

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/USF Alzira Rabelo do município de  
Santo Antônio do Içá, AM

René Alfonso Prado

Pelotas, 2016

Rene Alfonso prado

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/USF Alzira Rabelo do município de Santo Antônio do Içá, AM

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

Orientador: Ernande Valentin Do Prado

Pelotas, 2016

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

P896m Prado, René Alfonso

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS/USF Alzira Rabelo do Município de Santo Antônio do Içá, AM / René Alfonso Prado; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a todos aqueles que lutam dia a dia, para melhorar as condições de saúde dos idosos das populações ribeirinhas que tanto necessitam.

## Agradecimentos

Ao meu orientador, Ernande Valentin do Prado pela sua paciência e dedicação no guiar de minha atuação no desenvolvimento de todas as atividades do curso.

Aos gestores do município de Santo Antônio do Içá pelo apoio para o desenvolvimento deste projeto.

A todas as equipes de saúde da UBS Santo Antônio, pela ajuda no desenvolvimento do projeto de intervenção.

## Resumo

PRADO, Rene Alfonso. Melhoria da atenção a saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Alzira Rabelo do município de Santo Antônio do Iça, Amazonas. 2016. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Prestar serviços de saúde à população idosa representa um desafio crescente para os serviços de saúde brasileiros. Segundo a organização não governamental Global Age Watch Index), que luta pelos direitos dos idosos e. Segundo IBGE (2014) o Brasil, tem 20,6 milhões de idosos o que representa 10,8% da população total, o que indica deve haver uma preocupação crescente em termos de melhoria de condições de vida, para essa população que vem não somente aumentando seu contingente populacional como também a perspectiva de vida. Pôr disso importante que os serviços de atenção básica programem programas dirigidos a diminuir a prevalência de complicações na população idosa, tanto nos aspectos biológicos quanto social. Este trabalho teve por objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários idosos na área Alzira Rabelo Garcia do município de Santo Antônio do Iça, Amazonas. A intervenção foi desenvolvida no período de 02 de outubro de 2015 até 26-dezembro de 2016, totalizando 12 semanas de trabalho. Nesse período realizamos ações dentro dos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Nossa população alvo é de 2.477 pessoas, deles 249 tem 60 anos e mais. 231 (98%) dos idosos, até agora, já foram atendidos e cadastrados ao programa. Aumentamos a cobertura de 231 para 92,8%. Porém, o maior implemento foi na qualificação dos cuidados de saúde, para todas as pessoas foi realizado avaliação Multidimensional rápida, exame clínico apropriado rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, solicitado exames complementares periódicos, feito prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, Cadastramento das idosas acamados ou com problemas de locomoção para 100% das pessoas atendidas. Melhorou também o desempenho da equipe, conseguimos realizar registro específico de 100% das pessoas idosas, distribuir Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% das pessoas, também rastreamos risco de morbimortalidade e necessidade de atendimento odontológico para 100% das pessoas com 60 anos e mais. Porém, apenas 125 (54,1%) pessoas foram atendidas pelo dentista em primeira avaliação. Orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal foram feitos para 100% das pessoas, além de familiares. Com o desenvolvimento da intervenção e o trabalho realizado pelas equipes foi possível melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos e incorporar estas ações a rotina dos serviços de saúde.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Imagens de Santo Antônio do Içá – AM – fonte: Google.	14
Figura 2	Fotografia: 1: UBS Alzira Rabelo. Fonte: Google.	15
Figura 3	Gráfico: com a cobertura do programa de atenção á saúde da pessoa idosa na UBS Alzira Rabelo.	49
Figura 4	Fotografia: Atendimento no consultório.	51
Figura 5:	Fotografia ação de rastreamento de pessoas com HAS e DM	53
Figura 6.	Gráfico com proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Alzira Rabelo	55
Figura 7	Gráfico com a proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica na UBS Alzira Rabelo.	57
Figura 8	Fotografia: orientação nutricional e atendimento em domicilio	62
Figura 9	Fotografia orientação sobre realização de exercícios físicos nas atividades realizadas em parcerias com o CRAS	62
Figura 10	Gráfico: cobertura do programa de atenção á saúde da pessoa idosa na UBS Alzira Rabelo.	67

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRPS	Centro de Referência Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus DOE Dialogo Orientador especializado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Sistema Estadual de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Sumário

1-Análise Situacional.....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3.1 Detalhamentos das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	44
2.3.3 Logística .....	49
2.3.4 Cronogramas.....	52
3 Relatórios da Intervenção.....	53
1Ações e Desenvolvidas. ....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços. ....	55
4 Avaliação da Intervenção .....	56
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discussões.....	70
5 Relatórios para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	77
7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências .....	81
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	83
Anexo B- Planilha de coleta de dados.....	84

Anexo C-Ficha espelho .....	85
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias ...	86

## Apresentação

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alzira Rabelo Garcia, no município de Santo Antônio do Içá/Amazonas com a finalidade de melhorar a atenção aos usuários idosos.

O volume encontra-se organizado em sete seções: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório da Intervenção para Gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

No capítulo da Análise Situacional constam informações sobre a estrutura e processo de trabalho do serviço de saúde onde foi realizada a intervenção. A Análise Estratégica compreendeu a elaboração do projeto de intervenção direcionado a ação programática da atenção à saúde dos usuários idosos. No Relatório da Intervenção estão descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da unidade.

O capítulo de Avaliação da Intervenção contempla os resultados alcançados com o desenvolvimento da intervenção no serviço de saúde e a discussão dos resultados.

Depois estão descritos o Relatório da Intervenção para Gestores e para a comunidade e por fim a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS em que trabalho pertence ao Município Santo Antônio do Iça Amazonas, é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) com uma estrutura física não apropriada para UBS, temos duas turmas de trabalho com 4 equipes, uma sala de espera para 30 pessoas com corredores de circulação que não permitem o acesso de pessoas com cadeira de rodas, pouca iluminação, pequeno espaço no corredor para movimentação dos usuários e pessoal, os consultórios médicos são compartilhados pelos médicos da equipe.

Dispõe de com um sanitário público, uma sala de vacina e uma sala de curativo e onde se realiza nebulização, uma farmácia dentro do posto de saúde que funciona também como depósito de medicamentos, dois sanitários para funcionários, uma cozinha externa no posto, um depósito para material de limpeza, não tem salas para de agentes comunitários de saúde (ACS) e não tem sanitário para cadeirantes, a recepção é pequena e os usuários ficam fora da UBS esperando pelo atendimento. Não há escovódromo, falta mesa ginecológica e laboratório. A maioria da população está concentrada na zona rural de difícil acesso, não possui transporte próprio e a referência de serviço especializado é em Manaus, e os usuários são encaminhados através da via fluvial.

O prédio da UBS não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de incapacidades motoras e visuais, não existem rampas

alternativas, mobilidade reduzida por pouco espaço, os banheiros não são apropriados para a entrada de cadeiras de rodas, tem pouca iluminação, somente temos janelas na administração e gerência, recepção, farmácia e sala de curativos que possibilitam a circulação de ar com iluminação natural, todas suas paredes são laváveis de superfície lisa e pisos lisos laváveis de superfície lisa e antiderrapante.

(Existem quatro equipes de Saúde da Família) compostos por um médico clínico geral ou médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista que presta serviço na outra UBS adaptada, um auxiliar em saúde bucal e doze agentes comunitários. Outros profissionais em atividade nesta UBS: um administrador, um agente de segurança, um assistente social, dois auxiliares administrativos/recepcionista, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares de serviços gerais ou de limpeza, um biomédico que está a disposição da atenção básica, mas não presta serviço na UBS, o faz no hospital por não ter estrutura e um fonoaudiólogo.

A estrutura adequada é fundamental para o trabalho, nos consultórios médicos carentes de mobiliário adequados para oferecer uma boa atenção falta de iluminação, de ventilação a não climatização, a não adequada localização dos consultórios para os usuários deficientes e idosos. A prefeitura está construindo quatro unidades básicas na comunidade, em cada área onde desenvolveremos nosso trabalho. Com uma estrutura adequada da UBS melhoraremos a atenção a toda a população.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Amazonas é o estado de maior extensão territorial do Brasil onde se encontra município Santo Antônio do Içá, com uma população estimada de 30.351 habitantes. Está situada a 1.104 quilômetros de Manaus, possui uma área de 12.111 km, com 42 comunidades, delas 13 urbanas e 31 rurais. (IBGC, 2015).



Figura 1: Imagens de Santo Antônio do Içá – AM – fonte: Google.

O município conta com três UBS que funcionam em zona urbana e zona ribeirinha, existe NASF que funciona no outro posto de saúde, as três UBS são tradicional adaptadas para atendimento da população. Sim disponibilidade de laboratório clínica para exames complementares, os quais são encaminhados para o hospital para sua realização. Tem um hospital municipal onde são encaminhadas as demandas espontâneas depois da primeira avaliação pelo médico da UBS, um centro de controle de endemias onde se realizam controle de vetores e se realizam notificação dos casos de malária, filaria, dengue, toxoplasmoses que oferece serviços de laboratório clínico especificamente no controle destas doenças infectocontagiosas.

A UBS Alzira Rabelo é urbana (figura 2), mas também atende população rural, tendo uma população de 10.322 pessoas com quatro equipes de saúde para dar atendimento às pessoas dentro e fora da área da abrangência além de usuários de outros municípios que comparecem a consultas, por não ter condições de atendimento em seus municípios. Temos vinculação direta com o SUS e realizamos os programas de atenção básica segundo seus protocolos, não temos vinculação com instituições de ensino, com um modelo de atenção primária de tipo assistencial e continuado.



Figura 2: UBS Alzira Rabelo. Fonte: Google.

Ao avaliar a estrutura da UBS percebemos muitas inadequações que causam dificuldades no atendimento e concluímos que a infraestrutura é imprópria. Citam-se os problemas com as dimensões, os corredores de circulação que são muito estreitos para cadeirantes, para movimentação rápida de demandas espontâneas, produzindo uma barreira arquitetônica. A iluminação também é deficiente. As janelas são muito altas e pequenas para tamanho da UBS, é frequente ficarmos sem energia elétrica, nestes casos não podemos atender aos usuários e estes ficam esperando horários extensos para ser atendidos. O sanitário público não é apropriado, a sala de curativo é estreita, não temos sala nebulização, não existe sala específica para ginecologia, o exame citopatológicos é realizado na mesma consulta do médico, onde foi colocada uma mesa ginecológica como estratégia a falta de local para este programa, os quais não cumprem critérios, existem dois consultórios compartilhados para cada médico das quatro equipes. A farmácia se encontra fora da UBS com um corredor que permite chegar entrar na UBS, temos a vantagem de ficar perto do hospital, razão pela qual os usuários da área da abrangência assistem principalmente a hospital por demandas espontâneas, já que existe no hospital serviços de laboratório clínico de urgência, serviços de cirurgia de emergência, administração de medicação de tipo parenteral. Que não temos frequentemente na UBS.

Não existe sala de reuniões, a recepção é pequena, não há sala de espera os usuários ficam fora da UBS para ser atendido, o prédio da UBS

não é adequado para atendimento de qualidade, não existem rampas alternativas, há barreiras arquitetônicas, consulta médica são inapropriadas para atendimento por existir paredes que ficam abertas na parte superior, condicionando que os usuários não possam falar à vontade suas preocupações. Existem dificuldades também na disponibilidade de medicamentos necessários para o trabalho: equipamento, imobiliário, arquivos, Não existe laboratório clínico, nem serviço de odontologia, sendo os usuários são encaminhados para outra UBS, existe 2 oficinas dentro da UBS que funciona como local de informática, o que diminui os espaços físicos da UBS.

Mesmo com todas estas dificuldades estamos trabalhando na promoção da saúde com um trabalho na equipe orientado essencialmente a fazer mudanças a longo prazo de estilos de vida não saudável, orientando sobre os riscos e malefícios do alcoolismo, das drogas, do hábito de fumar, da obesidade, sedentarismo e dietas inadequadas. Na prevenção conta-se com grupos específicos como saúde escolar na prevenção de gravidez na adolescência fazendo um grupo de atividade em parceria com as escolas, na prevenção da DST diante programas de rádio, palestras nas comunidades, palestras na escola, além de fomentar hábitos de alimentação saudável a população toda, tratar a água, incentivando prática de exercícios físicos e manutenção de peso corporal adequado.

As demandas espontâneas que atendemos diariamente nas consultas são infecções respiratórias, diarreias, doenças dermatológicas, parasitismo intestinal, gastrites agudas, doença inflamatória pélvica, corrimentos, doenças ósseas, musculares, síndromes febris, síndromes vertiginosas, infecciones urinarias, DST. Tudo isso é resultado da não existência de programas de promoção, prevenção de fatores de risco que ainda inexitem na comunidade. Estamos tentando diminuir as demandas espontâneas educando a população, trabalhando com os ACS para orientação sobre estilos de vida e alimentação saudável, sobre o tratamento de água com hipoclorito. Também realizamos palestra nas escolas para diminuir a DST, corrimento, uso de preservativo, gravidez na adolescência, incentivando prática de esportes, e para manter o peso corporal segundo índice de massa corporal (IMC).

Para enfrentar estas dificuldades temos a equipe unida buscando resolutividade. A existência de 12 agentes de saúde para cada equipe facilita trabalhar nestas populações com área geográfica extensa e levar a mensagem de prevenção de saúde na prevenção de doenças frequentes, com melhor organização na hora de cadastrar, acompanhar, vacinar e realizar os programas básicos da UBS, além disso, trabalhamos em equipe, nos organizando ante a situação da UBS com a realização de reuniões com gestores municipais para planejar soluções que permitam melhorar o atendimento da população, também existe uma vontade política do município para adaptar a UBS o mais de acordo possível com a estrutura preconizada pelo MS.

O perfil demográfico da população na área adstrita onde realizo meu trabalho está constituída por 2476 pessoas, destas 1266 são homens e 1210 mulheres, 78 menores de 1 ano, 271 de 1 a 4 anos, 132 de 5 a 6 anos 132, de 7 a 9 anos 217, de 10 a 14 anos 332, de 15 a 19 anos 248, de 20 a 39, 698 de 40 a 49 anos 150, de 50 a 59 anos 96, de 60 anos e mais 249. Para dar atendimento a esta população da UBS temos quatro equipes de saúde com 12 agentes de saúde cada equipe, 4 médicos, 4 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 2 farmacêuticos e 2 recepcionistas para o posto todo, um motorista para uma área adstrita de 3 mil quilômetros quadrados distribuídos em população urbana e ribeirinha os 4 equipes de saúde estão distribuídas em áreas de saúde específica segundo o mapeamento da área realizado previamente, realizamos cadastramento da população realizamos a notificação compulsória de doença e agravos notificáveis os quais são feitos por: os médicos e enfermeiros. E realizamos buscativas de doenças e agravos de notificação compulsória, neste trabalho participam o médico, enfermeiro e agentes comunitários, para o qual realizamos pesquisa de usuários febril, se realizam teste de HIV, teste de hepatite A, B e C, teste de VDRL e exame dermatológico entre outras ações. A equipe de saúde realizou atividades com grupos de adolescentes, grupo de idosos, usuários pessoas com hipertensão, diabetes, realizou consultas de pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, se realizam atividades de promoção e prevenção em saúde encaminhada a combaterem o tabaquismo, droga, violência. Na qual participamos todos integrantes da equipe de saúde com

ajuda de assistente social, fonoaudióloga e psicólogo, e com participação ativa das comunidades no controle social, pelos quais são promovidos por todos os membros da equipe. Realizam-se atividades de qualificação profissional por parte de o médico, enfermeiro, aos agentes comunitários, neste momento se está realizando uma quantificação de dengue a todos os membros da equipe por parte do médico.

Em relação ao programa de pré-natal segundo o caderno da atenção programática (CAP) temos 89,6% de cobertura, ou seja, de 139 gestantes acompanhadas na área. Em relação aos indicadores de qualidade temos 11,4% de faltantes a atenção pré-natal pelo que estamos trabalhando na equipe todo principalmente enfermeiro, agentes comunitários na pesquisa de faltantes. A responsabilidade pelo cadastramento das gestantes no programa SISPRENATAL é da enfermagem em parceria com os agentes de saúde. Não se realizam muitas atividades com grupo de gestantes. Não existem profissionais que se dedicam a planejamento avaliação deste programa, não temos serviços de odontologia na UBS para dar atendimento às grávidas, estas são encaminhadas para outra UBS mais não temos registro de atendimento, nem arquivos para o programa. No momento que damos atendimento a 171 puérpera nos últimos 12 meses para um 78% segundo o caderno de ações programáticas (CAP) que estima 218 puérperas.

Temos cadastrado e acompanhado no programa da puericultura 78 menores de um ano (35,7%) segundo o caderno de atenção programática se estima 218 menores de um ano, mostrando que temos que trabalhar no cadastro dos faltantes, incorporando a equipe toda nas visitas domiciliares principalmente áreas ribeirinhas. Realizamos consultas com uma frequência diária, nos dois turnos, os principais profissionais de saúde que participam nestas consultas são: medico fonoaudióloga, enfermeiro, assistente social, odontólogo que funciona no outro posto com a população da área de nossa UBS. Nestas consultas avaliamos o estado biológico das crianças, seu desenvolvimento neurológico e nutricional (segundo as tabelas de estado nutricional). Não temos pediatra, nutricionista, psiquiatra, psicólogo. Existe excesso de consultas por demanda espontânea de crianças de até 72 meses de idade, principalmente por doenças parasitárias, respiratórias, diarreicas, febris, da pele, acidentes, e doenças infecciosas. Temos dificuldades na

realização de consultas de puericultura por não existir costume da população de realizar estas consultas, mas a equipe procura realizar visitas planejadas.

Outro programa de atenção à saúde da mulher o de controle das 2185 mulheres entre 25 a 64 anos devem residir na área cânceres de colo e mama, específico os grupos de idade específicos, existindo segundo estimativa do CAP de, entre as acompanhadas na UBS para prevenção de câncer do colo do útero totalizou 2141 que representa um 98% de cobertura, exame citológico para câncer de colo em dia 1.263 mulheres para um 60%, com mais de 6 meses de atraso 753 mulheres para um 36%. Para câncer do colo do útero alterado três mulheres sendo todas orientadas sobre DTS. Sobre o câncer de mama (de mulheres entre 50-69 anos) que residentes na área e acompanhadas para a prevenção câncer de mama estimamos 498 mulheres (98% do total estimado). No caso de usuárias classificadas de alto risco ou que se negam a realização do preventivo, utilizamos o método casuístico sem necessidade de agendamento prévio, com o objetivo de diminuir os faltantes, identificar maior número de lesões de alto e baixo grau. Investiga-se os fatores de risco para o câncer do colo em todas as mulheres que se realizam exame citopatológico. Temos diagnóstico de três usuárias positivas com câmbios de epitélio escamo colunar com atendimento na capital, sem registro de avaliação pelo especialista no UBS, não sendo dada está contra referência.

A atenção às pessoas com hipertensão e diabetes se dá por meio do programa hiperdia, muito importante na atenção básica. Segundo o Caderno de Ações Programáticas, apresentando um total de 26 pessoas com diabetes 5%, segundo estimados de cobertura dos cadernos atenção programática, que estima que deveríamos ter 524 (para 4 equipe de saúdes que formam parte da UBS Alzira Rabelo), faltando usuários por cadastrar e acompanhar. Na atenção às pessoas com hipertensa para (para 4 equipe de saúdes que formam parte da UBS Alzira Rabelo), se estima segundo o caderno de ações programáticas umas 1.832 pessoas com HAS dos quais acompanhamos 132 pessoas com hipertensão que representam 7%, pelo quais devemos incentivar o trabalho da equipe na mobilização.

Em relação à atenção aos idosos (para 4 equipe de saúdes que formam parte da UBS Alzira Rabelo), olhando o Caderno de ações

Programáticas, de uma estimativa de 623 idosos com 60 anos ou mais, acompanhamos 587 idosos em consultas e visitas representando um 94% de cobertura de atendimento. Como indicadores de qualidade temos Idosos com caderneta de saúde 432 que representa um 74%. Com avaliação multidimensional rápida em dia e acompanhamento 587 idosos, representando 100%. Destes, 174 (27%) com hipertensão arterial e com diabetes Mellitus, 29 idoso. A avaliação de risco para morbidade somente foi realizada em 12 idosos, o que representa 2%, com investigação de indicadores de fragilização na velhice 150 que representa um 26%, oferecemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 100%, atividade física regular a 587 os que representam um 100%, se realiza atenção de saúde bucal mais não temos registro de atendimento porque não temos serviço de odontologia na UBS. Os usuários são atendidos em outra UBS com uma frequência semanal, outro grupo é atendido em programa social da prefeitura no âmbito de assistência social. Se realiza no âmbito do, centro referência de atenção social (CRAS) em parceria com nossa UBS com grupos específicos como os de idosos, realizadas palestras de temas afines a este grupo de idades, pesquisa de hipertensão arterial, diabetes Mellitus, se realizam atividades físicas com uma frequência bissemanal, se cadastram idosos em programas sociais. No âmbito da UBS realizamos atividades com usuários que residentes na área de abrangência, ou não residam na área. No âmbito do município existe uma associação de avós do município, que recebem assessoramento pelo CRAS com treinador de educação física, ademais de assessoramento de secretaria de saúde, realizam encontros esportivos onde se realizam exame clínico periódico aos participantes. Atenção odontológica específica, não são utilizados protocolos da saúde do idoso para encaminhar aos usuários a outro nível de atendimento

Temos muitos desafios para alcançar uma atenção de qualidade, mas com a incorporação do programa mais médico aumentará a cobertura, cadastro e acompanhamento, além de realizar com maior resolutividade os programas da atenção básica. Temos o grande desafio de melhorar o engajamento público e incrementar o trabalho da equipe em todos os programas, para lograr resolutividade, promoção e prevenção de saúde,

dentro destas (cadastro de grávidas, puerperal, puericulturas, pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes, atendimento a programa de idosos.

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

Quando escrevi o texto inicial, na semana dois da Unidade de Ambientação, o fiz, como pedia a tarefa, de forma espontânea, apenas com as informações que já tinha sobre meu serviço. Também não conhecia direito o curso, como deveria fazer. Por isso é um texto espontâneo, sem sistematização, ainda com várias palavras em espanhol.

Já o texto do relatório de análise situacional fez a partir das orientações da coordenação e após concluir a U1, tendo estudado, procurado novas informações sobre minha equipe, sobre o território e com base teórica, a partir das leituras sugeridas pela coordenação.

Muitas das dificuldades narradas no texto inicial permanecem e impedem o desenvolvimento apropriado dos programas/ações programáticas na UBS. Além disso, ao construir o relatório de análise situacional foi possível verificar que os usuários apresentam dificuldades na realização de exames complementares pela ausência de serviços laboratoriais na atenção básica, por conta disso tenho que encaminhar os usuários para serviços de atenção laboratorial no hospital. Também verificamos que existe uma baixa cobertura da maioria dos programas de atenção básica, em decorrência da zona geográfica extensa, e muitas comunidades ficam localizadas em áreas ribeirinhas de difícil acesso, dificultando o acompanhamento e cadastro destes usuários aos programas da UBS. Essas são algumas percepções que desenvolvi a partir da elaboração do RAS

Essa análise comparativa permitiu ainda identificar algumas das causas para o não funcionamento adequado dos programas na UBS como, o número elevado de demandas espontâneas, o desenvolvimento de poucas atividades de educação em saúde e a falta de organização do processo de

trabalho da equipe. Diante disso, buscamos reverter esta situação através da realização dos programas na atenção básica com qualidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O envelhecimento é caracterizado pela involução de órgãos pela diminuição das atividades motoras, corticais, dos órgãos dos sentidos, o olho tem dificuldade em focar os objetos próximos (presbitia). A capacidade auditiva também se altera (hipoacusia). Proporção de gordura corporal aumenta, se destrua metade do fígado, a quantidade de sangue que o coração pode bombear se reduzem demasiado, as alterações no funcionamento do rim, Vários órgãos podem sofrer danos maiores que os causados pelo envelhecimento, como no caso das pessoas que levam um estilo de vida sedentário, uma dieta inadequada, que fumam e abusam do álcool e das drogas. (MANUAL MSD) Há um aumento do número de idosos nas últimas décadas, por ocorrência da transição demográfica (*Global Age Watch Index*); Portal do IBGE, 15/04/2015, Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI); exigindo que os sistemas de saúde estejam preparados para atender esta demanda e que também se pense em um sistema de proteção social preparado para enfrentar os problemas e necessidades das pessoas idosas e das suas famílias. A atenção básica, como porta de entrada dos SUS deve estar preparada para atender estes usuários. Brasil, (2012).

Escolhemos o trabalho com a saúde das pessoas idosas tomando como referência que no município estavam desenvolvendo projeto de intervenção com os outros programas da atenção básica como hipertensão e diabetes, saúde das crianças, pré-natal, os quais tinham participação frequente dos resultados que se tem alcançando nestes projetos desenvolvidos por médicos dos mais médicos, além que observamos que existem nulos trabalhos com o programa saúde da pessoa idosa, além de que nos motivou olhar que no município se realizam atividades com os idosos não existia parceria entre a UBS, CRAS, associação de idosos, programas de secretaria de esporte, pelo que Independiente mente do caderno de ações programáticas, decidi escolher este grupo pela vulnerabilidade e pela resolutividade na hora de lograr interagir com todos os fatores que trabalham com os idosos no município. Decidimos escolher somente meu equipe de saúde para realizar a intervenção devido a que na UBS somos 4 equipes de saúde para uma população rural e urbana , além de ribeirinha pelo que nosso território de atuação e muito grande ,sendo que a população está distribuída em essa grão extensão territorial e o tempo de intervenção e pouco em relação a tempo que dedicaríamos a visitar os idosos destas comunidades ,além da grão quantidade de demandas espontâneas que nos atingem , pelo que concordamos com os demais equipes de saúde para que eles realizaram apoio no trabalho da UBS , no momento que nós desenvolvíamos o projeto de intervenção com a população que forma parte de minha área de abrangência , embora que os resultados da intervenção serão aplicados a rotina dos serviços da UBS e servirão como guia para os outros equipes implementar mudanças no acompanhamento do programa saúde dos idosos da UBS .

Para desenvolver o atendimento ao programa de atenção à saúde dos idosos contamos com a estrutura da UBS que tem dois consultórios médicos para quatro equipes, com iluminação e ventilação deficiente, sala espera sala de vacinação, farmácia e almoxarifado de medicamentos juntos corredores estreitos, dois banheiros compartilhados por funcionários e usuários, não adaptados para deficientes, uma sala de recepção para o cadastro dos usuários. Não existe sala de reuniões nem consultório odontológico. Atendemos uma população de 2.476 habitantes, (IBGE, 2015) (1.266 pessoas

do sexo masculino e 1.210 do sexo feminino. Ao todo são e um total de 488 famílias. Temos na nossa área 249 pessoas com 60 anos e mais (idosos), destes temos cadastrados 214, o que representa 85.9 % de cobertura. Como não exista o programa, mas apenas consultas médicas eventuais, temos dificuldades em dizer qual a qualidade dos atendimentos e até em confiar na cobertura. Alguns dados disponíveis a penas 2%(4) tem o risco para mobilidade avaliados, em 26%(64) se fez investigação da fragilização na velhice. Não existem registros de avaliação de saúde bucal, pois não dispomos do serviço de odontologia.

Como ponto positivo para a realização do trabalho temos a integração da equipe, que está empenhada em buscar alternativas para superar as dificuldades e assim conseguir a efetivação deste programa de atenção, trazendo benefícios para a comunidade como um todo. Buscaremos o cumprimento das ações de promoção de saúde, para melhorar a qualidade e esperança de vida destes usuários e interagir com a comunidade para que mude o olhar a este grupo vulnerável da população. Para garantir o desenvolvimento da intervenção e ganhar tempo para ter, mas contato com os idosos decidiu que o ACS realize o primeiro acolhimento, mas na pratica todos os membros da equipe realizarem o acolhimento dos idosos. O qual facilitou que o médico e enfermeira realizarem a outra atividade protocoladas que demandam de uma capacidade mas intelectual na hora de interagir diretamente com aspectos clínico-preventivas com os idosos.

## **2.2 Objetivos e metas**

Melhorar a atenção a saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Alzira Garcia do Iça do município de Santo Antônio do Iça, Amazonas.

### **2.2.1 Objetivos específicos e metas**

Objetivos 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

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

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

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

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 90% dos idosos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Manter orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientações para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 90% dos idosos cadastrados.

### 2.3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Alzira Rabelo, no Município de Santo Antonio do Iça. Participarão da intervenção 249 pessoas idosas.

#### **2.3.1 Detalhamentos das ações**

Objetivos 1. Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Metas 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

Ação Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde semanalmente.

Detalhamento da ação: O monitoramento das ações será realizado semanal, sempre na quinta-feira, quando for entregar a Planilha de Coleta de Dados e o diário de intervenção ao curso. Nesta oportunidade vou aliar o aspecto acadêmico do curso com a parte prática. Os prontuários, ficha – espelho e caderneta do idosos, serão verificados sempre no retorno para novas consultas, conforme protocolo. Havendo falhas, serão debatidas em reunião de equipe e, se for o caso, agendado nova capacitação.

Ação: Acolher e Cadastrar os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O acolhimento será realizado em todos os horários de funcionamento da UBS, por qualquer membro da equipe que receber o idoso. O médico supervisionará esta ação.

O preenchimento das fichas será iniciado pelas ACS, onde já haverá a coleta de dados inicial, facilitando o monitoramento da intervenção, este será concluído pela enfermeira ou médico na consulta clínica

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: serão realizadas ações coletivas na comunidade, ao menos uma vez ao mês, tais como palestras e bate-papo, em todas serão enfocados a importância do acompanhamento periódico e solicitado que ajudem a divulgar o programa entre a comunidade. Além disso, os ACS irão conversar com as pessoas nas visitas de rotina.

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento da ação: as ações de capacitação serão inicialmente decididas a partir do monitoramento de problemas, de manifestações dos próprios colegas, discutidas nas reuniões de equipe. Os encontros de capacitação serão realizados com os recursos da própria UBS, sendo preferencialmente em roda de conversa, assim cada um poderá manifestar o que já sabe e trocar experiências. O médico e a enfermeira são os

responsáveis por estudar o tema com antecedência e mediar os encontros de capacitação.

Objetivo: 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde.

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

Ação: Realização e Avaliação Multidimensional Rápida anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento da ação: a avaliação será realizada, inicialmente na primeira consulta do ano e relatada no prontuário e ficha-espelho.

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional rápida em todos os idosos (balança, antropométrica, Tabela de Snellen...)

Detalhamento da ação: o monitoramento dos insumos será realizado uma vez ao mês e sempre que anteceder algum evento. Havendo falta de algum material ou necessidade de manutenção, será comunicado por escrito à gestão.

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

Detalhamentos da ação atribuição de cada profissional serão debatida a partir do estudo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e dos protocolos assistenciais do Ministério da Saúde (MS). Na eventualidade de algum profissional não se sentir capacitado para cumprir com suas atribuições ou havendo empecilhos no processo de trabalho que impeça, será realizada discussão junto a gestão, capacitação e mudança dos processos de trabalho.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento; compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: os ACS entraram em contato com as lideranças de nossa área de abrangência e os convidará a contribuir com a divulgação do programa.

Ações: Capacitar aos profissionais para o atendimento de idoso, treinar a equipe para a aplicação da avaliação multidimensional rápida e encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas

Detalhamento da ação: Ocorrerá em reuniões da UBS, para isso será destinada duas horas da reunião da equipe. Cada membro estudará uma parte do manual e exporá para o restante da equipe. Terá como responsável o médico da equipe.

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

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

Detalhamento da ação: Semanalmente, a enfermeira fará revisão da ficha espelho e monitorará os idosos com exame clínico não realizado. As fichas estarão arquivadas em arquivo específico para a saúde do idoso.

Ações: Cada membro da equipe (enfermeiro e medico) realizará o exame clínico de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Buscar a idosos que não realizaram exame clínico apropriado; Organizar a agenda para acolher as idosas pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares; Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento da ação: Os ACS farão a busca ativa dos idosos que não realizaram exame clinico apropriado farão também agendamento prioritário das consultas de acordo aos horários disponíveis dos usuários, nas visitas domiciliares. O médico garantirá a referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades nas consultas.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e

sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: O médico nas reuniões com a comunidade e nas consultas orientará os usuários quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, que serão realizadas cumprindo cronograma na primeira e 12 semanas do projeto.

Ações: capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira farão capacitações a todas as equipes na unidade, as quais ocorrerão nas reuniões previstas no cronograma na 1,3,6 e 12 semanas.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencesse-te a área de trabalho da equipe.

Ações: Monitorar o número de idosas pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: A enfermeira monitorará semanalmente a ficha espelho de cada usuário para avaliar os usuários com exames em dia

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico garantirão a solicitação de exames em cada consulta. A enfermeira garantira com o gestor municipal agilidade para realização dos exames estabelecendo contatos com laboratórios para a prioridade deles. A enfermeira fará monitoramento semanal das fichas espelho do usuário e estabelecerá sistema de alerta para a não realização de exame preconizada.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a

comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: Os ASC nas visitas domiciliares farão estas atividades, as quais também acontecerão nas ações coletivas desenvolvidas no âmbito da UBS ou na comunidade com uma prioridade semanal duas vezes

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: Serão realizados na unidade na reunião da equipe 2 horas ao final da reunião. Será feito por o médico ou enfermeira.

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

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia o idoso com Hiperdia.

Detalhamento da ação: Procuraremos prescrever os medicamentos disponíveis na farmácia popular ou farmácia da unidade, monitoraremos as receitas mensalmente.

Ação: Realizar controle de estoque de medicamentos; manter registro das necessidades de medicamentos dos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados por equipe na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A enfermeira fará o controle de estoque mensalmente garantindo com o gestor municipal a disponibilidade dos medicamentos necessários na UBS.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto de ter acesso aos medicamentos farmácia Hiperdia.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade e nas consultas, nas reuniões de grupo orientarão aos usuários e familiares sobre o acesso aos medicamentos de forma gratuita.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Hiperdia.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação dos profissionais da equipe nas reuniões de equipe na UBS no tratamento da HAS e Diabetes e como orientar os usuários sobre os medicamentos, estas

serão realizadas nas reuniões da equipe, onde cada membro terá cópia do manual do idoso do MS.

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

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

Detalhamento da ação. Os ACS farão o cadastro dos acamados nas visitas domiciliares e levarão ao conhecimento da equipe para agendamento de visita domiciliar.

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

Detalhamento: Os ACS garantirão o registro realizando uma busca ativa dos usuários na comunidade mantendo um contato direto com a associação de moradores e representantes da comunidade.

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

Detalhamento da ação: Nas reuniões com a comunidade os profissionais da equipe informarão a existência do programa, que ocorrerão durante a capacitação dos profissionais da saúde da UBS e nas comunidades durante todas as semanas aproveitando todo contato com as mesmas.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará capacitação a cada 15 dias na unidade de saúde no horário da tarde aos agentes comunitários de saúde (ACS).

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

Ação: Realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação A enfermeira fará monitoramento mensal das visitas domiciliares feitas pelos ACS e equipe, por meio da revisão das fichas de visitas domiciliares.

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção aproveitará a logística de transporte de moto e carro da UBS.

Detalhamento da ação: Os ACS realizarão agendamento das consultas domiciliares de idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; e disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento da ação Os ACS nas visitas domiciliares fornecerão estas orientações, sob supervisão do médico e enfermeiro da equipe.

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento da ação A enfermeira e técnica de enfermagem realizarão estas capacitações nas reuniões semanais da equipe, realizadas na UBS.

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

Ação Monitoramento e Avaliação Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (anualmente).

Detalhamento da ação: Revisão por enfermeira da ficha espelho para avaliar os idosos submetidos ao rastreamento para HAS, esta revisão será mensal.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação A técnica de enfermagem fará o acolhimento dos usuários que buscam serviços na unidade e a enfermeira fará o controle do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, mantendo os aparelhos calibrados e solicitando a troca ou compra de novos quando necessário.

Ação: Orientação a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento da ação: Nas reuniões com a comunidade, na associação de moradores e representantes da comunidade, os profissionais da equipe orientarão sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após 60 anos e sobre os fatores de risco para hipertensão.

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

Detalhamento da ação A enfermeira realizará capacitação semanal da equipe de saúde para verificar a pressão arterial na unidade.

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

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

Detalhamento da ação: A enfermeira fará avaliação das fichas espelho dos idosos para monitoramento dos idosos submetidos para rastreamento de DM.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem realizará o acolhimento diário aos usuários que buscarem serviço para agendar estes usuários. Serão reservadas 5 fichas por semana.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica; Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento da ação: Nas reuniões coletivas na comunidade, nas consultas e nas reuniões de grupos, o médico e enfermeira orientarão a

comunidade sobre a importância do rastreamento para DM e HAS e sobre os fatores de risco.

Ação: Capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento da ação: Capacitação à equipe será feita na unidade na reunião de equipe pôr a enfermeira sobre a realização do hemoglicoteste.

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

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

Detalhamento da ação: O médico monitorará em cada consulta e visita domiciliar com o exame bucal a todos os idosos para determinar aqueles com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Cadastrar os idosos na unidade de saúde; Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento da ação: Os ACS darão suporte nestas ações e estarão em contato direto com a odontólogas para organizar o acolhimento e a agenda dos idosos.

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

Detalhamento da ação. Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade e nas visitas domiciliares fornecerão estas orientações, durante todas as semanas, aproveitando o contato com a comunidade. Solicitaremos apoio da equipe odontológica do município.

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

Detalhamento da ação. Na reunião da equipe de saúde, o médico e enfermeira realizarão a capacitação a toda a equipe sobre como realizar esta avaliação.

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

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

Detalhamento da ação: A enfermeira fará revisão das fichas espelhos dos idosos cadastrados em acompanhamento odontológico.

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Oferecer atendimento prioritário aos idosos em coordenação com odontólogo.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem e enfermeira e os recepcionistas treinados para realizar acolhimento dos idosos que buscarem serviços.

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral; Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento da ação: Nas reuniões com a comunidade, os profissionais da equipe farão estas atividades.

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo; Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Capacitar os ASC para captação de idosos.

Detalhamento da ação: Nas reuniões da equipe na UBS 2 horas ontem do final da mesma, a enfermeira fará a capacitação da equipe.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde de idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos as consultas programadas

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

Detalhamento da ação A enfermeira fará revisão das fichas espelhos dos idosos semanalmente para monitorar o cumprimento das consultas programadas.

Ação: Realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: O agente comunitário de saúde (ACS) fará a busca dos usuários faltosos e o agendamento das consultas no horário mais adequado para o usuário.

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir estratégias da comunidade para não ocorrer evasão dos idosos e esclarecer a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe nas reuniões com a comunidade passarão estas informações.

Ação: Treinar agente comunitário de saúde (ACS) para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento da ação. Nas reuniões da equipe a enfermeira realizará a capacitação aos ACS na unidade sobre orientação ao idoso.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Ação: Avaliação a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na unidade

Detalhamento da ação. A enfermeira fará revisão mensal dos registros dos idosos.

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; Realizar com a equipe o registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros também organizar em um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto o atraso na realização de exames complementares, avaliação multidimensional rápida e demais procedimentos preconizados.

Detalhamento da ação A enfermeira mensalmente revisará todas as fichas para conhecer o estado das consultas, exames e vacinas dos usuários e criar um sistema de alerta para as situações de atrasos.

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade nas reuniões coletivas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe realizarão palestras nas reuniões coletivas mensalmente para orientar aos usuários sobre seus direitos.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira treinará a equipe nas reuniões mensalmente sobre o preenchimento dos registros.

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

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

Detalhamento da ação: A enfermeira monitorará que todos os usuários que cadastraremos tenham caderneta de idoso.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira solicitará ao gestor municipal o abastecimento de número suficiente de cadernetas dos idosos cadastrados e das fichas complementares.

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

Detalhamento da ação: O agente comunitário de saúde (ACS), nas visitas domiciliares orientará ao idoso sobre a importância de portar a caderneta. Durante as consultas, médico e enfermeira reforçarão desta importância.

Ação: Realizar capacitação a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento da ação: A enfermeira nas reuniões da equipe fará a capacitação dos profissionais. Estas reuniões ocorrerão semanalmente na UBS.

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

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

Ações: Conhecer do idoso de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará o monitoramento do idoso com risco de morbimortalidade, através do acompanhamento dos registros e agendará a consulta de acordo com o horário melhor para o usuário.

Ação: Priorizar o atendimento ao idoso de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe buscaram dos idosos de maior risco de morbimortalidade e o agendamento prioritário da consulta no horário que eles estimar ser conveniente.

Ação: Orientar aos idosos sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente quando apresentar alto risco.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira orientarão na consulta e visita domiciliar ao usuário idoso sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente.

.

Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento da ação O médico realizará capacitação nas reuniões da equipe aos profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

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

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

Detalhamento da ação: Os agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiro e médico durante as visitas domiciliares e da comunidade monitorarão o número de idosos investigados.

Ação: Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe darão prioridade a toda pessoa idosa que procure atendimento na unidade, com prévia informação as recepcionistas para dar prioridade a este grupo.

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

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe nas reuniões coletivas orientaram sobre o acompanhamento mais frequentes dos idosos fragilizados. Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação aos profissionais da equipe nas reuniões mensais.

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

Ação: Realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na equipe e monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe realizarão avaliação dos idosos com rede social deficiente nas visitas domiciliares. Adicionalmente, faremos contato com associação de moradores e representantes da comunidade para conhecer os usuários e sensibilizar a população para seu apoio.

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

Detalhamento da ação: O agente comunitário de saúde (ACS) realizará visitas domiciliares aos usuários com rede social deficiente e farão o agendamento das consultas no horário de preferência deles.

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe realizarão reuniões na comunidade para estimular as pessoas idosas à socialização e estabelecimento das redes de apoio.

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

Detalhamento da ação: Ocorrerá na UBS no horário reservado para reunião da equipe. Cada membro estudará a parte do protocolo disponível que trata da rede social dos idosos e exporá ao restante da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

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

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e conhecer número de idosos com obesidade e desnutrição.

Detalhamento da ação: O médico avaliará a qualidade das (orientação nutricional e avaliação nutricional) em cada consulta a todos os idosos.

Ação: Orientação de equipe na nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da ação: Nas reuniões da equipe cada membro terá um tema e exporá para o restante da equipe sobre orientação nutricional.

Ação: Orientar os idosos cuida dores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe darão orientações educativas aos idosos, cuidam dores e a comunidade nas visitas domiciliares sobre adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou a "Guia alimentar para a população brasileira" e orientação nutricional específica para o grupo de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará capacitação na reunião da equipe através de palestra com duração de uma hora sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis a todos da equipe.

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

Ação: Monitorar a realização de atividade física regular para todos os idosos e conhecer o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento da ação: Os ACS, nas visitas domiciliares monitorarão os idosos que realizam atividade física regular. Nas consultas, também serão orientados quanto à importância desta prática.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular; Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento da ação: A enfermeira e o médico realizarão reunião com o gestor municipal para que ele garanta as parcerias institucionais para realização de atividade física dos idosos.

Ação: Estimulação os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe de saúde orientarão nas visitas domiciliares a realização de atividade física regular dos usuários idosos. Estas orientações também serão dadas nas reuniões com a comunidade pelo médico e enfermeira e nos atendimentos individuais.

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

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem realizará mensalmente aulas demonstrativas sobre a realização de atividade física regular no idoso.

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

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento da ação: Os ACS realizarão monitoramento mensal do cumprimento das atividades educativas individuais nas visitas domiciliares e os profissionais médicos e odontólogo nas consultas individuais.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento da ação: O médico garantirá o tempo de consulta mensalmente e todo usuário sairá da unidade com a próxima consulta agendada.

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

Detalhamento da ação: Os profissionais da equipe darão orientações educativas semanalmente nas visitas domiciliares e consultas sobre importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira está disponível para realizar a capacitação mensalmente diante palestra para toda a equipe. Solicitou-se apoio à equipe odontólogo municipal, que foi aceito pela equipe odontológica (não temos espaço físico na UBS para atendimento odontológico), mas o usuário do posto de saúde tem equipe odontológica que realiza atendimento dirigido aos usuários da UBS no outro posto de saúde, além disso, solicitaremos atenção diferenciada para os idosos da UBS que os incluirá de forma ativa no desenvolvimento da intervenção.

### 2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 98%.

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Indicador: Proporção de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

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

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

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

Numerador: Número de idosos com acesso cuja prescrição é priorizada para Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de idosos com hipertensão rastreada para diabetes.

Numerador: Número de idosos com hipertensão rastreados para diabetes mellitus.

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos idosos.

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

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

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

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 90% dos idosos.

Indicador Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador Proporção de idosos com registro na ficha espelha em dia.

Numerador: Número de fichas espelho com registro atualizado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Manter orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas

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

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

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

Meta 6.2. Garantir orientações para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

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

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

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

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 90% dos idosos cadastrados.

Indicador. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco em atenção à Saúde do Idoso na UBS Alzira Rabelo Garcia, utilizaremos como protocolo o manual de Atenção

à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006, já disponível na UBS.

Para o registro dos atendimentos utilizaremos a ficha de espelho disponibilizado pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL, as quais serão em número suficiente para a meta de cobertura pactuada. Iremos falar com o gestor sobre isso. Estas fichas serão arquivadas em local apropriado para consulta rápida por todos os profissionais responsáveis pelo atendimento clínico. Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas, exames multidisciplinares, necessidades de atendimento da saúde bucal, idosos com HAS e DM, entre outras.

As equipes receberão capacitação sobre o Manual Técnico da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do Ministério da Saúde, 2006. Essa capacitação ocorrerá na própria UBS, podendo ocorrer nas tardes de quarta, quinta e sextas-feiras da primeira semana da intervenção. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, tendo como responsável o médico da UBS. Todos os temas relativos às ações previstas no projeto deverão ser abordados, os ACS receberão a mesma capacitação e serão na mesma sequência e horário da equipe todo.

Organizaremos uma reunião da equipe de saúde com a secretaria municipal para explicar a importância de nosso foco de intervenção e garantir o apoio em todas as ações que temos que realizar. Entre as mais importantes, que precisaremos da ajuda do gestor está a garantia da realização dos exames complementares e do estoque de medicamentos da farmácia para os idosos que sofrem de hipertensão e diabetes. Esta reunião será realizada na primeira semana da intervenção na secretaria de saúde municipal, já tendo sido agendada pelo médico.

O monitoramento das ações será feito com avaliação semanal e mensal dos registros e atualização do cadastro dos idosos, permitindo avaliar a cobertura do programa. O cadastro será feito pelo enfermeiro da equipe e pelos ACS.

Os ACS da área de abrangência ficarão responsáveis por garantir o acolhimento dos idosos, assim como realizar o primeiro contato com as pessoas, mobilizando-os para as consultas. Em casos de urgências, as pessoas serão encaminhadas para atendimento durante o acolhimento, para isso serão reservadas quatro fichas diárias, as quais incluirão as urgências e os faltosos às consultas reagendados. As visitas domiciliares aos acamados serão realizadas três vezes por semana, utilizando carro ou moto, disponíveis na UBS.

As cadernetas de saúde da pessoa idosa já estão disponíveis na UBS e serão entregues para todos os idosos cadastrados, pelo enfermeiro ou médico.

Serão acompanhados os fluxos para a realização dos exames laboratoriais pedidos nas consultas, o que ficará sob responsabilidade do médico e enfermeira. Os estoques de medicamentos serão avaliados semanalmente pela enfermeira, garantindo reposição dos faltantes com o gestor.

A agenda semanal disporá de horários prioritários para os idosos consultarem e também procurará encaminhar para as consultas com membros da equipe.

Haverá atualização do SIAB, através dos dados oferecidos e manter essa atualização. Avaliação mensal pôr o médico e enfermeiro da equipe.

As ações de engajamento público incluirão as palestras ocorrerem durante as visitas as comunidades, visitas domiciliares e no espaço das consultas e salas de espera da UBS, será divulgado o programa na rádio pelo médico da equipe. Os enfermeiros de cada equipe, assistente social disponibilizarão cartelas informativos do programa saúde da pessoa idosa, em todos estes espaços (consulta, salas de espera e comunidades) aproveitaremos para informar a existência do Programa de Atenção ao Idoso e conseguir que acreditem neste programa da atenção básica seja adotado como a porta de entrada do SUS para prevenção de diferentes doenças deste grupo vulnerável.

## 2.3.4 Cronogramas

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de pessoas idosas.	x		x			x						x
Atendimento e cadastramento das idosas pertencentes áreas	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação específica sobre busca ativa	x					x						x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Educação em saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Discussão com líderes comunitários para o apoio do programa	x											
Reunião com gestores	x					x						x
Reunião de equipe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: relatório para gestores dia 16/02/2016 (terça feira) na sala de reuniões da UBS sala Alzira Rabelo, a apresentação do relatório para as comunidades será apresentada no poliesportivo Rainey costa na data 18/02/2016 (quinta feira)

### **3 Relatórios da Intervenção**

#### **3.1 Ações e Desenvolvidas**

Em estas dozes semanas de intervenção nossa equipe desenvolveu tudo que foi planejado no cronograma do projeto de intervenção Para conseguir isso, tivemos que desenvolver várias ações, garantindo primeiro a capacitação aos profissionais de saúde sobre o protocolo de pessoas idosas. E estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática e assim cada um sabia seu papel. Os ACS, por exemplo, foram capacitados para realização de busca ativa, tanto em casos de faltas quanto no caso de mobilização. Também nos preocupamos em discutir sobre a necessidade de manter atualizado o cadastro das pessoas idosas, mas não apenas, como também de todos os usuários adstritos. Capacitamos os membros da equipe odontológicos sobre as ações que deveriam realizar na avaliação de necessidade de atendimento odontológico e a importância da parceria com a equipe. Além disso, se solicitou a secretário de saúde a disponibilização de atendimento odontológico para este grupo de idosos, o que foi um problema, pois essa mesma equipe atendia em outra UBS concomitantemente. Capacitamos três médicos sobre o atendimento clínico e escalas geriátricas de avaliação Orientaram que toda a equipe divulgasse a existência do programa de atenção da pessoa idosa na UBS e melhorar a adesão da comunidade.

Ao longo das doze semanas conseguimos melhorar a consciência dos gestores, da comunidade e dos trabalhadores sobre a necessidade da

existência deste programa. Assim conseguimos fazer reuniões de equipe, conseguimos angariar os recursos materiais, como ficha-espelho, a caderneta do idoso, a ficha cadastro por equipe, a organização do atendimento, a realização dos exames laboratoriais a visita domiciliar, as palestras para equipe e para a comunidade.

Houve dificuldades no início, por exemplo, com a organização do atendimento, sincronizando com a odontologia, com a entrega da caderneta dos idosos, a priorização da realização dos exames laboratoriais, mas conseguimos ir resolvendo tudo, conforme o tempo ia passando.

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas, apenas não conseguimos, em alguns casos, desenvolver de forma integral, mas nenhuma ação deixou de ser enfocada.

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

Quanto à coleta e sistematização dos dados relativos da intervenção, fechamento planilha de coleta de dados e cálculo de indicadores, posso dizer que conseguimos realizar a impressão de todas as fichas espelhos e enchidos cada usuário, o que nos foi de incalculável ajuda durante a coleta de dados e no dia a dia. Quanto à planilha de coleta de dados em mais de uma ocasião apresento dificuldades que com a valiosa ajuda de meu orientador na correção.

### **3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.**

Com certeza a intervenção foi incluída dentro da rotina da unidade e continua-se melhorando os indicadores para uma melhor atenção das pessoas idosas. Esse programa contribuiu com nosso trabalho e melhorou a qualidade de vida da população idosa. Todos os passos desenvolvidos nestes doze meses estão incorporados em nossa rotina de trabalho e vamos continua fazendo, mesmo tendo acabado o período de coleta de dados para o projeto acadêmico. A PCD é um excelente instrumento para controlar a evolução de nossos trabalhos e vamos continuar preenchendo semanalmente, mas agora não vou mais fazer isso pessoalmente, mas capacitar toda a equipe para que aprendam como ele funciona. Em breve vamos começar outra intervenção, desta vez em pré-natal.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

Foi realizada a Intervenção na UBS Alzira Rabelo, da cidade de Santo Antônio do Içá /AM, Minha equipe tem uma área de abrangência de 2.476 pessoas. A população de pessoas com 60 anos e mais, estimada pela PCD foi de 249. Nosso principal objetivo foi melhorar a atenção à saúde do idoso, em função desta ser uma das ações programáticas propostas pelo curso que maior dificuldade apresentava nosso serviço de saúde. O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 12 semanas. Neste período conseguimos atender 231 (92,8%) das pessoas com 60 anos e mais, de nossa área de adstrição.

Na continuação descreveremos os indicadores alcançados de acordo com cada uma das metas propostas para a intervenção.

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

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

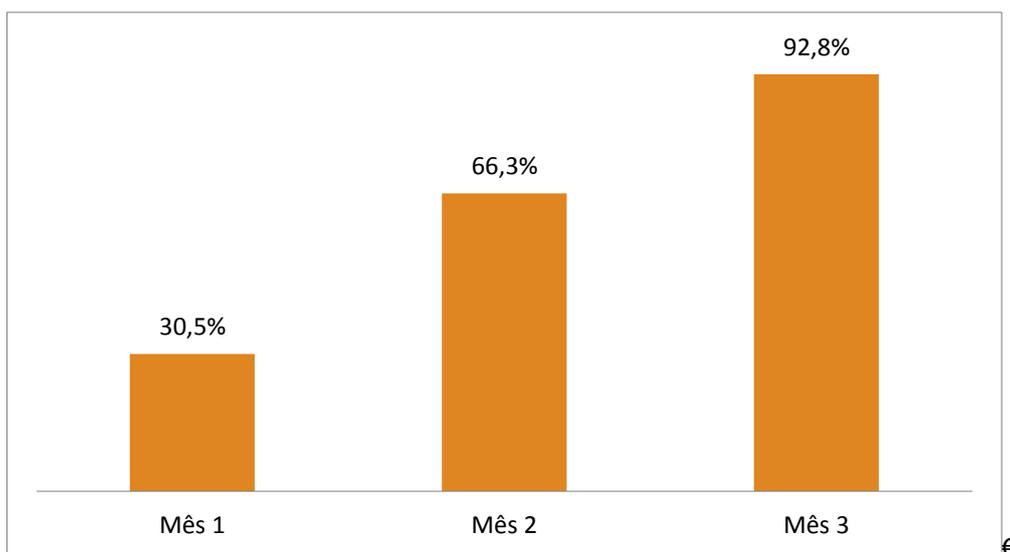


Figura 3. Gráfico com a cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Alzira Rabelo

Atualmente temos cadastrados e atendidos ao final das 12 semanas de intervenção 231 idosos que corresponde a 92.8% da população estimada, no primeiro mês cadastrou-se 76 idosos (30,5%), já no segundo mês foram 166 idosos (66,7%) e no terceiro mês 231 idosos (93,2%) não conseguimos atingir a meta de 100%. As outras equipes de saúde desenvolveram seu trabalho com o programa saúde da pessoa idosas, mas somente represente a cobertura para minha equipe de saúde, no futuro será implementado as experiências do projeto de minha equipe para as equipes da UBS

No período de três meses acreditamos que se logrou desenvolverem o trabalho, apesar de não atingir a meta proposta, logrou-se melhorar o programa de atenção à saúde das pessoas idosas. Além disso, durante a intervenção foi muito importante a parceria com os gestores de saúde do município e o governo municipal “Quem apoiarem garantido”; os recursos necessários para o desenvolvimento do projeto.

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

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

Com o desenvolvimento da intervenção aqui no município conseguimos acrescentar a proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida, sendo que anos anteriores era muito baixa a cobertura para esta ação. Durante os três meses conseguimos realizar a avaliação multidimensional rápida para 100% das pessoas atendidas: sendo que no primeiro mês foram atendidos 76 idosos (100%) de cobertura, já no segundo mês conseguimos 166 idosos (100%) e terceiro mês 231 idosos (100%).



Figura 4: Atendimento no consultório.

A avaliação multidimensional rápida é muito importante porque além de ser um instrumento para a detecção de fragilidade nos idosos, traz benefício para a saúde, uma vez que são implementados na atenção básica, já que sua abordagem corretamente prevê futuros problemas de saúde e logra-se planejar e acompanhamento os idosos nos programas da atenção básica por os equipes de saúde, Durante a avaliação multidisciplinar em nossa área encontramos idosos como por exemplo, Inês Dos Santos de 99 anos exemplo: morava sozinha e depois de que o agente de saúde solicitou a visita e realizamos avaliação multidisciplinar rápida logramos cadastrar-lhe e acompanhar-lhe no programa saúde do idoso, além de orientar a família sobre os tipos de ações que devem desenvolver, explicando os riscos e vulnerabilidades destas idade. Também visitamos a Rosa Camapa de 103, que morava sozinha na qual diante ações realizadas pela assistente social e agente de saúde logro conscientizar a família para o acompanhamento e

cuidados da idosa, marcando o acompanhado em visita domiciliar uma vez por mês . O ACS foi instruído a relatar suas visitas não planejadas nos avisar em caso de crises.

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

Em nosso município a proporção de idosos com exame clinica apropriada ao dia era baixo, nem tinham ficha. Com o trabalho desenvolvido na área fizemos o exame clinico durante o primeiro mês aos 76 idosos (100%), já durante o segundo mês logramos realizar o exame clinico a 165 idosos (100%) e durante o terceiro mês 231 idosos (100%), para este indicador tivemos dificuldades com a avaliação junto às especialidades da atenção secundaria. Não existir especialidades secundarias no município, por isso as pessoas são encaminhadas para hospitais estaduais, que são longe e por isso as pessoas, algumas vezes, não vão. Dentre destes encaminhamentos, destacam-se dificuldades na realização do exame de fundo olho, fundamentalmente nos idosos com diabetes e com hipertensão e destacar que a avaliação clínica em 100% dos idosos. Pesquisamos três pessoas com diabetes com lesões nos pés, hoje todos os idosos da área têm um exame clinico que nos permite ter uma estratificação de risco atuar de acordo as necessidades de cada um.

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

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

A proporção de pessoas idosos rastreadas para Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), durante o primeiro mês correspondeu à 76 idosos, 100%, já no segundo mês foram 165 (100%) e no terceiro mês 231, (100%) de pessoas com 60 anos e mais.



Figura 5: Ação de rastreamento de pessoas com HAS e DM.

O rastreamento para detecção de HAS e DM, já vinha sendo desenvolvido na UBS o que ajudou a que o 100% de nossos idosos foram rastreados para hipertensão e diabetes.

Neste período de 12 semanas descobrimos três pessoas com hipertensão que não tinham diagnóstico, e neste momento já tem tratamento e acompanhamento no programa: exemplo Umbelina Pinto Laranhaga de 71 anos de idade que apresentava cifras de pressão arteriais muito elevadas sem sintomatologia associada; Antonieta do vale Pereira de 60 anos de idade foram cadastrados no programa como pessoas com hipertensão, eles referiam que nunca tinha conferido os valores de pressão arterial. Além disso, foi diagnosticado Sebastião da Costa de 76 de anos com diabetes diante teste de glicose realizado na consulta. Ele refere que escuto pela rádio a existência do programa na UBS e decidiu assistir.

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

Com respeito ao exame físico dos pés, para as pessoas idosas com diabetes, durante o primeiro mês se realizarem 6 exames, 100%, no segundo mês foram 10 pessoas, 100% e no terceiro mês 12 pessoas.

Com a realização do exame logramos pesquisar três pessoas com DM com lesões nos Pés: Dorotéia Da Rocha Garcia de 72 anos com histórico de diabetes mellitus de 10 anos de evolução com tratamento com glibenclamida que apresentava lesão não pé direito região plantar, que uma

vez mudado a tratamento com insulina e dieta e curativos evoluiu a melhoria clínica e metabólica. Além de ela a paciente Joselina Correa de 76 anos de idade moradora de uma comunidade ribeirinha foi diagnosticada com ulcera varicosa no membro inferior direito, iniciando tratamento com metformina e glibenclamida, e acompanhando Lha no programa, e. Emir Alexandre Da Silva de 67 anos que foi encaminhado para avaliação com dermatologista por apresentar lesão de anos de evolução no pé esquerdo que não melhorava com tratamento na UBS.

Graças a desenvolvimento do programa neste momento o 1005 DOS IDOSOS estão cadastrados e acompanhados com ficha de acompanhamento no programa saúde dos idosos, além dos programas hipertensão e diabetes onde recebem tratamento e orientações adequadas, que nos permite classificar lhe do idoso de risco com a consequente planificação de consultas.

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

Quando analisamos os indicadores de qualidade do programa em relação aos idosos podemos examinar que conseguimos 100% de realização de exames complementar durante todos os meses da intervenção. (No primeiro mês da intervenção foram 76 idosos cadastrados para 100%, em segundo mês 165 para 100% e no terceiro mês 231 idosos)

Porém, a realização dos exames complementares é ainda mais importante, sobretudo na hora de associar com os resultados encontrados no exame clínico dos usuários. Assim, utilizamos os exames complementares frequentemente para descartar a possíveis complicações secundárias. Para a realização dos “Exames complementares”; foi necessário a parceria com laboratório da atenção secundaria no hospital, já que não temos laboratório clinico na atenção básica no município, e através de reuniões realizadas logramos apoio de gestor municipal e diretor do hospital para a realização dos exames do programa saúde dos idosos, neste momento os idosos tem alugado dois dias de atenção no laboratório do hospital para a realização dos exames complementares para os idosos ,estamos estabelecendo parceria para estender estes dias de atendimento

laboratoriais para outros programas da atenção básica como hipertensão e diabetes..

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

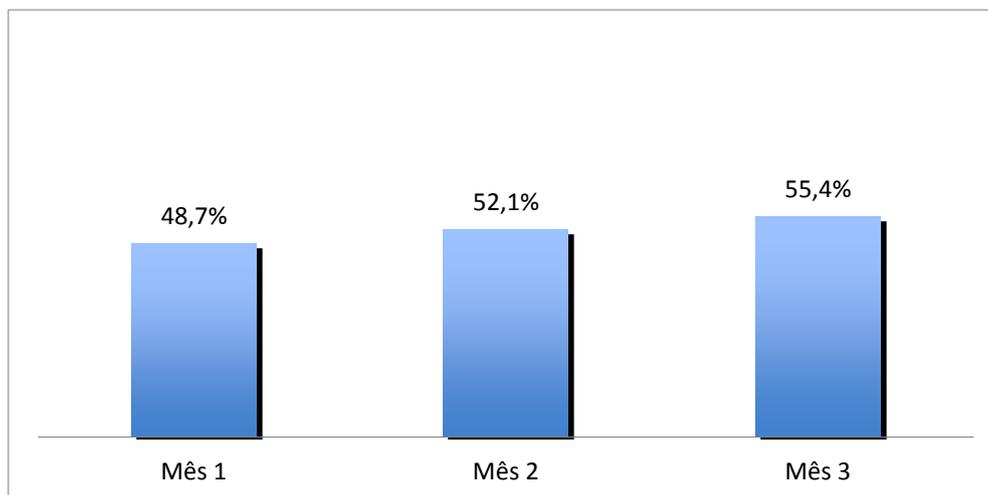


Figura 6. Gráfico com a proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Alzira Rabelo.

No primeiro mês foram 37 pessoas idosas (100%), segundo mês da intervenção 86 idosos (100%) e terceiro mês 128 (100%)

Nossa USB tem uma farmácia com cadastro de todas as pessoas com doenças crônicas que precisam tomar medicamentos. Há um bom planejamento mensal da disponibilidade das medicações. As medicações que não têm na farmácia popular o gestor autorizam comprar em outra farmácia. Pelo que o 100% dos idosos que tem prescrição de medicamentos estão priorizados na farmácia da UBS.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Em relação aos idosos acamados na área logramos cadastrar durante o primeiro mês 10 (100%), no segundo mês 7 (100%) e terceiro mês 3 (100%) concluindo as 12 semanas com 20 idosos acamados e/o com problemas de locomoção para 100%. Para atingir o 100% para este indicador e lograr o objetivo desejado foi realizado um intenso trabalho na organização de atividades com avaliação dos resultados. Destacando o

trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde (ACS) que foi muito importante na hora de identificar estes usuários, do que se derivou que as semanas todas foram organizadas e planejavam as visitas aos domicílios.

Este trabalho nos ajuda para conhecer o estado atual de nossos idosos e as ações a desenvolver para lograr melhorar a qualidade de vida dos idosos, sobre tudo os acamados o com problemas de locomoção, destacando-se durante as visitas realizadas pela equipe. Por exemplos:

Inês Dos Santos Mosambite, 99 anos com Demência senil acamada há 3 anos, com problemas para locomover-se, por isso começamos a acompanhar-lhe com psicóloga do CRAS, e fisioterapeuta para lograr reverter a causa;

Ademais de Elmino Salvador, 93 anos com Hipertensão Arterial não compensada. Apresenta complicações vasculares cerebrais com uma hemiplegia direita. Em todos os casos foram orientadas as famílias sobre o cuidado com este idoso acamado.

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

Dos 20 idosos cadastrados se visito o 100% em domicilio no durante o projeto de intervenção. O primeiro mês se cadastro 10 idosos (100%), no segundo mês 7 idosos (100%) e terceiro mês 3 idosos (100%) concluindo as 12 semanas com 20 idosos acamados e com problemas de locomoção para um 100%. Tivemos problemas com idosos que não estavam sendo bem atendido pela família, onde foi preciso da ajuda da assistente social. Deste então, estes idosos estão tendo visitas frequentes pela assistente social e agente comunitário de saúde. Temos logrado que as famílias melhoram o atendimento destes usuários.

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

No primeiro mês foi avaliado 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e no terceiro mês 231 idosos (100%). Logrou-se uma avaliação do (100%) das pessoas idosas atendidas no programa com

necessidade de atendimento odontológico, cumprindo o objetivo proposto e a meta de um 100%.

A avaliação odontológica se realiza pela técnica da higiene bucal, porque não existe disponibilidade de cadeira odontológica em nossa unidade. Foi feita avaliação das necessidades de atendimento odontológico programando a realização da primeira consulta, além de orientar a importância de higiene bucal adequada. Não apresentamos problemas na hora de avaliar a necessidade de atendimento odontológico, já que estabelecemos engajamento com equipe odontológico para esta ação, além de realizar atividades coletivas no CRAS, com grupos de idosos que assistem frequentemente a atividades planejadas por eles em parceria com nossa UBS.

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

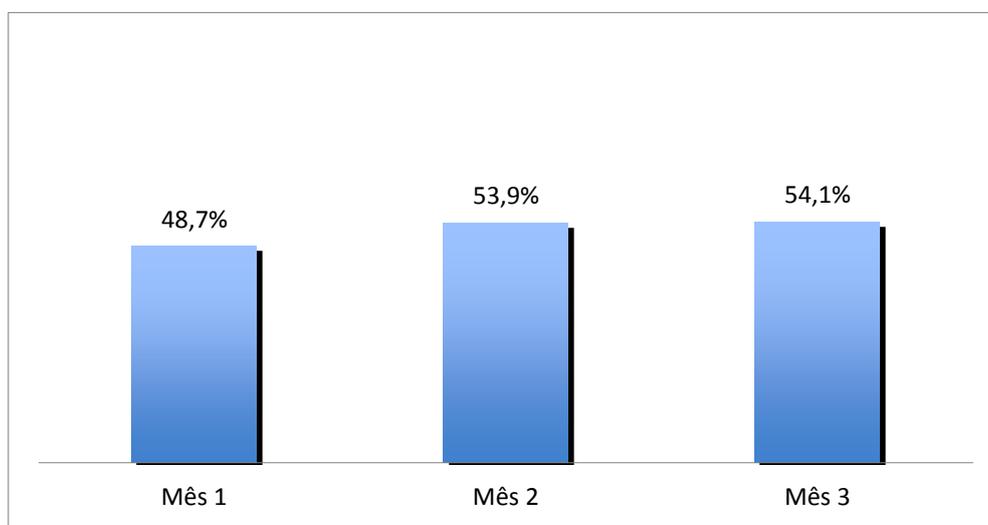


Figura 7. Gráfico com a proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica na UBS Alzira Rabelo

O número de atendimento odontológico no primeiro mês foi de 37 idosos 48.7%, no segundo mês se assistiram 89 idosos, 53.9% e no terceiro mês foram 125 idosos atendidos, 54.1%. Não se conseguiu cumprir a meta proposta, mas vamos continuar atendendo para chegar em 100%. E, junto à comunidade nos mobilizar para reivindicar atendimento odontológico em

nossa UBS. Mesmo não tendo conseguido cumprir a meta de 100%, conseguimos fazer a diferença na vida de algumas pessoas:

Maria de Jesus Lima, de 69 anos, Neusa Pinto Silva, de 73 anos, nunca houve sido atendida por um dentista, antes dessa intervenção.

Acreditamos que a equipe odontológica deve acrescentar um número maior de vagas na agenda para atendimento dos idosos, porque apesar de que conseguimos avaliar 100% das pessoas, no que diz respeito a necessidade de atendimento, muita gente ficou sem atendimento.

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

A avaliação de alterações de mucosa bucal no primeiro mês foi para 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e terceiro mês 231 idosos (100%). Logrando-se avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas atendidas no programa, cumprindo o objetivo e meta.

Detectamos 3 idosos com lesão em mucosa bucal:

Sebastião Da Costa, de 76 anos; Erlinda Dacaia de 70 anos, Francisco Rufino Ferreiro, de 79 anos. Eles foram encaminhados para tratamento e biopsia.

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

Em relação com Avaliar necessidade de prótese dentária das pessoas idosas cadastradas em nosso projeto se logro cumprir com objetivos e metas propostos de um 100% em primeiro mês 76 idosos (100%) segundo mês 165 idosos (100%) e no terceiro mês 231 idosos, 100%.

A avaliação da necessidade de prótese dentária foi feita pela técnica da higiene bucal e a odontólogo nas consultas, encontrando 29 idosos que precisam de próteses dentais.

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

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

No primeiro mês foram 12 idosos que faltaram ao atendimento agendado e 100% foram buscados, segundo mês 19 idosos e 100% passaram por busca ativa, no terceiro mês foi 29 idosos quem faltaram e 100% tiveram a busca ativa realizada. Essa meta foi alcançada principalmente pelo esforço dos ACS.

Os principais motivos para as faltas foram:

Não conhecia a existência do programa na UBS;

Só visitam a UBS quando tem algum problema de saúde;

Para tentar resolver isso, fizemos divulgação do programa na comunidade, principalmente com os ACS e na rádio comunitário.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Nosso projeto de idosos com registro na ficha espelho ao dia conseguiu 100% durante os três meses da intervenção. No primeiro mês 76 idosos (100%) segundo mês 165 idosos (100%) e terceiro mês 231 idosos, 100%.

O instrumento usado para garantir essa cobertura foi a capacitação da equipe sobre a importância de se manter os registrados atualizados. Isso foi feito antes do começo da intervenção.

Com o intuito de melhorar o registro das informações dos idosos no programa, buscamos como meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários cadastrados no serviço de saúde. Assim, durante as 12 semanas de intervenção, conseguimos que 100% dos idosos (231) atendidos. Alcançar esses resultados, com certeza foi um grande avanço para o serviço de saúde, pois ao iniciar a intervenção identificamos problemas no preenchimento dos registros de informação para os programas da UBS, e especificamente para o programa de idosos, pois não existiam arquivos específicos para este programa.

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

A caderneta de Saúde da Pessoa idosa foi entregue e preenchida para 100% das pessoas com 60 anos e mais. No primeiro mês foram 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e terceiro mês 231 idosos, 100%.

A caderneta é um importante documento aonde registramos todos os problemas. Com isso logrando sua história e todas as particularidades para um bom seguimento. A entrega e preenchimento da caderneta são iniciados na triagem anterior a consulta, os profissionais que realizam o preenchimento são o médico, o enfermeiro e dentista.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

100% das pessoas com 60 anos e mais foram avaliadas para essa meta. No primeiro mês 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e no terceiro mês 231 idosos, 100%.

Essa ação é um elemento muito importante no acompanhamento de nossos idosos, encontramos principalmente risco de acidentes e queda nos idosos pelas condições da vivenda e alagamento dos rios, além de risco de doenças gastrointestinais pelas condições higiênicas da água e alimentação, além dos riscos dos idosos acamados.

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

Outra meta cumprida em 100%: no primeiro mês foram atendidos 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e terceiro mês foram 231 idosos, 100%.

Este parâmetro nos ajuda desenvolver um grupo de ações que permitem a melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos são três os princípios relacionados com alterações neuromusculares, de regulação do sistema neuroendócrino, alterações neurológicas, a todos os idosos realizamos avaliação de fragilização na velhice, encontrando que muitos tinham alterações neuromusculares com perda da força muscular que forem encaminhamos para a fisioterapeuta no outro posto de saúde, outros com

perda de peso injustificada que foram avaliados com a nutricionista e assistente social, os idosos que suspeitamos de alterações neuroendócrinas forem encaminhados para avaliação secundária, idosos.

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

A rede social dos idosos foi avaliada em 100% dos atendimentos: no primeiro mês foram 76 idosos (100%), no segundo mês 165 idosos (100%) e terceiro mês 231, 100%.

A incorporação dos idosos a rede social é muito importante para lograr contatar com a família e garantir o cuidado para ajuda necessária em estas pessoas da terceira idade e ter apoio psicológico, aqui também interveio a nutricionista e psicóloga a quem encaminhamos as

A avaliação da rede social foi feita na consulta, principalmente através de informações dos ACS que estão em contato direto com os idosos de sua área de abrangência, previamente foram orientados e capacitados para, no caso de crises como deveriam agir com os idosos. Além disso, nas visitas domiciliares, nos reunimos com lideranças comunitárias e associação de moradores, a assistente social desenvolveu um trabalho de escolha e orientações de idosos com possibilidades de crises no dia.

A rede social que utilizamos para determinar os idosos e informar no caso de crises foram a UBS, Serviço Social (CRAS), Igrejas católicas e pentecostal principalmente diante reuniões com pastores e seguidores, que além das reuniões da igreja também realizamos visitas a pessoas carentes, com estas visitas eles classificávamos idosos e população em gerar que precisavam atendimento e avisarem em caso de crises.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

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



Figura 8: orientação nutricional e atendimento em domicilio

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



Figura 9: orientação e realização de exercícios físicos nas atividades realizadas em parcerias com o CRAS

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

As metas de promoção de saúde, especialmente as orientações, foram cumpridas em 100%. Todas as pessoas receberam orientações durante as consultas, nas ações coletivas e nas visitas domiciliares. O trabalho dos ACS em domicilio foi muito importante, nestas metas.

## 4.2 Discussões.

A realização do projeto de saúde do idoso na equipe Arara, no município Santo Antônio do Iça, Amazonas, melhorou a qualificação profissional através da capacitação, sobretudo para o uso do protocolo do Ministério da Saúde. As outras equipe de saúde pertencentes a UBS não participarem da intervenção, já que se decidiu que eles apoiaram com as atividades da UBS e atendimento a demandas espontâneas ,para garantir que meu equipe desenvolverá o projeto de intervenção , todo isso baseado na geografia muito extensa do município porem disso atendemos população urbana e ribeirinha que fica muito distante da UBS e a implementação da intervenção demanda horas de viagem , logística de transporte ,além da continuidade de atendimento dos outros programas da atenção básica inerentes a meu equipe de saúde. a Também se organizou o serviço, por exemplo, agora todos as pessoas com 60 anos e mais ficha espelho (em breve temos plano de implantar a ficha espelho para todas as pessoas e o programa da UBS. A caderneta de saúde dos idosos, o agendamento das consultas com antecedência, sem afetar as consultas em demanda espontânea, foram outros ganhos organizativos para população e para os trabalhadores.

Estas atividades de planejamento, capacitação e de ações, propiciaram a integração dos diversos trabalhos e dos diversos trabalhadores da saúde. Com a capacitação e a implantação do programa do ministério da saúde, nossa equipe ganhou em conhecimento sobre o programa de saúde dos idosos, conseguiu fazer rastreamento, diagnostico tratamento e monitoramento dos idosos da saúde dos idosos.

Com a realização do projeto aconteceram grandes mudanças. Antes as atividades eram concentradas na consulta media, com a intervenção reviu-se as atribuições da equipe e viabilizou-se a atenção multiprofissional. Passou-se a fazer reuniões, planejamento, monitoramento e avaliação dos resultados. Tudo isso melhorou nosso serviço e é possível, perceber o impacto de nosso trabalho nas comunidades. Os idosos e familiares estão

contentes, estão sendo orientados, é garantido os medicamentos, atendidos com prioridade. Tudo isso melhora a idosos e seus familiares.

Com o fim das 12 semanas de coleta de dados, nossa equipe está integrada e vamos continuar fazendo as ações exatamente como fazíamos antes. Assim vamos superar algumas das dificuldades encontradas. Pelo menos um dia específico por semana vai continuar sendo dedicado ao programa de saúde do idoso, incorporar os ACS nas consultas. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos em especial aos mais frágeis e de alto risco. Pretendemos no próximo mês investir na ampliação de cobertura.

Tomando este projeto como exemplo também pretendeu programar outros programas como saúde na criança, hipertensão e diabetes e outros, que sou de muita importância para maioria da saúde e qualidade de vida das pessoas.

Para a equipe de saúde, o desenvolvimento da intervenção representou um avanço no ponto de vista de organização dos serviços, já que alcançou o engajamento e comunicação com os gestores municipais na solução dos problemas que se apresentavam além de permitir contato direto com os idosos. Além disso, a intervenção possibilitou engajamento dos integrantes da equipe durante as visitas domiciliares, se logrou criar arquivos específicos para o programa saúde dos idosos, o desenvolvimento da intervenção condicionou à redistribuição dos dias de trabalho em aras de dar cumprimento a atenção de pessoas idosas. Acabamos realizando atendimento no CRAS diante parcerias estabelecidas com o objetivo de aumentar a cobertura de atenção, aproveitando atividades que eles realizam com os idosos, pois foi necessário realizar busca ativa dos idosos porém de o grão quantidade de faltosos porém do desconhecimento da existência do programa no passado.

A execução do projeto de intervenção mudou significativa a organização dos serviços, já que avanço da intervenção houve engajamento da equipe e das equipes todos que atuam na UBS na execução das atividades previstas no cronograma. Essa interação ocorreu entre enfermeiros, médicos, técnico dental, agentes de saúde, técnicos de

enfermagem, assistente social, recepcionistas. Este engajamento da equipe foi fundamental para desenvolver as atividades previstas na intervenção, com base em a relação (equipe e usuários).

Para o serviço de saúde a execução da intervenção também foi importante, pois a identificação de estrutura inadequada na UBS permitiu melhorar o funcionamento e execução do programa (farmácia, sala de espera, laboratório clínico, sala odontológica, barreiras arquitetônicas...). Além disso, foram organizados os serviços de odontologia com redistribuição dos dias de atendimento específico para os idosos, também foi organizada a atenção de pessoal de laboratório no hospital em resposta as demandas do programa saúde dos idosos com a realização de exames laboratoriais para este programa em dias específicos. Para lograr este foi necessárias reuniões com gestores da atenção secundária do município para garantir medicamentos e reagentes necessários para o programa (medicação controlada e realização de testes laboratoriais), todo isso melhoram a organização deste serviço.

Os usuários avaliaram de maneira relevante a intervenção alegando que foram atendidos adequadamente na UBS sem interferência de outros usuários como demandas espontâneas, grávidas, e dizer com dia específico de atendimento para o programa. Também referiam positivamente as visitas domiciliares que foram realizadas, além das orientações dadas nas consultas e nas atividades educativas no CRAS e outros espaços; sobre as mudanças de estilo de vida adaptada as suas idades.

É importante dizer que durante a intervenção encontramos dificuldades na realização dos exames complementares em dias pela não existência de laboratório clínico na atenção básica, sendo necessário realizar acordo com gestores do hospital para acolher este serviço no hospital dando prioridade a usuários idosos do programa. Ainda identificamos que a maiorias dos idosos que acompanhamos durante a intervenção não tinham conhecimento da existência do programa na UBS pelo que estavam expostos a múltiplas complicações próprias destas idades, Também encontramos dificuldades na hora de realizar atendimento odontológico, porque não tínhamos local odontológico na UBS e os usuários eram encaminhados para outra UBS. Porem disso, estabelecidos dias de

atendimento especifica para os idosos no outro posto de saúde, com incorporação da equipe odontológica nas visitas domiciliares. as dificuldades foram encontradas na hora de avaliar clinicamente os idosos do programa que identificamos com complicações secundárias(pé diabético, alterações neurológicas, problemas de locomoção , pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes sem tratamento específico) pela não implementação de serviço de atenção secundarias aqui no município. Diante dessas situações, realizou-se um relatório dirigido aos gestores municipais, para que essas dificuldades fossem solucionadas com o intuito de melhorar o atendimento prestado aos idosos.

Pretende-se incorporar a intervenção à rotina de trabalho do serviço de saúde, visto os bons resultados alcançados com a execução destas ações, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos na UBS Alzira Rabelo, pelo que continuaremos realizando busca ativa dos usuários faltosos as consultas, visitas domiciliares, parceria com CRAS, visitando comunidades ribeirinhas, realizando atividades de educação em saúde e prevenção de vulnerabilidades nos idosos, assim como interagindo frequentemente com gestores para estender a intervenção a outros programas da atenção básica no município

## 5 Relatórios para gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizou uma reorganização no programa de melhorar a atenção à saúde dos usuários idosos, no município de Santo Antônio do Lça/AM, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Nossa previsão era ampliar a cobertura; melhorar a qualidade da atenção aos idosos. As atividades foram desenvolvidas na UBS no período de (02 de outubro até 26 de dezembro 2015). Escolhemos trabalhar na intervenção com a saúde de pessoas idosas, pois na face de análise situacional identificamos uma baixa cobertura dessa ação com atrasos na realização de exames complementares, na avaliação odontológica, muitas vezes ausência de registros de informações sobre avaliação clínica e com especialidades da atenção secundária.

A intervenção foi realizada com toda a equipe e abordou ações nos quatro aspectos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

O gráfico mostra nossa cobertura:

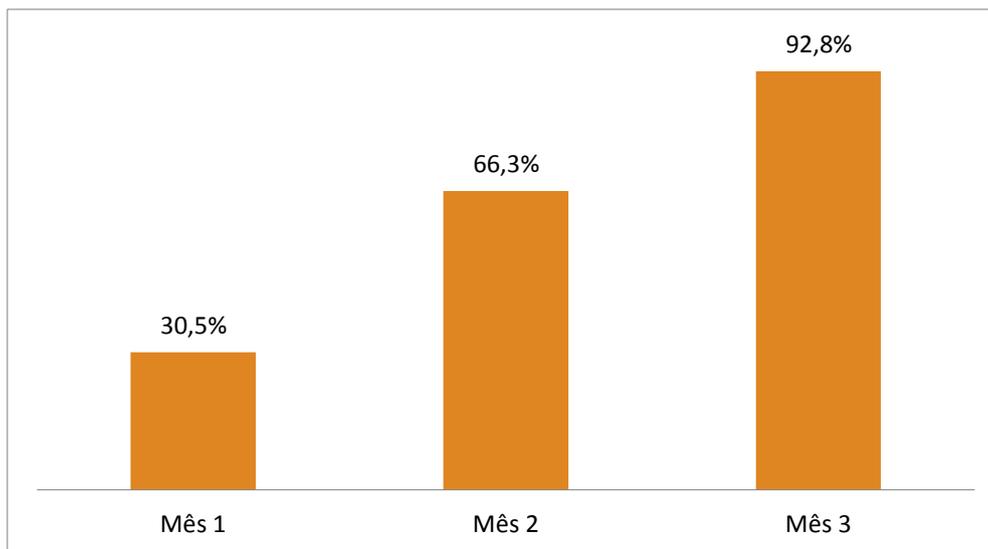


Figura10. Gráfico com a cobertura do programa de atenção a saúde da pessoa idosa na UBS Alzira Rabelo

Em 12 semanas conseguimos atender 92,8% (231) da população com 60 anos ou mais de nossa área. Sendo, no primeiro mês 76 pessoas (30,5%), no segundo mês 166 pessoas (66,7%) e no terceiro mês as 231 pessoas (92,8%).

Para desenvolver este projeto com qualidade, antes do início da intervenção realizamos dois encontros com a equipe para capacitar sobre as atribuições específicas e o uso do protocolo de saúde do idoso, do Ministério da Saúde. Realizamos a solicitação de exames complementares segundo protocolo a todos os usuários acompanhados na UBS, com agendamento no próprio centro de saúde e encaminhamento para sua realização no hospital. No decorrer da intervenção também realizamos o acolhimento de todos os usuários idosos que procuraram o serviço. Conseguimos fazer para 100% das pessoas a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, mas o dentista só conseguiu atender 54,1% (125) pessoas. Essa é uma ação que demanda atenção dos senhores gestores para resolver essa situação.

Ainda orientamos a comunidades e os familiares das pessoas sobre fatores de risco vulnerabilidade nos idosos, a importância de mudanças no estilo de vida, sobre nutrição adequada com ingestão de alimentos saudáveis, higiene bucal adequada e os possíveis danos do uso de álcool e cigarro. Além disso, informamos à comunidade que os mesmos podem

elaborar um projeto para realizar atividade física, culturais que incluíam aos idosos.



Figura 11: fotos de capacitações de equipe

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

Há aproximadamente um ano iniciei uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso tem ligação com o Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Durante 12 semanas foram realizadas a intervenção, de 02 de outubro até 26 de dezembro 2015. Ele foi bastante prático e como resultado realizou uma reorganização no programa de saúde do idoso. Para dar atendimento a necessidade de saúde da população existe os serviços de atenção básica, que são uma das portas de entrada do usuário ao serviço e desempenha o papel importante na promoção e prevenção da saúde da população, prevenção de doenças e complicações, garantindo o acesso a uma atenção a saúde de qualidade.

Para melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com 60 anos e mais, foi realizado algumas alterações na forma de atendimento, alguma mudança tem certeza que já perceberam, outra vai falar nesta carta. Para lograr as metas propostas no projeto de inversão, realizamos muitas ações, dentro elas podem mencionar o aumentado número de atendimentos a idosos no programa da UBS, pois observamos que tínhamos um número baixo de atendimento. Em 12 meses atendemos 231 pessoas, além disso, melhorou-se muito a qualidade, entregamos carteirinha dos idosos para todos e atualizamos as anotações em todas as fichas do prontuário.

Foram realizadas avaliação com integralmente todos os idosos da área de abrangência, além disso, foi realizado exame clínico apropriado, rastreamos idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, realizamos exames de laboratório, se prescreveram medicamentos que são disponibilizados pelo estado, se realizou promoção sobre higiene bucal, alimentação, exercícios

Para conseguir melhorar o serviço, não basta apenas boa vontade, por isso foram feitas capacitações com a equipe de saúde, assim aprendemos novas formas de atender melhor, Por exemplo, descobrimos que um grande risco para saúde são as quedas que os idosos apresentam fazer poucos exercícios físicos, comer frituras, entre outros alimentos pouco saudáveis. Conseguimos que fosse disponibilizada no serviço do hospital, em dias específicos a realização dos exames que não temos na UBS.

Acreditamos que no futuro será preciso melhorar o controle social e aproveitar espaços dentro da comunidade para realizar atividades esportivas, culturais e recreativas

Finalizamos o projeto com a equipe engajado, fortalecido para continuar acompanhando a população com 60 anos e mais, tentando incorporar as mudanças desenvolvidas através destas 12 semanas à rotina de trabalho. Mas ainda faltam ações para fortalecer o trabalho com a comunidade em relação a mudança no estilo de vida, afim de prevenir o desenvolvimento de complicações destas idades vulnerável.

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

Sobre o processo de aprendizagem, acho interessante e necessário este tipo de ensino a distância, sobre tudo para os médicos que participam do intercâmbio e que trabalham em zonas rurais, com difíceis condições de acesso a instituições universitárias com ensino presencial. Além disso, esse método de ensino permitiu que no decorrer do curso houve-se a possibilidade de trocar idéias e experiências com outros especializados e com os orientadores que constantemente estão nos auxiliando e avaliando nossa atuação e com a coordenação pedagógica através do diálogo orientador especializado (DOE), fórum de saúde coletiva de cada unidade, fórum de clínica, pronto encontro, e orientações semanais.

No início eu tinha uma percepção diferente deste tipo de ensino, principalmente porque achava que as condições logísticas do município não permitiriam um bom desenvolvimento do curso. Enfrentamos dificuldades de acesso à internet, baixa velocidade que não permitiam a realização das atividades do curso na data certa e baixar os vídeos e materiais de apoio do curso (dificuldades de acesso a bibliografia). No entanto, apesar destas dificuldades e após as semanas de adaptação/ambientação, e com ajuda da orientadora consegui me adaptar a estas limitações e desenvolver o curso de ensino a distância.

Achei interessante que no decorrer das atividades semanais foram disponibilizadas tarefas como TQC, Estudos de Prática Clínica, Casos Interativos que abordavam os problemas mais frequentes apresentadas nas consultas da atenção básica, os problemas de demanda espontânea e os

programas da atenção primária, os quais reforçaram o nível de conhecimento científico.

A minha atuação profissional se fortaleceu no decorrer do curso diante da avaliação da aplicação dos protocolos da atenção básica na UBS. Através dos questionários que preenchemos cada semana permitiu a interação com a equipe de saúde e gestores municipais sobre as dificuldades encontradas nos aspectos assistencial e estruturais do centro de saúde, que permitiu elaborar uma série de recomendações para melhorar as dificuldades e incorporar às ações a rotina dos serviços.

Neste momento, em que chegamos ao final do curso de especialização posso destacar que o ensino a distância proporcionou a adesão da rotina de trabalho na UBS com a implementação dos objetivos do projeto de intervenção, permitindo atualizar os programas da atenção básica como, a atenção pré-natal, puericulturas, controle de câncer de mama e de colo do útero, hipertensão e diabetes, sobre tudo a atenção a idosos, e principalmente a orientação sobre promoção e prevenção em saúde, além do manejo das demandas espontâneas. Ainda o projeto de intervenção possibilitou contato estreito com os usuários permitindo identificar falência na implementação dos programas, agravos negativos para a saúde, riscos gerais e específicos das doenças, avaliarem condições de vida dos usuários, além de permitir buscar os faltosos a consulta. Também possibilitaram orientar os usuários sobre medidas de promoção e prevenção, estilos de vida saudável, através. E relacionamento com as lideranças comunitárias, igrejas locais, instituições social.

O curso de ensino a distância possibilitou conhecer as características do SUS no Brasil (princípios e diretrizes), permitindo realizar análise crítica da aplicação destes princípios nos programa da atenção básica, realização de recomendações e relatórios a gestores municipais para a implementação adequada destes na UBS especificamente para a população idosa, Além disso, permitiu melhorar as condições científicas, melhorar a barreira idiomática, desenvolver os programas da atenção básica segundo protocolos do ministério, e sobre tudo permite atuar com as comunidades. E possibilitarem a implementação de mudanças no meu País a partir da experiência recebida

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica (CAB). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa n: 19. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

Global Age Watch Índice. Luta pelos direitos dos idosos. 2014. Disponível em <[www.inta.com.br/biblioteca/images/pdf/artigo-4-n-6.pdf](http://www.inta.com.br/biblioteca/images/pdf/artigo-4-n-6.pdf)> Acessado em 26 jan. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre os municípios/brasileiros. Disponível/em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 08 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012

BRASIL. Estatuto do Idoso. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acessado em: 03 marc. 2016.

.

.

.

.

ANEXOS

**Anexo A - Documento do comitê de ética**



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL





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

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

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

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

René Alfonso Prado

Nome

Contato:

Telefone: (92991268608)

Endereço Eletrônico: renelfonsoprado@yahoo.es

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante