entrave ao Projeto foi o serviço de odontologia radiológica. Situam-se longe da unidade, exige viagens para marcação, tomada radiográfica e recebimento do mesmo com o laudo, o que onera aos usuários e demanda um tempo precioso para um diagnóstico preciso. Será levantada a questão para a gerência da possibilidade de instalação de um aparelho de RX odontológico na UBS de Sacramento.

A comunidade de início estava um pouco desconfiada, de um novo modo de vivência para a terceira idade que é um ser único que necessita de uma atenção diferenciada. Entretanto, atingir os 60 anos é um privilégio que poucos conseguem e é nossa obrigação como profissionais de saúde que seja proveitosa, com muita energia e satisfação. O mais importante é destruímos velhos estereótipos da sociedade sobre os idosos e que permeiam ainda alguns deles.



### 4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

O Projeto focalizou a população idosa de Sacramento na qual se situa a Unidade de Saúde da Família. Nossa unidade é integrada pelos seguintes profissionais de saúde: uma médica, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, uma recepcionista, seis agentes de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Também temos a colaboração de duas técnicas de laboratório.

Iniciamos o atendimento no mês de outubro, mas já tínhamos iniciado um trabalho de sensibilização da comunidade e da população alvo. Todavia houve certo grau de desconfiança da população alvo, visto que as bases delineadoras do Projeto são inovadoras e os idosos são o alvo prioritário de nossa atenção.

Os profissionais da unidade foram atualizados sobre as principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção à saúde dos idosos e na atenção odontológica em particular. Os agentes de saúde receberam uma atenção especial, pois foram os catalisadores de nossos esforços perante a comunidade e de certa forma uma ferramenta informal de avaliação de nossas atividades.

Os idosos tiveram suas consultas previamente agendadas em horários na qual se procurava conciliar as atividades dos idosos e da unidade de saúde, para que o fluxo do planejamento clínico não fosse interrompido. A demanda espontânea se houvesse, seria acolhida e a próxima consulta já marcada.

Em quatro meses de tratamento foram atendidos cento e vinte e nove idosos de um total previsto de duzentos e um. Como principais resultados obteve-se a ampliação de cobertura dos idosos em 64,2% (129), os idosos acamados foram acompanhados com uma cobertura de 98% (34) e 99,2% (128) idosos cadastrados tiveram sua primeira consulta odontológica realizada.

Tivemos algumas dificuldades na obtenção de insumos e na manutenção dos equipamentos odontológicos, o que impactou um pouco o desempenho nos quatro meses. Todavia os usuários receberam atenção dentro dos padrões elevados do Programa e da filosofia da Estratégia de Saúde da Família, o que implica reconhecer que não necessitamos de grandes investimentos para oferecermos um atendimento da mais alta qualidade e uma atenção diferenciada para os nossos idosos.

Durante as consultas identificamos alguns idosos que estavam com as consultas médicas em atraso por motivos diversos, mas que se interessaram pela resolubilidade do Programa. Os procedimentos clínicos foram realizados e estes foram encaminhados para atendimento médico e consulta de enfermagem. Diversos idosos acamados foram visitados, orientamos os mesmos e/ou seus cuidadores e alguns intermediamos algumas petições para o CRAS.

A maior dificuldade que encontramos é o setor de prótese dentária. Praticamente a maioria dos idosos necessita de próteses totais ou parciais removíveis e não têm condições financeiras para arcar com os custos. Outra dificuldade é a falta de um aparelho de RX odontológico na unidade, pois é muito difícil para os idosos deslocarem-se para o CEO, para a tomada radiográfica.

Na recepção foram realizadas palestras visando à educação em saúde e particularmente em saúde bucal, além de orientação individual. Sem dúvida a intervenção é um sucesso na comunidade e contamos com o apoio e incentivo de nossos colegas da unidade.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade**

Estes quatro meses na qual estivemos oficialmente implementando o nosso Projeto foram de muita gratificação para a equipe de saúde da Unidade do Sacramento e a minha pessoa em particular. Uma nova perspectiva no olhar das necessidades clínicas e odontológicas dos idosos foram sistematizadas. Não que a equipe não tinha uma visão holística dos usuários, é uma filosofia da Estratégia de Saúde da Família. Somente que agora organizamos, discutimos entre a equipe, conversamos e interagimos com os idosos buscando estratégias compartilhadas de atendimento, buscando conciliar os pressupostos do Ministério da Saúde, do Curso da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e das necessidades da população alvo.

A resolutividade, os horários previamente agendados em conformidade com a agenda pessoal dos usuários, um olhar diferenciado e um trabalho em equipe foram fundamentais para o sucesso do empreendimento. Demonstramos que o atendimento odontológico aos idosos não necessita de implementos especiais, o que temos na Unidade de Saúde é praticamente suficiente. Entretanto atendimentos sem interrupções, respeitando os horários e pactos previamente acordados e o encaminhamento aos serviços de outras unidades são essenciais para criar um vínculo consistente entre o serviço e a comunidade.

Reconhecemos que nossa maior dificuldade é o serviço de prótese (que ainda não foi consolidado) e o serviço de radiografias da boca, que é longe da unidade e nem sempre conseguimos uma resposta rápida do serviço. Iremos solicitar aos gestores um aparelho de RX odontológico em nossa unidade, o que agilizará vários serviços que os idosos necessitam.

