

Universidade Aberta do SUS-UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 4



**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na ESF Martinho Vieira Gomes, no
município de Alto Longá - Piauí**

Laila Furtado Monção

Pelotas, 2014

LAILA FURTADO MONÇÃO

**MELHORARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS NA ESF MARTINHO
VIEIRA GOMES, NO MUNICÍPIO DE ALTO LONGÁ - PIAUÍ**

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

Orientadora: Elisiane Bisognin

PELOTAS, 2014

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

M737m Monção, Laila Furtado

Melhoria da atenção à saúde dos idosos na ESF Martinho Vieira Gomes, no município de Alto Longá - Piauí / Laila Furtado Monção; Elisiane Bisognin, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

80 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. Bisognin, Elisiane, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Dedico esse trabalho a minha mãe, minha filha,
meu noivo, minha equipe de trabalho e à
comunidade.**

Resumo

LAILA, Furtado Monção **Melhoraria da atenção à saúde dos idosos na ESF Martinho Vieira Gomes, no município de Alto Longá – Piauí.** 2014. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O presente trabalho objetivou melhorar a atenção de saúde dos idosos na Unidade Básica de Saúde Martinho Vieira Gomes no município de Alto Longá – Piauí, a partir da ampliação da cobertura de acompanhamento de idosos, melhoria da adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idosos, melhoria da qualidade da atenção ao idoso na Unidade Básica de Saúde, melhoria do registro das informações dos usuários, mapeamento dos idosos de risco e promoção da saúde. Para que tudo ocorresse de acordo com o planejado as ações foram potencializadas em quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os principais resultados encontrados foram: melhoria dos registros, 89% de usuários idosos cadastrados, 100% dos idosos com HAS rastreados, aumento da busca ativa de usuários faltosos as consultas médicas (96,6%), ampliação da monitorização de pedidos e resultados de exames (100% de cobertura), melhora da organização e gestão do serviço, qualificação da equipe, 100% dos idosos acompanhados com orientações nutricionais e de cuidados pessoais e aproximação da comunidade com a equipe. A partir de todas as ações realizadas cumprimos o nosso objetivo e implantamos atividades que serão continuadas pela equipe para que as melhorias possam ser perpetuadas ao longo dos anos.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; saúde do idoso; assistência domiciliar.

Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idosos na unidade de saúde.....	53
Figura 2 - Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção.....	54
Figura 3- Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.....	54
Figura 4 - Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	55
Figura 5 - Gráfico da proporção de idosos faltosos a consulta que receberam visita domiciliar	56
Figura 6 - Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	57
Figura 7 - Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia....	57
Figura 8 - Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	58
Figura 9 - Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos	58
Figura 10 - Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia...59	59
Figura 11 - Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	60
Figura 12 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	61
Figura 13 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de fragilização na velhice em dia	61
Figura 14 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia ...62	62
Figura 15 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	62
Figura 16 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	63

Lista de abreviaturas e Siglas

ACS	Agentes comunitários de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém Nascido
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UMS	Unidade Mista de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional.....	18
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF	18
1.2	Relatório da Análise Situacional	19
1.3	Comentário comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2	Análise Estratégica –Projeto de Intervenção	26
2.1	Justificativa	26
2.2	Objetivos.....	27
2.2.1	Objetivo Geral.....	27
2.2.2	Objetivos Específicos	27
2.2.3	Metas.....	27
2.3	Metodologia.....	29
2.3.1.	Detalhamento das Ações	29
2.3.2	Indicadores.....	39
2.3.3	Logística:.....	45
	Cronograma:	48
3	Relatório da Intervenção.....	50
4	Avaliação da Intervenção.....	53
4.1.	Resultados	53
4.2	.Discussão.....	63
4.3.	Relatório da Intervenção para Gestores:.....	65
4.4.	Relatório da intervenção para comunidade:.....	67
5	Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.....	69
	Referências Bibliográficas.....	70

Apresentação

Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família Martinho Vieira Gomes no município de Alto Longá - PI, como parte da proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, com objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso

O trabalho é composto pela Análise Situacional, estudo da situação estrutural, cultural, socioeconômica e geográfica em que estava inserida inicialmente a equipe de saúde da família, contendo texto inicial sobre a situação da ESF, relatório da análise situacional e comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório.

Também integra o volume a Análise Estratégica, que estabelece o projeto de intervenção com os objetivos e metas, assim como lista as ações propostas a serem realizadas, os indicadores, a logística utilizada, e o cronograma a ser seguido.

Na sequência apresenta o Relatório da Intervenção, que explana as atividades previstas que foram desenvolvidas, apresentando suas facilidades e dificuldades, assim como as atividades que não puderam ser realizadas. Na Avaliação da Intervenção, integra os resultados, discussão, relatório da intervenção para gestores e para comunidade.

Finalizando o trabalho é apresentada a Reflexão Crítica sobre o processo de aprendizagem que resume a experiência vivida e relevância da especialização para o futuro profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

A unidade de saúde Martinho Vieira Gomes, localizada na zona rural do município de Alto Longá – Piauí, onde trabalho, é, estruturalmente, adequada: apresenta recepção, salas para enfermeira e médico, sala de vacinas, consultório odontológico, banheiros e inclusive uma copa. No entanto, sem equipamentos, falta termômetro, otoscópio, esfigmomanômetro infantil, sonar.

Na recepção existem apenas dois bancos de madeira para os pacientes esperarem, um balcão, um armário para guardar os prontuários e uma balança. As salas são mobiliadas por uma mesa, uma cadeira, uma maca e um armário, todos de ferro e extremamente enferrujados.

No consultório médico não há pia para higiene das mãos que deveria ser feita antes e após o atendimento de cada paciente, sendo utilizado apenas álcool gel pessoal. Nos banheiros não há descarga, a zeladora, ao final de todos os atendimentos, joga um balde de água para limpeza do sanitário.

Na copa há apenas pia e fogão que não é utilizado, pois no horário do almoço devemos voltar para a zona urbana (ordens da secretária de saúde); espantosamente, o consultório odontológico é totalmente equipado, mas está em desuso, enferrujando, pois a secretaria de saúde não designou dentista para esse posto.

O atendimento no posto ocorre duas vezes na semana, nos outros dias são realizadas visitas domiciliares e atendimentos clínicos e reuniões coletivas nas microáreas como por exemplo o programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA). Essas reuniões são feitas em locais alternativos como escolas e bares. Os bares apresentam área relativamente grande. Nestes locais são organizadas cadeiras formando um círculo para que a enfermeira e técnica façam a entrega de medicações, geralmente insuficientes, e aferição de pressão arterial, peso e glicemia capilar.

Há carência de insumos e medicamentos, pois observa-se a falta de medicamentos de listagem básica, especialmente as medicações de uso contínuo.

Esta situação compromete a adesão e o controle das doenças crônicas. No momento há falta de fitas para teste de glicemia capilar.

Durante a atividade realizada pela enfermeira, no mesmo espaço, há o atendimento médico para aqueles que apresentem alguma queixa ou alteração dos parâmetros aferidos. Destaca-se que o local não possui privacidade ou condições de exame físico detalhado. Em relação ao processo de trabalho percebe-se que o trabalho fica prejudicado pela falta de equipamentos e remédios, que muitas vezes faltam, tanto no posto de saúde como na Secretaria Municipal de Saúde.

A relação da equipe com a comunidade tem sido boa. A população ficou feliz em saber que tem um médico para a comunidade. Nos primeiros dias sempre perguntavam até quando eu ficaria ali, pois é percebida alta rotatividade de profissionais. Porém, algumas pessoas, geralmente os mais idosos, recusam-se a seguir as orientações e fazer uso das medicações adequadamente dificultando a adesão ao tratamento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Alto Longá – Piauí possui aproximadamente 13 mil habitantes e localiza-se a 80 km da capital Teresina, com 53,30% da população residindo na zona rural, com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade.

O sistema de saúde local é composto por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF). Cada equipe de ESF é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Das seis UBS quatro contam com médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Com a tarefa de apoiar as ESFs, o município implantou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma psicóloga, um fisioterapeuta, uma assistente social e um educador físico. O município não disponibiliza de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nem de atenção especializada para consultas e exames diagnósticos na cidade, sendo necessário o encaminhamento dos pacientes para cidades mais próximas que tenham o serviço.

No município há um hospital de pequeno porte que atende urgências como picos hipertensivos, crises de asma, pneumonia, lesões que precisam ser suturadas; dispondo de quinze leitos para internação e uma ambulância para transporte quando necessário. No hospital também são realizados alguns poucos exames complementares, são eles: hemograma, colesterol total, triglicérides, sumário de urina, parasitológico de fezes, glicemia de jejum e ácido úrico. Os exames só podem ser solicitados por médicos das UBS ou do próprio hospital e são coletados no hospital três dias da semana e, devido a pequena quantidade disponibilizada, atualmente, existe uma fila de espera de um mês para a realização de exames como o hemograma. Qualquer outro exame que não os citados anteriormente são solicitados pelo médico, agendados na Secretaria Municipal de Saúde pela internet e devem ser realizados em outras cidades, sendo o custo do transporte por conta de cada pessoa.

A UBS Martinho Vieira Gomes na qual trabalho localiza-se na zona rural e é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), porém sem vínculo com instituições de ensino. A UBS é do tipo ESF, contendo apenas uma equipe composta por quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma médica, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, ainda à espera de um dentista. A UBS está localizada à aproximadamente 20 km do centro urbano e cobre uma área de também cerca de 20 km a partir da UBS. Logo, algo muito nítido para nós, profissionais da área, é a dificuldade de acesso da população ao serviço, que tem como meio de transporte próprio como bicicletas e, alguns, motocicletas, não dispondo, portanto, de transporte público.

A unidade básica está situada na margem da estrada asfaltada que liga à zona urbana e é bem compartimentada. Contém recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem e outro odontológico, uma sala de vacina, um depósito para materiais de limpeza, uma copa e dois banheiros. No entanto cada compartimento apresenta alguma deficiência, como por exemplo, os banheiros, que não têm descarga, se alguém precisa com urgência utilizá-lo a zeladora faz a limpeza do local com água; mas geralmente não é utilizado.

No consultório médico não tem pia para higiene adequada das mãos, sendo utilizado álcool gel (trazido pelo profissional); a sala de vacina é composta apenas por uma mesa e uma cadeira, não há local de refrigeração, as vacinas são trazidas todos os dias do hospital em depósitos térmicos.

No consultório odontológico não tem ventilação, o que dificulta o trabalho do dentista. Durante todo o processo da especialização a unidade permaneceu sem odontólogo.

As paredes e pisos na sua maioria não são lisos nem laváveis e encontram-se manchados de fezes de morcego, já que a estrutura não é forrada. A UBS é totalmente inadequada para portadores de deficiência, possui degrau na entrada e encontra-se rodeada por terra, o que impossibilita o acesso de usuários cadeirantes.

O trabalho é realizado com carência de materiais, equipamentos e mobiliário como mesa, maca, armário, livros de registro, dispomos de um estetoscópio, um esfingomanômetro, uma fita métrica e luvas, na falta de materiais indispensáveis como aparelho para medir glicemia, negatoscópio, abaixador de língua e otoscópio por exemplo. Assim como os profissionais, a população percebe a precariedade da UBS e reclama sobre a falta de materiais e de medicamentos.

Os medicamentos do município encontram-se na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde e devem ser retirados e devolvidos diariamente mediante anotação da quantidade utilizada pela responsável da farmácia. Eles são colocados em malas e caixotes para transporte até a UBS, sofrendo diariamente mudanças bruscas de temperatura, pois na farmácia existe ar condicionado que os mantém a temperatura de 25C e na estrada e na UBS eles ultrapassam 35C, além dos solavancos sofridos no percurso que danificam os recipientes de vidro. Constantemente os medicamentos básicos de uso contínuo como os de uso dos hipertensos e diabéticos estão em falta, fazendo com que a população, que já tem dificuldade para deslocamento, saia da unidade sem medicação, necessitando ir à zona urbana para receber o remédio na farmácia cadastrada no Programa Farmácia Popular.

Destaca-se que as dificuldades poderiam ser sanadas rapidamente se a gestão demonstrasse mais de interesse, pois são ações de baixo custo, como comprar duas descargas para os banheiros e comprar os materiais básicos que encontram-se em falta. Todos esses problemas já foram comunicados à gestão e a Secretaria Municipal de Saúde se comprometeu a resolvê-los, porém já se passaram alguns meses e nada foi feito.

É fundamental na melhoria da qualidade de saúde ofertada à população estarmos em diálogo constante com os gestores locais, para que possamos multiplicar possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e

qualificar cada vez mais as ações no Sistema Único de Saúde. Os profissionais e a população devem continuar cobrando as melhorias da UBS, pois assim ambos serão beneficiados com a melhoria da saúde na comunidade.

Os profissionais, apesar das carências existentes na UBS, mantêm um ótimo trabalho equipe, auxiliando as pessoas que vêm em busca de atendimento assim como auxiliando um ao outro. Todos realizam acolhimento ao conversarem com os usuários que já se encontram na UBS ao chegarmos e, individualmente, quando é a primeira vez de alguém (atividade realizada principalmente pela enfermeira). Quando uma pessoa adentra a UBS ela é acolhido, solicita à técnica de enfermagem o seu prontuário e indica se quer consulta com a médica ou com a enfermeira, ou se não souber o atendimento adequado, a técnica lhe orienta, e o coloca na fila de espera. Realizamos também busca ativa de usuários de risco e agravos que os ACS identificam durante as visitas, ou então diagnosticados durante atendimento médico ou de enfermagem. Os ACSs realizam a busca ativa de faltosos que fazem parte dos grupos de Hipertensão, das gestantes e das crianças. As visitas domiciliares, realizadas semanalmente, são feitas pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS responsável pela família e motorista. Essas visitas são principalmente às pessoas acamados ou com dificuldade de locomoção, mas também são feitas em conjunto com a assistente social ou psicóloga em casos especiais que necessitem desse auxílio.

Além do atendimento na UBS e em domicílios também há o cuidado à saúde em escolas e outros espaços comunitários. Em umas das comunidades o HIPERDIA é realizado na escola da região, em dia de aula, logo aproveitamos para conversar com as crianças sobre temas diversos como alimentação saudável, higiene e vacinação. Outra comunidade, realizado no maior bar da área, ao lado de uma escola; ao chegarmos lá, estão presentes as pessoas do HIPERDIA, as crianças da escola e alguns moradores que foram aferir a pressão arterial; aí também aproveitamos para dialogar com todos sobre educação, tabagismo. Todas essas conversas são de forma bem informal para não afugentar a população.

O último mapeamento, realizado em 2010, não foi bem executado, tendo ESF no município sobrecarrega de famílias, necessitando de sete ACS e outras com apenas quatro ACS; uma equipe, localizada na zona urbana, tem famílias da zona urbana e rural e outra equipe, da zona rural, tem famílias da sua zona rural e famílias da zona urbana. Essa situação já foi discutida várias vezes com a gestão,

que sempre concorda com a problemática e promete novo mapeamento, porém isso nunca foi posto em prática.

A territorialização é algo que deve ser feito com muito cuidado, pois, se feito de maneira qualquer, a população sai prejudicada, já que famílias distantes das suas UBS terão dificuldades de deslocar-se tanto para atendimento e acompanhamento médico, prejudicando também os profissionais, que necessitarão de maior tempo ao visitarem essas famílias. Logo, o mau mapeamento prejudica de várias maneiras o cuidado de saúde.

A área adstrita na qual trabalho possui cerca de 2000 habitantes, com perfil demográfico apresentando um envelhecimento da população e diminuição significativa de crianças. Para essa área existe apenas uma unidade, a UBS Martinho Vieira Gomes, o que condiz com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

A população estava acostumada a procurar a UBS quando estavam doentes e necessitavam de algum tratamento ou exame, ou seja, a UBS era vista apenas como pronto atendimento para as situações consideradas urgentes, já que era de conhecimento geral que o médico estava na unidade apenas uma ou duas vezes na semana para atender aos doentes, pois a gestão buscava o modelo curativista, sem atentar para o real objetivo da UBS de promover saúde.

Por causa dessa característica anterior nos primeiros dias de atendimento a recepção ficava lotada, impossibilitando o acolhimento adequado. Mas com o passar dos dias e o conhecimento por parte da população que a médica ficaria atendendo quatro dias da semana, manhã e tarde, com alguns dias para livre demanda e outros com programação específica como hiperdia e visitas domiciliares, a população foi se acostumando a essa nova rotina e possibilitando o acolhimento adequado. Pois, apesar de não haver uma sala específica para acolhimento, a área da recepção é suficiente, e, sempre ao chegarmos à UBS, nós (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e inclusive motorista – muito conhecido na região) fazemos o acolhimento. E a cada dia que passa o excesso de livre demanda vem diminuindo, pois a população está cada vez mais consciente do papel da UBS.

Na UBS realizamos várias atividades além da demanda espontânea, entre elas o acompanhamento da saúde da criança até dois anos, porém sem protocolo ou manual técnico, nem registro específico ou monitoramento regular. Essa atividade é realizada em dias de demanda espontânea devido à pequena quantidade

de crianças identificadas e grande falta de adesão pelas mães devido à dificuldade de acesso, principalmente tendo que ir com uma criança de colo. O pré-natal também é realizado, com consulta agendada e registro específico, porém sem protocolo ou manual técnico. Mas um dos principais problemas no pré-natal é a falta de exames na cidade, fazendo com que muitas grávidas não realizem todos os exames necessários, pois têm dificuldade financeira para se deslocarem para cidades próximas.

A prevenção do câncer de colo de útero é uma atividade semanal que acontece na UBS com a coleta de citologia oncológica pela enfermeira, apresentando 65% da população feminina com exame em dia. Existe um livro específico para registro das mulheres e resultados de exames citológicos, assim como para o exame de mamografia, que possui cobertura de 89%. Porém esses livros não são revisados regularmente para monitoramento destas atividades. Sobre as mamografias pouco pode ser avaliado, pois não existe livro de registro para as mamografias realizadas, nem rotina para que elas sejam solicitadas.

Outro grupo existente de atividades agendadas é o Hiperdia, que é realizado mensalmente em cada área dos ACS com a entrega da medicação, aferição de pressão arterial (PA), peso, cintura abdominal, glicemia capilar e consulta médica quando necessária, possuindo um livro para registro específico, com cobertura de 35% dos hipertensos e 19% dos diabéticos.

Um grupo que deve ser implantado é o dos idosos, pois não há nenhuma ação de saúde específica para esse grupo que vem aumentando cada vez mais. É necessária a busca ativa dos moradores idosos e a implantação da caderneta do idoso para acompanhamento adequado. Assim como devemos de agora em diante passar a fazer as avaliações de risco de morbimortalidade, avaliação multidimensional rápida, investigação de indicadores de fragilização na velhice. Pois só assim melhoraremos a cobertura e a qualidade da atenção aos idosos da UBS.

Apesar da existência de consultório odontológico equipado não existe o profissional para atendimento. Esse assunto já foi debatido com a Secretaria Municipal de Saúde, no entanto sem ações efetivas de retorno.

Considerando a atual situação da UBS faz-se necessário um investimento por parte da gestão para melhorar a estrutura física, equipamentos e exames.. Também é necessária uma busca ativa pelos ACS dos grupos específicos como

crianças e idosos, e adoção de protocolos por parte dos profissionais de saúde para melhorar o atendimento da comunidade.

A situação da UBS, infelizmente, não apresentou muitas mudanças desde o início dos questionários. A estrutura continua a mesma com suas deficiências, o laboratório não aumentou a quantidade de exames e conseguimos apenas o sonar para escutar batimentos fetais, as fitas do aparelho de glicemia e alguns medicamentos de controle especial. Porém há muito ainda a ser feito para melhorar a saúde desta comunidade.

1.3 Comentário comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao relatar a situação da UBS inicialmente pude explicar apenas superficialmente, levando em conta principalmente o aspecto material da estrutura que nos foi oferecida. A partir do conhecimento teórico disponibilizado pelo curso e da vivência percebi que existe outro aspecto tão importante quanto a parte física, que é a interação da equipe com a comunidade, que interfere positivamente para a melhoria do atendimento da comunidade.

A nossa estrutura física é boa, os materiais estão em falta, mas possuímos o interesse da equipe em agir junto com a comunidade para melhorar a situação da saúde na região.

A partir dos questionários respondidos semanalmente pude conhecer melhor a realidade da comunidade, saber exatamente as grávidas e suas dificuldades, buscar as crianças da região que nunca tinha ido à unidade e a partir desse passo inicial criar um laço de confiança com a família.

2 Análise Estratégica –Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

Segundo o Ministério da Saúde a população mundial está envelhecendo e o Brasil não é diferente. Graças à diminuição da fecundidade e da mortalidade e aumento da expectativa de vida a população com mais de 60 anos de idade, denominada de idosa, vem aumentando (BRASIL, 2010). E assim acarretando mudanças na estrutura da sociedade no que diz respeito à justiça, com a instituição do Estatuto do Idoso; à política, com os governos se preocupando com a manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas; e, em especial, à saúde, com a implementação de políticas públicas.

Na área adstrita da unidade de saúde Martinho Vieira Gomes existem aproximadamente 200 idosos. Desses, cerca de 80% são acompanhados na UBS, porém, na grande maioria das vezes, apenas em situações de patologias agudas, já que na unidade não existe ação de promoção em saúde para a população idosa. Sendo o atendimento ao idoso de baixa qualidade, sem realização de avaliação multidimensional rápida, sem controle de exames periódicos e sem avaliação de risco de morbimortalidade.

No grupo de atividades específicas para hipertensos e diabéticos é o momento onde é possível ver mais idosos reunidos, e eles são a maioria do grupo. Sendo assim, a equipe considerava que esta atividade era voltada a população idosa e não se preocupava em implantar outras ações que realmente fossem voltadas ao idoso, levando em consideração as suas necessidades e cuidados especiais. A distância e dificuldade de acesso são dois aspectos que também influenciavam a equipe no momento de idealizar a sistematização do cuidado para idosos, pois há dificuldades de acesso a unidade de saúde.

Esse projeto de intervenção não vem apenas aumentar o acompanhamento do idoso, mas instituir um atendimento adequado, de qualidade, para a população idosa da área, que antes era atendida levando em conta seu problema de

hipertensão ou diabetes isoladamente. A partir da sistematização buscar-se-á um olhar cuidadoso da equipe, voltado para as necessidades dos idosos.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde Martinho Vieira Gomes, zona rural do município de Alto Longá – PI

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1 - Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
- 2 - Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
- 3 - Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade Básica de Saúde;
- 4 - Melhorar o registro das informações dos pacientes;
- 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
- 6 - Promover a saúde

2.2.3 Metas

Relativo ao objetivo 1 – Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos

- 1.1 Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 90%;
- 1.2 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- 1.3 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção;
- 1.4 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- 1.5 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM);
- 1.6 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento);

- 1.7 Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldades de locomoção.

Relativo ao objetivo 2 – Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

- 2.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativo ao objetivo 3 – Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na Unidade Básica de Saúde

- 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;
- 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.
- 3.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- 3.4 Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)
- 3.5 Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática
- 3.6 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.
- 3.7 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

Relativo ao objetivo 4 – Melhorar o registro das informações dos pacientes

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

Relativo ao objetivo 5 – Mapear os idosos de risco da área de abrangência

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

Relativo ao objetivo 6 – Promover a saúde

- 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.
- 6.2 Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.
- 6.3 Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.
- 6.4 Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1. Detalhamento das Ações

Para cada objetivo específico citado anteriormente existem várias ações a serem executadas, que foram divididas em quatro eixos para melhor organização e entendimento. São eles: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; qualificação da prática clínica. Logo abaixo serão descritos os objetivos específicos, e, em cada eixo, as ações a serem realizadas e o seu detalhamento para melhor compreensão.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos

Metas: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 90%; cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; rastrear 100% dos idosos para HAS e rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg para DM; ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento); fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Gestão e Organização

Acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; melhorar o acolhimento para idosos portadores de HAS e de DM.

Todo idoso que chegar à UBS será recebido pela técnica em enfermagem que realizará o atendimento inicial e acolhimento adequado, encaminhando posteriormente à enfermeira para cadastro do usuário no programa.

Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa e organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Os ACS realizarão cadastro de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção durante as suas visitas, repassando para a enfermeira semanalmente os cadastros realizados, e assim, poderão ser agendadas visitas domiciliares aos idosos que necessitarem.

Atualizar as informações do SIAB.

A enfermeira irá repassar as informações dos cadastros dos idosos para a coordenadora do PSF mensalmente, e esta atualizará as informações do SIAB.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Será enviado novamente um ofício solicitando à Secretaria Municipal de Saúde novos esfigmomanômetro e fitas para realização do hemoglicoteste.

Prática Clínica

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização; capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência; orientar os ACS sobre o

cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar; capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Para qualificar a equipe será realizada atividade de educação permanente com a participação de todos os integrantes da UBS aprofundando os temas referentes ao acolhimento, humanização, busca ativa de idosos, cadastro de idosos, aferição de PA e realização de hemoglicoteste.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar: a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente; o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados; realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção; o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente; número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente.

Será realizado um levantamento do número de idosos através do registro de todos os usuários que procuraram a unidade, identificando quais as suas demandas, quais os encaminhamentos, as visitas domiciliares realizadas, as aferições de PA e hemoglicoteste.

Engajamento Público

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; orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; orientar à comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção; orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80

mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Realizar atividades de sala de espera pelo menos 1 vez por semana apresentando o programa do idoso, esclarecendo a comunidade da organização do atendimento na unidade, orientando a importância da medida da PA após 60 anos, o rastreio para DM em pacientes com PA sustentada maior que 135/80 e os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Objetivo 2: Melhorar a Adesão dos Idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

Meta: buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação

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

Os cadastros serão revisados para acompanhar a periodicidade das consultas realizadas pelos idosos.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Após a revisão dos cadastros e a identificação dos idosos faltosos serão realizadas visitas domiciliares a esses idosos no intuito de integrá-los ao Programa.

Engajamento Público

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

Serão realizadas atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana e conversas com os pacientes do hiperdia sobre a importância das consultas, e solicitados sugestões para que a comunidade possa aderir mais ao programa.

Qualificação da Prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Serão realizadas atividades em educação permanente com os integrantes da equipe ressaltando a periodicidade das consultas dos idosos e sua importância.

Objetivo 3: Melhorar a Qualidade da Atenção ao Idoso na Unidade de Saúde

Metas: 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; 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); concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programada; avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados; avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar: a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos os idosos da unidade; a realização de exame clínico apropriado dos idosos; o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada; o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Serão revisados os cadastros e registros dos idosos observando a presença da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual, realização do exame clínico adequado, solicitação e realização de exames laboratoriais e acesso aos medicamentos.

Organização e Gestão do Serviço

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...); definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado; organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares; garantir a referência

e contrarreferência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades; garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados; realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Será solicitado à secretaria de saúde e ao gestor recursos para aplicação do programa e agilidade para a realização de exames complementares definidos no protocolo.

Engajamento Público

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social; orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Serão realizadas atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana e conversar com os usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância das avaliações, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, a necessidade da realização de exames de rotina, o direito de ter acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; capacitar a equipe

para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Serão realizadas atividades em educação permanente aos integrantes da UBS capacitando a equipe a realizar a Avaliação Multidimensional Rápida, a realizar o exame clínico apropriado, a orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Objetivo 4: Melhorar Registro das Informações dos Pacientes

Metas: manter registro específico de 100% das pessoas idosas; distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados e os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Serão revisados os cadastros e registros dos idosos observando a qualidade dos registros e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados; solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A enfermeira será responsável por enviar à coordenadora do PSF os dados do programa mensalmente para atualização do SIAB. As cadernetas dos idosos existentes na secretaria serão distribuídas entre os ACS, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica, para que qualquer um possa cadastrar um idoso que apareça ainda sem registro. Uma ficha será elaborada contendo todos os aspectos a serem analisados no programa, como: realização da avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, número de consultas, controle pressórico,

rastreamento de diabetes, orientação sobre alimentação saudável e exercícios físicos, exames complementares periódicos. Essa ficha será avaliada regularmente pela equipe para observar situações de alerta.

Engajamento Público

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Serão realizadas atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana e conversar com os pacientes do programa para hipertensos e diabéticos sobre a importância de andar sempre com a caderneta do idoso ao se dirigir a algum estabelecimento de saúde, e sobre os seus direitos em relação à manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da Prática Clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, e capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Serão realizadas atividades em educação permanente aos integrantes da UBS capacitando a equipe a preencher todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento do idoso, inclusive a caderneta de saúde da pessoa idosa.

Objetivo 5: Mapear os Idosos de Risco da Área de Abrangência

Metas: rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade; investigar a presença de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas; avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar: o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; a realização de avaliação da rede social em todos os idosos; todos os idosos com rede social deficiente.

Serão revisados os cadastros e registros dos idosos observando o número de idosos de maior risco de morbimortalidade, investigados para indicadores de fragilização da velhice e aqueles com rede social deficiente.

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, a idosos de maior risco de morbimortalidade, e facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Agendar as consultas desses pacientes e, no dia da consulta, priorizar o seu atendimento.

Engajamento Público

Orientar os idosos sobre o seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar risco; orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS; estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Serão realizadas atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana e conversar com os usuários do programa para hipertensos e diabéticos sobre a importância de acompanhamento mais freqüente quando apresentarem um alto risco de morbimortalidade ou forem idosos fragilizados, e orientar sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS. Também será conversado nesses dias sobre a socialização da pessoa idosa na comunidade, estimulando trabalhos em igrejas e escolas.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os profissionais para: identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice; avaliar a rede social dos idosos.

Serão realizadas atividades em educação permanente aos integrantes da UBS capacitando a equipe a identificar e registrar fatores de risco de morbimortalidade e indicadores de fragilização, e a avaliar a rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a Saúde

Metas: garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas; garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos; garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programada; garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar: a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos; o número de idosos com obesidade/desnutrição; a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos; o número de idosos que realizam atividade física regular.

Serão revisados os cadastros e registros dos idosos observando a realização de orientação nutricional e de atividade física regular, assim como, o número de idosos obesos e de idosos que realizam atividade física regular.

Organização e Gestão do Serviço

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para hábitos alimentares saudáveis; definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física.

Será solicitado à Secretaria Municipal de Saúde que disponibilize profissionais de nutrição e educação física do NASF para realizar palestras em cada subárea da UBS no dia do programa específico para hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares e sobre a realização de atividade física regular.

Serão realizadas atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana e conversar com os usuários do programa para hipertensos e diabéticos sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis e orientar para a realização de atividade física regular.

Qualificação de Prática Clínica

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"; capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos; capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Serão realizadas atividades em educação permanente aos integrantes da UBS capacitando a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e sobre hábitos alimentares saudáveis, incluindo nutrição específica para idosos hipertensos e diabéticos.

2.3.2 Indicadores

Referente à meta – Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 90%

Indicador 1 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

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

Referente à meta – Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

Indicador 1. 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 problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta – Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

Indicador 1- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

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

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

Referente à meta – Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Indicador 1- 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 – Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

Indicador 1 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

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

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

Indicador 1. 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 – Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

Indicador 1: 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 – Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Indicador 1. 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.

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

Indicador 1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Referente à meta – 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 1. Proporção de idosos com o exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 1. 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 em dia.

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta – Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerando os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Indicador 1. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta – Concluir tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programada.

Indicador 1. 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 – Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados

Indicador 1. 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 – Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

Indicador 1. 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 – Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 1. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Número de ficha espelho com registros adequado.

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta - Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 1. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

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

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta - Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

Indicador 1. Proporções de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta - Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 1. 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 total de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Referente à meta - Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 1. 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 da unidade de saúde.

Referente à meta – Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos

Indicador 1. 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 - Garantir orientação nutricional para hábitos saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta - Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% dos idosos.

Indicador 1. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 1. 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 – Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 1. 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:

O programa de Saúde do Idoso foi implantado tendo como base as informações fornecidas no Caderno de Atenção Básica nº19 de 2006 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, sendo esse caderno a fonte mais completa no momento sobre o tema. Foi utilizada a ficha de coleta de dados e uma ficha espelho ficou guardada em pasta para monitoramento e avaliação pela enfermeira ou médica.

Para coleta de dados, faremos um levantamento dos dados que constam nos prontuários e transcreveremos para uma ficha-espelho, que é o registro específico do programa, com todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores de monitoramento e avaliação do projeto de intervenção. As fichas-espelho irão conter: nome, idade, data de nascimento, documentação, Avaliação Multidimensional

Rápida, dados relativos à consulta, como pressão arterial (PA), peso, índice de massa corpórea (IMC), estratificação de risco, avaliação de fragilidade, medicações em uso e exames laboratoriais que constem em mãos do paciente ou recentemente registrados no seu prontuário ou ainda os solicitados durante a intervenção, espaço para exame físico, cálculo do risco cardiovascular e um espaço para possíveis observações. As fichas serão reproduzidas no setor de impressão da secretaria de saúde do município. Elas irão fornecer os dados necessários para o preenchimento mensal da planilha de dados do projeto. Cada membro da equipe será capacitado para preenchimento das fichas-espelho. Apenas os itens de exame físico especializado serão restritos à médica e à enfermeira.

As ações no campo de monitoramento e avaliação já serão iniciadas a partir do início do preenchimento das fichas-espelho. Através da revisão das fichas será possível monitorar o número de idosos e suas patologias.

Todo idoso que chegar à UBS será recebido pela técnica em enfermagem que realizará o atendimento inicial e acolhimento adequado, encaminhando posteriormente à enfermeira para cadastro do usuário no programa. Os ACS realizarão cadastro de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção durante as suas visitas, repassando para a enfermeira semanalmente os cadastros realizados, e assim, poderão ser agendadas visitas domiciliares aos idosos que necessitarem.

A enfermeira irá repassar as informações dos cadastros dos idosos para a coordenadora do PSF mensalmente.

Será feito um novo ofício solicitando à secretaria de saúde fitas para realização do hemoglicoteste.

