

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do programa de saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde
de Firme Pedro de Cabeceiras do Piauí/PI**

Antonio Luis Silva

Pelotas, 2014

Antonio Luis Silva

**Qualificação do programa de saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde
Firme Pedro de Cabeceiras do Piauí/PI**

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

Orientador: Fábio Renato Manzolli Leite

Pelotas, 2014

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

S586q Silva, Antonio Luis

Qualificação do programa de saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Firme Pedro de Cabeceiras do Piauí/PI / Antonio Luis Silva; Fábio Renato Manzolli Leite, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

61 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde do idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde bucal I. Leite, Fábio Renato Manzolli, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A Deus, que através da força divina, me fez superar os obstáculos encontrados no caminho e obter êxito em mais uma missão ao concluir este curso.

Aos meus colegas de equipe (Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnicas de Enfermagem e Motorista da equipe) que sempre acreditaram e confiaram na minha determinação para realizar este trabalho.

Aos pacientes, por terem me recebido de forma carinhosa na construção deste trabalho, pois sem eles isso não existiria.

À minha irmã Ivonete pela dedicação, atenção e a boa vontade de sempre me ajudar.

Ao Fábio Renato Manzolli Leite, meu orientador, por toda a atenção dispensada em favor da elaboração deste trabalho para conseguirmos alcançar a conclusão do curso.

Ao gestor municipal de Cabeceiras do Piauí-PI pelo apoio e incentivo para que pudéssemos realizar nossas atividades na construção deste projeto.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o alcance da conclusão de mais uma etapa de minha vida.

Lista de abreviações

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CA	Câncer de Mama
CEO	Centro Especializado Odontológico
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
KM	Quilometro
PI	Piauí
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Resumo

SILVA, Antonio Luis. **Qualificação do programa de saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Firme Pedro de Cabeceiras do Piauí/PI**. 2014. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A proporção de idosos tem aumentado notadamente em relação a outras faixas etárias. Isso desperta preocupações e exige a criação de políticas públicas que possam garantir os direitos dos idosos. Desta forma, objetivou-se com este trabalho ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos da área adstrita; melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso; melhorar a qualidade da atenção ao idoso; melhorar os registros das informações; mapear os idosos de risco da área de abrangência e promover a saúde dos idosos. Trata-se de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Pedras Firme Pedro no município de Cabeceiras do Piauí-PI, no qual a população alvo foram os pacientes idosos da área de abrangência da referida unidade. Os resultados apontaram a ampliação da cobertura da atenção à saúde dos idosos para 63,6%, dos quais 87,8% foram cadastrados na ficha espelho, o que nos sugere melhorias dos registros, bem como mais adesão dos usuários ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Quanto aos faltosos 91,5% foram resgatados através da busca ativa e permaneceram ativos ao serviço. Além disso, houve melhorias na qualidade da atenção por meio do mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência e de ações de promoção à saúde. Conclui-se que estas ações não atrapalham e não sobrecarregam a equipe, desta forma podem ser facilmente incorporadas à rotina do serviço, pois melhoram o atendimento e acompanhamento dos idosos.

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

Apresentação

Este volume relata a análise situacional da Unidade de Saúde da Família de Firme Pedro do município de Cabeceiras do Piauí-PI, o qual apresenta os resultados de um projeto de intervenção nesta unidade, onde a população alvo foram os pacientes idosos de toda a área de sua abrangência.

Este projeto de intervenção sobre a atenção à saúde do idoso foi realizado nos meses de Setembro a Dezembro do ano de 2013, por meio das orientações da UFPel. Além disso, para o desenvolvimento este projeto de intervenção contou-se com o auxílio de toda a equipe multiprofissional desta unidade (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de odontologia, agentes comunitários de saúde e motorista), além da colaboração de outro serviço, tal como o NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família) e também o auxílio dos gestores deste município.

Sendo assim, a exposição deste trabalho foi baseada em um vivência diária de um profissional médico, engajado com a saúde pública para alavancar melhorias na qualidade de saúde oferecido, bem como propiciar maiores conhecimentos a respeito do trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como no acompanhamento de idosos neste tipo de serviço

1 Análise situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município em que atuo pelo Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) é o de Cabeceiras do Piauí, situado a 104 quilômetros (km) ao norte da capital Teresina - PI, mais especificamente no povoado Pedras, Posto de Saúde “Firmo Pedro”.

A cidade possui uma população com pouco mais de 10 mil habitantes, estando cerca de 2 mil destes na zona urbana e mais de 8 mil na zona rural. Quanto à população adstrita, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2004) a área possui 2.798 habitantes, sendo 1.371 homens e 1.427 mulheres, com um número estimado em idade fértil em torno de 907 mulheres, o que condiz com os atendimentos da equipe. A população é predominantemente jovem, com tendência ao aumento de idosos.

A UBS Firme Pedro está localizada na zona rural, distando 18 km da sede do município. Todas as demandas por consultas e especialidades são enviadas à UBS da zona urbana para serem agendadas no sistema de marcação de consultas e solicitação de exames por um convênio com o SUS.

A estrutura física da UBS pode ser considerada como um mini posto de saúde, o qual foi ganhando ampliações de forma desregrada. Mesmo após expansões, hoje não teria espaço para acomodar outros profissionais de saúde dos quais são necessários para melhorias na qualidade dos serviços oferecidos, tais como fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e entre outros. No tocante da equipe são todos empenhados nas suas tarefas.

1.2. Relatório da Análise Situacional

A área dispõe de 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 na zona rural com equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e uma equipe na zona

urbana. Atualmente, não existe um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), pois o que existia era um consórcio entre 3 municípios, em que cada um dispunha de um profissional de fisioterapia, nutricionista, fonoaudiólogo, para atender a demanda do município de Cabeceiras do Piauí. Porém, este consórcio foi desfeito e o município aguarda a implantação do NASF para cada UBS.

Cabeceiras do Piauí também não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), estes serviços são referenciados para o município de Barras-PI, para onde são encaminhados os casos mais complexos para tratamento de canal, cirurgias e outras especialidades.

Quanto às especialidades médicas, o município dispõe de um ortopedista duas vezes por mês, as demais são agendadas via sistema de marcação de consultas do Sistema Único da Saúde (SUS). O município não conta com hospital, fazendo uso dos serviços hospitalares de média complexidade na cidade Campo Maior-PI, distante 50 km deste município.

Quanto aos exames laboratoriais, alguns são feitos na UBS e os demais são realizados na cidade de referência ou em Teresina, capital do estado, que por sua vez dificulta o desenvolvimento do serviço, devido a demora para o atendimento e as dificuldades financeiras dos pacientes para se deslocarem. É importante ressaltar que muitas consultas referenciadas para algumas especialidades e alguns exames, podem demorar até 3 meses, retardando o diagnóstico e tratamento destes pacientes.

A equipe é constituída por 1 médico clínico geral, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 1 técnica de saúde bucal, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 zeladora, 1 motorista disponível para o deslocamento dos profissionais e na busca de pacientes que não podem se deslocar até a UBS.

Quanto à sua estrutura física, possui 3 consultórios divididos entre odontologia, médico e enfermagem, 1 sala de nebulização, 1 sala de curativo, 1 banheiro para pacientes, 1 sanitário para funcionários, 1 almoxarifado, 1 recepção, 1 área aberta onde os pacientes ficam esperando atendimento. Vale lembrar que esta unidade possui algumas deficiências quanto ao acesso de cadeirantes, banheiros e armários nos consultórios, além de mais salas para distribuir as atividades, pois alguns funcionam no mesmo espaço físico.

Há carência de espaço para imunização com geladeira, farmácia, almoxarifado, nebulização, um ambiente pediátrico e outro geriátrico. Também necessita de uma enfermaria para administrar medicações endovenosas e injetáveis. Tudo isso já foi proposto ao gestor e o mesmo prometeu que logo fará melhorias na estrutura física. É necessário também que esta unidade tenha em seu estoque todos os medicamentos e materiais de suturas, evitando assim que tenhamos de buscar toda semana na unidade do centro, o que na maioria das vezes prejudica o serviço.

Como já mencionado, a estrutura física da UBS ganhou ampliações sem grandes estudos arquitetônicos. Não havendo espaço para os profissionais e programas já existentes, muito menos para outros que a equipe gostaria de implantar. Em relação ao atendimento médico, procura-se atender a todos, mesmo quando ultrapassa o número de pacientes agendados, porém é reforçado aos mesmos sobre a necessidade do agendamento de suas consultas. O médico procura ficar atento quanto aos pacientes que faltam às consultas e solicita à enfermeira ou ACS (Agentes Comunitários de Saúde) a fazer contato com estes pacientes e resgatá-los.

Refletindo sobre a demanda espontânea, é uma situação que o profissional deve aprender a conduzir, pois quem procura a atenção básica é porque está realmente precisando. Principalmente aqui, na zona rural em que as pessoas não têm como se deslocar e retornar em outro dia. A opção de retornar outro dia se torna humilhante e constrangedora para essas pessoas tão humildes. Desta forma, procura-se orientá-los sobre a importância de agendar as consultas com antecedência e, aos poucos, estamos equilibrando essa demanda.

A enfermeira e a técnica de enfermagem fazem o atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos (Hiperdia), pesagem, exames de prevenção, pré-natal e palestras. Com relação ao atendimento odontológico, até pouco tempo atrás houve problemas com o cirurgião-dentista, mas agora com um novo profissional a resolutividade está melhorando.

Os ACS reclamam da área que é muito grande e o transporte disponível é uma bicicleta, dificultando seu trabalho. Já propusemos ao gestor que procure comprar motos ou ao menos disponibilizar o combustível, afim de que os profissionais façam este trajeto na sua motocicleta, o que proporcionaria um

melhor desempenho do serviço. Outra opção seria aumentar o número de ACS da área, ou ainda a construção de mini postos nestas comunidades mais distantes e fixar ACS mais próximo da população. Nossa equipe faria os atendimentos juntamente com os demais profissionais, deixando apenas os exames para serem feitos na unidade sede.

Quanto ao acolhimento, necessita-se de outros serviços que anteriormente o município contava que era o NASF, o qual dispunha de psicólogos, fisioterapeutas, educador físico para uma melhor assistência dos pacientes. O conjunto integrado destes profissionais facilitaria no tratamento e recuperação das diversas patologias que acometem uma boa parte da população.

Todavia, ressalta-se que uma clientela bem significativa e crescente é a dos hipertensos e diabéticos, pois a população está envelhecendo e vivendo mais, em função das melhorias dos programas sociais e das tecnologias na área da medicina. Além disso, o poder de compra e o consumismo das famílias brasileiras aumentou significativamente, assim como os hábitos alimentares foram se modificando. Atrelado a esses fatores, ocorrem às patologias endócrino-metabólicas, e assim torna-se necessário ficar atentos no sentido de orientá-los para hábitos saudáveis e realização de atividades físicas diárias. Quanto aos hipertensos temos uma cobertura de 56% destes pacientes e, como indicadores, temos 76% com estratificação de risco cardiovascular, 86% com exames complementares periódicos em dia, todos estão orientados quanto à prática de atividade física e quanto à importância da orientação nutricional, porém temos dificuldades quanto à adesão dos pacientes ao tratamento odontológico.

Analisando os indicadores, observa-se uma boa cobertura, porém em alguns aspectos precisa haver melhorias, como por exemplo, na saúde bucal, fazendo busca ativa destes pacientes. Outro grupo que necessita de atenção são as gestantes que precisam de maior atenção e incentivo ao comparecimento à UBS, pois não temos um controle rigoroso do acompanhamento porque elas se deslocam até a sede na zona urbana. No que diz respeito ao acompanhamento deste grupo a equipe segue a lista de recomendações quanto aos hábitos alimentares, realização de atividade física no objetivo de fortalecer a musculatura pélvica, avaliação de possíveis

alterações como infecções do trato urinário, sangramentos e corrimentos vaginais. O mesmo problema de perda de acompanhamento acontece com os casos de prevenção de câncer colo de útero e mama.

Além disso, percebe-se a necessidade de incentivar o auto exame das mamas, a realização de exames citológicos, colposcopia, ultrassonografia mamaria e mamografia anual após os 40 anos de idade. Aos poucos já estamos tentando mudar esta realidade, orientando sobre a importância de todos os pacientes serem acompanhados na UBS. Esse fator irá proporcionar um maior controle das consultas e exames destas pacientes, além do tratamento precoce de algumas patologias. Quanto à cobertura do CA (câncer) de mama, observa-se um acompanhamento deficiente das mulheres portadoras de tal patologia, pois a taxa de cobertura é de apenas 22% e somente 20% tem avaliação de risco para CA de mama.

Quanto às crianças entre 0 e 72 meses, são identificadas como uma população que necessita de uma atenção diferenciada, por ser o início do seu desenvolvimento físico e motor. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), o qual é utilizado, precisa-se de mais atenção para captar mães e crianças faltosas. Ressalto que já fazemos o primeiro atendimento à puérpera na sua residência, iniciando a puericultura, obtenção de medidas, pesagem, determinação de perímetro cefálico, orientação de amamentação do recém-nascido, importância da exclusividade do aleitamento materno até os 6 meses de vida, prevenção de mastites, imunização e higiene bucal da criança.

No entanto, a UBS necessita de uma estrutura física adequada para esta demanda, tais como sala pediátrica para um atendimento mais humanizado e para trazer alguns serviços, como teste do pezinho. Este serviço seria importante, pois as mães têm o hábito de procurar a UBS da sede, uma vez que todos os serviços estão centralizados lá, o que descontinua o acompanhamento destas crianças. A equipe está procurando orientá-las, e em reunião com os colegas das demais equipes, destiná-las à sua área de origem.

No pré-natal, as gestantes são orientadas a fazer todas as consultas, exames, vacinas, quanto a alimentação, exame físico, pesagem, cuidados com higiene bucal e aferição de pressão arterial, de acordo com o protocolo do MS. No caso das diabéticas e hipertensas temos uma atenção diferenciada, pelo aumento dos riscos da gravidez. Temos algumas deficiências por não termos

de alguns equipamentos básicos, como sonar doppler para uma ausculta cardíaca fetal, um psicólogo para o acompanhamento das pacientes durante a gravidez, por ser a gestação um período que acarreta alterações psicológicas nestas mulheres.

Quanto aos aspectos positivos desse acompanhamento está à prevenção de muitas complicações durante a gestação, bem como proporcionar um parto mais seguro e humanizado. Sendo assim, é necessário atender, através de reuniões nas comunidades, sobre a importância do início precoce do pré-natal e tentar atrair esta clientela à UBS resgatando aquelas mulheres que faltam às consultas, através dos ACS e da enfermagem. Quanto à cobertura de pré-natal, observa-se um percentual de 56% de gestantes assistidas pelo programa de saúde da família, sendo 56% das gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre, vacinação, bem como exame ginecológico em dia.

Reafirmo a necessidade de ampliar a UBS para um melhor atendimento às crianças e idosos, diabéticos, hipertensos e gestantes. Além disso, é necessário melhorar os meios de transportes para os ACS, pois as bicicletas não são eficientes para realização de suas tarefas, por ser uma área grande e as comunidades distantes uma das outras.

Portanto, com todas estas dificuldades e pontos positivos da UBS em questão, é necessário ter consciência da realidade, pois este município tem 20 anos de administração pública, sendo quase que 80% pela mesma gestão, então existem muitas coisas que precisam ser mudadas. Sabemos que estas mudanças não vão ocorrer em curto espaço de tempo, pois devemos levar em conta a disponibilidade de recursos financeiros dos gestores para que elas ocorram. Sendo assim, como profissionais da área da saúde estamos, na medida do possível, tentando fazer e contribuir para uma melhor qualidade de vida desta população.

1.3. Comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Inicialmente foi possível perceber toda a estrutura física e também a disponibilidade de profissionais da UBS em questão, o que nos remeti para a

quantidade de habitantes deste município, que é relativamente pequena, apenas com 10 mil habitantes, que por sua vez deveria facilitar para administração pública em sua gestão. No entanto, apontamos falhas desde a estrutura física até a disponibilidade de recursos humanos e materiais. A estrutura física da UBS pode ser considerada como um mini posto de saúde, o qual foi ganhando ampliações de forma desregrada.

Outro ponto a ser considerado foi o termino do consócio com outros municípios para os serviços oferecidos pelo NASF que deixou a cidade de Cabeceiras-PI sem psicólogo, nutricionista, educador físicos e outros.

A equipe mostra-se empenhada nas suas tarefas e muito solitários com o projeto de intervenção proposto. Diante da realidade, vejo onde devo atuar em cada segmento da população, tentando prestar uma assistência adequada ao pré-natal, aos hipertensos, aos diabéticos, apesar da cobertura ter sido apontada como regular ainda observa-se a necessidade de melhorias nestes seguimentos. Além da assistência à prevenção do câncer de colo e de mama, pois a taxa de cobertura é de apenas 22% e somente 20% tem avaliação de risco para CA de mama; ao acompanhamento de puericultura e dos idosos. Saliento que algumas práticas já foram implementadas, juntamente com toda a equipe na tentativa de melhorar a assistência à população, no entanto o nosso foco de intervenção são os idosos no intuito de realizar um planejamento de intervenção que atendam as necessidades desta população e consequentemente melhorar a qualidade da assistência oferecida.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

Historicamente o homem nunca teve tanta chance de alcançar a terceira idade e com isso é fato concreto a modificação do perfil etário em todo o mundo. Os fatores determinantes deste fenômeno são cada vez mais estudados e conhecidos, e nos permitem entendê-los em sua complexidade e magnitude, merecendo ainda maior atenção daqueles que dedicam suas

atividades profissionais de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso (FREIRE; TAVARES, 2005).

O envelhecimento, como fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular, sendo visto como um processo natural e previsto na evolução dos seres vivos. Além disso, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece, ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nesta etapa da vida são previsíveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS et al., 2007).

Segundo Brasil (2007) a constituição brasileira incorpora um conceito ampliado de saúde, entendido como direito de cidadania, direito de todos e dever do estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário e universal das ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A medida que uma pessoa envelhece os primeiros sinais são os físicos: os cabelos brancos, as rugas, o caminhar mais lento, pois existem velhos de 40 anos e outros que desafiam a idade cronológica e parecem mais jovens aos 70 ou 80 anos. Desta forma, o estilo de vida contribui bastante para o envelhecimento, doenças, acidentes, estresse que favorecem ao envelhecimento precoce (FREITAS et al., 2006).

Julga-se que o envelhecimento físico é resultante da ação de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico; programação genética e lesões celulares; modificações das moléculas de DNA e de radicais livres; e controle neuroendócrino da atividade genética e neuroquímico (FIGUEIREDO; TAVARES, 2006).

Segundo Freitas et al. (2006) é importante considerar também que o processo de envelhecimento delimita mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, nesse processo a família muda junto com o idoso. Sendo assim, o ciclo de vida é considerado como um processo contínuo de envelhecer, que nos dias atuais não é mais um discurso distante e sim muito presente pela transição demográfica.

A transição demográfica refere-se à queda da mortalidade infantil e a progressiva diminuição da fecundidade em nosso meio, os quais nos garantem

uma considerável população de idosos, que, projetada para 2025, nos colocará como o sexto país do mundo em número de idosos (ALBUQUERQUE, 2005).

O envelhecimento da população mundial é uma realidade presente. As pessoas vivem por mais tempo, em consequência são vistas mudanças importantes nos diversos setores da sociedade. Apesar do limite biológico de idade continuar o mesmo, o que tem aumentado é a expectativa de vida. Essa proporção no limiar de vida foi consequência de alguns fatores, como principalmente, melhoria da qualidade de vida, maior acesso aos serviços de saúde, ao avanço tecnológico na medicina e as mudanças nos hábitos de vida.

Neste sentido, envelhecer é uma etapa da vida que precisa ser encarada normalmente. Aceitar os desafios trazidos com esse processo é imprescindível para um envelhecer saudável. A iniciativa de querer ficar velho e com saúde parte do sujeito. Além disso, é importante considerar também que a sociedade demonstra certo desprezo por pessoas mais velhas, uma vez que possuem necessidades especiais: muitos preferem ignorá-los ou maltratá-los (GIACOMIN; SARTINI; MATOS, 2005).

Nesta perspectiva, deve-se considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde e, por isso, torna-se necessário encorajá-las a participar neste processo. O auto cuidado deve ser sempre estimulado, pois a capacidade de se cuidar é a essência da existência humana, cuidando de si o idoso sente-se mais capaz. E o cuidar do próximo é a essência para a cidadania, e deve ser realizado com amor e dedicação, principalmente tratando-se de idosos (MARTINS et al., 2007).

Desta forma, espera-se que, com este plano de ação, haja participação mais ativa dos idosos nas atividades de ações de promoção e prevenção de saúde na Estratégia de Saúde em Família (ESF) e na sociedade, ajudando-os a exercer sua cidadania através do desenvolvimento e estimulação de sua autonomia, respeitando suas possibilidades e sua independência.

Sendo assim, é papel da equipe contribuir na valorização da capacidade e do potencial do idoso como ator e autor em seu autocuidado, onde todas as ações devem ser realizadas em consonância com a família, com o cuidador, com a sociedade e com o governo, para que desenvolvam cuidados em sintonia com a Política de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso.

A população de idosos da USF Firme Pedro é composta por 220 idosos, tendo 75% de cobertura pela equipe, sendo todos com atendimento regular, sem faltosos ou não assistidos. Apesar dessa boa cobertura, poucas atividades são desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida destes idosos, sendo que estas ações ficam praticamente restritas ao Programa do Hiperdia. Dessa forma, as consultas são mensais com realização de palestras, havendo um estereótipo por parte da população de que todo idoso é hipertenso ou diabético, ou todo hipertenso ou diabético é idoso.

Além desse estereótipo foi possível identificar grandes dificuldades na participação destes idosos, pois alguns são acamados e não há transporte disponível para permitir a locomoção dos mesmos. Além do mais, infelizmente, ainda há um pensamento dos profissionais, familiares e até mesmo do próprio idoso, de que a pessoa idosa deve se conformar com as doenças e que elas são inerentes ao processo de envelhecimento, assim como o isolamento.

É importante citar também que na ESF Firme Pedro se dá pouca importância à população idosa, onde é estabelecido um serviço com inadequada capacidade de recursos humanos e ausência de treinamento da equipe.

Baseado nisso, torna-se importante realizar ações programáticas focadas na saúde do idoso, devido a um amplo envelhecimento da população de nosso país e conseqüente do município em questão e também devido a deficiência de ações para esta parcela da população em nossa Unidade de Saúde da Família (USF).

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde do Idoso da ESF Firme Pedro do município de Cabeceiras do Piauí-PI;

2.2.2 Específicos

- Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos da ESF Firme Pedro;
- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
- Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;
- Melhorar registros das informações;
- Mapear os idosos de risco da área da abrangência;
- Promover a saúde dos idosos da ESF Firme Pedro;

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos idosos

- Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.
- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).
- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
- Rastrear 100%% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar registros das informações

- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.
- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

- Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.
- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.
- Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos da ESF Firme Pedro

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

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

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

- Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

- **Metodologia**

2.3.1 Detalhamento das Ações

De acordo com o levantamento realizado durante a Análise Situacional e considerando a governabilidade da equipe, optou-se por desenvolver estratégias de prevenção à saúde do idoso. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na Unidade de Saúde da Família (USF) Firmo Pedro, situada na zona urbana do município de Cabeceiras. Participarão deste projeto todos os idosos residentes na área. A estimativa é cadastrar 100% dos idosos e acompanhar um número igual. As planilhas fornecidas pelo curso de Especialização em Saúde da Família/UFPel serão alimentadas semanalmente pela enfermeira e pelo especializando.

Para ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos, será mantida a cobertura dos idosos da área em 100%, visto que é este o percentual de cadastramento e acompanhamento atual. Em termos de monitoramento e avaliação, será confeccionado um livro para registro de acompanhamento do idoso. Será realizado o registro dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção e também o registro de comparecimento dos idosos que podem comparecer a UBS. Será realizada avaliação periódica mensal pela enfermeira para a busca dos faltosos ou para o monitoramento das visitas. A equipe confeccionará uma ficha com espaço para anotar micro área, nome do idoso, endereço, nome da mãe, data de nascimento e espaços para anotação da verificação da pressão arterial, da glicemia e da realização de outros exames. Essas fichas também serão disponibilizadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma que os mesmos anotem os dados solicitados dos idosos e atualizem a cada 30 dias. No eixo organização e gestão do serviço, serão acolhidos e cadastrados todos idosos da área e aqueles que chegarem com ajuda dos ACS e equipe. Trabalhar-se-á com demanda induzida, sempre que possível, e espontânea. O atendimento médico será realizado sempre quando o paciente se apresentar à unidade e for detectado atraso na consulta ou não realização dos exames que tenham sido solicitados. Além disso, os próprios ACS auxiliarão no agendamento do exame, fornecendo notificação

com data e horário do exame àqueles pacientes com dificuldade de acesso ou locomoção. Todas as ações do projeto terão como base o Manual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Vol. 12. Estes protocolos serão disponibilizados pela Coordenação Básica do município na forma impressa para toda a equipe. Ainda será solicitado por meio de ofício à gestão municipal apoio no que se refere à disponibilização do que for necessário para a realização das ações.

No eixo engajamento público, será realizada sala de espera da consulta, em um dos turnos de atendimento, pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), de forma rotativa, explicando sobre o programa e as ações de prevenção na saúde do idoso como, por exemplo, o risco de quedas. Serão rastreados todos os idosos, especialmente aqueles que nunca se submeteram a nenhuma consulta na unidade. Serão fixados cartazes e realizada divulgação através de faixas visando ampliar a cobertura dessas ações, visto que não há rádio ou carro de som no povoado Pedras. No eixo qualificação da prática clínica, serão realizadas capacitações mensais no final de um turno com a equipe na unidade, coordenada pela enfermeira e pelo especializando, tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde (MS) para o acolhimento e o monitoramento da saúde do idoso.

Visando melhorar a adesão dos idosos ao programa saúde do idoso, estima-se realizar a busca de 100% dos idosos faltosos e realizar visita domiciliar àqueles acamados ou com problema de locomoção. Em se tratando do eixo monitoramento e avaliação, nesse quesito, a enfermeira solicitará dos agentes de saúde a relação de idosos de cada área, número de cadastrados, quantos destes são acamados ou possuem dificuldade de locomoção e o número de idosos com consultas atrasadas até 3 meses e com mais de 3 meses. Os dados serão registrados em uma planilha fornecida pelo curso com estes dados. Serão monitorados os valores das pressões arteriais, das glicemias e faremos uma observação nos prontuários dos idosos classificados como idosos frágeis. As fichas atualizadas pelos ACS, com informações relevantes acerca do histórico de saúde dos idosos e uso de medicação serão avaliadas pela enfermeira mensalmente. Os agentes de saúde comunicarão semanalmente ao médico quais idosos necessitam de visita domiciliar e determinarão em conjunto, melhor dia e horário para visita.

No eixo organização e gestão dos serviços, as visitas médicas serão realizadas em uma programação mensal baseada na demanda, para que possa atender a todos os acamados ou com dificuldades de locomoção e não sobrecarregue tanto a equipe. O calendário de visitas com a data e o respectivo agente daquela área será disponibilizado de forma visível, e distribuído em todas as salas de atendimento, para que não haja dúvida quanto a estas datas. Afixaremos cartazes na unidade de saúde, igrejas e lotérica informando sobre a existência de um programa de atenção ao idoso na unidade de saúde. Serão confeccionadas faixas para serem expostas na entrada da cidade, já que não há rádio para divulgação. Para atendimento médico dos idosos provenientes das buscas ativas realizadas pelos ACS nas visitas domiciliares, serão disponibilizadas duas vagas diárias em cada turno de atendimento da enfermeira e do médico. No entanto, se durante a visita domiciliar o ACS detectar um idoso em situação de risco, o atendimento médico será imediato.

Em termos de engajamento público será instalada uma caixa de sugestões na recepção para aquelas pessoas, que assim preferirem, emitirem sua opinião. No eixo qualificação clínica será disponibilizado a todos os profissionais da equipe, o manual de protocolo de fluxo e de atendimento do idoso. Este manual será solicitado pela enfermeira por meio de ofício à Secretaria Municipal de Saúde, visando servir como base nas capacitações mensais que serão realizadas na unidade com a equipe. Estabeleceremos uma semana de capacitação da equipe para que a mesma se adapte ao atendimento ao idoso, sendo que nesta semana deverão ser suspensos os atendimentos, ficando disponíveis apenas aqueles casos mais prioritários.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde, buscaremos 50% dos idosos faltosos as consultas programadas. Nesse sentido, no eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira deve ser informada mensalmente pela equipe se a programação mensal de visitas foi devidamente seguida e caso não tenha sido, quantos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção deixaram de receber esse atendimento domiciliar. Os dados serão organizados em planilha para que na próxima visita, aquelas que ficaram pendentes sejam atendidas prioritariamente, desta forma mantendo sempre a programação em dia.

A técnica de enfermagem ao acompanhar a equipe, durante a visita domiciliar dos idosos aferirá e registrará no cartão do idoso o valor da pressão arterial, mesmo de pacientes ditos não hipertensos. Em termos de organização e gestão do serviço, o agente no ato de encerramento da visita dará uma folha impressa com o código da família, onde o idoso ou alguém da casa assinará identificando que a visita foi realizada. Será criado um arquivo para acomodar estes impressos os quais serão separados por micro áreas e em ordem alfabética. Nesse sentido, a enfermeira solicitará, através de ofício, à Secretaria Municipal de Saúde, a aquisição deste mobiliário. No eixo engajamento público, será criado um mural destinado ao idoso, no qual seja afixada a programação mensal do programa de saúde do idoso, bem como de outras atividades realizadas na unidade de saúde e na cidade que possam ser de interesse da população idosa e que sejam capazes de contribuir no processo de prevenção e promoção da saúde. No eixo qualificação da prática clínica a equipe será atualizada mensalmente, por meio de capacitação realizada na unidade e coordenada pela enfermeira e pelo médico, tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde visando um melhor acolhimento do idoso.

Com a finalidade de melhoria dos registros das informações, estima-se manter o registro específico de 80% da pessoa idosa. Nesse sentido, no eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira monitorará os registros mensalmente, através dos livros de registros, dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), fichas de registros específicos e prontuários clínicos, de forma a garantir a adequabilidade dos dados. No eixo organização e gestão dos serviços será garantido o envio mensal das informações atualizadas para alimentar o sistema de informação, responsabilizando o coordenador da equipe pela entrega dos dados coletados. Será confeccionada uma ficha com espaço para anotar micro área, nome do idoso, endereço, nome da mãe, data de nascimento e espaços para anotação de comorbidades e medicações de uso contínuo. Será pactuado em reunião com a equipe, o comprometimento dos profissionais com a qualidade no registro das informações, sendo atribuída a responsabilidade aos profissionais médico e enfermeiro o monitoramento desses registros. No eixo engajamento público cada agente de saúde deve divulgar na sua área, a existência do programa de atenção ao idoso, focando os pontos positivos e suas vantagens. No eixo qualificação da prática clínica a

equipe será treinada na unidade, pela enfermeira, que utilizará as fichas de registro específico explicando como deve ser realizado o preenchimento adequado das mesmas.

No intuito de mapear os idosos de risco da área de abrangência, estima-se mapear 30% dos idosos com risco de comorbidade. Dessa forma, no eixo monitoramento e avaliação, a enfermeira e o médico irão avaliar mensalmente nas fichas de registro específicas se há indicadores de fragilização da pessoa idosa e necessidade de agendamento do idoso para melhor avaliação. No eixo organização e gestão do serviço serão identificados, pelo médico e pela enfermeira, os idosos com risco de queda através de tarjas coloridas que identificarão os prontuário destes pacientes. Será feita uma programação de acompanhamento mais minucioso destes pacientes, através de um atendimento diferenciado, disponibilizando 2 vagas todo dia para a eventual comparecimento destes idosos. No eixo engajamento público serão fornecidos pela equipe, em reuniões de grupo, esclarecimentos sobre os fatores de risco para hipertensão, diabetes, bem como medidas de controle e prevenção. Esses encontros acontecerão por meio de orientações individuais (nas consultas) e coletivas (salas de esperas), utilizando recursos áudio visuais. No eixo qualificação da prática clínica a equipe será capacitada na unidade, pela enfermeira e pelo médico em reuniões mensais, acerca da avaliação de risco para câncer de próstata, hipertensão, diabetes, quedas, bem como para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde e utilizando recursos áudio visuais.

Como último objetivo promoveremos a saúde dos idosos que adentrarem na unidade de saúde. Assim serão avaliadas mensalmente, na unidade, pela enfermeira e pelo médico a avaliação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 80% dos idosos da área, indicando aos ACS a necessidade de busca dos pacientes sem orientação, além de garantir orientação de atividade física regular e de cuidados com saúde bucal para 80% da população. A orientação de dieta e exercícios será realizada na sala de espera da unidade e em espaços públicos. No eixo organização e gestão dos serviços será solicitado mensalmente pela enfermeira, através de ofício à secretaria de saúde que em algumas reuniões do programa seja oferecido um lanche com frutas naturais, especialmente as frutas da região como manga, caju, melancia e

outras. A equipe se reunirá para definir o papel de cada profissional na primeira semana da intervenção e organizar o tempo médio de consulta. No eixo engajamento público serão confeccionados na unidade por toda a equipe, cartazes informativos sobre hábitos de vida saudáveis, de forma a incentivar; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis e cuidados bucais. No eixo qualificação da prática clínica a equipe será capacitada na unidade, pela enfermeira e o médico, acerca da prevenção da obesidade estudando os livros "Dez passos para alimentação saudável" e/ou o "Guia alimentar para a população brasileira", estratégias de combate aos fatores de hipertensão, câncer de próstata e diabetes. Além disso, capacitarão a equipe na higienização de próteses bucais e dentes naturais. Para isso, serão utilizados recursos áudio visuais (projetores) e protocolos do Ministério da Saúde.

2.3.2 Indicadores

Referente à meta 1.1 (Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade para 80%):

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

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Referente à meta 1.2 (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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 1.3 (Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção):

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

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

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

Referente à meta 1.4 (Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica):

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

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

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

Referente à meta 1.5 (Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus):

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

Referente à meta 1.6 (Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos - com elaboração de plano de tratamento):

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

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

Referente à meta 1.7 (Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção):

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

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.

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

Referente à meta 2.1 (Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas):

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.

Referente à meta 3.1 (Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde):

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

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

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

Referente à meta 3.2 (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 03 meses para diabéticos):

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

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

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

Referente à meta 3.3 (Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos):

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

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

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

Referente à meta 3.4 (Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos):

Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

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

Referente à meta 3.5 (Concluir o tratamento odontológico em 50% dos idosos com primeira consulta odontológica programática):

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

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

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

Referente à meta 3.6 (Avaliar alterações de mucosa bucal em 40% dos idosos cadastrados):

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

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

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

Referente à meta 3.7 (Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica):

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

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Referente à meta 4.1 (Manter registro específico de 100% das pessoas idosas):

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

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

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

Referente à meta 14.2 (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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à 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 pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta 5.2 (Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas):

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

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

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

Referente à meta 5.3 (Avaliar a rede social de 100% dos idosos):

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

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

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

Referente à meta 5.4 (Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos):

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

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Referente à meta 6.1 (Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas):

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

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

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

Referente à meta 6.2 (Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos):

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

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

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

Referente à meta 6.3 (Garantir orientações individuais sobre higiene bucal – incluindo higiene de próteses dentárias – para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática):

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

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

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

Referente à meta 6.4 (Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados):

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

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

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

2.3.3 Logística

Nas intervenções que serão realizadas na Unidade de Saúde Firmo Pedro serão utilizados o Estatuto do Idoso, o Manual de Atenção à Saúde da

Pessoa Idosa e Envelhecimento Vol. 12 e o Manual Técnico de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde de 2007.

Serão utilizadas fichas com os dados de todos os idosos cadastrados pelos agentes de saúde, estas fichas possuirão o timbre do município e serão individualizadas para cada idoso. Dessa forma, buscaremos um controle rigoroso das ações da equipe, bem como melhorar a frequência destes idosos à UBS, sejam eles hipertensos, diabéticos, portadores ou não de alguma morbidade. O programa buscará abordar todos os idosos da área adscrita, para isso serão confeccionadas 330 fichas para o registro do acompanhamento ao idoso, para que os agentes de saúde possam coletar dados referentes aos idosos de suas micro áreas (ex.: idosos acamados ou com problemas de locomoção, diabéticos, hipertensos, que estão com as consultas atrasadas até três meses e com mais de três meses, com pressão arterial aferida a cada visita domiciliar, entre outros). Será estabelecido o registro, pela funcionária da farmácia, de toda a medicação que for dispensada aos idosos em uma planilha própria e também será anotada no cartão do idoso toda medicação de controle de hipertensão, diabetes ou qualquer outra que ele necessite de uso contínuo.

Será utilizada uma ficha-espelho fornecida pelo curso da UFPel onde a enfermeira poderá supervisionar e transcrever a situação dos idosos da área. A impressão das fichas, prontuários e planilhas, bem como o fornecimento de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa serão solicitadas por meio de ofício aos gestores.

A enfermeira e o especializando organizarão o registro específico do programa utilizando as fichas próprias para esse registro, preenchendo-as com informações fornecidas pelos agentes de saúde, funcionário do setor de farmácia e médico.

Um treinamento da equipe ocorrerá no início da intervenção, inicialmente durante uma semana e depois toda sexta feira no próprio posto de Saúde. Os temas abordados durante o treinamento serão os protocolos de atenção ao idoso, registro e monitoramento dos dados e temas para palestras que serão realizadas pela equipe em locais estratégicos durante o tempo em que o idoso espera para as consulta.

A equipe deverá ter em mãos equipamentos necessários a ações do programa que já devem deve ser solicitada ao município com antecedência,

medicações necessárias aos idosos													
Controle de estoque de medicamentos													
Alimentar o SIAB													
Abastecimento da planilha eletrônica e monitoramento da intervenção													

3 Relatório de intervenção

3.1 Ações preventivas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

O Projeto de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos idosos com ou sem comorbidades, os quais eram acompanhados pela UBS (Unidade Básica de Saúde) Firmo Pedro, do povoado Pedras, no município de Cabeceiras do Piauí. Esta unidade prestava um atendimento para 220 idosos, representando 75% da cobertura pela equipe de saúde. Apesar de uma cobertura relativamente boa, poucas atividades eram desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida destes idosos, pois ficavam praticamente restritas ao Programa do HIPERDIA, onde as consultas eram realizadas mensalmente com palestras educativas.

O projeto de intervenção inicialmente foi desenvolvido apenas na UBS com o propósito de resgatar os pacientes para a rotina do serviço. Eram agendados em média de 15 a 20 pacientes por turno, porém compareciam apenas 10 idosos. Devido ao elevado absenteísmo destes idosos percebeu-se que não era possível obter os resultados propostos pelas metas contidas na pactuação.

Outra dificuldade que contribuiu para a baixa adesão dos idosos nesta primeira etapa era a distância entre algumas comunidades e a UBS, pois algumas delas encontravam-se a uma distância de 40km, tornando assim, impossível, mesmo com todo o empenho dos agentes comunitários de saúde esses pacientes não tinham acesso a unidade.

Haja vista o empecilho da distância entre as comunidades e a UBS pensou-se em outra estratégia, tal como marcar atendimentos nas comunidades locais mais próximas do domicílio, pois assim facilitaria o deslocamento até o serviço de saúde e ficaria fácil dar continuidade ao serviço para a toda a população da área. Tal estratégia propiciou ao êxito que era a maior adesão. Esta estratégia teria como ser continuada por outras equipes, que por ventura fosse trabalhar na UBS em questão, pois por meio do agendamento prévio dos ACS a população se deslocava no dia certo, com a sua consulta agendada.

Nesta perspectiva, a primeira comunidade escolhida para o serviço de saúde extra muros foi a “comunidade baixa de trás”, onde foi utilizado uma creche, a qual sua diretoria cedeu uma sala e juntamente com toda a equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, agentes de saúde) foram prestados atendimentos, tais como: exames físico, medida da pressão arterial, da circunferência abdominal e do perímetro braquial, exame dos pés nos diabéticos, profilaxia dentária e orientações de como cuidar melhor dos dentes, checagem e orientações medicamentosa e orientações sobre hábitos saudáveis.

Foi possível observar com essa atividade que algumas coisas precisam ser corrigidas e essas correções devem iniciar na forma da comunidade aderir e perceber a importância de cuidar melhor de sua saúde, pois foi identificado, em algumas pessoas dessa comunidade certa rejeição por estarem sendo atendido em uma creche, como se falar e desenvolver saúde

não pudesse ser realizado naquele local, com o tempo isso foi melhorando e a comunidade acostumou-se a essa rotina.

Outro ponto relevante com a aplicação do projeto de intervenção é que grande parte dos idosos que não eram hipertensos ou diabéticos não frequentavam a UBS, pois achavam que a equipe priorizava o atendimento das pessoas inseridas no Programa do HIPERDIA. Nesta perspectiva, nota-se a importância do gestor oferecer mais apoio as ações de prevenção e promoção da saúde na atenção básica, pois diversas vezes foram realizados atendimentos em locais sem estrutura, que em outras ocasiões era realizada a consulta médica focada apenas no modelo biomédico (doença), onde a quantidade de consultas realizadas era o indicador da eficiência do serviço.

Neste sentido, a população também acabou acostumando-se ao modelo biomédico (consulta-receita-medicação), justificando com isso a rejeição inicial da introdução de um novo modelo de saúde (prevenção e promoção), onde eles tinham que assistir palestras, receber panfletos informativos, orientações do dentista, da enfermeira e também do médico, que passou a programar as ações de promoção e prevenção da saúde nesta comunidade, onde todas essas ações exigem um pouco de tempo dessas pessoas, que outrora, eram submetidas ao modelo anterior.

Outra mudança positiva com a aplicação do projeto de intervenção foi à organização da UBS, no que diz respeito ao cadastro dos seus Hipertensos e diabéticos, pois todos os pacientes da área de cobertura da Unidade básica em questão possuem uma ficha de entendimento com a sua história clínica pregressa, que por sua vez, facilita para uma intervenção mais coerente com a realidade de cada paciente, bem como para uma avaliação destas intervenções.

Outro ponto a ser destacado foi que entre as ações desenvolvidas a que se definiu como a mais trabalhosa, referiu-se a participação dos idosos em ações coletivas de saúde bucal, pois muitas destes idosos estavam com ausência de sua arcada dentária, ou esta encontrava-se em péssimas condições. Além disso, estes idosos não possuem nenhum esclarecimento sobre prevenção na saúde bucal, junto a isto vem à dificuldade de locomoção e também da falta de recursos para prestar um atendimento eficaz de odontologia.

Desta forma, percebe-se que as ações educativas devem ser mais estimuladas no que diz respeito aos cuidados com a saúde, para isso sugere-se maior frequência das ações educativas em todas as áreas de atenção, além de maior participação da comunidade nessas atividades e nas decisões da equipe de saúde, pois uma população saudável precisa ser uma população educada, conhecedora de seus direitos e deveres, bem como da importância do seu papel na saúde pública.

No que diz respeito ao serviço oferecido pela ESF (Estratégia de Saúde da Família), faz-se necessário uma melhor organização, principalmente no que diz respeito das suas ações e programas, que mostram-se ineficientes em muitos deles, sendo necessário adequar as formas de registro disponíveis, para que uma maior quantidade de informações dos atendimentos sejam obtidas e disponibilizadas para toda a equipe.

Outra dificuldade vivenciada refere-se à coleta e sistematização de dados, pois frequentemente ficava na dúvida quanto ao preenchimento das planilhas, que por sua vez propiciavam erros, os quais geravam dados exorbitantes e incompatíveis com a realidade, porém estas dificuldades foram superadas através de exaustivas tentativas, intermediadas e orientadas pelo meu orientador Fábio.

3.2 Ações preventivas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Todas as ações foram desenvolvidas. As experiências adquiridas no decorrer da aplicação do projeto de intervenção possibilitaram-me uma situação bastante confortável como profissional, pois apesar das dificuldades durante este curso foi possível exercer a medicina preventiva em sua forma mais humana e assistencialista, porém reconhecesse que, apesar dos esforços de toda a equipe de Saúde da Família para estabelecimento de um atendimento equânime, essa intenção esbarra-se em problemas secundários que ainda não foram solucionados, tais como:

- Referentes às atividades extra muro: espaço físico adequado para atender as comunidades mais distantes na UBS, melhorias na estrutura física, dos recursos humanos e matérias;
- Referentes à UBS: Melhorias na estrutura física e nos recursos matérias, mais matérias didáticos para as palestras educativas;
- Referente aos gestores do município: mais participação e apoio as atividades de prevenção e promoção da saúde, melhores recursos para a locomoção dos profissionais de saúde;
- Problemas educacionais: muitos idosos analfabetos, os quais tem muita dificuldade no reconhecimento das medicações e também nas ações de promoção e prevenção da saúde;

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos a intervenção, fechamento das planilhas de coleta, cálculo dos indicadores

As dificuldades foram poucas. Tivemos que readequar nossas fichas e planilhas, pois não contemplavam todos os itens necessários para obtenção dos indicadores. Para melhorar tal ponto, foi necessário levar o assunto à reunião da equipe, para discussão com todos os membros da equipe. Além disso, tive um pouco de dificuldade na compreensão do indicador referente ao número de pacientes diabéticos rastreados para hipertensão arterial sistêmica, uma vez que tínhamos na área vários pacientes utilizando medicação para hipertensão e/ou diabetes sem o devido diagnóstico e que apenas renovavam a receita. Esse fator foi corrigido submetendo esses pacientes a nova consulta e exames.

Senti falta de uma opção “não se aplica”, uma vez que a planilha só apresenta as opções “sim - 1” e “não - 0”.

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

As ações desenvolvidas não atrapalharam e nem sobrecarregaram a equipe, desta forma podem ser facilmente incorporadas à rotina do serviço, pois melhoraram o atendimento e acompanhamento dos idosos. Acredito que as ações foram incorporadas à rotina da unidade, espero que continuem com o novo médico.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde do Idoso da ESF Firme Pedro do município de Cabeceiras do Piauí-PI.

Na área de cobertura da UBS de Firme Pedro do município de Cabeceiras-PI, existem atualmente 283 idosos, quando iniciamos a intervenção não se tinha um número exato de idosos, muitos menos números referentes à sua cobertura. Após os 3 meses do início da intervenção, o número total de cadastro correspondia a 180 (63%) destes idosos, havendo um salto considerável do primeiro mês de intervenção onde o número correspondia a 42 (14,8%) dos idosos, os quais foram evidenciados na figura 1. Apesar de termos ficado aquém da meta, a qual nos parece agora superestimada, o número total de pacientes atendidos foi alto considerando a capacidade instalada do serviço e a necessidade de atender outros grupos prioritários também.

Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Foi realizado o cadastramento daqueles que são acamados ou que estão com problemas relacionados à locomoção. Ao final dos três meses de intervenção 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (77) tinham sido cadastrados, como especificados na figura 2. É interessante

observar que na área há mais idosos com problema de locomoção e/ou acamados do que os 22 esperados.

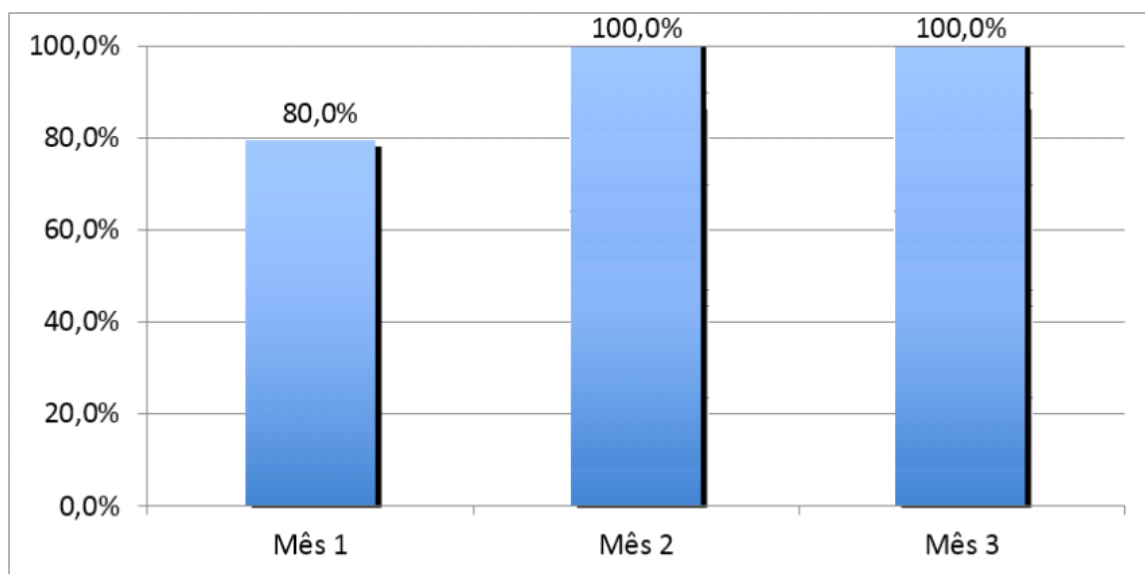


Figura 2 – Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Ainda em relação ao objetivo de ampliar a cobertura foram realizadas visitas domiciliares da ESF aos idosos acamados ou com problemas relacionados à locomoção, dos quais se obteve 100% de cadastros realizados desde o primeiro mês até o terceiro de intervenção, como apresentados na figura 3. Atingir a meta foi possível pela disponibilidade de motorista na unidade e reorganização da agenda.

Figura 3 – Gráfico da proporção de idosos com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Foi realizado na UBS um rastreamento de idosos hipertensos na área de cobertura com o auxílio da verificação da pressão arterial. Após reunião da equipe e reorganização da rotina de trabalho foi possível obter nos três meses de intervenção 100% de rastreamento, como especificados na figura 4.

Figura 4 – Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto a proporção de idosos com pressão arterial sustentada acima de 135/80mmHg, os quais tenham como fator de risco serem diabéticos obteve-se no primeiro mês 20 (95,2%) de idosos rastreados, no segundo mês 74 (98,7%) e no terceiro mês 104 (96,3%) como representados na figura 5. É importante ressaltar que esta meta não foi atingida devido em alguns momentos o tensiômetro estar com defeito, dificultando com isso a verificação da PA.

Figura 5 - Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Para melhorar a adesão dos idosos foi realizado um levantamento dos faltosos através de uma busca ativa. No primeiro mês aconteceram 13 de faltas destes idosos com busca e retorno de 86,7% (11), no segundo mês dos 35 faltosos 92,1% retornaram (32 usuários) e no terceiro mês 54 idosos estavam faltosos com retorno de 91,5% (49). Embora a cobertura dos idosos na UBS tenha melhorado ainda é elevado o número de faltosos às consultas, o que por sua vez dificulta um acompanhamento de qualidade, como mostra a figura 6. A área a ser coberta pelos ACS é muito grande e difícil de ser percorrida.

Figura 6 – Gráfico da proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

No intuito de melhorar a qualidade do atendimento foi realizado um levantamento dos idosos que estavam recebendo avaliação multiprofissional em dia, dos quais no primeiro mês 32 (76,2%) passaram por avaliação, no segundo mês 102 (91,1%), e no terceiro mês 165 (91,7%) conforme apresenta a figura 7. Como a avaliação demanda um certo tempo da consulta, espera-se que com a continuidade das ações atinja-se a meta de 100%.

Figura 7 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação multiprofissional rápida em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Foi pactuado que 100% dos idosos cadastrados teriam exame clínico apropriado na UBS. No primeiro mês 33 (78,6%), no segundo mês 87 (77,7%)

e no terceiro 150 (83,3%) tinham sido avaliados por meio de exames clínicos apropriados, como mostra a figura 8. Esta meta não foi cumprida porque, mesmo após inúmeras tentativas de solicitação de recursos físicos e matérias para realizar o atendimento adequado, em muitos destes atendimentos faltavam macas para realização de exame físico, ou tensiômetro, ou esfigmomanômetro ou glicosímetro.

Figura 8 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

No intuito de melhorar a qualidade da atenção aos idosos cadastrados na UBS Firme Pedro, foram realizados exames complementares periódicos, em 20 idosos (90%) cadastrados no mês 1, no segundo mês em 79 (97,5%) e no terceiro mês em 113 (99,1%) como demonstra a figura 9. A meta foi praticamente atingida.

Figura 9 - Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto à proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos, no primeiro mês de intervenção apenas 20 (47,65) tinham acesso a elas, no segundo mês obteve-se um avanço para 94 (83,95%) e no terceiro mês 158 (87,8%). Apesar de não ter sido alcançada a meta estabelecida, foi possível observar que houve um grande avanço do acesso dos idosos acompanhados pela UBS em relação a obtenção das medicações prescritas, e este fato se deve a muitos diálogos com a gestão município, porém ainda são necessários mais esforços por parte dos gestores para continuarem mantendo a farmácia básica abastecida. Estes dados foram apresentados na figura 10.

Figura 10 - Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com ficha espelho preenchida no primeiro mês de intervenção foi de 33 (78,6%), no segundo mês de intervenção foi de 94 (83,9%) e no terceiro mês 158 (87,8). Estes dados foram apresentados na figura 11. O não alcance desta meta pode ser explicado pelo descumprimento

do acordo com a enfermeira da UBS, a qual ficou responsável por preencher as fichas, mas devido à sobrecarga com suas outras atividades acabava deixando para depois, prejudicando com isso o alcance desta meta. Assim, acredito em um subregistro de informação.

Figura 11 – Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de cadernetas distribuídas aos idosos cadastrados na área de cobertura da UBS no primeiro mês foi de 37 (88,1%), no segundo mês foi de 101 (90,2%), já no terceiro mês representou 169 (93,9%) dos idosos haviam recebido sua caderneta. O não cumprimento desta meta pode ser entendido pela falta de distribuição do município, o qual não disponibilizava uma quantidade suficiente de cadernetas. Estes dados foram demonstrados na figura 12.

Figura 12 – Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto à proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, no primeiro mês 36 (87,7%) estavam em dia, no segundo mês 99 (88,4%) e no terceiro mês 164 (91,1%) estavam com essa avaliação em dia. Esses dados foram demonstrados na figura 13. Essa meta não foi atingida, pois está diretamente relacionada à demora na marcação e também no recebimento dos exames complementares, os quais são essenciais para uma avaliação mais complexa do estado de saúde e consequente riscos de suas condições gerais de saúde.

Figura 13 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com avaliação para fragilidade na velhice em dia apresentou índice no primeiro mês 88,1% (37), no segundo mês 89,3% (100) e no terceiro 91,7% (165) dos idosos cadastrados na UBS. Estes dados foram demonstrados na figura 14. Da mesma forma, acredito em um subregistro de informação pela enfermeira da unidade.

Figura 14 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto à proporção de idosos com avaliação de rede social em dia (88,1%) dos idosos estavam em dia no primeiro mês de intervenção, no segundo mês (77,7%) e no terceiro mês (79,4%) estavam em dia. Apesar do não alcance das metas foi possível observar um aumento de idosos com a avaliação de rede social em dia, este fato pode ser explicado pelo aumento das atividades de promoção e prevenção da saúde dentro da própria UBS, deixando estes idosos a vontade para escolher se iriam ou não buscar outras redes (CRAS, CREAS ou NASF). Nem todos os idosos eram avaliados, pois em alguns turnos havia excesso de demanda, porém acreditamos que a meta será atingida nos próximos meses.

Porém, deve-se ressaltar a importância do trabalho em rede para a complementação da assistência e conseqüentemente mais garantia de um serviço de qualidade, que atenda às necessidades de sua população assistida. Estes dados foram representados na figura 15.

Figura 15 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto à proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, no primeiro mês 41 (97,6%) dos idosos haviam recebido tais orientações, no segundo mês 108 (96%) e no terceiro mês 171 (95%). A educação em saúde reflete diretamente na qualidade de saúde destes idosos, onde as práticas de uma alimentação saudável necessitam ser implementadas e cada vez mais estimuladas. Estes dados foram representados na figura 16.

Figura 16 – Gráfico da proporção de idosos com orientação nutricional para hábitos saudáveis.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular quase atingiu a meta nos três meses de intervenção, pois no primeiro mês alcançou 41 (97%) dos idosos, no segundo mês 111 (99,1%) e no terceiro mês reduziu para 174 (96,7%), conforme representados na figura 17.

Desta forma, fica evidente que, assim como as orientações nutricionais, aquelas referentes à prática de atividade física regular necessitam estar na pauta de ações de promoção e prevenção da saúde, pois auxiliam a diminuir o risco das complicações das doenças crônicas como por exemplo, o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Além disso, a população de Cabeceiras-PI mostrou-se satisfeita e participativa nessas intervenções, o que nos reporta para a importância dessas e de outras atividades realizadas durante o projeto de intervenção não se extinguirem após o término do mesmo.

Figura 17 – Gráfico da proporção de idosos com orientação sobre a prática de atividade física regular.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com orientações individuais de cuidados de saúde bucal atingiu a meta, pois no primeiro mês de intervenção 32 (88,9%) receberam orientações, no segundo mês 79 (96,3%) e no terceiro mês 135 (100%) dos idosos desta UBS foram orientados. Estes resultados foram evidenciados na figura 18.

Figura 18 – Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados bucais em dia.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

As ações odontológicas coletivas foram organizadas nos gráficos a seguir, sendo que a proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática no primeiro mês de intervenção foi de 36 (87,7%) dos idosos, no segundo mês foi de 82 (73,2%) e no terceiro mês 135 (75%) idosos. A

capacidade instalada para atendimento odontológico não pode ser expandida, porém espera-se que nos próximos meses a meta seja atingida, porém já consideramos uma vitória conseguir atender 135 idosos em 3 meses. Estes achados foram apresentados na figura 19.

Figura 19 – Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Foram realizadas também intervenções odontológicas para aqueles idosos acamados ou com dificuldades de locomoção da área de cobertura da UBS Firme Pedro, dos quais em todos os meses de intervenção foram obtidos 100% de cobertura, conforme demonstra a figura 20.

Figura 20 – Gráfico da proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto a proporção de idosos com tratamento odontológico concluído, no primeiro mês de intervenção 18 (50%) haviam terminado o seu tratamento, no segundo mês 49 (59,8%) e no terceiro mês 96 (71,1%), conforme representados na figura 21. É necessário chamar a atenção de que apesar deste município não possuir um CEO e os seus pacientes serem remanejados para outros municípios a resolução dos casos pode ser considerada satisfatória.

Figura 21 – Gráfico da proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.
Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com avaliação de mucosa bucal em dia no primeiro mês foi de 27 (64,3%), no segundo mês foi de 82 (73,2%) e no terceiro representou 147(81,7%) dos idosos, conforme exposto na figura 22. Infelizmente o não cumprimento desta meta está diretamente ligado à equipe não ter se atentado que qualquer profissional poderia realizar essa avaliação e não apenas o dentista, que muitas vezes não nos acompanhava nas atividades extra muro, por determinação da gestão local. Em todas as reuniões a gestão

alegava que o seu deslocamento iria atrapalhar o atendimento do mesmo na UBS.

Figura 22 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia no primeiro mês foi de 25 (69,4%), no segundo mês foi de 74 (90,2%) e no terceiro mês 135 (100%) dos idosos foram avaliados. Estes dados foram apresentados na figura 23. A meta foi atingida graças ao engajamento de toda equipe na avaliação e acolhimento do paciente.

Figura 23 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

A proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia representou no primeiro mês de intervenção 31 (86,1%), no segundo mês 79 (96,3%) e no terceiro mês 135 (100%) dos idosos cadastrados. Estes dados foram expostos da figura 24.

Figura 24 – Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

Quanto à proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal, o primeiro mês representou 25 (59,5%), no segundo mês 52 (46,4%) e no terceiro mês 100 (55,6%) dos idosos participaram destas ações, conforme representam-se na figura 25.

A baixa adesão da população às ações educativas está diretamente ligada a dois motivos. O primeiro diz respeito às normas da prefeitura de não permitir que o profissional dentista se desloque para as comunidades mais

distantes da sede para realizar palestras, pois segundo eles, a saída deste profissional irá retardar o atendimento. E o segundo motivo está relacionado com a distância que os pacientes da zona rural teriam que fazer até a sede para participar destas ações.

Figura 25 - Gráfico da proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados/Ead UFPel, 2013.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde dos idosos, pois anteriormente não existia uma quantidade exata de idosos acompanhados por esta unidade e atualmente 63,6% foram cadastrados e 87,8% destes possuem cadastrados atualizados na ficha espelho, o que nos sugere melhorias dos registros, bem como mais adesão destes ao Programa. Quanto aos idosos faltosos 91,5% foram resgatados através da busca ativa e permaneceram ativos ao serviço. Isso demonstra melhorias na qualidade da atenção ao idoso por meio do mapeamento daqueles em risco e das ações de promoção à saúde.

Nesta perspectiva, a equipe de saúde teve que se qualificar para o alcance das metas estabelecidas de acordo com as premissas do Ministério da Saúde (MS). Tal qualificação aproximou mais os profissionais da UBS em questão, onde estes começaram a realizar um trabalho mais integrado entre o médico, a enfermeira, os ACS, o dentista e a técnica de enfermagem, os quais se uniram para pedir esforços a outros profissionais dos demais serviços de saúde, tais como: nutricionista e o educador físico. Outro fator relevante para a comunidade e equipe foi a aferição da PA nas consultas, pois a realização de 100% destas verificações contribuíram para identificar os possíveis riscos cardiovasculares de cada idoso e os diabéticos em risco.

Desta forma, quem mais saiu ganhando com esse trabalho interdisciplinar foram os usuários da UBS que passaram a receber uma assistência planejada e organizada para as suas necessidades. O exemplo

disso está na atenção voltada aos idosos acamados dos quais todos foram cadastrados, e 100% receberam visita domiciliar para o seu atendimento, outro exemplo está representado na avaliação multidimensional rápida em dia para 91,7% dos idosos.

Pensando nestes benefícios e também nas dificuldades enfrentadas para o alcance das metas (falta de recursos humanos e materiais, distância entre as localidades, falta de estrutura da unidade, demora dos resultados dos exames, falta de medicação), posso considerar que caminhamos na trilha certa para atingir os 100% e que se fosse mudar alguma coisa iria investir mais na solicitação aos gestores do município para a contratação de mais ACS ou melhores meios de transporte para que estes conseguissem se deslocar mais rápido entre a comunidade, pois talvez desta forma conseguiríamos alcançar 100% dos idosos da área de cobertura.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde do idoso eram inexistentes, pois se concentravam exclusivamente nas consultas médicas, após a implantação das metas a equipe pôde rever suas atribuições e organizar uma intervenção planejada e eficaz para a saúde desta população, onde a melhoria dos registros, bem como o cadastramento dos idosos, são atividades que não vão deixar de ser feitas pela equipe, pois esta se mostrou satisfeita com os resultados e solícita a continuá-los.

Além disso, almejamos que todos os idosos tenha acesso à caderneta do idoso, um instrumento importante para a orientação dos profissionais e que também serve de identificação. A equipe colocou em anexo à caderneta um espaço para descrever vários dados do idoso, bem como resultados de exames mais recentes. Assim, permitindo a outros profissionais, mesmo fora da unidade, um panorama geral da saúde desse usuário.

Desta forma, para manter essas atividades ativas este relatório de intervenção será encaminhado à gestão do município para que eles avaliem os benefícios da ampliação e implementação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na UBS de Firme Pedro, servido de exemplo e incentivando às outras unidades de saúde para sua realização. No momento continuamos promovendo a busca ativa dos faltosos e sempre mostramos as vantagens de um atendimento de qualidade e organizado a todos da equipe.

É importante salientar que os impactos da intervenção deixaram marcas nesta população, dos quais 95% receberam orientações nutricionais e 96% receberam orientações sobre a importância da atividade física regular, 75% mostraram necessidade de algum tipo de cuidado odontológico e 71,1% concluíram seu tratamento. A intervenção ocorreu de maneira satisfatória para aqueles idosos com os quais se conseguiu fazer contato através dos ACS, mas que constituem apenas uma parte da população de idosos das áreas de abrangência, seguimos na busca de áreas mais distantes. As intervenções odontológicas representaram outro diferencial neste projeto, pois foi diagnosticada uma demanda reprimida, sendo que nenhum dos idosos acamados ou com problemas de locomoção haviam sido visitados por um dentista, e ao final 100% foram visitados até o terceiro mês do projeto de intervenção.

Portanto, fica evidente que o idoso, diante de tantas peculiaridades, deve ser avaliado de maneira ampla e interdisciplinar devendo ser assistido a partir do nível primário para que sejam evitadas várias doenças e complicações, para que os mesmos vivam com a melhor qualidade de vida.

- **Relatório da intervenção para os gestores**

Dedico este documento aos gestores do município de Cabeceiras do Piauí, onde trabalhar como médico, fazendo parte da ESF Firmo Pedro no Povoado Pedras deste município, foi uma missão muito gratificante, porém rodeada de dificuldades e desafios, os quais foram superados, juntamente com toda a equipe, no intuito de realizar nosso trabalho, tendo experiências novas, vendo de perto e sentindo as reais necessidades das pessoas humildes que moram em lugares de difícil acesso.

Desta forma, durante o período de intervenção procuramos seguir o cronograma estabelecido durante o período da análise estratégica, no qual foram traçados objetivos, metas e ações. Em alguns casos até superamos as expectativas, pois no caso de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção da área adstrita descobrimos haver o triplo do esperado. Além disso, após três meses de intervenção conseguimos que 100%

dos idosos tivessem sua pressão arterial verificada rotineiramente no dia das consultas médicas ou de enfermagem, 96% dos hipertensos foram rastreados para o diabetes, 75% tiveram a primeira consulta odontológica agendada, 83% já apresentam exames clínicos em dia e 99,1% estão com os exames complementares em dia. Estes dois últimos dados são valiosos para a qualidade da assistência oferecida, pois indicaram a melhor conduta terapêutica, evidenciando melhores prognósticos para a saúde destes indivíduos.

Apesar de todos os obstáculos a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde dos idosos, por meio da busca ativa dos ACS, que juntamente com toda equipe realizavam o cadastramento dos mesmos em sua área de abrangência. O preenchimento de uma ficha espelho melhorou a qualidade dos registros referentes à saúde desta população, bem como aumentou a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, com menos faltas e mais participação nas ações de promoção e prevenção de saúde.

Tais intervenções foram realizadas por meio de palestras de educação nutricional, palestra sobre a importância da prática regular de atividades físicas, acompanhamento odontológico, consultas médicas e de enfermagem, identificação dos hipertensos e dos diabéticos de risco, bem como a distribuição das cadernetas dos idosos, as quais continham informações sobre suas condições de saúde, que por sua vez representava um elo de comunicação com outros serviços.

É importante mencionar que o maior incentivo para que chegássemos ao final desta missão foi o empenho de toda a equipe, Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de higiene bucal, ACS e nosso motorista, que era o responsável em conduzir toda equipe, em algumas vezes em viagens inesperadas, mas como todos estavam envolvidos sempre dava tudo certo.

Sendo assim, para que este trabalho belíssimo não fique estagnando e possa continuar existindo, sugere-se aos gestores algumas modificações que devem ocorrer na estrutura física da UBS através de sua ampliação, com mais consultórios, banheiros, salas para pacientes em observação e sala de reunião da equipe. Já no quesito recursos humanos faz-se necessário à contratação de mais ACS, no entanto se não for possível ao menos propiciar a eles melhores

condições de transporte para que possam fazer a cobertura de toda área que não é uniforme, sendo necessário um novo mapeamento, pois existem localidades a 40 Km de distância da UBS e que nunca frequentaram a mesma devido esta distância. Outra solução a ser pensada seria a construção de novos postos de atendimento nas comunidades Baixa de traz, Água Fria, Nova Vila, Cajueiro, Tanguês Zé Gomes, que representam os povoados mais numerosos e que são pouco assistidos pela ESF.

Portanto, fica também o agradecimento ao apoio que tivemos da gestão que sempre se dispões a nos ouvi e apoiar, a medida do possível, como por exemplo, na agilidade dos exames complementares, encaminhamento em consultas especializadas, realização de procedimentos de média complexidade nos hospitais referenciados, abastecimento dos medicamentos da farmácia básica, enfim pelo o suporte básico para desenvolver nossas ações.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Dedico este relatório a toda comunidade como forma de esclarecimento das atividades desenvolvidas com o projeto de intervenção. Tal comunidade foi beneficiada com trabalho interdisciplinar e intersetorial, onde a equipe de saúde da família executou suas tarefas com muito empenho e dedicação a esta comunidade, pois os idosos da UBS em questão passaram a receber uma assistência planejada e organizada para as suas necessidades, onde 63,6% foram cadastrados, todos os acamados foram cadastrados e receberam visita domiciliar de toda equipe incluindo dentista. Outro exemplo está representado na avaliação dos idosos a qual atinge agora 91,7% dos usuários acima de 60 anos.

Além disso, após três meses de intervenção conseguimos que 100% dos idosos tivessem sua pressão arterial verificada rotineiramente no dia das consultas médicas ou de enfermagem, 96% dos hipertensos foram rastreados para o diabetes, 75% tiveram a primeira consulta odontológica agendada, 83% já apresentam exames clínicos em dia e 99,1% estão com os exames complementares em dia. Estes dois últimos dados são valiosos para a qualidade da assistência oferecida, pois indicaram a melhor conduta

terapêutica, evidenciando melhores prognósticos para a saúde destes indivíduos.

Outro ponto positivo desta intervenção foi que 87,8% dos idosos cadastrados receberam as medicações prescritas na UBS, o que por sua vez favorece a manutenção e continuidade deste tratamento. Além disso, 100% dos idosos cadastrados tiveram avaliação para o uso de prótese bucal, isso reflete também em outras questões como, por exemplo, a elevação da autoestima, pois muitos destes idosos, segundo o dentista da equipe, já apresentavam alterações de fala, dificuldade de se alimentarem, retraimento social devido à ausência total ou parcial de sua arcada dentária.

Desta forma, apesar das dificuldades para chegarmos a estas contribuições à comunidade foi possível manter um bom acompanhamento da maioria dos idosos na área de cobertura da UBS em questão, porém ainda são necessárias mais mudanças e o comprometimento por parte da equipe e dos gestores para a continuidade destes serviços.

Por fim, mantemos o convite a toda comunidade para nos ajudar a captar nossos idosos e reiteramos que as atividades continuam em desenvolvimento, sendo a comunidade bem vinda.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de modo singular e único. Enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são prevenidas, diagnosticáveis e tratáveis.

Ao começar a trabalhar na atenção básica pude confrontar-me com este pensamento anterior repassado ainda na graduação do curso de medicina e pude entender a funcionalidade dos serviços públicos a atenção à saúde do idoso, onde me deparei com uma realidade não especificada na teoria, tais

como: falta de estrutura nas UBS, falta de recurso humanos e materiais, dentre outros problemas

No entanto, o desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população idosa da área de cobertura da UBS de Firmo Pedro por meio de uma atenção adequada ao idoso, juntamente com a atenção para a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde desses idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa do idoso no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.

Sendo assim, algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas ao idoso nos levam a indagar quais são as reais necessidades dos idosos, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar dos idosos, e, principalmente, se tem sido oportunizado aos idosos desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações foram respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuam sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas desenvolvidas neste projeto de intervenção, as quais podem ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável. No modelo vigente da UBS em questão partimos de um modelo assistencial que privilegiava as ações curativas e centradas no atendimento médico, segundo uma visão estritamente

biológica do processo saúde-doença para uma atenção voltada à promoção e prevenção da saúde.

Portanto, fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para idosos, onde sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras.

Referências

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos**. São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p.147-58, set-fev. 2005. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>. Acessado em: 15 mar. 2014.

GIACOMIN K. C., SARTINI C. M., MATOS S. G. **Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH**. Pensar BH / Política Social, nº13, suplemento p. 3-9, 2005.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, agost. 2007. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf >. Acesso em: 16 mar. 2014.

Anexos

Anexo 1 – Planilha de coleta de dados

Informações da sua unidade de saúde:	Marque com X	
	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção à saúde do idoso?	x	
É adotada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?		x
Existe registro específico para a atenção à saúde do idoso?		x
É realizado apazamento / agendamento das consultas de idosos?	x	
As informações são monitoradas regularmente?	x	
É realizada busca ativa dos idosos que não comparecem?	x	
É feita avaliação periódica do programa de saúde do idoso?		x
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	x	

OBSERVAÇÕES
Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha de Saúde do Idoso.
Considere se os idosos são informados sobre a data de retorno e agendamento deste retorno (dia e horário).
Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os idosos.
Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com a necessidade de retorno ao serviço de saúde.
Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre) são discutidos pela equipe.
Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento.

DENOMINADOR PARA INDICADOR 1	Nº
Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	283



OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência para obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter, usar uma estimativa - ver observações para as tabelas de qualidade.

DENOMINADORES PARA OS INDICADORES DE QUALIDADE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso	42	112	180	



OBSERVAÇÕES
Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência que frequentam o Programa de Saúde do Idoso para obter este dado contando as fichas do Programa / fichas de Saúde do Idoso. Não considere os idosos que não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado na unidade. Considere os idosos que são atendidos em serviços de saúde.

Anexo 2 – Planilha de coleta de dados 2

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1											
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso é acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso acamado ou com dificuldade de locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	Raimundo Pereira de Castro	85	1	1	1	1	0	0	1	1	
2	Antonio Dias do Nascimento	83	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	Francisco Alves de Resende	66	0	0	1	0	0	0	0	0	
4	Francisca Pereira de Sousa	72	1	1	1	0	0	0	1	1	
5	Maria das Mercês	65	0	0	1	0	0	0	0	0	
6	Maria das graças teixeiras	62	0	0	1	1	1	1	1	0	
7	Maria Alcanja da Conceição Costa	79	0	0	1	0	0	0	0	0	
8	Raimunda Nonata Dias Resende	68	0	0	1	1	1	1	1	0	
9	Antonio Rocha S Santos	77	0	0	1	0	0	0	1	0	
10	Maria Paulina do Nascimento Sousa	69	0	0	1	0	0	0	1	0	
11	Antonio Gomes	77	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	Raimunda Evangelista da silva	90	1	1	1	0	0	1	1	1	
13	Antonio da Silva Viana	62	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	Maria da conceição R Vanderlei	60	0	0	1	0	0	1	1	0	
15	Antonio Felipe Nascimento	60	1	1	1	1	1	1	1	1	
16	Vicente Ferreira do nascimento	69	1	1	1	0	0	1	1	1	
17	Petronilia Silva Viana	86	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	Raimunda Joaquim de sousaa	71	0	0	1	1	1	1	1	0	
19	Francisco Joaquim de Sousa	86	0	0	1	1	1	1	1	0	
20	Francisca das chagas o souza	66	0	0	1	0	0	1	1	0	
21	Francisca USM...	60	0	0	1	0	0	0	1	0	

Anexo 3 – Planilha de objetivos, metas, indicadores e ações

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à saúde do Idoso				EIXOS	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO
1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos	1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 80%.	1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde <u>Numerador</u> : Número de idosos cadastrados no programa <u>Denominador</u> : Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde	Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).	1.1. Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. 1.3. Atualizar as informações do SIAB.	1.1. Esclarecer 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.
	1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).	1.2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados <u>Numerador</u> : Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa. <u>Denominador</u> : Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde	Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.	3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.
	1.3. Realizar visita domiciliar a 80% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.	1.3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar <u>Numerador</u> : Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar. <u>Denominador</u> : Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.	4.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.	4.1. Orientar a comunidade sobre a importância de se deve solicitar visita domiciliar. 4.2. Orientar a comunidade sobre a importância da disponibilidade de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Anexo 4 – Ficha espelho



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profa Ana Claudia 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
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