Para finalizar enfatizamos as visitas domiciliares e iremos aumentar nossas atividades de educação em saúde para a comunidade, com palestras em algumas instituições de Sacramento, interagindo com as lideranças comunitárias.

## **5 Reflexão Crítica sobre seu Processo Pessoal de Aprendizagem**

O curso de especialização em saúde da família impactou na maneira de visualizar o meu trabalho como profissional. Não que tenha modificado minha visão da saúde pública e do SUS como estratégia para modificar a saúde da população brasileira. Sou um entusiasta da minha opção como profissional de saúde, mas talvez pela rotina da dia a dia tivesse uma visão um pouco fragmentada do processo de saúde como um todo. Geralmente nos concentramos em nossas atividades diárias e nos tornamos um pouco distantes dos outros elos da cadeia do sistema de saúde do nosso município.

O setor de odontologia talvez por tradição sempre se mantivesse um pouco separados dos outros setores de saúde. Atualmente já avançamos muito em trabalho de equipe, não obstante é um desafio consolidar estes ganhos e depende muito da interação entre os diversos profissionais de saúde. Uma das grandes conquistas do curso é enfatizar e constantemente promover este trabalho em equipe como componente vital dos ganhos em saúde da população adscrita.

Ao iniciarmos os módulos realizamos questionários sobre os diversos setores da unidade de saúde e uma análise do ambiente na qual a UBS interage. Proporcionou uma visão até certo modo “estranho” de detalhes de alguns setores da unidade a qual eu não tinha conhecimento. Por exemplo, até esse momento nunca tive curiosidade de atentar para o funcionamento da farmácia, apenas prescrevia os medicamentos e pronto. Após estes módulos passei nas reuniões a interessar-me sobre assuntos da unidade (administrativos) que antes supunha que era da alçada dos outros profissionais de saúde.

Na parte clínica além de atividades odontológicas comecei a questionar baseado nos protocolos que o curso nos ofereceu outras questões da saúde de forma holística, referenciando os pacientes para os profissionais médico e enfermeiro quando necessário. A aferição da pressão arterial, batimentos cardíacos, respiração, pulso, membros inferiores e superiores e

questionamentos sobre alimentação, estilo de vida dão-nos subsídios importantes no gerenciamento da saúde dos usuários.

A ênfase em uma visão geral dos idosos, o acolhimento, o planejamento clínico como um setor da população com características próprias e principalmente o respeito pelos prazos clínicos deu-nos uma resposta gratificante por parte dos idosos de nossa comunidade e impactou positivamente na saúde destes. Alguns que havia algum tempo não frequentavam os gabinetes médico e de enfermagem mas queriam um “belo sorriso” foram prontamente encaminhados a consultas desses profissionais e resgatamos os mesmos através do Programa.

Finalmente ao consolidamos o Programa em nossa Unidade de Saúde pretendemos exportá-los a outras UBS, todavia estamos vivenciando uma crise no fluxo de insumos e os atendimentos odontológicos estão descontinuados e gera um déficit de backup da população.

## Referências

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica** – Cadernos de Saúde Pública. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

CAMPOS, Valquíria Leão. **Proposta de elaboração de protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso no Programa de Saúde da Família (PSF) de Japaraíba**, Minas Gerais. Brasil, 2011. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis, 2006.

GIUSTI, Carmem Lúcia Lobo et al. Teses, Dissertações, **Trabalhos Acadêmicos**: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores em Saúde**, Brasil, 2012. Acessado em [www.ibge.gov.br/r/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260290&search=pernambuco|cabo-de-santo-agostinho](http://www.ibge.gov.br/r/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260290&search=pernambuco|cabo-de-santo-agostinho).

SÁ, Cleiterson Rezende de. **A avaliação do perfil de risco cardiovascular pelo escore de Framingham em uma amostra da população adulta no município de Mateus Leme (MG)**. Brasil, 2009. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SIAB: **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 13 jun. 2013.

**USAID. The Logistics Handbook: a practical guide for the supply chain management of health commodities.** Arlington, USA, 2011.

**Anexos**







## Apêndice

### Apêndice A- Carteira do idoso

		VACINAS			OBSERVAÇÕES
		ANTI-DIFTERIA E TÉTANO (DT)	GRIPE	OUTRAS	
1ª DOSE	DATA RUBRICA				
2ª DOSE	DATA RUBRICA				
3ª DOSE	DATA RUBRICA				
REFORÇO	DATA RUBRICA				
DOENÇAS CRÔNICAS		MEDICAMENTOS		OUTRAS DOENÇAS	

É IMPORTANTE				
DATA	PESO	P.A.	GLICOSE	COLESTEROL
PRÓXIMAS CONSULTAS				
DATA	HORA	MÉDICO	OBSERVAÇÕES	
ALERGIAS		GRUPO SANGÜÍNEO	FATOR RH	

## **Apêndice B- Odontograma**





**Figura 25: USB José Pedro Xavier “Sacramento”.**

**Fonte: Arquivo do autor.**



**Figura 26: Atendimento clínico no Programa de atendimento a idosos.**

**Fonte: Arquivo do autor.**



**Figura 27: Aferição de pressão arterial antes do atendimento clínico a idosos do Programa de atenção a idosos.**

**Fonte: Arquivo do autor.**