Para qualificar a equipe será realizada atividade de educação permanente com a participação de todos os integrantes da UBS aprofundando os temas referentes ao acolhimento, humanização, busca ativa de idosos, cadastro de idosos, aferição de PA e realização de hemoglicoteste.

Para atingir o objetivo será realizado um levantamento do número de idosos através do registro de todos os usuários que procuraram a unidade, identificando quais as suas demandas, quais os encaminhamentos, as visitas domiciliares realizadas, as aferições de PA e hemoglicoteste.

Realizar atividades de sala de espera pelo menos uma vez por semana apresentando o programa do idoso, esclarecendo a comunidade da organização do

atendimento na unidade, orientando a importância da medida da PA após 60 anos, o rastreio para DM em pacientes com PA sustentada maior que 135/80, os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, a importância das consultas, e solicitar sugestões para que a comunidade possa aderir mais ao programa a importância das avaliações. Também será discutido os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, a necessidade da realização de exames de rotina, o direito de ter acesso aos medicamentos. a importância de andar sempre com a caderneta do idoso ao se dirigir a algum estabelecimento de saúde, sobre os seus direitos em relação à manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, a importância de acompanhamento mais freqüente quando apresentarem um alto risco de morbimortalidade ou forem idosos fragilizados, e orientar sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS. Assim como será conversado nesses dias sobre a socialização da pessoa idosa na comunidade, estimulando trabalhos em igrejas, escolas...

Os cadastros serão revisados para acompanhar a periodicidade das consultas realizadas pelos idosos. Após a revisão dos cadastros e a identificação dos idosos faltosos serão realizadas visitas domiciliares a esses idosos no intuito de integrá-los ao Programa.

Realizar atividade em educação permanente com os integrantes da equipe ressaltando a periodicidade das consultas dos idosos e sua importância, capacitando a equipe a realizar a Avaliação Multidimensional Rápida e o exame clínico apropriado, orientando os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de Hipertensos e Diabéticos, capacitando a equipe a preencher todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento do idoso, inclusive a caderneta de saúde da pessoa idosa. E capacitando a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular e sobre hábitos alimentares saudáveis, incluindo nutrição específica para idosos hipertensos e diabéticos.

Revisar os cadastros e registros dos idosos observando a presença da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual, realização do exame clínico adequado, solicitação e realização de exames laboratoriais e acesso aos medicamentos. a qualidade dos registros e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Será solicitado à secretaria de saúde e ao gestor recursos para aplicação do programa e agilidade para a realização de exames complementares definidos no protocolo.

A enfermeira será responsável por enviar à coordenadora do PSF os dados do programa mensalmente para atualização do SIAB. As cadernetas dos idosos existentes na secretaria serão distribuídas entre os ACS, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica, para que qualquer um possa cadastrar um idoso que apareça ainda sem registro. Uma ficha será elaborada contendo todos os aspectos a serem analisados no programa, como: realização da avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, número de consultas, controle pressórico, rastreamento de diabetes, orientação sobre alimentação saudável e exercícios físicos, exames complementares periódicos. Essa ficha será avaliada regularmente pela equipe para observar situações de alerta.

Revisar os cadastros e registros dos idosos observando o número de idosos de maior risco de morbimortalidade, investigados para indicadores de fragilização da velhice e aqueles com rede social deficiente.

Agendar as consultas desses usuários e, no dia da consulta, priorizar o seu atendimento.

Revisar os cadastros e registros dos idosos observando a realização de orientação nutricional e de atividade física regular, assim como, o número de idosos obesos e de idosos que realizam atividade física regular.

Será solicitado à secretaria de saúde que disponibilize profissionais de nutrição e educação física do NASF para realizar palestras em cada subárea da UBS no dia das atividades de hipertensos e diabéticos.

Cronograma:

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Logo na primeira semana fizemos a capacitação dos profissionais, com o estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção, capacitamos os ACS na busca ativa dos faltosos, iniciamos a distribuição da caderneta e cadastro dos idosos. Nas semanas seguintes alguns temas foram selecionados para serem discutidos, dentro da temática do idoso.

No decorrer desses meses os líderes comunitários foram acionadas para colaborar com o programa e aceitaram de bom grado as propostas feitas, auxiliando na propagação da intervenção. As palestras com profissionais fora da UBS, nutricionista e educador físico, ocorreram melhor do que o esperado, apesar de algum pequeno atraso (adiamento de 1 semana) e de algumas modificações, pois a comunidade realmente se interessou e fez perguntas que com certeza ajudaram no processo de saúde. Os dois profissionais, ao serem solicitados para essas atividades, concordaram com o projeto, apenas requisitaram auxílio no que diz respeito ao material a ser utilizado, já que na maioria das áreas onde seriam realizadas as palestras o uso de retroprojeto seria inviável. Mas isso logo foi resolvido, pois na própria secretaria de saúde encontramos alguns posters sobre os assuntos que seriam abordados.

A gestão foi acionada algumas vezes como descrito no cronograma, pois necessitamos de cadernetas, o que foi logo resolvido. E também para solicitarmos melhoria no laboratório da cidade, pois com o aumento da requisição de exames, por causa da intervenção e do aumento do número de médicos na cidade, estávamos com espera de um mês para a realização de um simples hemograma, dificuldade esta que infelizmente ainda existe, apesar da promessa da secretária de saúde em melhorar o funcionamento do laboratório. Mesmo após o fim da intervenção e várias promessas de mudanças, continuamos com dificuldade para o recebimento rápido de exames, mesmos os mais simples. Mas fizemos a nossa parte, pressionamos a gestão a cumprir o seu papel para o bem da população, e acreditamos que futuramente as promessas serão cumpridas. A assistente social

também teve que ser acionada, algo que não estava previsto, para cuidar de um caso de maus-tratos ao idoso. E que felizmente foi solucionado.

Uma atitude modificada desde o início da especialização foi em relação ao acolhimento e engajamento público. Pois antes os usuários entravam na UBS, colocavam seus nomes na ficha e ficavam sentados esperando a sua vez. Atualmente a técnica de enfermagem e enfermeira realizam um bom acolhimento, conversando com o usuário sobre a UBS, sobre o usuário, e sobre a intervenção. Quando já se encontram alguns usuários reunidos na recepção um dos profissionais da UBS inicia uma conversa falando não só sobre a intervenção, mas sobre vacinação, alimentação, exercícios físicos.

Como de rotina o atendimento de livre demanda foi realizado semanalmente com aumento gradativo do número de idosos. As visitas domiciliares aumentaram significativamente, para buscarmos os idosos com problemas de locomoção e aqueles faltosos, pois, como é de conhecimento, poucos idosos se deslocam até a unidade por causa da distância e falta de transporte. O último dia de trabalho da semana foi reservado para visitas domiciliares e monitorização da intervenção, com anotação em caderno específico do que foi realizado na semana, conferência das fichas-espelho e programação das visitas da semana seguinte.

Para a monitorização da intervenção foram utilizados a planilha de coleta de dados, ficha individual, ficha-espelho e caderno. Os idosos atendidos tinham seus dados transcritos para a ficha individual que fica junto com o prontuário e para ficha-espelho que fica em pasta na UBS. Ao final da semana as fichas-espelho eram verificadas e os dados repassados para o caderno para que eu pudesse alimentar a planilha. Todos os idosos que compareceram à unidade ou às reuniões realizadas fora da UBS foram atendidos pela enfermeira ou técnica de enfermagem, que preenchiam os dados iniciais e exames possíveis, e pela médica, que realizava os outros exames.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Desde o início do projeto os atendimentos odontológicos dos idosos com o seu devido acompanhamento não foram realizados, pois não há profissional dentista na

ESF, apesar de existir um consultório odontológico no local. Esse problema já foi discutido na Secretaria Municipal de Saúde, porém sem ações por parte da gestão.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Para a coleta e sistematização de dados foi utilizado principalmente a planilha disponibilizada pela faculdade, o que facilitou muito estas ações. Tendo como dificuldades apenas a grande quantidade de itens a serem avaliados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

As ações implantadas foram incorporadas ao serviço rapidamente, considerando que as mudanças não foram tão drásticas. Os atendimentos de livre demanda continuaram acontecendo nos dias já estabelecidos, apenas contanto com o aumento e prioridade do atendimento aos idosos. As visitas domiciliares aumentaram buscando atingir o propósito da cobertura. E as reuniões das atividades específicas para hipertensos e diabéticos tiveram mais idosos presentes. E todas as atividades previstas no cronograma foram realizadas.

Apesar do fim da intervenção pela especialização, as atividades continuarão, com priorização do atendimento dos idosos, busca ativa dos faltosos, preenchimento de ficha-espelho, entre outras atividades. Acredito que apenas as visitas domiciliares sofrerão pequenas mudanças, pois estávamos priorizando as visitas aos idosos, especialmente aos faltosos, e alguns comentários já estavam começando a surgir na comunidade, algumas reclamações sobre visitas domiciliares que tinham diminuído. Logo, as visitas serão mais distribuídas entre a comunidade. Mas nada que atrapalhe o desenvolvimento das atividades voltadas aos idosos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Finalizamos os três meses de intervenção com bons resultados gerados a partir de várias ações planejadas do decorrer da especialização. Podemos considerar uma intervenção bem realizada pois a maioria das metas foram cumpridas, excluindo principalmente a cobertura dos idosos da área, que deveria ser de 95% e conseguimos 89,9%. No entanto esse 89,9% pode ser comemorado, pois foram 178 idosos cadastrados com ótimo atendimento e análise de suas condições, o que nos deixa felizes mesmo sem termos atingido todas as metas.

O principal motivo para a escolha da intervenção visando a melhoria do atendimento ao idoso foi a pouca participação do idoso ao processo de saúde local. O objetivo de ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos foi elaborado com a meta de alcançar 95% da cobertura, pois havia cobertura de aproximadamente 89%. No primeiro mês o alcance da cobertura foi de 38 idosos, cerca de 20%, no segundo mês 74 idosos, quase 40% e ao final da intervenção foi mantida a cobertura de 178 idosos, 89%, no entanto, com atendimento de qualidade.

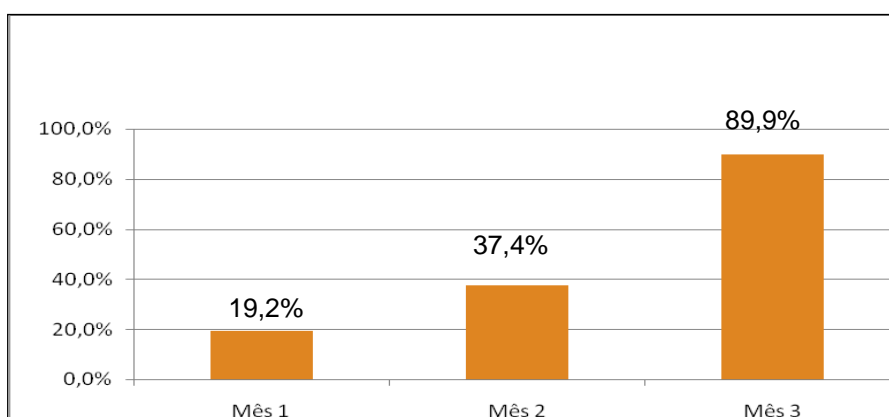


Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Essa cobertura foi realizada a partir da utilização do cadastro dos idosos que os ACS possuíam, verificação de prontuários, busca ativa, visitas domiciliares e auxílio da população na convocação dos idosos para comparecerem à UBS.

Com essas ações foi possível o cadastro de 17 idosos, 100%, com 8 idosos no primeiro mês, equivalente a 50,5%, 14 idosos no segundo mês, ou seja, 88,4% e 17

no terceiro mês dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, considerando uma estimativa de que 8% dos idosos cadastrados teriam algum problema de locomoção,

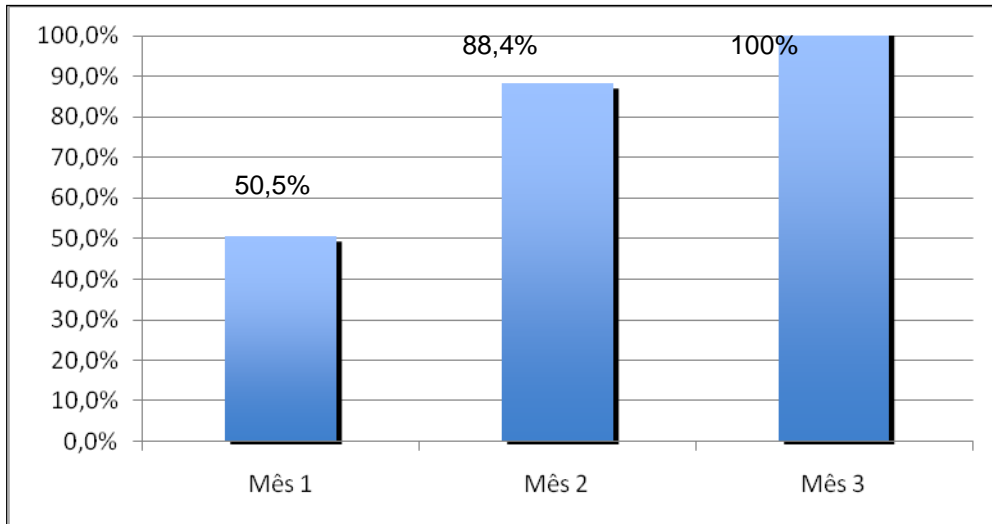


Figura 2 - Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção

Assim como foi realizado o cadastro de todos os acamados, todos eles foram visitados, como pode ser observado no gráfico abaixo.

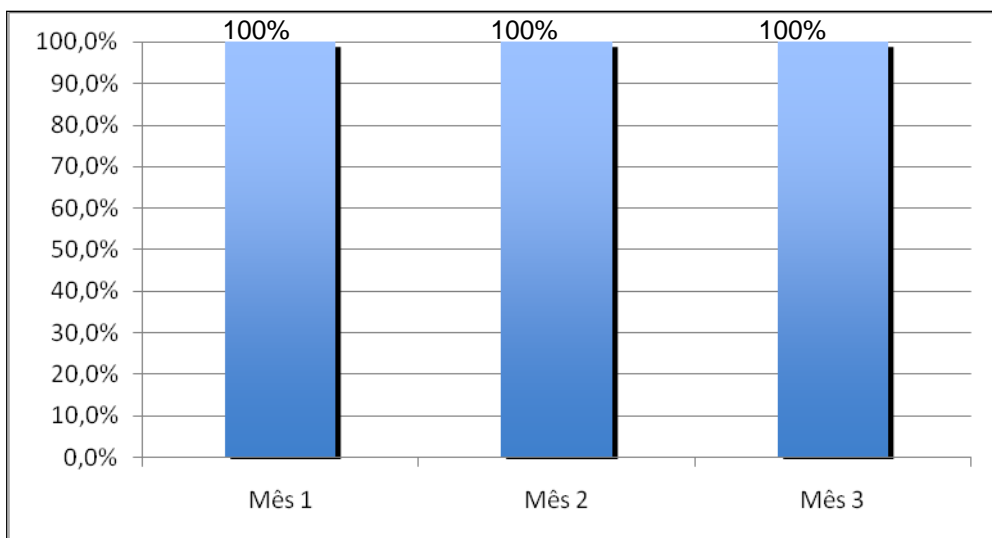


Figura 3- Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar

As visitas foram realizadas duas vezes na semana, todas as semanas, com agendamento no último dia da semana anterior feito pelos ACS, médica e enfermeira.

Para complementar a cobertura de idosos, foi posto como meta rastrear 90% dos idosos com HAS, que antes era apenas 47%, e que, após a intervenção, elevou para 100%, com 38 idosos no primeiro mês, 74 no segundo e 178 no terceiro mês. No gráfico abaixo podemos observar que todos os idosos, hipertensos ou não, tiveram a P.A. aferida na última consulta.

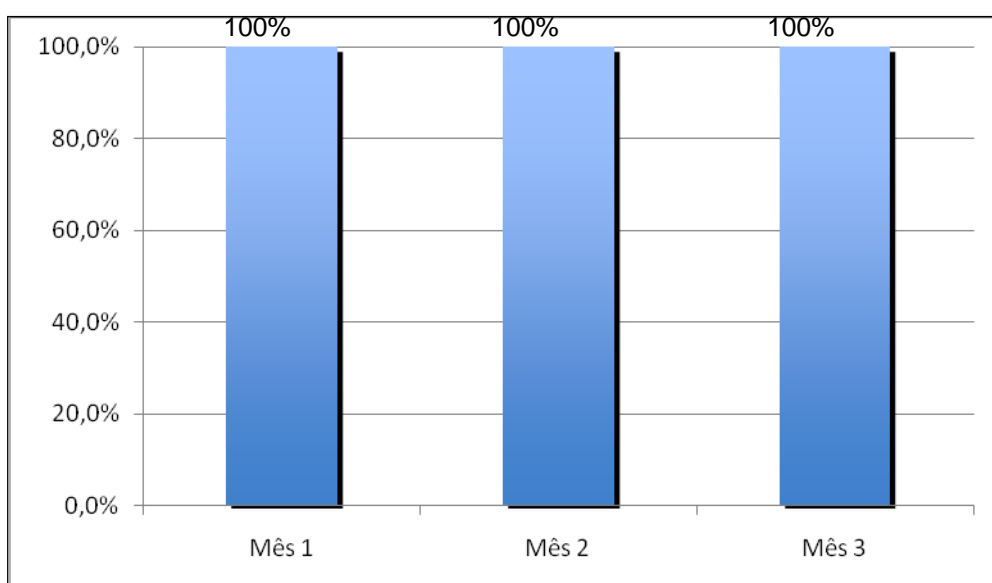


Figura 4 - Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Todos os idosos que apresentavam pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de HAS realizaram o hemoglicoteste na UBS ou no local de atendimento.

Com o objetivo de melhorar a adesão dos idosos ao programa foi elaborado como meta buscar 90% dos faltosos às consultas programadas, e de fato foi possível superar essa meta, atingindo 96,6% dos faltosos. No primeiro mês dos 16 faltosos todos foram visitados, no segundo mês dos 24 idosos faltosos 23, ou seja, 95,8% foram visitados, e no último mês dos 29 faltosos 28 foram visitados, o equivalente a 96,6%.

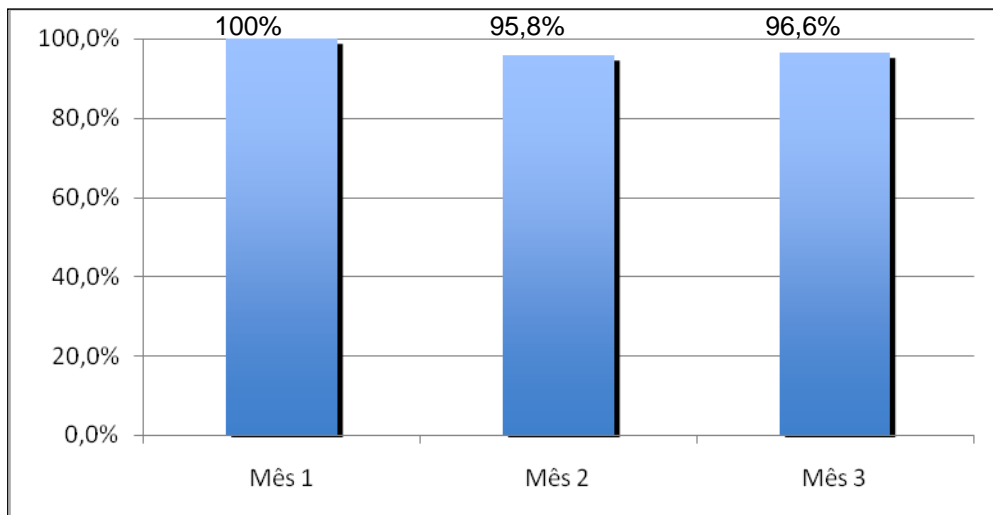


Figura 5 - Gráfico da proporção de idosos faltosos a consulta que receberam visita domiciliar

Essa superação foi obtida graças aos ACS que trabalharam de forma árdua na busca ativa dos faltosos e do aumento do número de visitas domiciliares realizadas por toda a equipe.

Visando melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde foi idealizado como meta realizar em todos os idosos: avaliação multidimensional rápida; exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos; e solicitação de exames complementares periódicos dos hipertensos/diabéticos. Essas atividades antes não eram realizadas, exceto a solicitação de exames periódicos. Em todos os meses conseguimos 100% de cobertura dessas atividades; sendo no primeiro mês 38 idosos, no mês seguinte 74 idosos e no último mês 178, como visto nos gráficos abaixo.

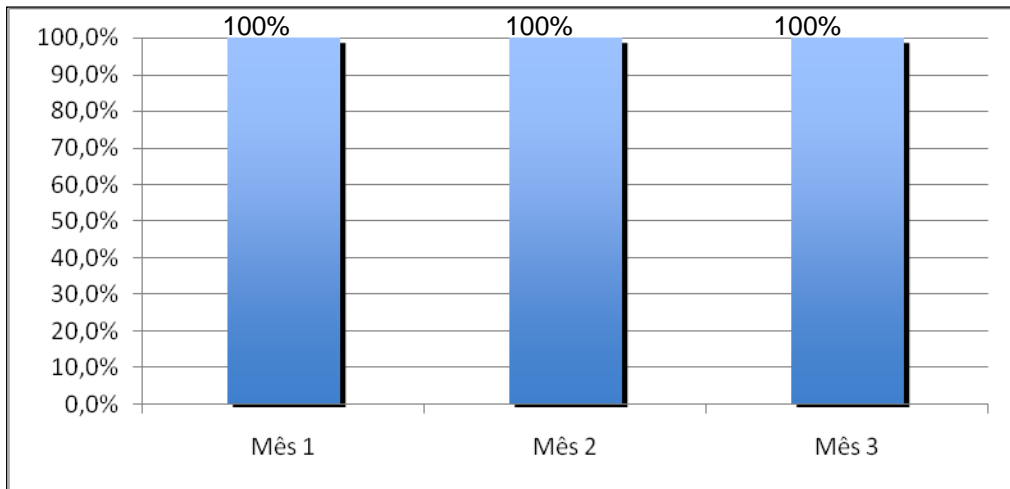


Figura 6 - Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

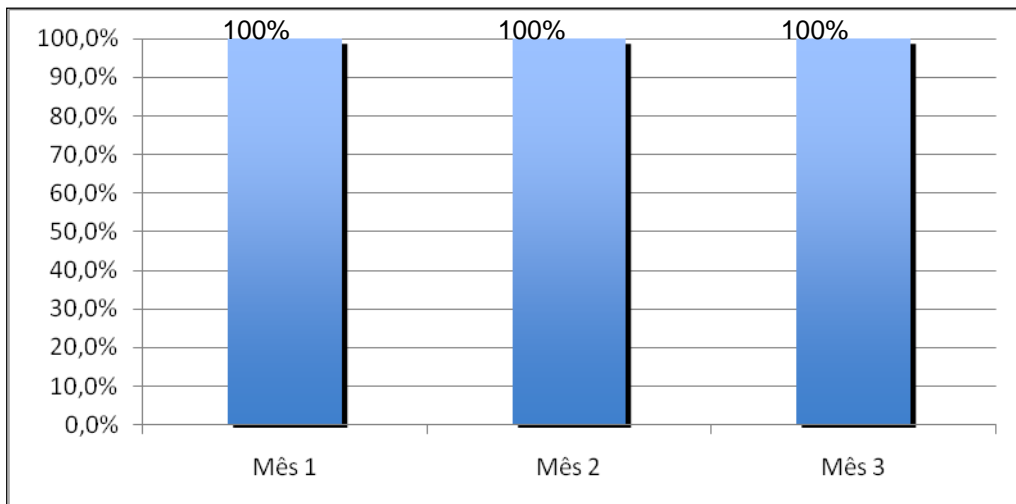


Figura 7 - Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

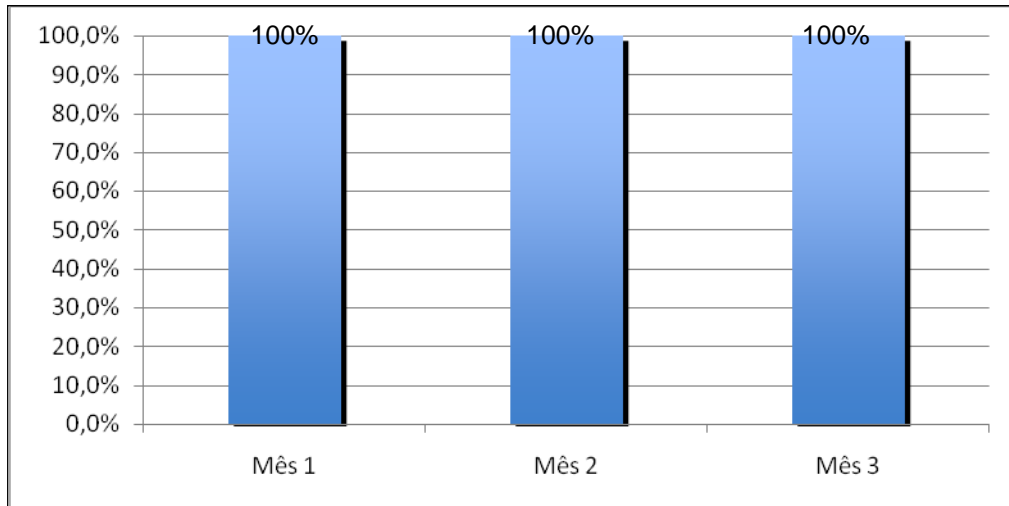


Figura 8 - Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Os dados presentes nos gráficos acima foram possíveis a partir da capacitação dos profissionais da UBS com explicações realizadas por todos no último dia de cada semana e do auxílio da gestão ao fornecer material adequado para a aplicação da avaliação multidimensional rápida.

Também foi proposta como meta o acesso de 90% dos idosos aos medicamentos prescritos. E, nesse caso, superamos mais uma vez as metas, pois conseguimos 91,6% dos idosos com acesso à medicação, sendo 78,9% no primeiro mês, com 30 dos 38 pacientes com acesso à medicação; no segundo mês 85,1%, com 63 dos 74 idosos com acesso; e no terceiro mês 91,6%, com 163 dos 178 idosos com acesso à medicação.

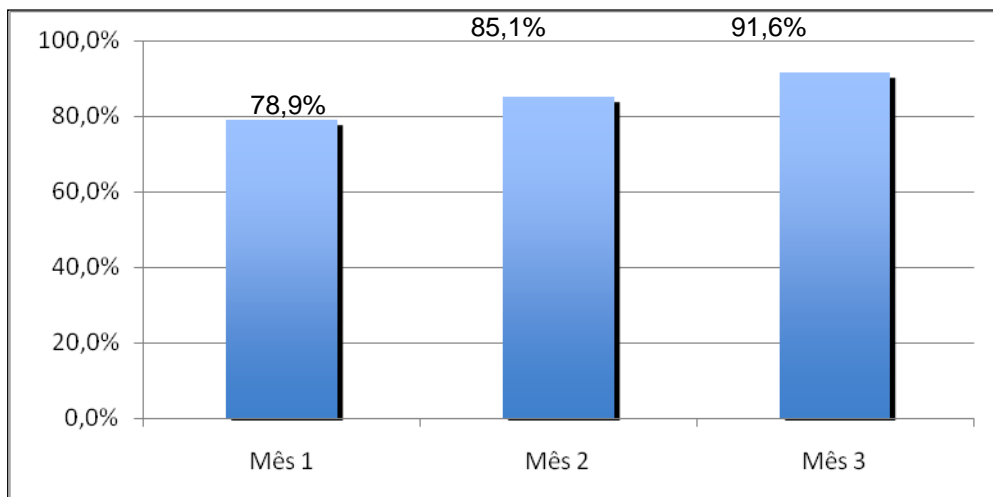


Figura 9 - Gráfico da proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

O acesso à medicação melhorou muito com a presença diária de médico no município, pois antes o médico atendia por dois dias, não conseguindo atender a todos, inclusive aqueles que queriam apenas renovar a receita do medicamento para poder receber na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde. Outro fato que aumentou significativamente o acesso aos medicamentos foi a inclusão de 02 farmácias no programa farmácia popular, pois assim, quando faltava remédio na secretaria de saúde, a população recebia na farmácia popular.

A melhora do registro das informações foi proposta a partir da manutenção do registro específico de 100% das pessoas idosas e da distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa a 90% dos idosos cadastrados, considerando que nenhum idoso possuía a caderneta ou registro específico. Ambas as metas foram atingidas como pode ser observado nos gráficos abaixo. Sendo no primeiro 38 idosos cadastrados com registro específico e que receberam caderneta, no segundo mês 74, e no último 178 idosos.

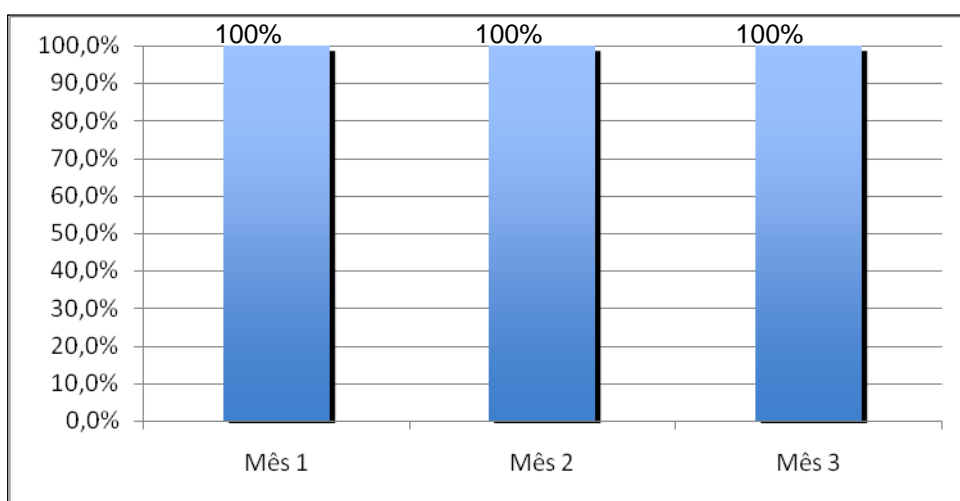


Figura 10 - Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

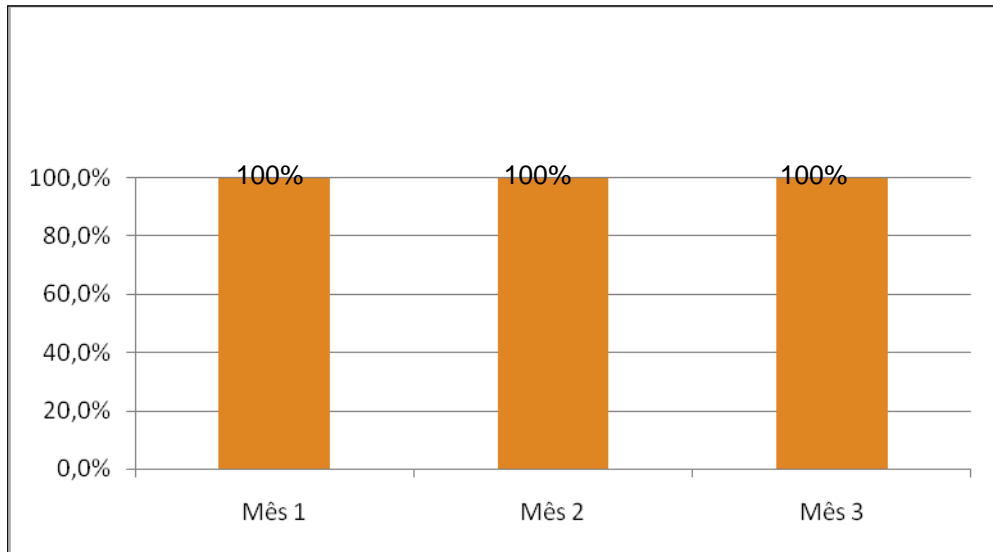


Figura 11 - Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Para que isso acontecesse Cadernetas de Saúde da Pessoa idosa foram distribuídas a todos os profissionais da UBS, e em todo atendimento de idoso as cadernetas foram entregues e o profissional realizou o cadastro do idoso na ficha-espelho.

Almejando mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS, contemplamos as metas de rastrear todos os idosos para risco de morbimortalidade, investigando os indicadores de fragilização na velhice e avaliando a rede social. No primeiro mês 38 idosos, no segundo 74 e no terceiro 178, contemplando 100% nos três meses. Apenas a avaliação da rede social não pode ser completa, tendo sido deixada em branco em uma das fichas e, com isso, no primeiro mês observou-se 100% com 38 idosos, no segundo mês 98,65 com 73 dos 74 idosos, e no último mês 99,4%, com 177 dos 178 idosos.

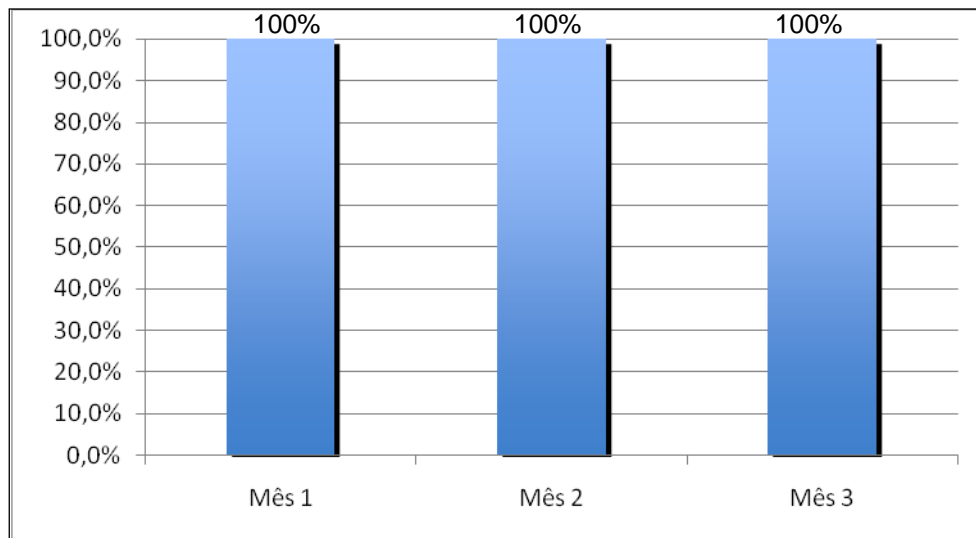


Figura 12 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

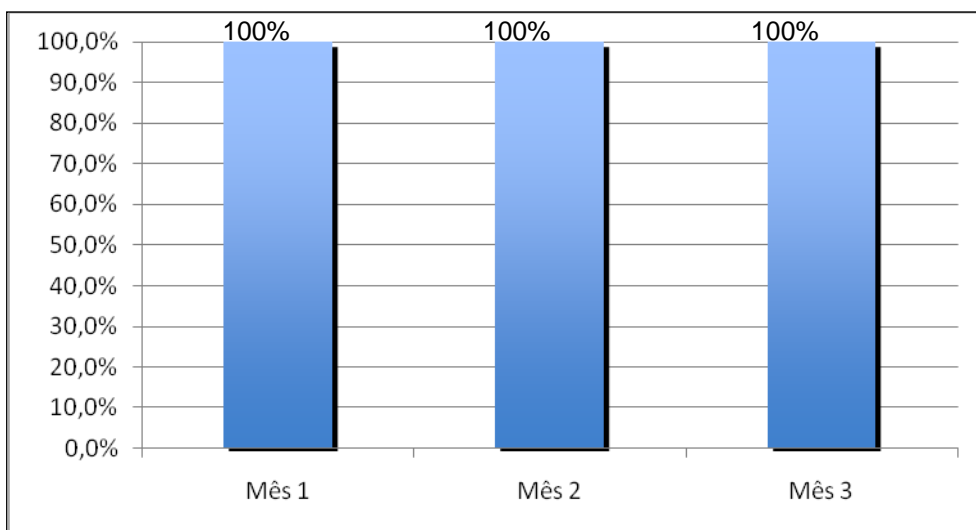


Figura 13 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de fragilização na velhice em dia

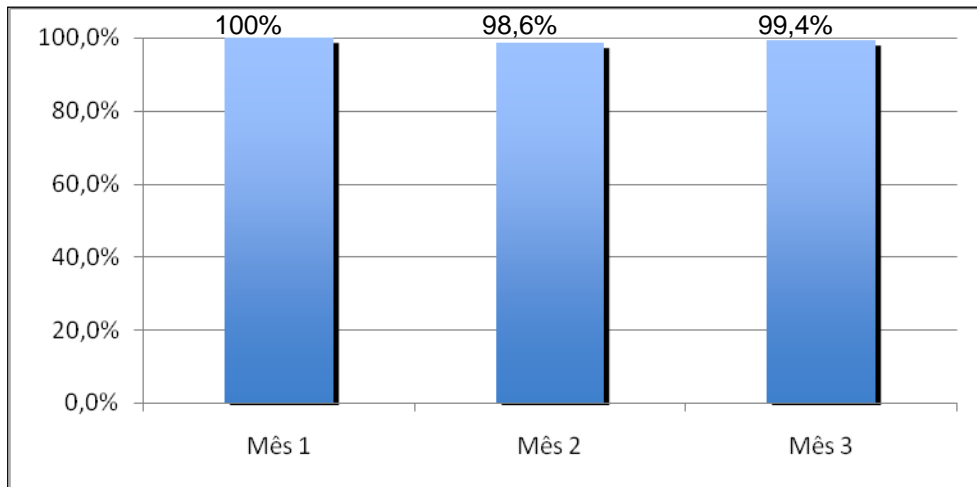


Figura 14 - Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Essas ações foram realizadas com o auxílio importante da enfermeira que realizou a análise da rede social e a presença de indicadores de fragilização na velhice, sendo exclusivo da médica o risco de morbimortalidade.

Considerando a promoção da saúde algo indispensável na atenção primária, foi proposta a meta de garantir a todos os idosos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para prática de atividade física regular. Metas que foram alcançadas com êxito, como observado no gráfico a seguir. Em todos os meses foi alcançado a totalidade de cobertura dessas ações, com 100%. Sendo no primeiro mês 38 idosos, no segundo 74 e no terceiro 178 idosos.

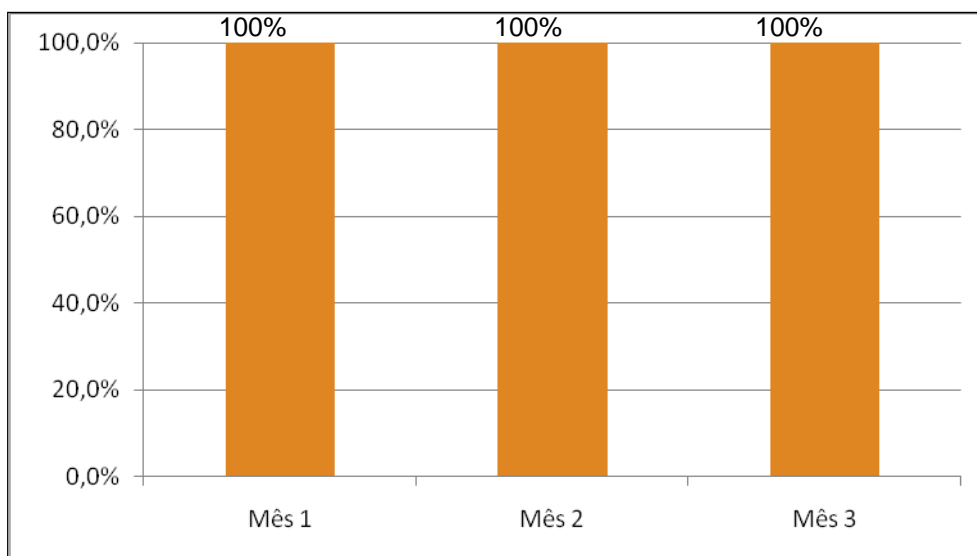


Figura 15 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

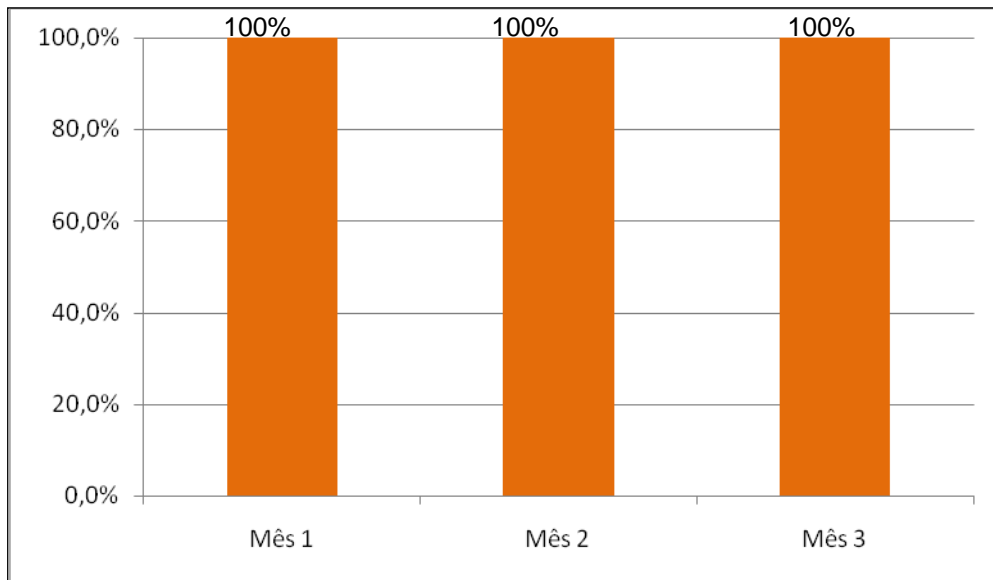


Figura 16 - Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Para conseguir tal êxito foi necessário o auxílio da nutricionista e do educador físico do município que trabalham no NASF e realizaram palestras para cada comunidade a região. As atividades relacionadas à odontologia não estão expressas em figuras de gráfico, pois elas não foram realizadas, como já discutido anteriormente, pela falta de profissional dentista na área. E assim, fica possível analisar os frutos colhidos a partir dessa intervenção.

4.2 .Discussão

A intervenção caracterizou-se como um momento bastante significativo na ESF, pois houve avanços na melhoria da atenção à saúde do idoso. Ao longo dos três meses a cobertura da atenção aos idosos foi de 89,9%, com 178 idosos acompanhados, com qualificação da atenção da atenção prestada como: o atendimento clínico com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, acesso aos medicamentos prescritos, avaliação para fragilização e avaliação do risco de morbimortalidade; solicitação de exames complementares, melhoria nos registros, qualificação dos profissionais da UBS sobre o atendimento aos idosos, e orientações sobre promoção de saúde como as atividades realizadas durante as atividades

específicas para hipertensos e diabéticos voltadas para alimentação saudável e prática de atividades físicas.

A partir da intervenção pode-se perceber maior engajamento dos profissionais, que juntos se capacitaram para seguir as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao cuidado ao idoso e puderam aperfeiçoar as suas atividades na UBS.

A enfermeira passou a preencher o cadastro com os dados dos idosos, avaliação clínica e realizar alguns exames de sua competência. A técnica de enfermagem também passou a preencher parte do cadastro, conversar com os usuários na recepção, informando sobre a importância da atenção à saúde dos idosos. Os ACS, também se integraram em todas as atividades, desde as atividades de formação como o cadastro e a busca ativa dos idosos faltosos, convidando-os a comparecerem à UBS e identificando aqueles que necessitavam de visita domiciliar.

O trabalho articulado da equipe trouxe impacto positivo nas outras ações programáticas, como no acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com o agendamento de atendimentos e acompanhamento e oferecimento de atividades de educação coletiva. Antes da intervenção os hipertensos, diabéticos e idosos com essas patologias apenas enviavam seus cartões para que algum conhecido recebesse a medicação por eles. Com o desenvolvimento da intervenção houve adesão dos mesmos nos atendimentos individuais da unidade de saúde, nas reuniões e atividades coletivas.

A organização do cadastro e registro dos atendimentos dos idosos auxiliou no acompanhamento, com busca ativa dos faltosos aos atendimentos quando necessário. Na unidade de saúde observou-se que os idosos possuem dificuldade em comparecer às consultas de rotina. Identificaram-se avanços na realização das visitas domiciliares àqueles que necessitam de acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde. Assim como possibilitou avaliar os idosos com maiores risco de morbimortalidade, chamando a atenção da equipe para priorizar o atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção na comunidade pode ser percebido na sala de espera, momento em que encontramos idosos aguardando os atendimentos, realidade que antes da intervenção era rara. Os idosos e seus familiares expressam sentimentos positivos quanto às mudanças ocorridas no serviço e as atividades direcionadas aos mesmos que ocasionaram aumento das suas redes sociais. Porém a comunidade de forma geral ainda questiona a prioridade de atendimento dos

idosos, assim como a mudança nas visitas domiciliares, que antes também eram realizadas a outros grupos da comunidade. Apesar da melhoria no atendimento ao idoso ainda temos que ampliar a cobertura para que um dia todos os idosos sejam cadastrados e tenham atendimento necessário.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início da elaboração do projeto tivéssemos discutido com a população os aspectos que envolviam as ações de sistematização do cuidado integral aos idosos, facilitando a aceitação dos mesmos a esta organização do cuidado. Outro ponto que teria contribuído com os melhores resultados da intervenção seria a melhoria do acesso a coleta e aos resultados dos exames laboratoriais, de forma que os resultados chegassem com maior presteza. Frente a percepção da equipe dessas fragilidades, já estão sendo implementadas ações que contribuam para a superação dessas dificuldades como atividades de sala de espera e o apoio da gestão para maior agilidade dos resultados dos exames laboratoriais.

A intervenção já está sendo incorporada a rotina do serviço focando nos quatro eixos pedagógicos do curso e buscando manter resultados de qualidade do atendimento e ampliação da cobertura e adesão ao acompanhamento objetivando em 3 meses atingir 100% dos idosos. Neste sentido está sendo ampliado o trabalho de conscientização da comunidade para os atendimentos prioritários aos idosos de alto risco, e continuar com a busca ativa dos idosos, especialmente os faltosos. Outra importante ação que está sendo desenvolvida refere-se a incorporação dos cuidados de saúde bucal, pois há 2 anos a unidade não possui atendimento odontológico por falta de profissional. Mas a partir de agora iremos intensificar nossas solicitações junto a gestão para que possamos contar com dentista na UBS e assim melhorar a saúde bucal da comunidade.

4.3. Relatório da Intervenção para Gestores:

O objetivo principal da intervenção foi de melhorar a saúde dos idosos na ESF Martinho Vieira Gomes, no período de um ano (março de 2013 a fevereiro de 2014). Os profissionais da UBS, que temos contato diário, sempre estiveram dispostos a conseguir cumprir todos os objetivos e metas.

Podemos expor aqui que a maioria de nossas metas foram atingidas, como a cobertura de 100% de: idosos com pressão arterial aferida na última consulta; idosos

hipertensos rastreados para diabetes; idosos com avaliação multidimensional rápida, exame clínico, risco para morbimortalidade, fragilização da velhice e solicitação de exames complementares em dia; idosos com orientações sobre atividades físicas regulares e alimentação saudável.

Nossa meta que mais se distanciou do alvo foi a de cobertura do programa, que tinha como alvo 95%, mas conseguimos apenas mantê-la em aproximadamente 90%. No entanto, o programa não terminará aqui, a equipe de profissionais da UBS continuará com as ações voltadas para a melhoria na atenção do idoso, favorecendo ainda mais a população. E apesar da manutenção do índice de cobertura, devemos levar em consideração a qualidade da cobertura, pois antigamente não havia esse cuidado especial voltado ao idoso, não existiam ações de busca ativa aos faltosos, de rastreio de diabetes aos usuários hipertensos, entre outras das tantas atividades realizadas durante a intervenção.

Com a variedade de ações realizadas deixamos a certeza que a comunidade saiu vitoriosa por ter uma equipe, um município, que cuida da sua população, em especial dos seus idosos, que tanto sofrem com as limitações que a própria idade lhes impõe e que a situação sócio-econômica torna ainda mais difícil.

No cronograma estavam listadas reuniões mensais com a gestão, que foram realizadas com êxito. Nessas reuniões nossas atividades eram expostas, discutindo o que havia sido realizado e o que ainda planejávamos realizar, solicitávamos algum auxílio, como os posters da nutricionista e a Xerox das fichas-espelho. E um assunto constante durante as reuniões foi a melhoria do laboratório municipal, que atualmente funciona no hospital da cidade, mas que não tem capacidade de suportar a demanda de exames solicitados pelos 5 médicos do PROVAB que trabalham 32 horas por semana. Algo já esperado, considerando que antes havia quatro médicos que trabalhavam apenas 2 dias da semana.

Durante a intervenção não foi possível a reforma do laboratório, mas essa é uma promessa feita pela gestão desde a primeira reunião. E estamos contando com a sua palavra. Temos esperança que essa reforma aconteça para que possamos melhorar ainda mais o atendimento à população. Assim como estamos aguardando a contratação do odontólogo para realizar consultas na UBS, que já possui consultório equipado.

Sem o trabalho da equipe, que sempre esteve disponível e interessada nas ações propostas, nada disso teria sido possível. Desde a zeladora, o motorista, à

enfermeira, todos contribuíram para que o projeto fosse realizado da melhor forma possível, abrangendo a maior quantidade de idosos.

4.4.Relatório da intervenção para comunidade:

Há alguns meses iniciamos atividades um pouco diferentes da rotina estabelecida na unidade de saúde. Todos que foram à UBS, para serem atendidos pela médica ou levando o filho para receber dose de vacina, receberam a informação do programa que estava acontecendo com o objetivo de melhorar a saúde do idoso no período de março de 2013 a fevereiro de 2014, e foram solicitados a espalhar essa notícia na família e comunidade. E assim foi feito!

Todos tiveram algum idoso da família ou da vizinhança visitado pelo ACS, pois intensificamos as buscas ativas pelos idosos que não compareciam à unidade. E todos os idosos atendidos receberam uma caderneta específica para o idoso, onde foi anotada idade, peso, altura, pressão arterial, se era hipertenso ou diabético, que medicações tomavam e vários outros dados para que assim pudessem ser melhores avaliados pela médica e enfermeira.

Atingimos cobertura de 100% de: idosos com pressão arterial aferida na última consulta; idosos hipertensos rastreados para diabetes; idosos com avaliação multidimensional rápida, exame clínico, risco para morbimortalidade, fragilização da velhice e solicitação de exames complementares em dia; idosos com orientações sobre atividades físicas regulares e alimentação saudável.

Os idosos passaram a participar mais das atividades específicas para hipertensos e diabéticos, onde receberam palestras da nutricionista e do educador físico sobre alimentação saudável e atividades físicas regulares, e aumentaram o seu convívio com a comunidade. Também tiveram todos os exames de rotina solicitados, e prioridade nos atendimentos.

Todas essas atividades realizadas faziam parte de um projeto da especialização realizada pela médica com o objetivo de melhorar a saúde do idoso. O tempo de projeto já acabou, no entanto as atividades continuarão, e contamos com o apoio da comunidade para que possamos atender ainda mais idosos e fazer cada dia melhor.

Com a variedade de ações realizadas deixamos a certeza que a comunidade saiu vitoriosa por ter uma equipe, um município, que cuida da sua população, em

especial dos seus idosos, que tanto sofrem com as limitações que a própria idade lhes impõe e que a situação sócio-econômica torna ainda mais difícil..

5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do meu trabalho no curso superou as minhas expectativas iniciais de aprender mais sobre o SUS e seu funcionamento prático, pois, além disso, pude formular um projeto de melhoria à saúde da população, no caso, à população idosa, tão sofrida e desprezada globalmente. E esse projeto foi posto em prática, gerando mudanças significativas no atendimento ao idoso e na sua saúde.

O curso foi de grande valia para minha prática profissional, pois no decorrer das semanas íamos abordando temas diferentes, comuns na prática clínica, e aprendendo as maneiras corretas de lidar com o assunto de acordo com o Ministério da Saúde. E o estudo aliado à prática é a melhor forma de aprendizado.

Além do estudo proporcionado pelas atividades do curso, aprendi muito com os colegas profissionais da UBS. Os ACS se mostraram peças fundamentais na estrutura do serviço da UBS, pois a partir deles a comunidade é informada e se sente à vontade para frequentar o serviço, eles são os responsáveis pela busca ativa aos faltosos, eles influenciam positivamente a comunidade, algo muito importante para que os outros profissionais da unidade possam trabalhar adequadamente. A enfermeira e técnica fazem muito mais do que suas obrigações, elas parecem verdadeiras moradoras da região, conhecendo todos pelo nome, suas angústias, suas aspirações; e com isso, têm a confiança da comunidade, que as têm como amigas.

Minha experiência na atenção primária à saúde foi muito satisfatória, pois pude conhecer a realidade da comunidade a partir das atividades semanais do curso e atuar nos pontos mais necessitados, com base nas informações colhidas anteriormente. E, assim, atender às necessidades de atenção primária de saúde da comunidade.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de Atenção Básica nº 19 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2010. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

BRASIL. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 192 p.: il. – (Série A. normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19) 2007.

Anexos

Anexo B – 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	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos	1.1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 95%.	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. 1. 2. 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. 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.	1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. 1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço . 1.3. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

	<p>1.2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção . (Estimativa de 8% dos idosos da área).</p>	<p>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</p>	<p>Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.</p>	<p>3.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.</p>	<p>3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.</p>	<p>3.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.</p>
	<p>1.3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção .</p>	<p>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</p>	<p>Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.</p>	<p>4.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.</p>	<p>4.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. 4.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados</p>	<p>4.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção . 4.2. Orientar</p>

		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.			ou com problemas de locomoção.	os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
1.4. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	1.4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta <u>Numerador:</u> Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).	5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. 5.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	5.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. 5.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.	5.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.	

	1.5. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).	1.5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes <u>Numerador:</u> Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus <u>Denominador:</u> Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.	Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).	6.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. 6.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.	6.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. 6.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.	6.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso	2.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.	2.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa <u>Numerador:</u> Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde <u>Denominador:</u> Número de idosos	Monitorar o cumprimento da periodicidade e das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.	1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos 1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.	1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. 1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).	1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. 1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

		faltosos às consultas programadas.			1.3. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade e preconizada para a realização das consultas.	
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde	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.	3.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.	1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).	1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. 1.2. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.	1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. 1.2. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. 1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitar em de avaliações mais complexas.

	<p>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.</p>	<p>3.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com exame clínico apropriado. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.</p>	<p>2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. 2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. 2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. 2.4. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com</p>	<p>2.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.</p>	<p>2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. 2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.</p>
--	--	--	---	---	--	--

				alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.		
3.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.	3.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade	Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.	3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares. 3.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. 3.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames	3.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. 3.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade e com que devem ser realizados exames complementares.	3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.	

		de saúde.		complementares preconizados.		
3.4. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)	3.4. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos <u>Numerador:</u> Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.	4.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. 4.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.	4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	

<p>4. Melhorar registros das informações</p>	<p>4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.</p>	<p>4.1. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia <u>Numerador:</u> Número de ficha espelho com registro adequado. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>	<p>Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.</p>	<p>1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas. 1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.. 1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações. 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. 1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de</p>	<p>1.1. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.</p>	<p>1.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.</p>
---	--	---	---	---	---	--

				consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.		
4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados	4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa <u>Numerador:</u> Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	2,1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Cardeneta de Saúde da Pessoa Idosa	2.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção	2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	

5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência	5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.	5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	1.1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.	1.1 Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.	1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.	1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
	5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.	5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no	2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.	2.1 Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.	2.1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.	2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

		programa pertencente s à área de abrangência da unidade de saúde.				
	5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos	5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia <u>Numerador:</u> Número de idosos com avaliação de rede social. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencente s à área de abrangência da unidade de saúde.	3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. 3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.	3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente	3.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. 3.2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.	3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.
6. Promover a saúde	6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.	6.1. Proporção de idosos que recebem orientação nutricional para hábitos saudáveis <u>Numerador:</u> Número de idosos com	1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. 1.2. Monitorar o	1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos	1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.	1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos

		orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	número de idosos com obesidade / desnutrição.	alimentos saudáveis.		para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". 1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
6.2. Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.	6.2. Proporção de idosos que recebem orientação sobre prática de atividade física regular <u>Numerador:</u> Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular. <u>Denominador:</u> Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. 2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.	2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. 2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação para realização de	2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.	2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.	

				atividade física.		
--	--	--	--	-------------------	--	--

Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL